

А.В. Шайко

ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р.Н. Манкевич

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. V. Shaiko

FEATURES OF ERUTHEMA NODOSUM IN CHILDREN

Tutor: PhD, associate professor R.N. Mankevich

Department of Pediatric Infectious Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Исследована роль инфекционных агентов в возникновении узловой эритемы, их структура по частоте встречаемости. Установлено, что в большинстве случаев узловая эритема возникала после инфекций, вызванных *Streptococcus pyogenes* и *Salmonella enteritidis*. Также изучены клинические, лабораторные и инструментальные данные, характерные для узловой эритемы.

Ключевые слова: узловая эритема, дети.

Resume. The role of infectious agents in the development of erythema nodosum and their frequency of occurrence have been investigated. It has been established that in the majority of cases, erythema nodosum occurs following infections caused by *Streptococcus pyogenes* and *Salmonella enteritidis*. Clinical, laboratory, and instrumental data characteristic of erythema nodosum have also been analyzed.

Keywords: erythema nodosum, children.

Актуальность. Узловая эритема (УЭ) – это особая форма панникулита, характеризующаяся формированием пальпируемых эритематозных узелков преимущественно на нижних конечностях на передней поверхности голени. УЭ является септальным панникулитом, протекающим без васкулита. [1, 2]

Наиболее часто УЭ возникает после инфекций ротоглотки с выявлением бета-гемолитического стрептококка группы А, что характерно для детей в умеренных широтах. Туберкулезная этиология эндемична для таких регионов как Индия, Турция, Тайланд, Южная Америка. [1]

УЭ обычно самоотграничивается и разрешается в течение 1–6 недель, претерпевая изменения окраски от ярко-красного до желто-коричневого или зелено-голубоватого обесцвечивания, что может напоминать синяки. [3, 5, 6].

Кожные проявления зачастую сопровождаются системными: лихорадка, недомогание, головная боль, желудочно-кишечные проявления (боль в животе, тошнота, рвота, диарея), кашель, лимфаденопатия, потеря веса и артралгия, преимущественно в местах поражения конечностей (лодыжки, голени). [2, 4]

УЭ считается реакцией гиперчувствительности на различные антигенные стимулы. [2]

Поэтому знание инфекционных агентов как факторов риска, а также клинических, лабораторных и инструментальных особенностей узловой эритемы поможет врачу любой специальности поставить верный диагноз и начать своевременную адекватную терапию.

Цель: оценить роль инфекционных агентов и клинико-лабораторные особенности течения узловой эритемы у детей.

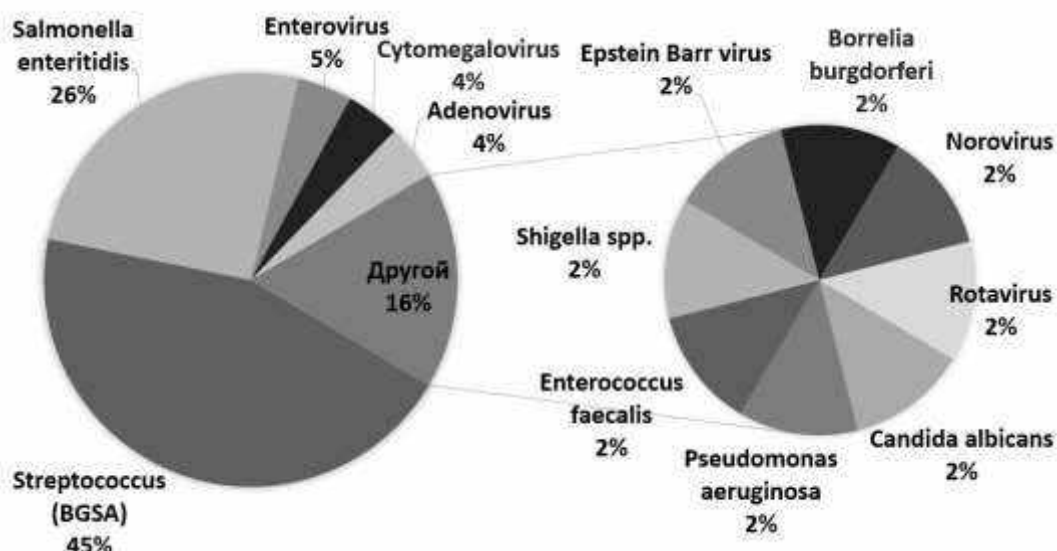
Задачи:

1. Установить роль инфекционных агентов в развитии УЭ у детей.
2. Определить клинико-лабораторные особенности и течение УЭ у пациентов детского возраста.

Материалы и методы. Обследовано 57 детей с диагнозом L52 «Узловатая эритема» в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст $6,4 \pm 0,6$ лет), которые находились на лечении в период с 01.01.2016 по 07.11.2022 в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска, из них 27 мальчиков и 30 девочек. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами математической статистики с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC.

Результаты и их обсуждение. Пациенты с УЭ поступали в стационар чаще в летний период (35%), каждый четвертый поступил весной (26%) или осенью (25%), а зимой лишь 14%. У пациентов до 12 лет заболеваемость не зависела от пола (1:1), но начиная с 12 лет и старше у лиц женского пола УЭ встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$).

