

3. Артериальная гипертензия регистрировалась во всех возрастных группах и составила 31,1% от всех обучающихся, однако большинство случаев АГ выявлялось в средней (35,7%) и младшей школе (32,9%).

4. Следует отметить, что в большинстве рассматриваемых групп АГ достоверно чаще диагностировалась у мальчиков, что определяет данную половую принадлежность к группе факторов риска.

5. Также была показана достоверная взаимосвязь между индексом массы тела и уровнем артериального давления, что обосновывает важность ранней диагностики и первичной профилактики у детей школьного возраста не только артериальной гипертензии, но и избыточной масса тела и ожирения.

#### **Список литературы:**

1. Артериальная гипертензия у детей-подростков / Е.В. Стерхова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Ижевск, 2017. – С.163

2. Бекезин В.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков / В.В. Бекезин// Смоленский медицинский альманах – 2016, № 3. – С. 192-209

3. Глобальное резюме по гипертензии. Безмолвный убийца, глобальный кризис общественного здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. – 2013. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112439/WHO\\_DCO\\_](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112439/WHO_DCO_)

4. Климов А. В., Денисов Е. Н., Иванова О. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения // Молодой ученый. – 2018. – №50. – С. 86-90. – URL: <https://moluch.ru/archive/236/54737/> (дата обращения: 12.02.2020)

5. Клинические рекомендации: Артериальная гипертензия у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации; Ассоциация детских кардиологов России; Союз педиатров России. – М.,2016. – 56с.

6. Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития / Всемирная организация здравоохранения. – 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279717> (дата обращения 15.02.2020)

7. Некоторые аспекты результатов биоимпедансного анализа в рамках ретроспективного лонгитудинального исследования детей школьного возраста г. Смоленска / В.В. Бекезин [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – Смоленск, 2019. – Т.18, №3. – С. 183-188

8. Шилова Ю.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков / Ю.В. Шилова, Н.Е. Угрюмова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Челябинск, 2016. –С.219

УДК 616-053.2

**Шешегова М.М., Малинина Е.И., Кузьмичева К.П., Рычкова О.А.  
МНОГОФОРМНАЯ ЭРИТЕМА У ДЕТЕЙ: ОБЪЕКТ ДЛЯ ДИСКУССИЙ**

Кафедра детских болезней лечебного факультета с курсом иммунологии и  
аллергологии

Тюменский государственный медицинский университет  
Тюмень, Российская Федерация

**Sheshegova M.M., Malinina E.I., Kuzmicheva K.P., Richkova O.A.**

**ERYTHEMA MULTIFORME IN CHILDREN: SUBJECT FOR DISCUSSION**

Department of children's diseases of the medical faculty with the course of  
immunology and allergology  
Tyumen state medical University  
Tyumen, Russian Federation

E-mail: mashasheg@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрена актуальная, но малоизученная проблема – многоформная эритема у детей. Это островоспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся истинным полиморфизмом элементов поражения, склонное к рецидивированию и саморазрешению. Данная патология требует междисциплинарного подхода – педиатров, дерматологов, аллергологов-иммунологов. В ходе работы оценена эпидемиология многоформных эритем среди детского населения города Тюмени, определены факторы, влияющие на их возникновение, течение и прогноз.

**Annotation.** The article deals with an actual but little- studied problem- multiform erythema in children. This is an anti-inflammatory disease of the skin and mucous membranes, characterized by true polymorphism of the elements of the lesion, prone to recurrence and self- resolution. This pathology requires an interdisciplinary approach -pediatricians, dermatologists, allergists and immunologists. In the course of the work, the epidemiology of multiform erythemas among the children's population of the city of Tyumen was evaluated, and the factors affecting their occurrence, course, and prognosis were determined.

**Ключевые слова:** многоформная эритема, дифференциальный диагноз, глюкокортикостероиды, дети.

**Keywords:** erythema multiforme, differential diagnosis, corticosteroids, children.

**Введение**

В настоящее время отмечается неуклонный рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи, а также торпидности дерматозов к проводимой терапии [3].

В связи с этиопатогенетической противоречивостью, полиморфизмом клиники и отсутствием унифицированной лечебной тактики особого внимания заслуживает многоформная эритема (МЭ). Это островоспалительное

заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся истинным полиморфизмом элементов поражения, склонное к рецидивированию и саморазрешению [1].

МЭ впервые была описана австрийским дерматологом Фердинандом фон Геброй в 1860 году. Путем ежедневного наблюдения фон Гебра зарегистрировал те самые первоначальные узелки, преобразуемые в поражения с концентрическими зонами изменения цвета, которым он и дал имя «мишеневидные элементы». Однако, фон Гебра не описал ни продромального периода, ни поражений слизистых оболочек. Но он установил «ежегодный тип» возникновения дерматоза, который рецидивировал каждую осень [2].

