

Случай атипичной формы кольцевидной центробежной эритемы у восьмилетней девочки

А.И. Епифановский, В.Н. Гребенюк, Т.Н. Гришко, Ф.Б. Бассе, Н.В. Баконина,
В.А. Смольяникова

A case of the atypical form of erythema annulare centrifugum in an eight-year-old girl

A.I. YEFIFANOVSKY, V.N. GREBENYUK, T.N. GRISHKO, F.B. BASSE, N.V. BAKONINA, V.A. SMOLYANIKOVA

об авторах: ▶

А.И. Епифановский — к.м.н., заместитель главного врача Городской клинической больницы (ГКБ) № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы
В.Н. Гребенюк — д.м.н., профессор, консультант Городской клинической больницы № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы
Т.Н. Гришко — к.м.н., заведующая ДКВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы
Ф.Б. Бассе — врач ДКВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы
Н.В. Баконина — врач ДКВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы
В.А. Смольяникова — врач ДКВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы

Представлено клиническое наблюдение атипичной формы кольцевидной центробежной эритемы у восьмилетней девочки. Приведены данные литературы по этиологии, клиническим особенностям, методам дифференциальной диагностики и терапии дерматоза.

Ключевые слова: **кольцевидная центробежная эритема.**

The authors describe a clinical observation of a case of the atypical form of Erythema Annulare Centrifugum in an eight-year-old girl. They also present literature data concerning the etiology, clinical features and dermatosis differential diagnostics and treatment methods.

Key words: **erythema annulare centrifugum.**

■ В дерматологической литературе эритемой называют воспалительные гиперемические пятна диаметром более 2 см (пятна меньших размеров — розеола). Но из большого числа эритем как нозологических форм размеры элементов сыпи нередко имеют диаметр менее 2 см. Но это никогда не служило основанием называть эти болезни розеолами, точно так же, как исторически не называют индуративную эритему Базена узлами, каковыми они морфологически являются.

На сегодняшний день известно много эритематозных проявлений различных заболеваний. Возможно, это обусловлено тем, что эритема является самой первой реакцией кожи на всевозможные эндо- и экзогенные воздействия на организм. Неслучайно кожу рас-

сматривают как некий монитор, на котором высвечиваются всевозможные сбои и нарушения в различных органах и системах организма.

В фокусе настоящей публикации предстает Erythema annulare centrifugum, описанная в 1916 г. Ж. Дарье [1].

Это сыпь острая по своему развитию, но упорно длящаяся в течение многих месяцев вследствие бесконечного появления все новых элементов. После их исчезновения возникают рецидивы в виде высыпаний пятен, напоминающих крапивницу, не шелушащихся, очень быстро превращающихся в кольцевидные очаги с краевым уплотнением; эксцентрический рост элементов, увеличивающихся в день на несколько миллиметров, и разрывы колец образуют дугообразные и фе-

стончатые поражения, поверхность которых слегка пигментирована. Цвет высыпаний розовато-красноватый.

Описания многими авторами кольцевидной центростремительной эритемы (КЦЭ) в дальнейшем мало отличаются от представленных Ж. Дарье.

Этиология ее неизвестна [6], а возможные причины ее возникновения связывают с очагами хронической инфекции, иммунными механизмами, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, интоксикациями, также не исключается паранеопластический характер КЦЭ [2—5].

Остро развиваясь, дерматоз принимает хроническое рецидивирующее течение, продолжающееся несколько месяцев и даже лет [3, 5]. Возникает он обычно в молодом и среднем возрасте, редко у детей [2, 4, 5]. К концу 3-й недели болезни увеличенные в размере, местами сливные очаги и новые элементы частично разрешаются с формированием воспалительных гиперпигментированных бляшек. В части случаев через 1—1,5 мес. болезни наступает спонтанная ремиссия [5]. Монетовидные пятна и полициклические бляшки могут достигать в диаметре 10 см [2—4]. Центральная часть их регрессирует, приобретает нормальную окраску, возможна пигментация. Субъективных ощущений нет или они незначительны. Локализация эфлоресценций — туловище, проксимальные участки конечностей, голени, бедра, редко — ладони и подошвы [2—4].

Встречаются атипичные формы заболевания: шелушащаяся, с везикуляцией в краевой зоне, уплотненная и телеангиэктатически пурпурозная разновидность [4, 5]. КЦЭ разделяют также на поверхностную разновидность с шелушением и зудом и глубокую форму в виде эритематозных уртикарных папул и бляшек [7].

