



ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Факультет интернатуры и последипломного образования

Кафедра педиатрии №3

Заведующая кафедрой – д.мед.н., проф. Дубовая А.В.

Кольцевидная эритема: диагностический поиск



Ординатор:

Кошеленко Кристина Сергеевна

Научный руководитель:

доцент Бордюгова Е. В.

Донецк
21 декабря 2022г.

Кольцевидная эритема у детей



- ❑ Патологический процесс характеризуется появлением на коже розоватых либо красных пятен.
- ❑ Эритема в центре имеет практически нормальный цвет либо может бледнеть
- ❑ Зуд присутствует не всегда, иногда чувствуется жжение.
- ❑ Локализация: живот, бока, плечи, иногда лицо (щеки).
- ❑ Пятна довольно быстро растут, достигая 20 см в диаметре. Если несколько пятен расположены близко друг от друга, то они сливаются.
- ❑ Несколько возвышаются над кожей.
- ❑ На теле со временем появляется «узор» из старых и новых образований.
- ❑ При гирляндобразном типе болезни пятна возникают на короткое время, при везикулярном (везикулы – маленькие пузырьки) – мгновенно появляются и так же быстро пропадают, при шелушащемся – снаружи пятно шелушится.

! Диагностика кольцевидной эритемы основана на изучении анамнеза, данных осмотра и результатах серологических исследований.

Заболевания, проявляющиеся кольцевидными поражениями кожи



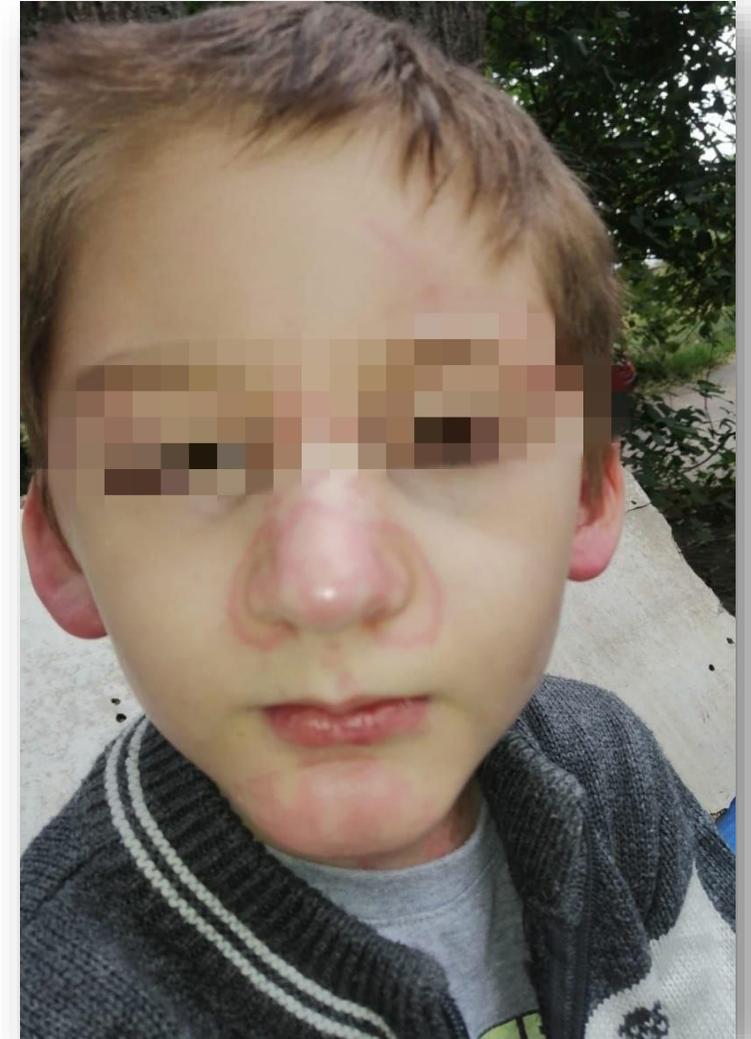
Цель нашей работы:

Провести дифференциальную диагностику проявления кольцевидной эритемы у ребенка 7 лет.



