

Односторонняя латероторакальная экзантема

Д.Ю. Овсянников^{1,2}, М. Халед¹, Е.А. Дегтярёва^{1,2}

¹Кафедра педиатрии РУДН, Москва.

²Детская инфекционная клиническая больница № 6, Москва

В статье приводится описание случая редкого детского параинфекционного экзантемного заболевания – односторонней латероторакальной экзантемы у ребенка 1 года 10 мес. Особенностью данного клинического наблюдения является распространение высыпаний на туловище и контрлатеральную сторону, а также рецидивирующее течение болезни.

Ключевые слова: односторонняя латероторакальная экзантема, асимметричная перифлексуральная экзантема детей, дети.

М. J. Brunner с колл. в 1962 г. описал «новую папулезную эритему» у 75 детей в возрасте 6 мес. – 5 лет [1]; позднее, в 1992 г., С. Bodemer и Y. de Prost опубликовали описание серии 18 случаев данного заболевания, назвав его односторонней (унилатеральной) латероторакальной экзантемой (unilateral laterothoracic exanthema, ULE) [2]. Поскольку экзантема может начинаться в области кожных складок, в том числе в паховой области, в 1993 г. А. Taieb с соавт. вместо термина ULE предложили другое название болезни – асимметричная перифлексуральная экзантема детей (asymmetric periflexuralexanthem of childhood) [3].

Односторонняя латероторакальная экзантема (ОЛТЭ) детей является редким самокупирующимся, спонтанно разрешающимся детским кожным воспалительным заболеванием неизвестной этиологии, начинающимся с односторонних высыпаний в подмышечной области или в паху, распространяющихся в дальнейшем центробежно.

Различными авторами высказываются предположения о возможной причинной связи ОЛТЭ с инфекциями, вызванными вирусами парагриппа, аденовирусами 2 и 3 типов, парвовирусом В19 и вирусами герпеса человека 6 и 7 типов [4–7]. В последние годы появились указания на возможную взаимосвязь ОЛТЭ с инфицированием вирусом Эпштейна-Барр [8]. Односторонняя латероторакальная экзантема относится к так называемым параинфекционным экзантемам, при которых возникающая кожная реакция с иногда многомесячным течением не является специфичной для определенного возбудителя. Они, вероятно, предполагают наличие еще точно не определенной индивидуальной предрасположенности больного. Подтверждением инфекционной этиологии болезни служат наблюдения вспышек ОЛТЭ, хотя прямое заражение здорового человека от больного не доказано. Наблюдались случаи ОЛТЭ у

детей с ослабленным иммунитетом, например после химиотерапии [9].

Обычно болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 10 лет (средний возраст – 2 года), причем девочки в 2 раза чаще, чем мальчики. Заболевание чаще встречается в весеннее время года, наибольшее число случаев ОЛТЭ приходится на период с февраля по сентябрь. В мире описано немногим более 300 случаев заболевания, среди них только четыре у взрослых [6, 10–12].

Патогистологические изменения кожи включают в себя периваскулярную лимфоцитарную инфильтрацию с доминированием CD4-клеток, умеренный спонгиоз, экзоцитоз, воспаление дермы вокруг эккриновых выводящих протоков [13].

Заболевание начинается с симптомов-предвестников со стороны органов дыхания или желудочно-кишечного тракта, регистрируемых со следующей частотой: ринофарингит (66 %), гастроэнтерит (41 %), кашель, бронхит (17 %), конъюнктивит (10 %). Односторонняя латероторакальная экзантема характеризуется острым появлением односторонней макулопапулезной, скарлатиноподобной или экзематозной сыпи, первоначально проявляющейся в подмышечной и/или паховой областях и далее распространяющейся на туловище и конечности. Вначале в области сгибаемых поверхностей, чаще в подмышечной области, реже в области туловища, верхних конечностей, бедер возникают односторонние пятнистые и папулезные высыпания. Отдельные очаги представляют собой эритематозные папулы с бледным ободком по периферии (экзематозная стадия). В последующем высыпания могут распространяться на контрлатеральные участки, однако при этом всегда более выражены с одной из сторон; папулы могут сливаться (стадия слияния), иногда наблюдается отрубевидное шелушение (стадия десквамации). Высыпания сопровождаются слабым или умеренным зудом. Лицо, слизистые оболочки полости рта, ладони и

подошвы не поражаются. В редких случаях на поздней стадии заболевания может наблюдаться двустороннее проявление высыпаний, энантема.

Общие проявления ОЛТЭ включают в себя субфебрилитет (у 40 % пациентов) и лимфаденопатию (у 70 %), высокая лихорадка встречается крайне редко.

Сыпь сохраняется продолжительное время и разрешается обычно самостоятельно в течение 4–6 недель; в редких случаях возможно рецидивирующее течение болезни, сыпь может персистировать на протяжении четырех месяцев [4, 5]. Диагноз ОЛТЭ устанавливается клинически. Правильный ответ обычно подсказывают первоначальная односторонняя локализация высыпаний и их динамика.

