Токсико-аллергический дерматит у ребенка с острым ротавирусным гастроэнтеритом

В.Н. ГРЕБЕНЮК[1], В.В. НИКИТИН[2], М.А. АНЦУПОВА[2], А.В. ТЕБЕНЬКОВ[2]

[1]ГКБ №14 им. В.Г. Короленко; [2]ДГБ №7, Москва

Toxico-allergic dermatitis in a child presenting with rotaviral gastroenteritis

V.N. GREBENYUK, V.V. NIKITIN, M.A. ANTSUPOVA, A.V. TEBEN'KOV

V.G. Korolenko City Clinical Hospital №14; City Children's Hospital №7, Moscow

В статье представлен клинический случай токсико-аллергического дерматита у ребенка с острым ротавирусным гастроэнтеритом.

Ключевые слова: ротавирусный гастроэнтерит, токсико-аллергический дерматит.

The authors report a clinical case of toxico-allergic dermatitis in a child presenting with acute rotaviral gastroenteritis.

Key words: rotaviral gastroenteritis, toxico-allergic dermatitis.

Клинический случай тяжелого заболевания пациента *Л.*, 1 год 4 мес, представляет несомненный интерес как для педиатров, аллергологов, инфекционистов, так и для дерматовенерологов. Заболевание возникло остро во время пребывания ребенка с родителями на отдыхе в Египте и бурно развивалось в течение 4 сут. Изначально у пациента отмечался отягощенный преморбидный фон: с первых месяцев жизни ребенок страдает атопическим дерматитом, лечение которого не проводилось, имела место аллергия на отдельные пищевые продукты; привит только БЦЖ (в роддоме).

Заболел остро 26.03.10 — появился насморк и повысилась температура тела до 39 °С. Получал лечение панадолом.

27.03.10 — рвота 5—6 раз, жидкий стул 7 раз в сутки, температура тела сохранялась на уровне 39 °С. Лечение — панадол, эффералган, свечи с диклофенаком, антибиотик (не известен).

28.03.10 — сохранялись повышенная температура тела, диарея, в 21:00 в самолете (во время возвращения в Москву) больному внутримышечно введена литическая смесь — но-шпа, супрастин, анальгин по 0,2 мл. После этого на ягодице в месте инъекции в течение 4 ч развился инфильтрат с некрозом в центре, который увеличивался. По возвращении домой вызвана бригада скорой медицинской помощи, были рекомендованы солевые примочки.

29.03.10 ребенок был направлен участковым педиатром в Тушинскую ДГБ (ДГБ №7). Больной госпитализирован в отделение реанимации со следующим диагнозом: острая респираторная вирусная инфекция, постинъекционный абсцесс, аллергическая реакция.

Анамнез жизни. Ребенок от второй беременности на фоне дюфастона, стимуляции овуляции, с угрозой прерывания на всех этапах беременности, первых срочных родов на 39-й неделе. Масса при рождении 3410 г, рост 52 см.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Сознание ясное. Вялый, сонливый, периодически отмечалось психомоторное возбуждение. В неврологическом статусе патологическая симптоматика не выявлена.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные на смуглом фоне (загар), сухие. Слизистые яркие, сухие. Зев гиперемирован. Нарушения микроциркуляции умеренные. На коже проявления атопического дерматита в виде папулезных элементов с экскориацией. Тургор тканей снижен. Температура тела 37,6 °С.

Status localis. На правой ягодице массивный распространенный некротический коричнево-серый очаг диаметром 7 см на гиперемированном основании, в его центральной части — геморрагическое пропитывание, имеются единичные геморрагиче-

© Коллектив авторов, 2011

Klin Dermatol Venerol 2011;4:26

[1]e-mail: gkb14@mosgorzdrav.ru
[2]e-mail: adm-tdgb@yandex.ru

ские папулы. По периферии очага в верхних и нижних отделах располагаются пузырьки с прозрачным содержимым (рисунок, а, б).

Дыхание спонтанное, адекватное. Одышки нет, тахипноэ. Аускультативно дыхание проводится с обеих сторон, жесткое, выслушиваются хрипы проводного характера. Частота дыхательных движений — 30—35 в минуту. Кашель продуктивный, редкий. Гемодинамика компенсирована, тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений — 140—145 в минуту, артериальное давление — 109/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, не напряжен, подвздут, чувствителен при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Печень +2 см, эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Стул обильный, водянистый, зеленоватого цвета. Моча насыщенная, прозрачная. Диурез снижен.

Лабораторное обследование. Выполнены общий анализ крови и мочи (табл. 1, 2), исследована свертывающая система крови (табл. 3).

Кислотно-щелочное равновесие, газы и электролиты крови в норме

Анализ кала на ротавирус от 30.03.10 — положительный. Из кала высеяна *Klebsiela pneumonie*.

Таблица 1. **Общий анализ крови**

Дата	29.03	05.05
Гемоглобин, г/л	115	110
Эритроциты, $\cdot 10^{12}$/л	5,0	4,8
Тромбоциты, $\cdot 10^{9}$/л	296	
Лейкоциты, $\cdot 10^{9}$/л	10,0	12,3
Сегментоядерные, %	65	30
Эозинофилы, %		
Базофилы, %		
Лимфоциты, %	29	60
Моноциты, %	6	10
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	10	10

Таблица 2. **Общий анализ мочи**

Дата	29.03.10	05.04.10
Цвет	Желтый	Желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Плотность	1020	1012
Реакция (pH)	6,5	6,5
Белок, г/л	Следы	-
Эпит, п/зр		ед
Лейкоциты, в поле зрения	2–3	2–3
Эритроциты, в поле зрения	1–2	–



Некротический очаг по типу феномена Артюса, развившийся на месте введения литической смеси.