Гистологическая картина — паракератоз, умеренный спонгиоз, внутри- и межклеточный отек росткового слоя эпидермиса и периваскулярный инфильтрат в дерме из лимфоцитов, нейтрофилов и гистиоцитов [2—5].

При лечении КЦЭ применяют десенсибилизирующие, антигистаминные средства, энтеросорбенты, витамины А, Е, В, детоксицирующие препараты, метронидазол, интерфероны, антибиотики широкого спектра действия, наружно — глюкокортикостероидные (ГКС) мази (оксикорт, латикорт и др.). Показано диспансерное наблюдение [2—5].

В ДКВО ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко 11.03.2012 г. поступила больная С. 8 лет с диагнозом многоформная экссудативная эритема с давностью заболевания 1 год. Началось оно с появления красного пятна на коже кисти. Постепенно сыпь распространилась на лицо, спину и плечи в виде гиперемических и шелушащихся пятен. Дерматоз расценили как аллергический дерматит, связанный с аллергией на шерсть кошки, и провели его лечение. В летний период было улучшение

основного заболевания, но осенью 2011 г. наступило обострение: на месте разрешившихся пятен появились множественные гиперемированные высыпания с выраженной пигментацией. Был поставлен диагноз atopический дерматит и назначено лечение (антигистаминные препараты, сорбенты, ферменты), улучшение не наступило.

В феврале текущего года на фоне заболевания скарлатиной и ее лечения возник резко выраженный рецидив, когда на фоне гиперемии и отека появились сыпь на коже лица, век, ушных раковин, заушных областей, туловища, верхних и нижних конечностей. Амбулаторное лечение аугментинном, антигистаминными препаратами было неэффективным. Девочка поступила в стационар в острой стадии заболевания (рис. 1). Клиническая картина характеризовалась множественными красновато-розоватыми кольцевидными центростремительными высыпаниями с пигментным краевым отеком и везикулезным валиком, просветлением и западением в центре; в элементах сыпи имелись также корко-чешуйковые наслоения. Отмечалась склонность к быстрому эксцентрическому росту эритемы с формированием сливных очагов с фестончатыми очертаниями. Субъективные ощущения не беспокоили.

Круг болезней для дифференциальной диагностики включает розовый лишай, многоформную экссудативную эритему, герпетический дерматит Дюринга, кольцевидную гранулему, себорейную экзему, крапивницу, инфекционную эритему, красный плоский лишай, мигрирующую эритему, саркоидоз, красную волчанку, микоз гладкой кожи, мастоцитоз.

Инфекционная эритема, имея достаточно четкую клиническую картину, отличается относительно легким течением: острое начало заболевания, высокая температура, озноб, общая слабость, миалгия, ринит, кашель, лимфаденит. На 5—6-й день заболевания появляется обильная розеолезная или розеолезно-папулезная сыпь на туловище, верхних и нижних конечностях и ягодицах, реже — на лице и шее. Округлых и овальных очертаний элементы сыпи яркой розово-красной окраски. От слияния высыпаний образуются причудливые фигуры. Субъективных ощущений нет. Высыпания на лице симметричные с нечеткими границами. Лечение не требует применения антибиотиков и ГКС-средств. Хороший терапевтический эффект наступает от 6% раствора салицилового натрия внутрь. Возможно спонтанное разрешение процесса через 2 нед. [8].

Эритематозная форма красного плоского лишая — острое начало на фоне общего недомогания, появление диффузных очагов яркой отечной эритемы с умеренным зудом. Вовлечение в патологический процесс слизистой. В целом диагноз красного плоского лишая относительно легок, так как почти всегда обнаруживаются типичные полигональные папулы [9].



а



б



в

Рис. 1. Клинические проявления КЦЭ Дарье у девочки С. 8 лет при поступлении в стационар: на лице (а), на груди, животе и конечностях спереди (б) и на коже тела сзади (в)

Клинические проявления КЦЭ значительно отличаются от грибкового поражения гладкой кожи с шелушащимся краем, диагноз которого подтверждается микологическим исследованием.

При мастоцитозе округлые пятна коричневатые со значительно меньшим воспалительным компонентом, выражен симптом Унны — Дарье (при трении возникают уртикарии).

Розовый лишай начинается с материнской бляшки, обычно выражен провоцирующий характер водных процедур, необходимо ограничивать их до минимума.