МЭ преимущественно возникает у подростков и молодых людей, и только в 15% случаев встречается у детей раннего и дошкольного возраста. Это, вероятно, связано с особенностями патогенеза многоформной эритемы [3]. Среди больных преобладают мужчины, соотношение мужчин и женщин составляет 3:2 [1].

Общепринятой классификации МЭ не существует. Но в зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют две формы: легкую (малую), при которой отсутствует поражение слизистых оболочек и общее состояние больного не нарушено; и тяжелую (большую), характеризующуюся распространенными кожными высыпаниями, поражением слизистых оболочек, выраженным интоксикационным синдромом [2].

В настоящее время патогенез развития МЭ достаточно изучен – вероятно, это развитие особой, направленной на кожу клеточно-опосредованной иммунной реакции с образованием клона специфических Т-лимфоцитов. Кроме того, определенный вклад вносит развитие аллергических реакций по иммунокомплексному типу. Таким образом, МЭ представляет собой смешанную реакцию гиперчувствительности с иммунокомплексным компонентом той или иной степени выраженности.

МЭ развивается в условиях инфекции у генетически предрасположенных лиц, и вирус простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ), несомненно, является самым частым связанным инфекционным агентом. Реже можно установить связь с *Mycoplasma pneumoniae*, *Histoplasma capsulatum* и *Paramyxovirus* [2].

В клинической практике наибольшие трудности вызывает дифференциальный диагноз многоформной эритемы, синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла (токсического эпидермального некролиза) из-за наличия таких общих симптомов, как мишеневидные элементы сыпи, отслоение эпидермиса с образованием пузырей, вовлечение в патологический процесс слизистых оболочек и нарушение общего состояния пациента [4]. Однако в настоящее время накоплено достаточно данных, доказывающих, что эти дерматозы являются отдельными клиническими заболеваниями.

Не существует двойных слепых или открытых исследований по тактике ведения пациента с острым эпизодом МЭ. Когда пусковой фактор возможно выявить (например, вирус простого герпеса или *Mycoplasma pneumoniae*),

следует начать специфическое лечение. Однако в большинстве случаев МЭ, особенно малой формы, бывает достаточно симптоматической и местной терапии [5].

**Цель исследования** – определить эпидемиологию многоформных эритем среди детского населения города Тюмени, выяснить факторы, влияющие на их возникновение, течение и прогноз.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных (форма 003/у), госпитализированных в детское отделение №2 «Областной клинической больницы №1» г. Тюмени за период 2016-2018 гг. Выборка составила 15 пациентов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы MSOfficeExcel.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования получены следующие результаты: в период с января 2016 года по декабрь 2018 года в приемное отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» с разнообразными дерматозами обратились 736 пациентов. В подавляющем большинстве случаев это были дети с острой аллергической крапивницей (код по МКБ X – L50.9) – 94,8%; пациенты с обострением атопического дерматита (L20.9) – 2,6 %; пациенты с многоформной эритемой (L51.0) – 2,03%. Детей с тяжелыми токсико-аллергическими дерматозами было 4: три человека с синдромом Лайелла (L50.2) и один – с синдромом Стивенса-Джонсона (L50.1).

Исследуемую нами группу составили 15 пациентов с диагнозом «Многоформная эритема», из них 11 пациентов с малой формой, 4 – с большой формой. Возрастная структура исследуемой группы: дети первого года жизни – 3 пациента, дети раннего возраста – 3 ребенка; дети в дошкольного возраста – 3; школьники – 4; и подростки – 2. При анализе гендерного состава преобладали мальчики – 62% (n=9), меньше было девочек - 38% (n=6), что согласуется с литературными данными, но не имеет четкого объяснения в настоящее время.

Аллергологический анамнез был отягощен лишь у трети детей (n=7), у одного из них имела место подтвержденная аллергия к белкам коровьего молока. У остальных 12 пациентов это был первый в жизни эпизод аллергодерматоза. При анализе вакцинального статуса выяснено, что подавляющее большинство (13 пациентов) привиты в соответствии с национальным календарем и не имели каких-либо серьезных поствакцинальных реакций, один ребенок не вакцинирован в связи с отказом родителей, а еще один – ввиду наличия аллергии к белкам коровьего молока (что является ложным противопоказанием к вакцинации!)

