



Герпетиформная экзема Капоши у ребёнка первого года жизни

Хахим Муратович Вахитов¹, Алина Гусмановна Махмутова^{1*},
Лилия Масгутовна Зиятдинова², Михаил Сергеевич Поспелов²

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Детская республиканская клиническая больница,

г. Казань, Россия

Реферат

В представленной статье описаны современные сведения об этиологии и патогенезе развития герпетических экзем. Авторами освещены новые подходы к диагностике и терапии экземы Капоши у детей раннего возраста. Описаны результаты собственных наблюдений за ребёнком первого года жизни с герпетиформной экземой Капоши, а также опыт применения аппликационно-сорбционной терапии в лечении данного заболевания. Отмечена высокая эффективность применения аппликационно-сорбционной терапии при сочетанных инфекционно-аллергических поражениях кожи у детей. Представленный клинический случай позволил оценить всю сложность дифференциально-диагностических подходов в верификации герпетиформных экзем. Для широкого круга педиатров и хирургов описаны алгоритмы диагностики и лечебной тактики в случае герпетиформной экземы Капоши.

Ключевые слова: дети, герпетическая экзема, экзема Капоши, диагностика, лечение.

Для цитирования: Вахитов Х.М., Махмутова А.Г., Зиятдинова Л.М., Поспелов М.С. Герпетиформная экзема Капоши у ребёнка первого года жизни. *Казанский мед. ж.* 2020; 101 (3): 426–430. DOI: 10.17816/KMJ2020-426.

Eczema herpeticum in a child in the first year of life: a clinical case report

H.M. Vahitov¹, A.G. Makhmutova¹, L.M. Ziyatdinova², M.S. Pospelov²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²Children's Clinical Hospital of the Health Ministry of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Abstract

This article describes up-to-date information about aetiology and pathogenesis of course of herpetic eczema. The authors highlighted new approaches to diagnosis and therapy of Kaposi varicelliform eruption in children of early age. It was described the results of own observations of the child in the first year of life with Kaposi varicelliform eruption and experience of application-sorption therapy in the treatment of this disease. The high efficiency of application-sorption therapy in skin lesions caused by combination of infection and allergy in children was noted. The clinical case examined allowed to assess the full complexity of differential diagnostic approaches in verification of eczema herpeticum. For a wide range of paediatricians and surgeons, algorithms for diagnosis and therapeutic tactics were described in the case of Kaposi varicelliform eruption.

Keywords: eczema herpeticum, Kaposi varicelliform eruption, children, diagnostic, therapy.

For citation: Vahitov H.M., Makhmutova A.G., Ziyatdinova L.M., Pospelov M.S. Eczema herpeticum in a child in the first year of life: a clinical case report. *Kazan medical journal.* 2020; 101 (3): 426–430. DOI: 10.17816/KMJ2020-426.

В структуре общей заболеваемости неуклонно возрастает частота поражения кожи у детей различного возраста [1,2]. Среди болезней аллергические и инфекционные встречаются наиболее часто. В ряде случаев формируются

комбинированные поражения кожных покровов, которые значительно затрудняют лечебную тактику и ухудшают прогноз [3]. Одним из таких состояний бывает герпетиформная экзема Капоши.

Герпетиформная экзема Капоши (герпетическая экзема) — потенциально опасное состояние, возникающее при присоединении герпетической инфекции к atopическим поражениям кожи, которое во многих случаях приводит к тяжёлым осложнениям и летальному исходу [4].

Наиболее часто герпетическая экзема развивается у детей в возрасте от 0 до 2 лет [5], страдающих atopическим дерматитом, распространённость которого в популяции достаточно высока и варьирует от 10 до 30% [6], что позволяет предполагать значительный риск развития его осложнений. По сведениям литературных источников, в настоящее время смертность от данного заболевания составляет около 8–10% [7].

Среди этиологических факторов наиболее частой причиной возникновения герпетической экземы становится вирус простого герпеса [8, 9]. Различают вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типов [7]. Вирус 1-го типа чаще вызывает поражение назолабиальной области, 2-го типа — генитальный герпес у новорождённых, а сочетание обоих возбудителей чаще приводит к развитию генерализованных форм болезни с поражением различных органов и систем.

Выделяют две формы заболевания: первичную и рецидивирующую, которые по клиническим проявлениям отличаются друг от друга.