Для многоформной экссудативной эритемы характерны острые пятнисто-папулезные эффоресценции с везикулами и пузырьками в центре. Высыпания возникают чаще в холодное время года, ассоциированы с различными инфекциями. Обычно сопровождаются общими явлениями.

Герпетиформный дерматит Дюринга — мелкие сгруппированные папулезные, уртикарные, везикуло-буллезные элементы, сильный зуд, много эозинофилов в крови и пузырьной жидкости. Упорное хроническое течение, повышенная чувствительность к йоду и бром.

Кольцевидная гранулема — длительно (годы) существующие папулы, формирующие кольца, дуги, бляшки на различных участках тела — тыл кистей, стоп, локти, колени. Зуда нет.

Себорейная экзема обычно проявляется эритематозно-сквамозными высыпаниями на голове (заушные области, волосистая часть головы, складки), сильным зудом. Желтовато-оранжевый оттенок чешуек.

Крапивница легко распознается. Проявляется она зудящими уртикарными высыпаниями. Может продолжаться долгое время.

Возникновение мигрирующей эритемы Афцелиуса — Липшютца обычно связано с укусом насекомого (клеща). Чаще на нижних конечностях появляются единичные пятна, эксцентрически увеличивающиеся в размере до 30 см в диаметре. Сыпь обычно возникает летом и сопровождается зудом, миалгией.

Кожные формы саркоидоза — редкость. Проявления узелковые, течение хроническое. Субъективные ощущения отсутствуют.

Красную волчанку отличает слабовыраженная динамика развития высыпаний (отечных папул, узелков), которые локализуются на открытых участках кожного покрова (чаще лицо, шея).

В стационаре больная всесторонне обследована лабораторно.

В общем анализе крови гематологические показатели были в пределах нормы.

От 12.03.12: Hb 130 г/л, эр. $4,77 \cdot 10^{12}/л$, Hct 36,9, тр. $247 \cdot 10^9/л$, л. $5,1 \cdot 10^9/л$, п. 3%, с. 32%, э. 3%, б. 1%, лимф. 53%, мон. 8%; соэ 9 мм/ч.

От 26.03.12: Hb 132 г/л, э. $4,89 \cdot 10^{12}/л$, Hct 38,0, тр. $308 \cdot 10^9/л$, л. $7,8 \cdot 10^9/л$, п. 2%, с. 42%, э. 2%, б. 1%, лимф. 49%, мон. 5%; соэ 3 мм/ч.

Клинический анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1,020, реакция кислая (pH 5,0), белок отр., глюкоза и уробилиноиды в норме. Эпителий: в поле зрения плоский единичный, переходный, лейкоциты 0—1 в поле зрения. Эритроцитов — нет. Соли — нет. Бактерий — нет. Слизь — немного.

В повторном анализе показатели в норме.

Биохимический анализ крови (12.03.12):

холестерин — 4,6 ммоль (N — 3,72—6,50 ммоль);
 общий белок — 87 г/л CN (N 67—87 г/л);
 альбумин — 49 г/л (N 35—50 г/л);
 триглицериды — 0,6 ммоль/л (N 0,15—1,71 ммоль/л);
 А-амилаза — 77 ЕД/л (N 0—100 ЕД/л);
 креатинин — 69 мкмоль/л (N 44—124 мкмоль/л);
 щелочная фосфатаза — 374 МЕ/л (N 0—800 МЕ/л);
 глюкоза — 5,4 ммоль/л (N 3,9—6,4 ммоль/л);
 аспаратаминотрансфераза — 85 ЕД/л (N 0—37 ЕД/л);
 аланинаминотрансфераза — 28 ЕД/л (N 0—41 ЕД/л);
 билирубин общий — 7,6 мкмоль/л (N 0—21 мкмоль/л);
 мочевины — 6,4 ммоль/л (N 1,7—8,3 ммоль/л);
 СРБ — отр. (N < 6 мг/л);

антистрептолизин-О — 200 МЕ/мл (N < 200 МЕ/мл);
 ревматоидный фактор — отр.

Коагулограмма:

АЧТВ

тромбиновое время — 15,3 с (N 14—20 с.);
 протромбиновое время 16,9 с (N 14—18 с.);
 МНО 1,16 (N 0,85—1,15);
 протромбин по Квику 84,2% (N 70—130%);
 фибриноген 4,02 N 2—4 г/л.