Сроки постановки диагноза многоформной эритемы оказались следующими: на первые сутки заболевания диагноз поставлен лишь одному ребенку, на вторые сутки заболевания – 3 детям, а на 3 и более сутки – 11 пациентам. У большинства пациентов первыми симптомами были лихорадка (в

74% случаев), боль при глотании (43%), головная боль (21%), миалгии (17%), что часто было расценено как начало острой респираторной инфекции и лечилось соответственно. Один ребенок в течение первых двух суток получал терапию в условиях инфекционного стационара, пациента вели с диагнозом «ветряная оспа».

Многоформная эритема требует терапии в условиях стационара, поэтому независимо от возраста, выраженности клинических проявлений и степени нарушения общего состояния, все пациенты были госпитализированы.

Выраженность клинических проявлений имела прямую зависимость от возраста ребенка. У детей первого года жизни и детей раннего возраста развивались только легкие формы МЭ, с небольшим количеством элементов (6-8), без вовлечения в процесс слизистых оболочек и без нарушения общего состояния пациента. Тогда как у школьников и подростков элементов было значительно больше (11-17), отмечался интоксикационный синдром. Элементы сыпи у каждого пациента располагались симметрично в виде мишеневидных элементов (erythema iris). Предпочтительными областями локализации элементов были: слизистые оболочки ротовой полости и гениталий (у 73% пациентов, n=11), разгибательные поверхности предплечий (n=9), красная кайма губ (n=8), тыльные и ладонные поверхности кистей (n=6).

С учетом данных о том, что самым частым инфекционным агентом, вызывающим развитие МЭ является ВПГ 1 и 2 типов, всем пациентам проведено вирусологическое обследование – ПЦР крови. ДНК ВПГ 1 типа обнаружена в крови у 7 пациентов, ВПГ 2 типа – у 3, их сочетание – у 1 пациента. Но отсутствие вируса в периферической крови и даже в биоптате кожного элемента не отменяет диагноз, т.к. МЭ диагноз, в первую очередь клинический.

В первые сутки установления диагноза всем пациентам начата терапия глюкокортикостероидами. Местные препараты были назначены только 3 пациентам, остальным 12 – назначены системные глюкокортикоиды в дозе от 1 до 8 мг\кг массы тела (независимо от тяжести течения процесса), в то время как назначение пероральных глюкокортикостероидов рекомендовано только в случаях тяжелого, рецидивирующего течения многоформной эритемы (согласно Федеральным клиническим рекомендациям). Средняя продолжительность курса пероральных стероидов составила 5,8 дня.

Кроме того, во всех случаях назначались антигистаминные препараты 2 поколения, что не противоречит клиническим рекомендациям. Антибактериальная терапия проводилась 43% пациентов (n=8) в связи с вторичным инфицированием кожных покровов. Средняя продолжительность госпитализации составила 13,2 койко-дней, при этом минимальная 3 суток, максимальная 27 суток. Наиболее длительная госпитализация отмечена у пациента 15 лет, у которого многоформная эритема была ассоциирована с вирусом простого герпеса 1 типа. Летальных случаев зафиксировано не было.

#### **Выводы:**

1. Редкая встречаемость многоформной эритемы, отсутствие общепринятой классификации, педиатрических клинических рекомендаций затрудняет постановку диагноза и обуславливает не всегда рациональный выбор терапии.

2. Многоформная эритема редко развивается у детей раннего возраста. Это связано со сниженной у них способностью к синтезу иммуноглобулинов, необходимых для формирования иммунных комплексов, играющих ключевую роль в развитии дерматоза.

2. Триггерными факторами развития описанных дерматозов чаще всего являются вирусы простого герпеса, поэтому следует иметь настороженность у пациентов, инфицированных этими вирусами.

3. Дифференциальный диагноз многоформной эритемы зачастую сложен, так как первоначально доброкачественно выглядящий дерматоз может быстро прогрессировать, а когда видимая отслойка кожи уже произошла, то трудно определить, когда она завершится.

#### **Список литературы:**

1. Горланов И.А. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных многоформной экссудативной эритемой / И.А. Горланов, Д.В. Заславский. – М.; 2013. – 11 с.

2. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Русский медицинский журнал. – 2013. – С. 1072-1073

3. Inoue K. Herpes virus-associated erythema multiforme following valacyclovir and systemic corticosteroid treatment / Inoue K., Kano Y., Kagawa H. et al. // Eur J Dermatol. – 2009. – №19(4). – P.386-387

4. Lawrence A. Schachner. Pediatric dermatology (4th edition). Lawrence A. Schachner, Ronald C. Hansen (Eds.). Mosby, 2011

5. Staikuniene J. Long-term valacyclovir treatment and immune modulation for Herpes-associated erythema multiforme / Staikuniene J., Staneviciute J. // Cent Eur J Immunol. – 2015. – №40(3). – P.387-90