

## Случай герпетиформной экземы Капоши у ребенка 4 мес

Г.Р. Фаткуллина<sup>1</sup>, В.А. Анохин<sup>1</sup>, Ф.М. Сафина<sup>2</sup>, П.Н. Емельянова<sup>2</sup>, Т.К. Бахтигузина<sup>2</sup>,  
А.М. Сабитова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница им. профессора А.Ф. Агафонова», Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

## A case of Kaposi's varicelliform eruption in a 4-month-old child

G.R. Fatkullina<sup>1</sup>, V.A. Anokhin<sup>1</sup>, F.M. Safina<sup>2</sup>, P.N. Emel'yanova<sup>2</sup>, T.K. Bakhtiguzina<sup>2</sup>,  
A.M. Sabitova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

<sup>2</sup>Agafonov Republican Clinical Infectious Diseases Hospital, Kazan, Russia

Общеизвестно, что герпесвирусы обладают пантропностью, соответственно герпетические инфекции отличаются разнообразной клинической картиной. Нередко одним из проявлений герпетических нозологий служит синдром экзантемы. Традиционно это везикулезная сыпь, возникающая при инфицировании вирусом простого герпеса, занимающая ограниченный ареол, однако высыпания могут быть совершенно разнообразными по характеру, количеству, локализации. В статье рассмотрен редкий вариант герпетической инфекции, получивший название «герпетиформная экзема Капоши (герпетическая экзема)», или «вариолиформный пустулез Юлиусберга–Капоши», отличающийся тяжестью клинических проявлений, часто неблагоприятным исходом, трудностями в диагностике и лечении. Представлены фотодокументы динамики инфекционного процесса на коже и лабораторных показателей на фоне противовирусной терапии.

**Ключевые слова:** дети, герпесвирусы, герпетиформная экзема Капоши, лимфаденопатия, спленомегалия.

**Для цитирования:** Фаткуллина Г.Р., Анохин В.А., Сафина Ф.М., Емельянова П.Н., Бахтигузина Т.К., Сабитова А.М. Случай герпетиформной экземы Капоши у ребенка 4 мес. Рос вестн перинатол и педиатр 2023; 68:(5): 78–84. DOI: 10.21508/1027-4065-2023-68-5-78-84

It is well known that herpesviruses are pantropic, hence herpetic infections are characterized by a diverse clinical pattern. Often one of the syndromes of various «herpetic nosologic forms» is the exanthema syndrome. Traditionally, this is a vesicular rash accompanying the infection caused by herpes simplex virus, which occupies a fairly limited area, but the rashes can be completely different in nature, quantity, and localization. The article discusses a relatively rare variant of herpetic infection, called: Kaposi's varicelliform eruption (eczema herpeticum), or Kaposi–Juliusberg varioliform pustulosis, characterized by the severity of clinical manifestations, often an unfavorable outcome, diagnostic and therapeutic difficulties. Photo documents of the dynamics of the skin process and laboratory parameters against the background of antiviral therapy are presented.

**Key words:** children, herpesviruses, Kaposi's varicelliform eruption, lymphadenopathy, splenomegaly.

**For citation:** Fatkullina G.R., Anokhin V.A., Safina F.M., Emel'yanova P.N., Bakhtiguzina A.M., Sabitova A.M. A case of Kaposi's eczema herpeticiformis in a 4-month-old child. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2023; 68:(5): 78–84 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2023-68-5-78-84

© Коллектив авторов, 2023

Адрес для корреспонденции: Фаткуллина Гузель Роальдовна — к.м.н., доц. кафедры детских инфекций Казанского государственного медицинского университета,

ORCID: 0000-0002-1362-0183

e-mail: ftkguzel@mail.ru

Анохин Владимир Алексеевич — д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций Казанского государственного медицинского университета,

ORCID: 0000-0003-1050-9081

Сабитова Альфия Махмутовна — к.м.н., доц. кафедры детских инфекций Казанского государственного медицинского университета,

ORCID: 0000-0001-9394-5879

420012 Казань, ул. Бултерова, д. 49

Сафина Фидания Мухаметзакиевна — врач-инфекционист, зав. боксированным отделением №2 Республиканской клинической инфекционной больницы им. профессора А.Ф. Агафонова,