Клинический пример

- ❑ Родители ребенка 7 лет обратились в клинику с жалобами на высыпания на коже, возникшие на фоне регресса респираторной вирусной инфекции с явлениями ринофарингита.
- ❑ Первоначально высыпания появились на бедрах, которые имели вид трех колец.
- ❑ Приблизительно в течение 5 дней кольцевидные высыпания с нижних конечностей мигрировали на туловище и верхние конечности. По мере распространения экзантемы на верхние конечности, сыпь на ногах побледнела и местами исчезла.
- ❑ В последнюю очередь кольцевидные высыпания появились на лице, концентрируясь вокруг носа и ушных раковин. Высыпания накладывались друг на друга, создавая причудливый ажурный рисунок.
- ❑ Период высыпания сопровождался увеличением периферических лимфатических узлов.



Из собственного архива

Клинический пример (2)

Анамнез заболевания

- ❑ У ребенка до 2 лет были отмечены признаки атопического дерматита в виде гнейса и гиперемии щек с шелушением.
- ❑ С 2,5 лет появились высыпания в виде кольцевидной эритемы на короткий срок от двух до пяти дней и после бесследно исчезали.
- ❑ Ребенок наблюдался у участкового педиатра и получал курс антигистаминных препаратов в период обострений.
- ❑ Эпизоды высыпаний повторялись 2-3 раза в год и сопровождались увеличением периферических лимфатических узлов в шейной, подмышечной, паховых областях, овальной формы до 1,5-3 см, подвижные, мягко-эластической консистенции, безболезненные.



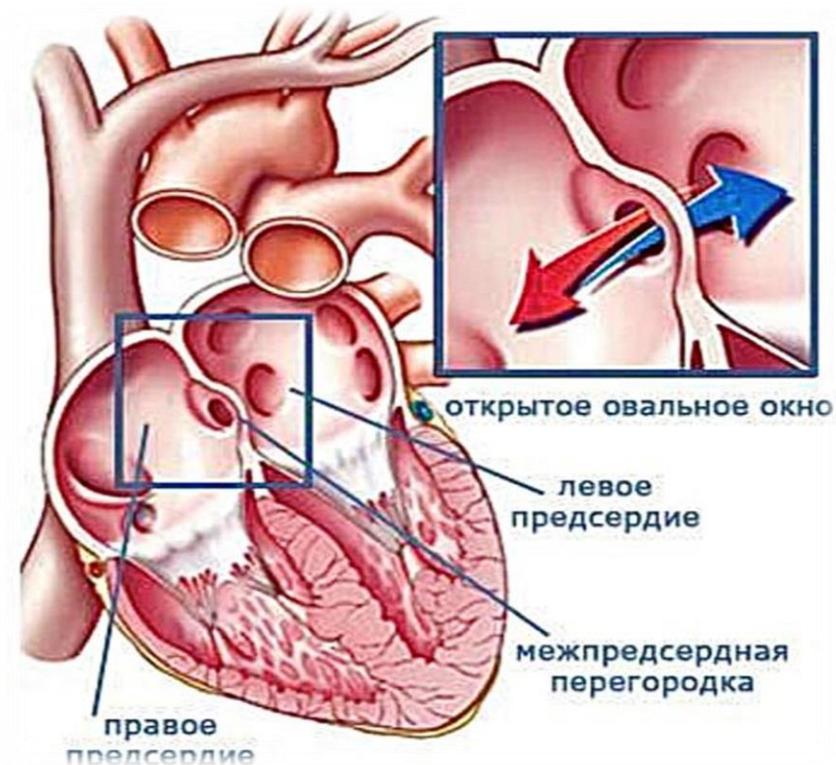
Из собственного архива

Клинический пример (3)

Анамнез жизни

- ❑ В возрасте 6 месяцев по данным Эхо-КГ - Открытое овальное окно, аберрантная хорда. Диагноз: диспластическая кардиопатия.
- ❑ В возрасте 10 месяцев на фоне ОРВИ установлен диагноз - острый диспанкреатизм.
- ❑ Посещает детский сад с 1,5 лет. Болеет ОРВИ до 4 раз в год.
- ❑ Перенес лакунарную ангину в 4 года .

Наследственный анамнез в отношении ревматизма, кожных и аллергических заболеваний не отягощен.