Первичная форма заболевания дебютирует остро, с короткого продромального периода в течение 1–3 дней с резким ухудшением общего состояния и повышением температуры тела до фебрильных цифр. Далее в течение 6–12 ч последовательно появляются многочисленные папуло-везикулы, везикулы с серозным, серозно-геморрагическим содержимым и пустулы, локализующиеся на лице, шее, верхней половине туловища, конечностях, занимая обширные участки кожного покрова. В большинстве случаев в центре элементов определяется патогномичное для данного заболевания пупкообразное западение [10]. Элементы быстро сливаются, подсыхают, образуя сплошную корку, которая часто сопровождается шелушением кожи. Увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы. При данной форме длительность лихорадки на фоне выраженных симптомов интоксикации, как правило, составляет 8–10 дней. Описанное выше тяжёлое течение заболевания в 30–40% случаев может привести к летальному исходу [8].

Рецидивирующая герпетическая экзема в подавляющем большинстве случаев встречается у детей старшего возраста, подростков, а также взрослых и обычно протекает с не-

значительными общими симптомами. В большинстве случаев высыпания представлены папуло-везикулами и везикулами с серозным содержимым, сгруппированными между собой. В отличие от первичной формы элементы меньшего диаметра, а пупковидное вдавление в их центре может отсутствовать [8]. Высыпания чаще всего симметричные, локализуются в местах локтевого и коленного сгибов, на груди, лице. Учитывая неярко выраженный интоксикационный синдром, умеренную лихорадку, характер кожных проявлений, врачи-педиатры часто расценивают данное состояние как иную патологию, что приводит к неверному назначению этиотропной и патогенетической терапии.

Для обсуждения тактики ведения и верификации диагноза представляем результаты собственного наблюдения за ребёнком 6 мес, проходившим лечение на базе изоляционно-диагностического отделения Детской республиканской клинической больницы г. Казани.

Из анамнеза известно, что кожные проявления, сопровождающиеся зудом, беспокоят ребёнка с 1,5-месячного возраста. В дальнейшем пациент дважды проходил стационарное лечение по месту жительства с диагнозом «atopический дерматит, диффузный, младенческая форма, стадия обострения». Терапия включала метилпреднизолон, хлоропирамин. На фоне проведённого лечения возникала положительная динамика кожного синдрома, и в состоянии клинической ремиссии ребёнка выписывали домой. Из перенесённых заболеваний следует отметить острый правосторонний гнойный отит.

Также известен отягощённый наследственный анамнез со стороны ближайших родственников. У отца — бронхиальная астма тяжёлого течения, atopический дерматит с диффузным характером поражения кожи и выраженной экссудацией в детстве, у старшего брата — atopический дерматит с ограниченными участками поражения кожи и редкими обострениями.

Из истории жизни известно, что данный ребёнок родился от 2-й беременности, 2-х родов на сроке 38 нед путём кесарева сечения. Беременность протекала на фоне течения хронической герпетической инфекции у матери. Масса тела при рождении 3340 г, рост 52 см.

Настоящий эпизод дебютировал в 6-месячном возрасте с повышения температуры тела до 38 °С, обильных высыпаний на коже, сопровождающихся зудом. Объективно было выявлено тяжёлое состояние пациента за счёт кожного и интоксикационного синдромов. Физическое и нервно-психическое развитие

на момент осмотра у ребёнка соответствовало возрастной норме.

При осмотре кожные покровы сухие, гиперемированные, с папулёзно-пустулёзными элементами, подсыхающими корками, мокнутием. Наиболее выраженные поражения локализованы на волосистой части головы, коже лица, в пояснично-крестцовой и ягодичной областях, на предплечьях, кистях рук (рис. 1), тыльной поверхности стоп. При исследовании костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем патологии не выявлено. Физиологические отправления не нарушены.

На основании данных анамнеза и клинического осмотра был выставлен предварительный диагноз: «Атопический дерматит, младенческая форма, распространённый, тяжёлой степени, период обострения». В связи с выраженностью поражения кожи нельзя было исключить возможность присоединения вторичной бактериальной инфекции. Исходя из этого, пациенту была назначена следующая терапия: преднизолон 10 мг 2 раза в день парентерально, хлоропирамин 0,3 мл 1 раз в день парентерально. Местное лечение включало использование мази бетаметазон с гарамицином 1 раз в день, фукорцин 1 раз в день. Светолечение. Пациент находился на смешанном вскармливании: грудное молоко + смесь с повышенным содержанием аминокислот.

Для верификации диагноза проведён следующий комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования.

Клинический анализ крови: лейкоциты $12,52 \times 10^9$ г/л, гемоглобин 109 г/л.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ кала: слизь ++.

В биохимическом анализе крови: глюкоза 5,27 ммоль/л.