Емельянова Полина Николаевна — зам. гл. врача по лечебной работе Республиканской клинической инфекционной больницы им. профессора А.Ф. Агафонова,

Бахтигузина Танзеля Кабдулловна — врач-инфекционист боксированного отделения №2 Республиканской клинической инфекционной больницы им. профессора А.Ф. Агафонова,

420140 Казань, Проспект Победы, д. 83

Многолетнее изучение вирусов семейства *Herpesviridae* и наблюдения за инфицированными ими людьми способствовали пониманию глобальной роли герпетической инфекции [1–9]. Это прежде всего так называемые рекуррентные респираторные заболевания, рецидивирующий вариант хронического инфекционного процесса в форме мононуклеоза и/или мононуклеозоподобного синдрома, персистирующий субфебрилитет, лимфаденопатии и т.д. [3]. Более того, педиатрам часто приходится иметь дело с разными вариантами высыпаний, так или иначе ассоциированными с герпетическими инфекциями [2, 3]. В статье рассмотрен клинический случай сравнительно редкого варианта герпетической экзантемы у ребенка 4 мес, получившего название «герпетиформная экзема Капоши (вариолиформный пустулез Юлиусберга–Капоши)», представляющего трудности для диагностики [10].

Герпетиформная экзема Капоши рядом авторов рассматривается как осложнение хронических

дерматозов у детей раннего возраста, при которых формируются эрозивно-язвенные поражения кожи, спровоцированные вирусом простого герпеса [11]. Лишь единичные сообщения касаются случаев экземы Капоши у старших детей, подростков и взрослых с иммунодефицитными состояниями. Заболевание впервые описано в 1887 г. венгерским дерматологом М. Капоши. В 1898 г. Ф. Юлиусберг описал схожую клиническую картину, возникающую как при герпетической инфекции, так и в ответ на вакцину от натуральной оспы. Доказано, что причиной в обоих случаях был вирус простого герпеса, а патологии были объединены под общим названием «герпетиформная экзема Капоши». В 95% случаев герпетиформная экзема Капоши диагностируется у детей с атопическим дерматитом, реже с другими дерматозами. Заболевание чаще регистрируется поздней осенью, зимой и ранней весной. Герпетиформная экзема Капоши справедливо считается одной из наиболее тяжелых форм инфекций, вызванных вирусом простого герпеса 1-го типа, реже — 2-го типа (ВПГ-1, 2). Болеют в основном дети в возрасте от 6 мес до 2 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 7 мес — 1,5 года. Считается, что первые 6 мес ребенка «защищают» антитела, полученные от матери трансплацентарно. Герпетиформная экзема Капоши чаще возникает у детей с так называемым ранним атопическим дерматитом, развившимся в первые 8 нед жизни. Обычно это первичная герпетическая инфекция [12–20]. В группу риска входят младенцы, находящиеся на искусственном вскармливании или получающие глюкокортикостероиды и иммуносупрессивные препараты. Источником инфекции обычно служит человек из ближнего окружения ребенка. Еще до появления характерных высыпаний на коже и слизистых оболочках возможен короткий продромальный период продолжительностью до 3 сут в виде общей слабости, сонливости и вялости ребенка. После этого появляются типичные симптомы основного заболевания: значительно ухудшается общее состояние, повышается температура тела. Практически одновременно с общетоксическими проявлениями появляются кожные высыпания. Сыпь в основном локализуется на лице, волосистой части головы, кистях и предплечьях. Реже поражаются стопы, ягодицы и туловище. На фоне тяжелых хронических дерматозов сыпь может распространяться по всему телу. Первично на фоне подъема температуры тела возможны отечность и эритема кожи лица. Спустя 8–15 ч проявляются папулы, быстро трансформирующиеся в везикулы и пустулы. Элементы имеют округлую форму, выступают над уровнем прилегающих кожных покровов, в центре имеют углубление. От окружающей кожи они отделены валиком воспаленного эпидермиса. Высыпания, как правило, обильные,

объединены в группы, редко распространены диффузно. На лице сыпь сливается, формируя крупные очаги, часто сопровождается зудом. По мере развития кожных элементов происходит и их спонтанное вскрытие. На месте везикул или пустул формируются эрозии, склонные к кровоточивости и слиянию, в результате чего образуются большие пораженные участки, покрывающиеся в последующем геморрагической коркой. Спустя 1–2 нед корки отпадают, температура тела нормализуется. Общая продолжительность заболевания до 3 нед. Рецидивы возможны, обычно протекают легко, общее состояние больного при этом не страдает. У отдельных пациентов возможна диарея, описаны гнойные отиты, пиодермия, сепсис. Летальность при таких осложнениях доходит до 15% [10–12].