Клинический пример (4)

Объективное обследование

- На коже лица, преимущественно в области носогубного треугольника, височных областях, за ушами, верхних и нижних конечностях на сгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, а также на спине, эритематозно-кольцевидная эритема.
- Элементы сыпи, накладываясь друг на друга, образуют ажурный рисунок, со слегка возвышенными краями и центром из здоровой кожи, размером 0,5-5 см.
- При пальпации периферических лимфатических узлов обнаружено увеличение в шейной, подмышечной, паховой и бедренной областях, округлой формы до 3-4 см, подвижны, эластичной консистенции, безболезненны.
- Слизистая ротовой полости бледно-розовой окраски, гипертрофия миндалин 1-ой степени.
- Крупные суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненны, активные и пассивные движения в них не ограничены.



Клинический пример (5)

Лабораторная и инструментальная диагностика



- При лабораторном обследовании, включающем клинический анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (в том числе С-реактивный белок), патологии не выявлено.
- Анализ на иммуноглобулин E
IgE- 119 U/ml (норма <52-дети до 14 лет).
- Антитела класса IgG к вирусу герпеса 6 типа (HHV)- отрицательный.
- Антитела класса IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (HSV)- отрицательный.
- Антитела класса IgG к цитомегаловирус -0,567ед (норма 0,8 ед).
- Антитела класса IgM к цитомегаловирусу -отрицательный;
- Антитела к вирусу Эпштейна-Барр (VCA) IgG- не обнаружены.
- Антитела к вирусу Эпштейна-Барр (VCA) IgM- не обнаружены.
- Бактериологическое исследование с целью выявления золотистого стафилококка (*S.aureus*)- 10^4 (в норме отсутствует).
- Исследование на ДНК буккального эпителия- отрицательный.
- При проведении УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

Выводы I этапа работы:

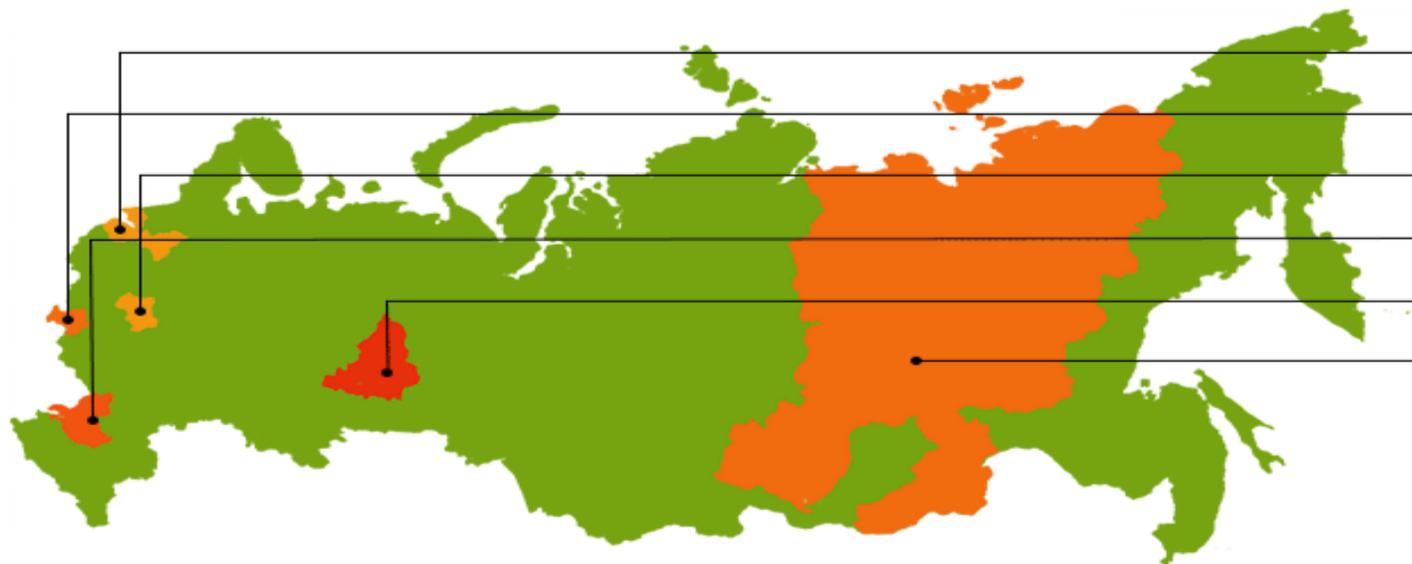
- ❑ Изучение анамнестических данных (анамнез заболевания и жизни), оценка клинических, в т.ч. кожных проявлений, и лабораторных данных позволяет исключить псориаз, отрубевидный красный лишай и дерматофитию, кожные проявления красной волчанки, герпетическую инфекцию (герпес 1,2,6, ЦМВ, ЭБВ).
- ❑ Необходимо провести дифференциальный диагноз между атопическим дерматитом и острой ревматической лихорадкой.