ЭКГ: частота сердечных сокращений 129 в минуту; синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, особенности внутрижелудочковой проводимости.

В анализе кала простейшие, яйца гельминтов, личинки брюшного тифа, паратифов, дизентерии и сальмонелл не обнаружены. В соскобе энтеробиоз не выявлен.

Гистологическая картина соответствует КЦЭ (рис. 2).

Консультация невролога и эндокринолога: патология не обнаружена. Отоларинголог: ЛОР-органы без видимых нарушений.

В стационаре ГKB № 14 им. В.Г. Короленко проведено лечение (10% раствор глюконата кальция, супрастин, активированный уголь, тавегил, цефазолин (по 500 мг 2 раза в день внутримышечно), гипосульфит натрия, Эссенциале-Н, преднизолон (25 мг 1 раз в день внутримышечно № 4, 12,5 мг № 2), бифидумбактерин (5 доз 2 раза в день). Наружно: 1% раствор метиленового синего, 3% паста АСД, 2% нафталиано-

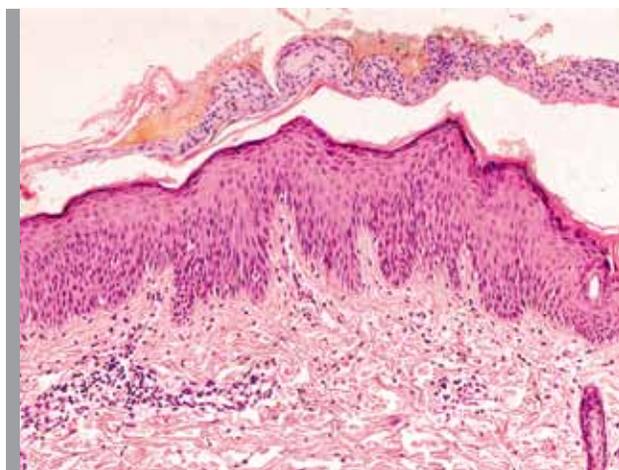


Рис. 2. Эпидермис утолщен с умеренным акантозом, гиперкератозом и очаговым паракератозом, зернистый слой хорошо выражен на всем протяжении, отмечается вакуолярная дистрофия единичных клеток базального слоя. Дерма отечна, вокруг сосудов очаговые лимфоцитарные инфильтраты. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 20$



а



б

Рис. 3. Состояние клинической ремиссии КЦЭ Дарье у больной С. 8 лет при выписке

вая паста, актовегин крем. Больная выписана через 3 нед. в состоянии клинической ремиссии (рис. 3).

Рекомендовано амбулаторно продолжить лечение: Эссенциале-Н (1 капсула 2 раза в день, 3 нед.), линекс (1 капсула 3 раза в день, 2 нед.), кестин (5 мг 1 раз в день, 2 нед.), диспансерное наблюдение у дерматолога по месту жительства; консультации педиатра, гастроэнтеролога, инфекциониста, паразитолога для выявления и санации очагов хронической инфекции.

Описанный случай наблюдения кольцевидной центробежной эритемы Дарье у восьмилетней пациентки представляет немалый клинический интерес из-за редкой встречаемости этого дерматоза, особенно у детей, его атипичной клинической разновидности, что создает определенные диагностические трудности. Знакомство дерматологов с этим заболеванием в дальнейшем позволит его своевременно распознавать и назначать адекватное лечение. ■

Литература

1. Дарье Ж. Основы дерматологии. М. — Л. 1930; 11—38.
2. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Ю.С. Бутова. М: Медицина, 2002; 213—214.
3. Кей-Шу-Мей Кэйн и соавт. Детская дерматология. М.: БИНОМ 2011; 262—263.
4. Справочник кожные и венерические болезни / Под ред. О.Л. Иванова. М.: Медицина, 1997; 329—330.
5. Справочник дерматовенеролога. М.: Медицина, 1971; 242—243.
6. Hurwitz S. Clinical pediatric dermatology W.B. Saunders company 1993; 522—523.
7. Уайт Т. Атлас по дерматологии М.: ГЭОТАР-Медиа 2009; 218—219.
8. Коган А.И. Инфекционная эритема в практике дерматолога. Вестн. дерматол. 1986; 3: 40—42.
9. Халдин А.А., Севидова А.Н., Шкребец С.В. и соавт. Эритематозные поражения кожи острого воспалительного характера. Клин. дерматовенер. 2004; 2: 98—99.