а — крупный план, б — общий вид.

Посев из зева — *Candida albicans*.

Ребенок получал следующее *лечение*:

1) инфузионную терапию солевыми растворами, коррекцию электролитных нарушений;

2) терапию антибиотиком (клафоран 100 мг/кг/сут с пробным введением — 25% от разовой дозы);

3) сосудистую терапию, антигистаминные препараты;

4) гормонотерапию (преднизолон 5 мг/кг/сут);

5) сорбенты, пробиотики, ферменты;

6) иммунотерапию (кипферон);

7) местную терапию (2% водный раствор метиленового синего, спрей оксикорт или полькортолон 2 раза в сутки в течение 3 дней).

На фоне лечения состояние ребенка улучшилось. 01.04.10 пациент переведен из отделения реанимации в 1-е инфекционное отделение.

Таблица 3. **Коагулограмма**

Дата	Протромбин по Квику, %	Фибриноген, г/л	АЧТВ, с	Тромбиновое время, с	ХЗФ	Антитромбин III, с
30.03.10	64,4	356	44,9	16,2	–	85,2
01.04.10	95,6	380	35,4	16	–	115,4

Примечание. АЧТВ — активированное частичное тромбопластиновое время, ХЗФ — хагеманзависимый фибринолиз.

07.04.10 — состояние ребенка удовлетворительное. На коже правой ягодицы имеется эрозированная поверхность в стадии эпителизации. Ребенок выписан домой под наблюдение участкового педиатра с диагнозом ротавирусный гастроэнтерит средней тяжести, токсикоз с эксикозом I—II степени, токсико-аллергический дерматит.

Тяжесть состояния ребенка с отягощенным преморбидным фоном (атопический дерматит) обусловлена водно-электролитными нарушениями, интоксикацией на фоне текущего острого инфекционного гастроэнтерита.

Гастроэнтерит у детей младшего возраста часто вызывают некоторые мелкие вирусы, не размножающиеся в культуре клеток. К этой группе относятся и ротавирусы. Клиническая картина гастроэнтерита мало зависит от возбудителя и скорее определяется возрастом больного. У детей грудного и младшего возраста гастроэнтерит быстро приводит к обезвоживанию и электролитным нарушениям; летальность значительна. Лихорадка и рвота обычно появляются за 2 сут до начала поноса. У 40% больных отмечаются признаки поражения дыхательных путей. В остром периоде заболевания в каловых массах электронно-микроскопически удается выявить вирус [1].

Токсикодермия, или токсико-аллергический дерматит, обусловлен токсикоаллергическими механизмами развития. Частой причиной его возникновения являются медикаментозные препараты (антибиотики, анальгетики и др.), у детей младшего возраста — нередко пищевые продукты.

На коже и слизистых оболочках развивается острая воспалительная реакция с выраженным полиморфизмом эритематозных, уртикарных, папулезных, везикуло-буллезных и геморрагических эфлоресценций. Иногда развивается эритродермия. При тяжелых формах заболевания нарушается общее состояние ребенка (недомогание, заторможенность, повышение температуры тела до 39 °С и более).

По сути синдром Лайелла является наиболее тяжелой разновидностью токсикодермии с возможным серьезным исходом, поэтому эта нозология обязательно должна быть включена в круг дифференциальной диагностики.

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) — тяжелое токсикоаллергическое, лекарственно индуцированное заболевание, угрожающее жизни больного и характеризующееся обширной эпидермальной отслойкой и некрозом эпидермиса с образованием множества пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках [1—3]. Заболевание сходно с синдромом ошпаренной кожи (их вызывают одни и те же штаммы *Staphylococcus aureus*). Острое начало заболевания быстро приводит к тяжелому состоянию (температура тела 39—40 °С, сонливость, обильная диссеминированная сыпь по всему кожно-слизистому покрову — красные отечные пятна, пузыри разных размеров с тонкой дряблой покрышкой, эрозии кровоточащие, геморрагические корки и трещины, мучительная жажда).

Массивный некроз в области правой ягодицы можно расценить как развитие феномена Артюса (т.е. это местная гиперергическая воспалительная реакция с аллергическим некрозом сенсибилизированных тканей), как осложнение при введении определенных лекарственных средств (вероятнее всего, литической смеси). В основе феномена Артюса лежит преципитация комплекса «аллерген—антитело» в сосудистой стенке и тканях.

Среди лабораторных находок *Klebsiela pneumonie*, которая относится к «классическим» возбудителям нозокомиальных инфекций [4]. Ее значимость в патогенетическом аспекте невелика.

Таким образом, представленный сложный клинический случай благодаря своевременной диагностике и адекватной терапии имел благоприятный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф.* Инфекционные болезни. М: Практика 1999;88—90.
2. Кожные и венерические болезни. Справочник. Под ред. О.И. Иванова. М:Медицина 2007;131—133.
3. *Щуцкий И.В.* Справочник по детской дерматологии. Киев: Здоровья 1988;393—395.
4. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. М 2000;143—146.