Атопический дерматит (АтД) -



мультифакторное гетерогенное заболевание, которое возникает в результате сложных взаимодействий между генами, что приводит к нарушению кожного барьера, врожденным дефектам иммунной системы, усилению иммунологических реакций на аллергены и микробные агенты.

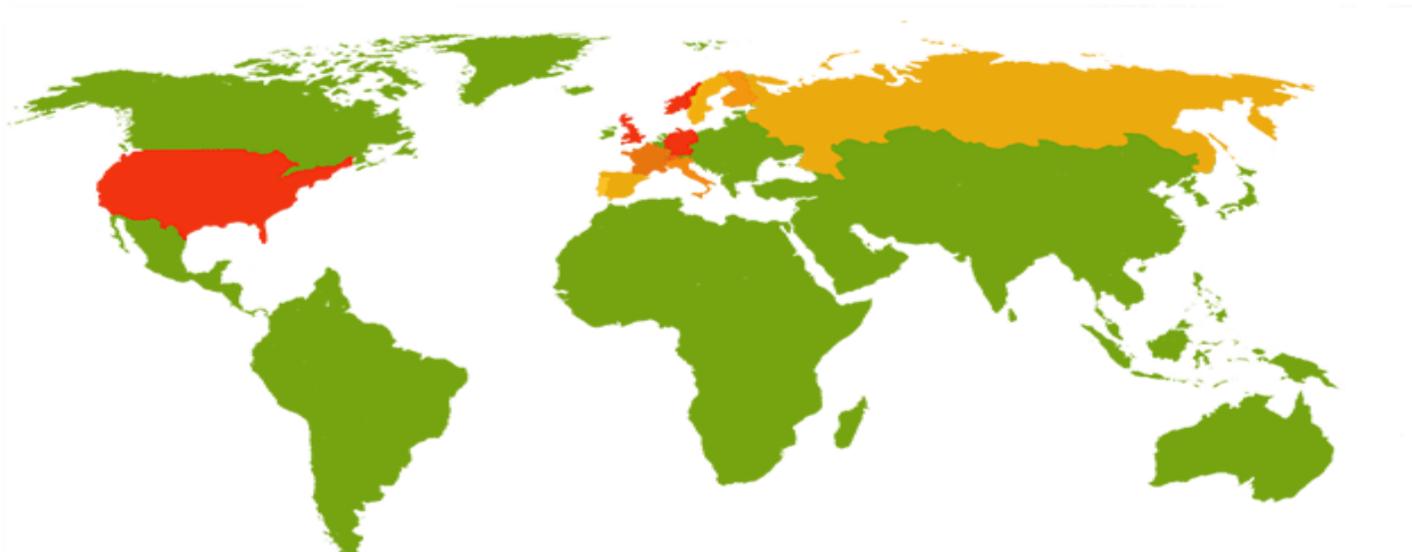
Распространенность АД



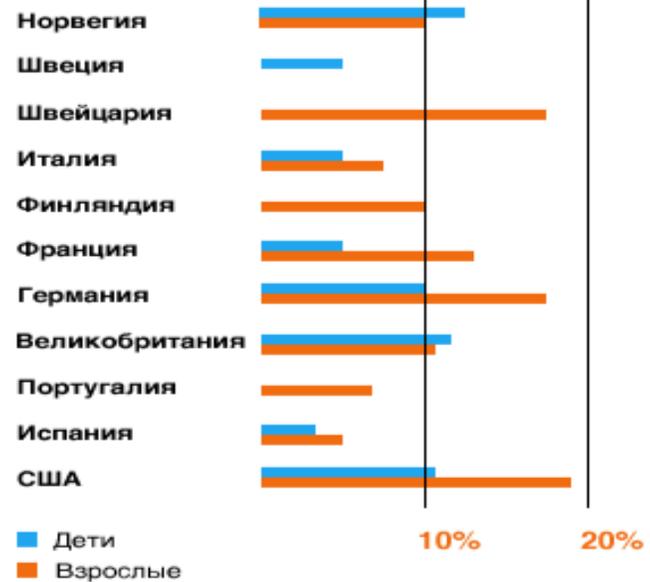
В РОССИИ

- Ленинградская область — 13%
- Брянская область — 15%
- Московская область — 12%
- Ростовская область — 19%
- Свердловская область — 34%
- Восточная Сибирь — 5,2 - 16,4%