Приводим описание находившегося под нашим наблюдением пациента с герпетиформной экземой Капоши, ассоциированной с герпетической инфекцией.

**Клинический случай.** Мальчик в возрасте 3 мес 29 дней поступил в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с диагнозом: «Корь? Пиодермия? Аллергодерматоз?».

**Анамнез жизни.** Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов на сроке 38 нед. Масса тела при рождении 3800 г; на грудном вскармливании по настоящее время. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1,5 мес у ребенка отмечались впервые проявления атопического дерматита, быстро распространившегося на конечности и туловище. По рекомендациям аллерголога принимали антигистаминные препараты, местную терапию эмолентами с частично положительным эффектом, однако полной ремиссии достичь не удалось. Вакцинирован только БЦЖ и от гепатита В.

**Анамнез заболевания.** Заболел остро с подъема температуры тела до 37,3 °С, стал капризным, вялым, беспокойным. С первых часов заболевания мать ребенка заметила появление высыпаний на коже волосистой части головы в виде папул и мелких везикул, наполненных серозной жидкостью. В последующем сыпь распространилась, увеличились размеры отдельных элементов. Через несколько часов на волосистой части головы, лице, ушных раковинах, шее сыпь стала обильной в виде сгруппированных везикул, температура тела поднялась до 38,4 °С. На 2-е сутки от начала заболевания ребенок вялый, температура тела 38,9 °С, на волосистой части головы, лице, шее, верхней части туловища сыпь сливная (папулы, везикулы, пустулы, корки). На слизистых оболочках сыпи не было. Участковым педиатром, вызванным на дом, ребенок направлен в Республиканскую клиническую инфекционную больницу им. проф. А.Ф. Агафонова г. Казани с диагнозом «Корь? Пиодермия? Аллергодерматоз?».

**Таблица 1. Результаты исследований, проведенных в 1-е сутки после госпитализации (2-й день болезни)**  
**Table 1. The results of studies conducted on the first day after hospitalization**

Исследование	Результат
Анализ периферической крови	Лейкоцитоз, абсолютный и относительный моноцитоз, нейтрофилез, незначительное повышение уровня гемоглобина
Биохимический анализ крови	Аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, билирубин общий и прямой, глюкоза в пределах возрастной нормы
Маркеры воспаления	Повышение уровня С-реактивного белка в 5 раз выше нормы, антистрептолизин-О, ревматоидный фактор, ферритин — в пределах нормы
Бактериологический посев с кожи (с наибольшего скопления высыпаний)	Выделен <i>S. aureus</i> 10 <sup>5</sup> КОЕ/мл
Серологическое исследование на IgM к вирусу кори методом ИФА	Не обнаружены
Мазок из носоглотки на РНК вируса кори методом ПЦР	РНК вируса кори не обнаружена
Мазок из носоглотки на РНК SARS-Cov-2	РНК SARS-Cov-2 не обнаружена
Кровь на ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис	Результат — отрицательный
Исследование крови, мочи на стерильность	Роста микрофлоры не выявлен

*Примечание.* ИФА — иммуноферментный анализ; ПЦР — полимеразная цепная реакция.

**Эпидемиологический анамнез.** Ребенок поступил на 15-й день контакта по кори. За пределы РФ, Республики Татарстан не выезжал. За 2 нед до возникновения настоящего заболевания у отца ребенка были проявления *herpes labialis*.