Дифференциальная диагностика ОЛТЭ проводится с розовым лишаем Жибера, контактным аллергическим дерматитом, синдромом Джанотти-Крости (папулезным акродерматитом детей), микозом кожи, интертригинозным дерматитом, чесоткой, скарлатиной, краснухой, атопическим дерматитом, папулезной крапивницей и контагиозным моллюском. Для лишая Жибера характерно появление материнской бляшки с последующим распространением элементов «отсево» по линиям дерматомов. Контактный аллергический дерматит характеризуется, помимо анамнестических указаний об этиологическом факторе, эритемой, папулами и везикулами в области контакта с выраженным жжением, зудом, при этом очагов вне зоны контакта обычно не бывает. При синдроме Джанотти-Крости наблюдаются симметричные моноформные высыпания в виде красных папул и папуловезикул на щеках, разгибательных поверхностях дистальных отделов конечностей и на ягодицах. Очаги при микозе гладкой кожи сопровождаются шелушением и гиперемией по периферии. Интертригинозный дерматит характеризуется покраснением и распространенной мацерацией в складках кожи, вторичными диссеминированными очагами. Краснуха отличается от ОЛТЭ диссеминированными пятнисто-папулезными высыпаниями с отсутствием односторонней локализации и микролимфаденопатией с увеличением затылочных лимфоузлов.

Лечение ОЛТЭ, как правило, не требуется. При выраженном зуде используют смягчающий крем, антигистаминные препараты. Местные кортикостероиды неэффективны [13].

Ниже представляем наблюдение ОЛТЭ у мальчика 1 года 10 месяцев.

Ребенок был направлен на консультацию в марте 2012 г. в связи с внезапным появлением пятнисто-папулезной сыпи в подмышечной области слева, сыпь имела тенденцию к сливанию, сопровождалась лихенификацией (рис. 1).

Через три дня папулезные элементы постепенно распространились на плечо, предплечье, грудную клетку, живот, ноги, вначале левую, а затем на правую (контрлатеральную) сторону (рис. 2).

Рис. 1. Второй день болезни: пятнисто-папулезная сливающаяся и эритематозная сыпь с лихенификацией в левой подмышечной области



Рис. 2. Третий день болезни: распространение папулезной сыпи на туловище



Подмышечные лимфатические узлы слева безболезненные при пальпации, единичные, подвижные, размером до 0,8 см. Отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. Сыпи предшествовали катаральные явления, температура тела не повышалась. Семейный и личный аллергоанамнез не отягощен. Общий анализ крови – без воспалительных изменений.



Изменения на коже в течение всей болезни (4 недели) были более выраженными слева. Сыпь сопровождалась умеренным зудом, болезненности в подмышечной области не было. Через две недели от начала заболевания сыпь регрессировала, кожа очистилась, отмечалось мелкопластинчатое шелушение, однако через неделю папулезные высыпания появились вновь, были выражены в меньшей степени, преимущественно располагались в подмышечной области слева, держались 10 дней. На протяжении всей болезни самочувствие и аппетит ребенка не страдали. Для лечения использовали антигистаминные препараты, смягчающие кремы.

Особенностью данного клинического наблюдения ОЛТЭ является распространение высыпаний на туловище и контрлатеральную сторону, а также рецидивирующее течение болезни, что отмечается редко.

Литература

1. Brunner M.J., Rubin L., Dunlap F. A new papular erythema of childhood // Arch. Dermatol. 1962; 85: 539–540.
2. Bodemer C., de Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? // J. Am. Acad. Dermatol. 1992; 27 (5 Pt 1): 693–696.
3. Taieb A., Megraud F., Legrain V., et al. Asymmetric perifixural exanthem of childhood // J. Am. Acad. Dermatol. 1993; 29(3): 391–393.
4. Harangi F., Várszegi D., Szücs G. Asymmetric perifixural exanthem of childhood and viral examinations // *Pediatr. Dermatol.* 1995; 12: 112–115.
5. Laur W.E. Unilateral laterothoracic exanthema in children // J. Am. Acad. Dermatol. 1993; 29: 799–780.
6. Pauluzzi P., Festini G., Gelmetti C. Asymmetric perifixural exanthem of childhood in an adult patient with parvovirus B19 // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001; 15: 372–374.
7. Al Yousef Ali A., Farhi D., De Maricourt S., et al. Asymmetric perifixural exanthema associated with HHV7 infection // Eur. J. Dermatol. 2010; 20: 230–231.
8. Duarte A.F., Cruz M.J., Baudrier T. et al. Unilateral laterothoracic exanthem and primary Epstein–Barr virus infection: case report // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2009; 28(6): 549–550.
9. Peker S., Höger P.H., Moll I. Das unilaterale laterothorakale Exanтем: Kasuistik und Literaturübersicht // *Hautarzt.* 2000; 51: 505–508.
10. Bauza A., Redondo P., Fernandez J. Asymmetric perifixural exanthem in adults // *Br. J. Dermatol.* 2000; 143(1): 224–226.
11. Chan P.K., To K.F., Zawar V., et al. Asymmetric perifixural exanthem in an adult // *Clin. Exp. Dermatol.* 2004; 29(3): 320–321.
12. Corazza M., Virgili A. Asymmetric perifixural exanthem in an adult // *Acta Derm Venereol.* 1997; 77 (1): 79–80.
13. McCuaig C.C., Russo P., Powell J., et al. Unilateral laterothoracic exanthem. A clinicopathologic study of forty-eight patients // J. Amer. Acad. Derm. 1996; 34(6): 979–984.

Unilateral laterothoracic exanthema

D.Yu. Ovsyannikov, M. Khaled, E.A. Degtyaryova

The article describes the case of a rare exanthematous disease in a pediatric patient – unilateral laterothoracic exanthema, ULTE in a child of 1 year and 10 months. Feature of this clinical observation is the spread of the rash on the trunk and the contralateral side, and recurrent course of this disease.

Keywords: laterothoracic rash, asymmetric rash, children.