АР в разных регионах России страдают от 3,3 до 35% (в среднем - 16,5%)

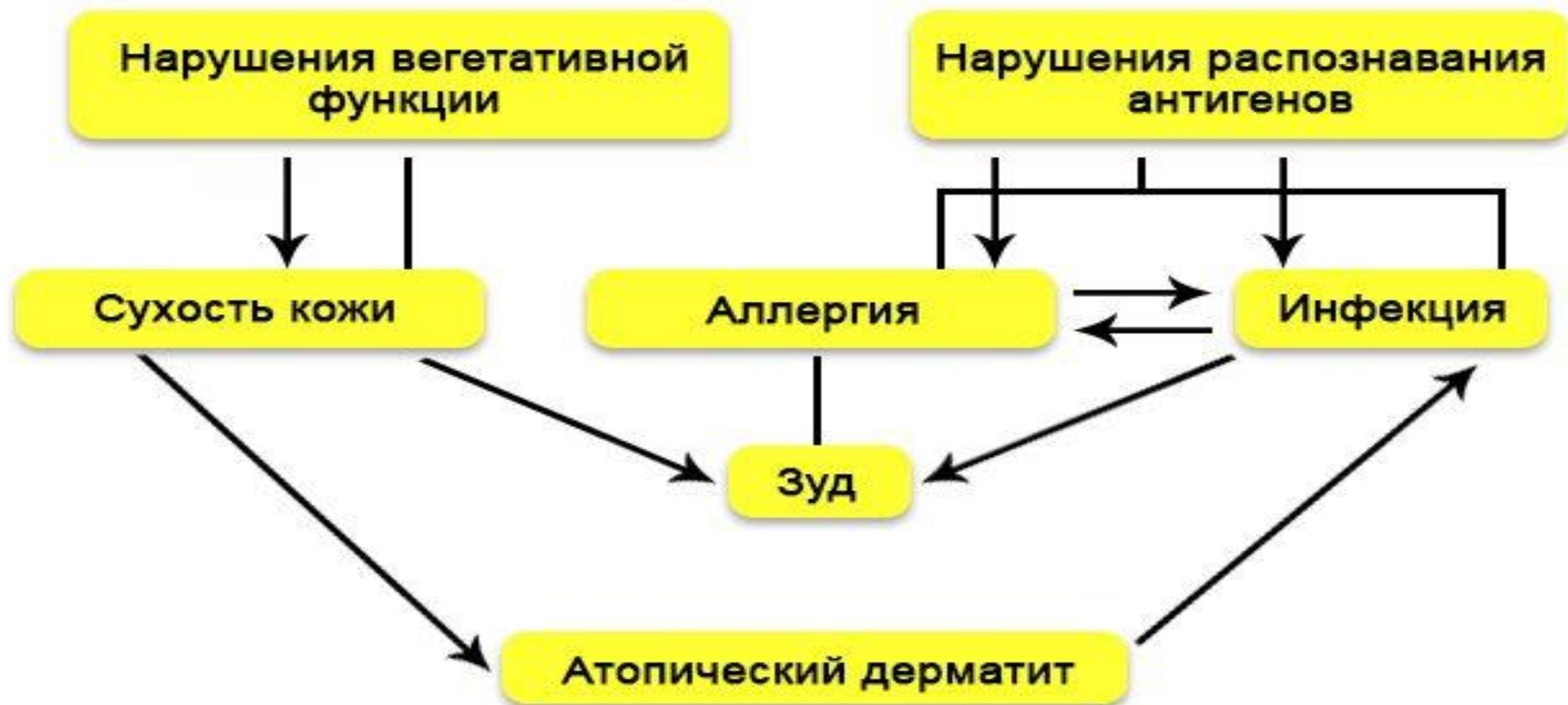


В МИРЕ



Атопический дерматит

Схема патогенеза



Диагностические критерии АД

- зуд кожи;
- неспецифическая гиперреактивность кожи.
- ранняя манифестация первых симптомов;
- наследственная отягощенность по атопии;
- типичная морфология высыпаний и локализация;
- хроническое рецидивирующее течение;



Лабораторные и инструментальные исследования

- Клинический анализ крови (м.б. наличие эозинофилии, при присоединении инфекционного процесса – нейтрофильный лейкоцитоз).
- Кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы) выявляют IgE-опосредованные аллергические реакции; проводятся аллергологом при отсутствии у ребенка острых проявлений АТД.