Полимеразная цепная реакция на герпесвирусные инфекции: обнаружена дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов, ДНК цитомегаловируса.

Иммунограмма: иммуноглобулин (Ig) класса E 115 МЕ/мл.

Бактериологическое исследование кала на сальмонеллёз, энтеропатогенные кишечные палочки, бактерии тифопаратифозной и дизентерийной групп — патогенов не обнаружено.

Серологическое исследование крови на *anti-tréponema pallidum IgG+IgM* — отрицательно.

Посев с кожи на микрофлору: выделены *S. aureus* 10^3 , *S. pyogenes* 10^4 .

Аллергологическое исследование: выявлен очень высокий уровень IgE к сое, эпидермису кошки, высокий уровень к лесному ореху, сред-



Рис. 1. Проявление герпетиформной экземы Капоши на тыльной поверхности кисти

ний уровень к моркови, низкий уровень к эпидермису лошади.

Ультразвуковое исследование гепатолениальной системы: без патологии.

Прокальцитонин: 0,092 нг/мл.

Проведены консультации следующих узких специалистов.

1. Консультирован неврологом: на основании данных осмотра, клинико-лабораторных методов исследования диагноз менингит исключён.

2. Осмотр иммунологом: рекомендовано исследование иммунного статуса.

Иммунный статус: снижение количества CD3-клеток, недостаточность клеточного звена за счёт CD3/CD4-компонента, гуморальный статус в норме.

Полученные лабораторные и инструментальные данные подтвердили высокую сенсбилизацию ребёнка к различным антигенам, а также наличие в организме герпетической инфекции, в связи с чем дополнительно была назначена противовирусная терапия ацикловиром в дозе 125 мг 3 раза в день внутривенно и смена аминокислотной искусственной смеси на гипоаллергенную.

Однако на фоне проводимого лечения положительная динамика кожного синдрома отсутствовала, а в клиническом анализе крови нарастал лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, снизился уровень гемоглобина (анемия средней степени тяжести). Возникло подозрение на присоединение вторичной бактериальной инфекции, в связи с чем была проведена коррекция лечебной тактики с дополнительным назначением системного антибактериального препарата амикацина в возрастной дозе, а также местно бацитрацин с неомицином. В дальнейшем базовый антибиотик дважды меняли. Отсутствие положительной динамики в ответ на антибактериальную терапию в целом позволило трактовать кожный синдром как проявление чисто герпетической инфекции.



Рис. 2. Динамика кожного синдрома на фоне использования аппликационно-сорбционной методики

Наряду с этим ребёнок также получал и описанную выше схему противовирусной терапии, назначение которой также положительно не отразилось на динамике кожного синдрома. В связи с этим единственным возможным резервом оставалась смена тактики местного воздействия на поражённые участки.

После проведённой детскими хирургами консультации было предложено использовать в качестве терапии кожного синдрома ранозаживляющие мазевые повязки на основе перуанского бальзама и местной аппликационно-сорбционной терапии на основе модифицированной хлопковой целлюлозы. Последний способ использовали по мере необходимости, исходя из выраженности клинических симптомов, но не реже 2 раз в сутки в течение 8 дней. Сорбент наносили тонким слоем на поражённый участок кожи.

Положительный эффект от данного подхода был получен уже на 1-е сутки использования: на лице образовались оформленные корочки, которые предохраняли кожу от повреждений и повторных мокнутий, также, по словам мамы, заметно уменьшились зуд и беспокойство ребёнка. Ко 2–3-му дню на площади всей поражённой поверхности кожи отмечено уменьшение отёка, мокнутия, элиминация гнойного отделяемого и формирование корочек. К 7-му дню применения отмечена чёткая тенденция к эпителизации тканей в области очагов поражения (рис. 2) с купированием других клинических симптомов.

Таким образом, представленный клинический случай позволил оценить всю сложность дифференциальной диагностики инфекционно-аллергических поражений кожи у детей. Для широкого круга педиатров и хирургов описаны алгоритмы лечебной тактики в случае герпетической экземы Капоши у детей раннего возраста. В изложенном случае неясным остаётся отсутствие положительной динамики кожного синдрома в ответ на проведение

классической схемы терапии сочетанных поражений кожи. Данный факт, на наш взгляд, обусловлен крайне отягощённым аллергологическим, наследственным и акушерским анамнезом, комбинацией герпетических возбудителей и, не исключено, индивидуальными особенностями иммунологического ответа данного пациента.