**Объективные параметры на момент первичного осмотра в отделении (2-й день болезни, 2-й день экзантемы).** Общее состояние средней тяжести за счет интоксикации, выраженной экзантемы. Высыпания на коже волосистой части головы, лица, шеи обильные, представляли собой массивные скопле-

ния корочек, везикул, папул. Местами трещины, крупные участки эрозивных мокнущих полей после отпадения толстых корок на фоне гиперемии, отечной, сухой кожи (рис. 1). В верхней части туловища, на проксимальных отделах рук и на кистях элементы пятнисто-папулезного и везикулезного характера. Лицо больного одутловато, за счет этого глазные щели сужены, на лбу, подбородке, левой щеке папулы, корочки. Изменения в ротоглотке соответствовали клинической картине катарального фарингита. Остальные видимые сли-



**Рис. 1. Массивные корочки, трещины, крупные участки эрозивных мокнущих полей на фоне гиперемии, отечной, сухой кожи (а) и в области волосистой части головы, ушных раковин (б).**

**Fig. 1. Massive crusts, cracks, large areas of erosive weeping fields against the background of hyperemic, edematous, dry skin (a) and in the scalp, auricles (b).**

Таблица 2. Результаты исследований, проведенных в динамике процесса с учетом коррекции диагноза в 4-й день после госпитализации (5-й день болезни)

Table 2. The results of studies conducted in the dynamics of the process, taking into account the correction of the diagnosis during hospitalization

Исследование	Результат
Анализ периферической крови	Абсолютный лимфоцитоз, относительный нейтрофилез, нормальный уровень лейкоцитов
Биохимический анализ крови	Концентрация аспаратаминотрансферазы выше нормы в 2 раза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, билирубин общий и прямой, глюкоза в пределах возрастной нормы
Маркеры воспаления	Уровень С-реактивного белка в 6 раз выше нормы, антистрептолизина-О, ревматоидного фактора, ферритина — в пределах нормы
Серологическое исследование на IgM, IgG к вирусу простого герпеса (ВПГ-1, 2) методом ИФА	IgM обнаружены с коэффициентом позитивности 10,54, IgG обнаружены в титре 1:200
Исследование методом ПЦР соскоба эпителиальных клеток ротоглотки, крови на ДНК ВПГ-1, 2, ВГЧ-6, ЭБВ, ЦМВ	В соскобе эпителиальных клеток ротоглотки и крови обнаружена ДНК ВПГ-1, 2. ДНК ЭБВ, ВГЧ-6, ЦМВ в исследуемых образцах не обнаружены
Посев с кожи пораженных участков на грибы	Грибы в исследуемом образце не обнаружены
Исследование кала на ПКФ и УПБ	ПКФ и УПБ в кале не обнаружены
Исследование кала на РНК ротавируса методом ПЦР	РНК ротавируса в кале не обнаружена

*Примечание.* ВПГ-1, -2 — вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов; ИФА — иммуноферментный анализ; ВГЧ-6 — вирус герпеса человека 6-го типа; ЭБВ — Эпштейна–Барр вирус; ЦМВ — цитомегаловирус; ПКФ — патогенная кишечная флора; УПБ — условно-патогенная кишечная флора; ПЦР — полимеразная цепная реакция.

зистые оболочки физиологической окраски, умеренной влажности, свободны от сыпи. Умеренная шейная лимфаденопатия (передне- и заднешейных лимфатических узлов) с максимальным размером подчелюстных лимфатических узлов до 2,0 см. При этом они умеренно болезненные, плотноэластической консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. В легких, сердце отклонений не выявлено. Живот доступен пальпации, равномерно участвовал в акте дыхания, безболезненный, печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5 см, эластической консистенции, безболезненная, подвижная, поверхность гладкая, край острый, ровный, селезенка не увеличена.

Результаты лабораторных исследований, проведенных в первые сутки пребывания в стационаре, представлены в табл. 1. С 1-го дня госпитализации ребенок получал антибактериальную, дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию внутривенно, пробиотики внутрь, препарат интерферона- $\alpha/2\beta$  с аскорбиновой кислотой ректально, местные антисептики.

Однако к 5-му дню болезни состояние ребенка не улучшалось, он продолжал лихорадить до 39,6 °С, температура была практически торпидна к действию антипиретиков. Мальчик был очень вялым, капризным, плохо сосал, высыпания нарастали, в том числе увеличился и ареал их рас-

пространения: верхняя часть туловища, проксимальные отделы рук. На волосистой части головы, шее, в области ушных раковин образовались конгломераты из массивных корок, просматривались трещины (рис 3). Ребенок беспокоился из-за зуда



Рис. 2. Кожный процесс в динамике на фоне терапии ацикловиром (2-й день применения препарата). Элементы тушированы раствором фукокорина.

Fig. 2. Skin process in dynamics against the background of acyclovir therapy (2nd day of drug use). The elements were quenched with a solution of fucorcin.