Прием антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к ложноотрицательным результатам, поэтому их необходимо отменить за 3 (антигистаминные препараты), 7 (трициклические антидепрессанты) и 30 (нейролептики) суток до предполагаемого срока исследования.

- Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови (низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза АТД).



Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)

- ❑ ОРЛ- постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА).
- ❑ ОРЛ - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией поражения в сердечно-сосудистой системе (ревмокардит), суставах (ревматический полиартрит), нервной системе (малая хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки).
- ❑ Развивается чаще всего у молодых людей (7–15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей.



Диагностические критерии ОРЛ

“Абсолютные” признаки ревматизма:

Большие критерии:

- Кольцевидная эритема;
- Ревматические узелки
- Полиартрит
- Хорея;
- Кардит;



Изменения в суставах при ревматизме



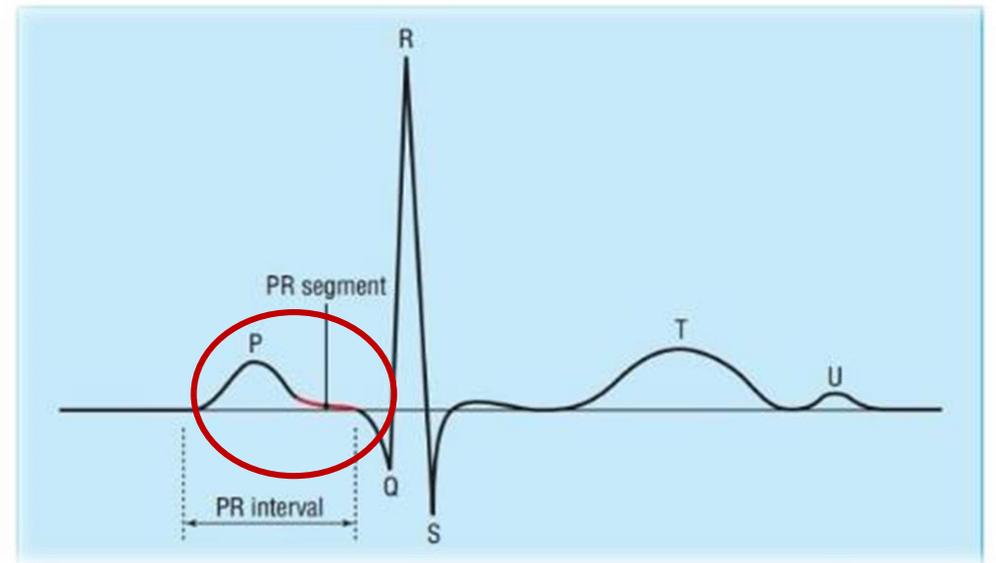
! Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествовавшую БГСА-инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ОРЛ.

Диагностические критерии ОРЛ

“Относительные” признаки ревматизма:

Малые критерии:

- Клинические: артралгии, лихорадка;
- Лабораторные: повышенные
- острофазовые показатели: СОЭ и С-реактивный белок;
- Удлинение интервала P-R на ЭКГ.



Проявление кольцевидной эритемы при ОРЛ

Кольцевидная эритема редкое проявление ОРЛ (5-15 %), тем не менее, диагностическая значимость ее велика.

Английский педиатр Б. Анселл считает наиболее характерным признаком эритемы при ОРЛ скорость ее распространения – в среднем 2–4 мм за 12 ч для каждого отдельного элемента, что отличает ее от других высыпаний.

Она представлена кольцевидной сыпью диаметром от нескольких миллиметров до 5-10 см, располагающейся на туловище и конечностях. Носит мигрирующий характер, не выступает над кожей, при надавливании исчезает, отсутствует зуд, после себя не оставляет пигментации и шелушения.