Участие авторов. Х.М.В. — руководитель работы, А.Г.М. проводила анализ истории болезни, отвечала за своевременный сбор информации о результатах проводимого лечения; Л.М.З. и М.С.П. проводили исследование.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудникова Э.В., Кобзева Н.Н., Приходская Е.С. и др. Особенности клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста. *Мед. вестн. Юга России*. 2013; (3): 44–47. [Dudnikova E.V., Kobzeva N.N., Prihodskaja E.S. et al. Certain peculiarities of the clinical course of atopic dermatitis in children's early age. *Medical Herald of the South of Russia*. 2013; (3): 44–47. (In Russ.)] DOI: 10.21886/2219-8075-2013-3-44-47.
2. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. здравоохранение России: проблемы и решения. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2015; 1 (1): 18. [Starodubov V.I., Ulumbekova G.E. Russian healthcare: problems and solutions. *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2015; 1 (1): 18. (In Russ.)]
3. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А. Роль генетических детерминант и нарушений в системном и местном иммунитете в этиологии и патогенезе герпетической экземы (экзема Капоши). *Детские инфекции*. 2016; 15 (3): 42–45. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Chebotareva T.A. The role of genetic determinants and disorders in systemic and local immunity in the etiology and pathogenesis of herpetic eczema (Kaposi's eczema). *Detskie Infektsii*. 2016; 15 (3): 42–45. (In Russ.)] DOI: 10.22627/2072-8107-2016-15-3-42-45.
4. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А. Случай герпетической экземы у ребёнка с врождённым ихтиозом и атопическим дерматитом. *Детские инфекции*. 2017; 16 (1): 65–68. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Chebotareva T.A. The case of herpetic eczema in a child with congenital ichthyosis and atopic dermatitis. *Detskie Infektsii*. 2017; 16 (1): 65–68. (In Russ.)] DOI: 10.22627/2072-8107-2017-16-1-65-68.
5. Лесина О.Н., Коннова О.А., Никольская М.В. Инфекционные экзантемы — вопросы клинической диагностики (материал для лекции в рамках повышения квалификации врачей). *Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение*. 2016; (3): 35–41. [Lesina O.N., Konnova O.A., Nikolskaya M.V. Infectious exanthemas — problems of clinical diagnosis (the material of the lectures within training course for physicians). *Infektsionnye bolezni: Novosti. Mneniya. Obuchenie*. 2016; (3): 35–41. (In Russ.)]

6. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Кубанова А.А. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. *Вопр. соврем. педиатрии*. 2016; 15 (3): 279–294. [Namazova-Baranova L.S., Baranov A.A., Kubanova A.A. et al. Atopic dermatitis in children: Current clinical guidelines for diagnosis and therapy. *Voprosy sovremennoi pediatrii*. 2016; 15 (3): 279–294. (In Russ.)] DOI: 10.15690/vsp.v15i3.1566.
7. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Тебенков А.В., Ермакова М.Н. Клинико-эпидемиологические особенности течения экземы Капоши у детей. *Consil. Med. Педиатрия (прил.)*. 2016; (1): 46–51. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Tebenkov A.V., Ermakova M.N. Clinical and epidemiological features of the course of eczema in children's sarcoma. *Consilium Medicum. Pediatrics (suppl.)*. 2016; (1): 46–51. (In Russ.)]. DOI: 10.26442/2413-8460_2016.1.46-51.
8. Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А., Стадникова А.С., Таганов А.В. Клинические проявления инфекции простого герпеса у детей, страдающих атопическим дерматитом. *Рос. вестн. перинатол. и педиатрии*. 2018; 63 (6): 15–22. [Tamrazova O.B., Chebotareva T.A., Stadnikova A.S., Taganov A.V. Clinical manifestations of herpes simplex virus infection in children with atopic dermatitis. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2018; 63 (6): 15–22. (In Russ.)] DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-6-15-22.
9. Исаков В.А., Исаков Д.В., Айзилникс О.В. Перспективы местной терапии больных рецидивирующей герпетической инфекцией. *Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение*. 2017; (1): 51–56. [Isakov V.A., Isakov D.V., Ayzsilnieks O.V. Prospects for the topical therapy in patients with relapsing herpes infection. *Infektsionnye bolezni: Novosti. Mneniya. Obucheniye*. 2017; (1): 51–56. (In Russ.)] DOI: 10.24411/2305-3496-2017-00022.
10. Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А. и др. Герпетигформная экзема Капоши как осложнение атопического дерматита. *Клин. дерматол. и венерол.* 2014; 12 (4): 27–29. [Okhlopkov V.A., Zubareva E.Iu., Novikov Iu.A. et al. Kaposi varicelliform eruption as a complication of atopic dermatitis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2014; 12 (4): 27–29. (In Russ.)]