Накануне все пациенты переносили инфекционное заболевание. У 23 пациентов (40%) возбудитель не удалось выявить. У оставшихся пациентов чаще всего были обнаружены: *Streptococcus pyogenes* (45%), *Salmonella enteritidis* (26%), *Enterovirus* (5%), *Cytomegalovirus* и *Adenovirus* по 4%, единичные случаи выявления имели место *Pseudomonas aeruginosa*, *Shigella* spp., *Enterococcus faecalis*, *Epstein-Barr Virus*, *Borrelia burgdorferi*, *Norovirus*, *Rotavirus*, *Candida albicans*. Частота встречаемости возбудителей, вызывающих УЭ, отражена на диаграмме 1. У 23,5% пациентов были выявлены 2 и более возбудителя одновременно.



Диагр.1 – Частота встречаемости возбудителей, вызывающих УЭ у детей

У 58% пациентов заболевание проявлялось повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,9 \pm 0,37^\circ\text{C}$). Все пациенты жаловались на характерную сыпь.

Элементы сыпи появлялись в среднем на $9,3 \pm 1,6$ день после перенесенной инфекции. Она представляла из себя узлы чаще на передних поверхностях голеней, розово-свиного цвета, размером в среднем $1,1 - 2,2$ см. В 39% случаев сыпь была горячая на ощупь. На болезненность в области сыпи жаловались 31 пациент (54%). Характерная сыпь локализовалась исключительно на конечностях: в 70% случаев - на нижних конечностях, в 28% случаев - на обеих парах конечностей, в 2% случаев – только на верхних конечностях. Болезненность суставов пораженной конечности встречалась в 5 случаях (9%).

УЗИ ОБП проводилось 23 пациентам, результаты которого показывают увеличение лимфатических узлов у 26% пациентов (в 66,7% случаев были увеличены мезентериальные и в 33,3% случаев - в воротах печени), гепатомегалию – у 35% детей, а гепатоспленомегалию – у 52% обследованных.

При оценке лабораторных показателей отмечалось повышение уровня С-реактивного белка в биохимическом анализе крови, при этом среднее значение его составило $46,1 \pm 8,4$ мг/л. В общем анализе крови наблюдалось повышение СОЭ (среднее значение $28,5 \pm 1,9$ мм/ч), лейкоцитоз (среднее значение $13,0 \pm 0,6 \times 10^9$ /л), незначительный палочкоядерный сдвиг формулы влево, а у детей до 5 лет – относительная лимфопения. Результаты исследования отражены в таблице 1.

Табл. 1. Средние значения показателей ОАК у пациентов с УЭ

Показатель	Среднее значение
СОЭ, мм/ч	2
Лейкоциты, 10^9 /л	$13,0 \pm 0,6$
Нейтрофилы палочкоядерные, %	$7,58 \pm 1,4$
Нейтрофилы сегментоядерные, %	$52,56 \pm 1,9$
1–5 лет	$47,4 \pm 2,8$
6–17 лет	$57,8 \pm 2,6$
Лимфоциты, %	$43,7 \pm 1,4$
1–5 лет	$30,5 \pm 2,1$
6–17 лет	$25,1 \pm 1,7$
Моноциты, %	$8,6 \pm 0,4$
Эозинофилы, %	$2,7 \pm 0,15$

У 37 пациентов проводилось исследование уровня антистрептолизина О. Повышение показателя имело место у 56,7% обследованных, при этом среднее значение его составило $378,6 \pm 43,9$ МЕ/мл.

Выводы:

1. У детей с УЭ наиболее частыми триггерами были бета-гемолитический стрептококк группы А и кишечные патогены.
2. Заболевание редко встречалось в зимний период (14%).
3. Преимущественно (86%) болеют дети в возрасте до 12 лет с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек, среди детей старше 12 лет преобладают девочки (75%).
4. В клинической симптоматике характерно появление элементов УЭ на $9,3 \pm 1,6$ день с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности голеней.

5. По данным УЗИ ОБП у 87% детей с УЭ имело место увеличение печени.

6. В гемограмме характерно повышение С-реактивного белка и СОЭ, незначительный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, для детей до 5 лет - лимфопения.

Литература

1. Alexander K. C. Leung, Kin Fon Leong, Joseph M. Lam. Erythema nodosum [Текст]* / Alexander K. C. Leung, Kin Fon Leong, Joseph M. Lam. // World Journal of pediatrics. – 2018. – № 6. – С. 548-554.
2. Erythema Nodosum: A Practical Approach and Diagnostic Algorithm [Текст]* / Daniela Michelle Pérez-Garza, Sonia Chavez-Alvarez, Jorge Ocampo-Candiani, Minerva Gomez-Flores // American Journal of Clinical Dermatology. – 2021. – №22. – С. 367-378.
3. Juan Mana, Joaquim Marcoval. Erythema nodosum [Текст]* / Juan Mana, Joaquim Marcoval // Clinics in dermatology. – 2007. – №3. – С. 288-294.
4. Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases [Текст]* / A Mert, H Kumbasar, R Ozaras and other // Clinical and experimental rheumatology. – 2007. – №4. – С. 563-570.
5. Molina-Ruiz AM, Requena L. Erythema nodosum [Текст]* / Molina-Ruiz AM, Requena L. // Medicina clinica. – 2016. – №2 – С. 81-86.
6. Requena L, Sanchez Yus E. Erythema nodosum [Текст]* / Requena L, Sanchez Yus E. // Seminars in cutaneous medicine and surgery. – 2007. – №2. – С. 114-125.