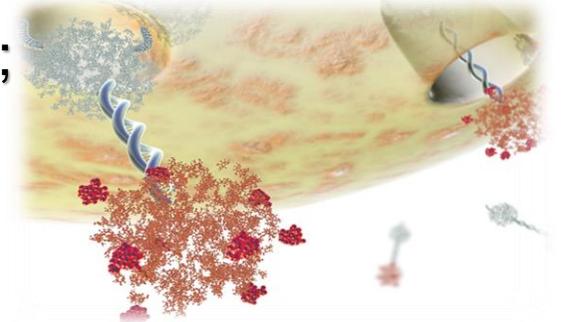
NB! Никогда не бывает на лице!



Лабораторные исследования

При наличии ОРЛ в активной фазе отмечается повышение неспецифических “острофазовых показателей”:

- нейтрофильный лейкоцитоз (но не более 12000–15000/мкл);
- диспротеинемия с повышением уровня α_2 - и γ -глобулинов;
- ускорение СОЭ;
- появление С-реактивного протеина.



Исследование мазка из зева для обнаружения бета-гемолитического стрептококка группы А.

Анализ на АСЛО:

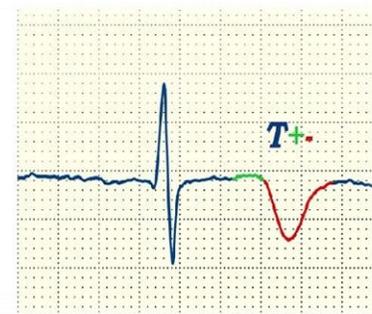
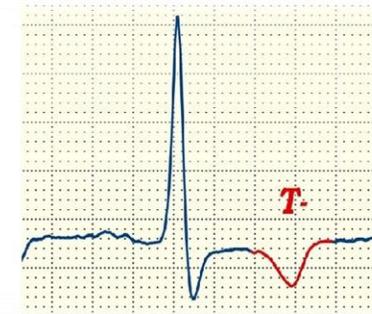
- повышение титров противострептококковых антител, определяемых в парных сыворотках.

! Диагноз ОРЛ представляется маловероятным при отсутствии серологического ответа на стрептококковые внеклеточные ферменты в сочетании с негативными микробиологическими результатами.



Инструментальные исследования

- ❑ При ЭКГ м.б. нарушения ритма и проводимости: преходящая атриовентрикулярная блокада первой (реже – второй) степени,
- ❑ экстрасистолия, изменения зубца Т (снижение амплитуды вплоть до появления негативных зубцов).
- ❑ Двухмерная ЭхоКГ с использованием доплеровской техники, которая позволяет оценить анатомическую структуру сердца, состояние внутрисердечного кровотока, а также установить наличие перикардального выпота.



Ревматическая лихорадка: вопросы клинко-морфологической диагностики и лечения Н.А. Шостак, Т.В.

Казакова Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова Лечебного факультета РГМУ стр.10-11

Дифференциальная диагностика проявления кольцевидной эритемы при АД и ОРЛ

Учитывая, что

- ❑ кольцевидная эритема при ОРЛ не бывает на лице и не возвышается над поверхностью кожи,
- ❑ отсутствуют др. большие и малые критерии ОРЛ,
- ❑ отсутствуют признаки активности воспаления в результатах лабораторных исследований (clin. ан. крови, отрицательные «ревмопробы» (СРБ, АСЛО и др.), можно **исключить ОРЛ**.

Признаки атопического дерматита в раннем возрасте, повышенный уровень IgE указывают на обострение заболевания.

Клинический диагноз:

Атопический дерматит, детский период, распространенная форма, среднетяжелое течение, стадия обострения.

Реконвалесцент ОРИ. Лимфаденопатия.



Выводы:

- ❑ Кольцевидные поражения кожи – признак различных кожных и соматических заболеваний, таких как псориаз, отрубевидный красный лишай, дерматофития, подострая кожная красная волчанка, крапивница, острая ревматическая лихорадка и др.
- ❑ В отдельных случаях дифференциальную диагностику необходимо проводить между острой ревматической лихорадкой и атопическим дерматитом.
- ❑ Детальное изучение анамнестических данных, клинических проявлений, анализ лабораторных и инструментальных данных, позволяет поставить правильный диагноз.

Спасибо за Ваше внимание!