*Рис. 3. Необильные корочки на месте высыпаний на волосистой части головы, на шее (тушированы раствором фукокорина).*

*Fig. 3. Small crusts at the site of rashes on the scalp, on the neck (stewed with a solution of fucorcine).*

в области высыпаний на волосистой части головы, лице, ушных раковинах, особенно в местах их скопления. Врачебным консилиумом высказано предположение, что у ребенка с атопическим дерматитом, младенческой, распространенной, тяжелой формой имеется инфекция, вызванная вирусом простого герпеса и протекающая в форме «герпетической экземы Капоши», осложненная наложением вторичной бактериальной инфекции. С учетом диагноза расширен спектр исследований, результаты их представлены в табл. 2.

К лечению был добавлен ацикловир внутривенно из расчета 60 мг/кг в суточной дозе, разделенной на 3 приема, иммуноглобулин человека для внутривенного введения 2 инъекции. Уже после первого введения ацикловира температура тела начала снижаться. В последующем (со 2-го дня терапии ацикловиром) отчетливо проявилась положительная динамика кожного процесса: перестали появляться новые элементы сыпи, имевшиеся папулы и везикулы быстро подсыхали в корочки, которые, в свою очередь, стали быстро отпадать, при этом не отмечалось образования крупных эрозивных мокнущих полей. Через 2 дня от начала применения ацикловира внутривенно и однократного введения иммуноглобулина человека существенно уменьшилась одутловатость лица, новых элементов не зарегистрировано, исчезли эрозивные мокнущие поля, папулы и везикулы трансформировались в корочки, уменьшилась площадь высыпаний (рис. 2). Температура тела нормализовалась с 3-го дня приема ацикловира. Пациент получал его в течение 10 дней, в последующем был переведен на прием препарата внутрь до 21-го дня. Выписан на 15-й день болезни. Наблюдение за пациентом продолжается.

Самочувствие при выписке удовлетворительное, на коже лица, волосистой части головы необильные корочки на месте высыпаний (рис. 3), мокнутий, трещин, новых папул, везикул нет. Кожа на месте отпавших корочек депигментирована. На туловище, руках сохранялись единичные мелкие корочки, небольшие участки депигментации. Сон, аппетит ребенка нормализовались, отклонений состояния других органов и систем не выявлено. В анализе периферической крови сохранялись незначительные лейкоцитоз, лимфоцитоз; в биохимическом анализе крови повышенный уровень аспаратаминотрансферазы, в крови ДНК вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов методом ПЦР не определялась.

### Заключение

Различные кожные изменения, имеющие временную связь с длительной температурной реакцией, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией с высокой вероятностью могут указывать на герпетическую природу заболевания [3, 21, 22]. Можно констатировать, что рекуррентные респираторные заболевания, инфекционный процесс в форме рецидивирующего мононуклеозоподобного синдрома, хронические рецидивирующие стоматиты, длительный субфебрилитет, «немотивированная» лихорадка и т.д. как у детей, так и у взрослых пациентов, требуют расширенного обследования для выявления маркеров активации герпесвирусов [2, 3]. Надеемся, что представленный клинический случай поможет сохранить настороженность врачей педиатров, инфекционистов, аллергологов, дерматологов в отношении этой группы инфекций.

## ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Нестерова И.В., Малиновская В.В., Ковалева С.В., Чудилова Г.А. Интерфероно- и иммунотерапия в лечении нетипично протекающих инфекционно-воспалительных заболеваний у детей и взрослых. М.: Carpicorn Publishing, 2020; 365. [Nesterova I.V., Malinovskaya V.V., Kovaleva S.V., Chudilova G.A. Interferon and immunotherapy in the treatment of atypical infectious and inflammatory diseases in children and adults. M.: Carpicorn Publishing, 2020; 365. (in Russ.)]
2. Фаткуллина Г.Р., Анохин В.А., Хасанова Г.Р. Кольцевидная эритема и герпетические инфекции у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2021; 66: (5): 207–212. [Fatkulina G.R., Anoxin V.A., Hasanova G.R. Erythema annulare and herpetic infections in children. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii 2021; 66: (5): 207–212. (in Russ.)] DOI: 10.21508/1027–4065–2021–66–5–207–212
3. Фаткуллина Г.Р., Анохин В.А., Сабитова А.М. Фигурная эритема и герпетические инфекции у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2022; 67: (5): 203–210. [Fatkulina G.R., Anoxin V.A., Sabitova A.M. Figured erythema and herpetic infections in children. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii 2022; 67: (5): 203–210. (in Russ.)] DOI: 10.21508/1027–4065–2022–67–5–203–210
4. Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А., Стадникова А.С., Таганов А.В. Клинические проявления инфекции простого герпеса у детей, страдающих атопическим дерматитом. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2018; 63: (6): 15–22. [Tamrazova O.B., Chebotareva T.A., Stadnikova A.S., Taganov A.V. Clinical manifestations of herpes simplex virus infection in children with atopic dermatitis. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2018; 63: (6): 15–22. (in Russ.)] DOI: 10.21508/1027–4065–2018–63–6–15–22
5. Самсыгина Г.А. Герпес-вирусные инфекции у детей. CONSILIUM MEDICUM. Педиатрия 2016; 2: 18–23. [Samsygina G.A. Herpes virus infections in children. CONSILIUM MEDICUM. Pediatriya 2016; 2: 18–23. (in Russ.)]
6. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2013. [Isakov V.A., Arkhipova E.I., Isakov D.V. Herpesvirus infections in humans. Guide for doctors. SPb.: SpetsLit, 2013. (in Russ.)]
7. Мазанкова Л.Н., Горбунов С.Г. Инфекционные болезни у детей: актуальность и междисциплинарные аспекты подготовки педиатров в системе последипломного образования врачей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012; 1: 4–7. [Mazankova L.N., Gorbunov S.G. Infectious diseases in children: relevance and interdisciplinary aspects of training pediatricians in the system of postgraduate education of doctors. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii 2012; 1: 4–7. (in Russ.)]
8. Бокковой А.Г. Герпесвирусные инфекции у детей. М., МАКС Пресс, 2008; 140. [Bokovoi A.G. Herpes virus infections in children. M., MAX Press, 2008; 140. (in Russ.)]
9. Фаткуллина Г.Р., Анохин В.А., Джафарова А.Н. Диссеминированные герпетические инфекции у детей на современном этапе. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2015; 60: (5): 174–178. [Fatkulina G.R., Anokhin V.A., Dzhafarova A.N. Disseminated herpetic infections in children at the present stage. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii 2015; 60: (5): 174–178. (in Russ.)]
10. Вахитов Х.М., Махмудова А.Г., Зиятдинова Л.М., Поспелов М.С. Герпетиформная экзема Капоши у ребенка первого года жизни. Казанский медицинский журнал 2020; 101: (3): 426–430. [Vahitov H.M., Mahmutova A.G., Ziyatdinova L.M., Pospelov M.S. Kaposi's eczema herpetiformis in a child of the first year of life. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2020; 101: (3): 426–430. (in Russ.)] DOI: 10.17816/KMJ2020–426
11. Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А., Сукач М.С., Лекавичус И.Ю. Герпетиформная экзема Капоши как осложнение атопического дерматита. Клиническая дерматология и венерология 2014; 12(4): 27–29. [Okhlopkov V.A., Zubareva E.Yu., Novikov Yu.A., Sukach M.S., Lekavichus I.Yu. Kaposi varicelliform eruption as a complication of atopic dermatitis. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya 2014; 12(4): 27–29. (in Russ.)]
12. Гараева З.Ш., Юсупова Л.А., Юнусова Е.И., Мавлютова Г.И., Хасанова А.А. Герпетиформная экзема Капоши. Фатматека. 2022; 10: 84–87. [Garaeva Z.Sh., Yusupova L.A., Yunusova E.I., Mavlyutova G.I., Hasanova A.A. Kaposi's eczema herpetiformis. Fatmateka 2022; 10: 84–87. (in Russ.)] DOI: 10.18565/pharmateca.2022.10.84–87
13. Дудникова Э.В., Кобзева Н.Н., Приходская Е.С., Беседина Е.А., Педченко Е.Г. Особенности клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста. Медицинский вестник Юга России 2013; 3: 44–47. [Dudnikova E.V., Kobzeva N.N., Prihodskaja E.S., Besedina E.A., Pedchenko E.G. Certain peculiarities of the clinical course of atopic dermatitis in children's early age. Meditsinskiy Vestnik Yuga Rossii 2013; 3: 44–47. (in Russ.)] DOI: 10.21886/2219–8075–2013–3–44–47
14. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России: проблемы и решения. ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ 2015; 1(1): 18. [Starodubov V.I., Ulumbekova G.E. Russian healthcare: problems and solutions. ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ 2015; 1(1): 18. (in Russ.)]
15. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А. Роль генетических детерминант и нарушений в системном и местном иммунитете в этиологии и патогенезе герпетической экземы (экземы Капоши). Детские инфекции 2016; 15(3): 42–45. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Chebotareva T.A. The role of genetic determinants and disorders in systemic and local immunity in the etiology and pathogenesis of herpetic eczema (Kaposi's eczema). Detskie Infektsii 2016; 15(3): 42–45. (in Russ.)] DOI: 10.22627/2072–8107–2016–15–3–42–45
16. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Чеботарева Т.А. Случай герпетической экземы у ребенка с врожденным ихтиозом и атопическим дерматитом. Детские инфекции 2017; 16(1): 65–68. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Chebotareva T.A. The case of herpetic eczema in a child with congenital ichthyosis and atopic dermatitis. Detskie infektsii 2017; 16(1): 65–68. (in Russ.)] DOI: 10.22627/2072–8107–2017–16–1–65–68
17. Лесина О.Н., Коннова О.А., Никольская М.В. Инфекционные экзантемы — вопросы клинической диагностики (материал для лекции в рамках повышения квалификации врачей). Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2016; 3: 35–41. [Lesina O.N., Konnova O.A., Nikolskaya M.V. Infectious exanthemas — problems of clinical diagnosis (the material of the lectures within training course for physicians). Infektsionnye bolezni: Novosti. Mneniya. Obuchenie 2016; 3: 35–41. (in Russ.)]
18. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Кубанова А.А., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Вишнева Е.А. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. Вопросы современной педиатрии 2016; 15(3): 279–294. [Namatova-Baranova L.S., Baranov A.A., Kubanova A.A., Il'ina N.I., Kurbacheva O.M., Vishneva E.A. et al. Atopic dermatitis in children: Current clinical guidelines for diagnosis and therapy. Voprosy sovremennoi pediatrii 2016; 15(3): 279–294. (in Russ.)] DOI: 10.15690/vsp.v15i3.1566

19. Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Тебенков А.В., Ермакова М.Н. Клинико-эпидемиологические особенности течения экземы Капоши у детей. *Consilium Medicum Педиатрия (прил.)* 2016; 1: 46–51. [Stadnikova A.S., Tamrazova O.B., Tebenkov A.V., Ermakova M.N. Clinical and epidemiological features of the course of eczema in children's sarcoma. *Consilium Medicum. Peditriya (suppl.)* 2016; 1: 46–51. (in Russ.)]. DOI: 10.26442/2413–8460\_2016.1.46–51
20. Исаков В.А., Исаков Д.В., Айзсилниекс О.В. Перспективы местной терапии больных рецидивирующей герпетической инфекцией. *Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение* 2017; 1: 51–56. [Isakov V.A., Isakov D.V., Ayzsilnieks O.V. Prospects for the topical therapy in patients with relapsing herpes infection. *Infektsionnye bolezni: Novosti. Mneniya. Obuchenie* 2017; 1: 51–56. (in Russ.)] DOI: 10.24411/2305–3496–2017–00022
21. Сорокина Е.В. Эритема кольцевидная центробежная Дарье, ассоциированная с активацией хронической инфекции, вызванной вирусами семейства *Herpesviridae*. *Клиническая дерматология и венерология* 2012; 6: 33–38. [Sorokina E.V. Erythema annular centrifugal Darrieus associated with activation of chronic infection caused by viruses of the *Herpesviridae* family. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* 2012; 6: 33–38. (in Russ.)]
22. Масюкова С.А., Сорокина Е.В. Особенности этиопатогенеза эритемы кольцевидной центробежной Дарье. *Врач* 2011; 1: 24–27. [Masyukova S.A., Sorokina E.V. Features of the etiopathogenesis of erythema of the annular centrifugal Daria. *Vrach* 2011; 1: 24–27. (in Russ.)]

Поступила: 27.07.23

Received on: 2023.07.27

**Конфликт интересов:**

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

**Conflict of interest:**

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.