

Я.Н. Юрчик, к.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии
Национальная медицинская академия последипломного
образования им. П.Л. Шупика

Токсидермии у новорожденных и детей раннего грудного возраста

Кожа новорожденных отличается от кожи детей старшего возраста во многих отношениях. Переход от водной внутриутробной среды к сухой атмосфере в постнатальный период требует анатомической и функциональной адаптации, процесс которой может занять не один месяц. Период новорожденности — наиболее критический возрастной этап жизни, в котором процессы адаптации едва намечаются. Продолжительность периода новорожденности имеет индивидуальные колебания, но в среднем составляет 28 дней. Состояние ребенка непосредственно после родов обусловлено его генетическим кодом, условиями, в которых проходили беременность и роды, санитарно-гигиеническим режимом среды обитания, характером питания, состоянием иммунной системы и др.

Кожа новорожденного — один из органов, который непосредственно подвергается разнообразным воздействиям внешней среды и реагирует на эти воздействия различными проявлениями. Поэтому неудивительно, что на коже новорожденных нередки транзиторные изменения, и многие группы кожных заболеваний в грудном возрасте клинически протекают иначе, чем у старших детей. Одна из таких групп — токсидермии, которые неуклонно доказывают свою актуальность.

Итак, **токсидермия** — заболевание кожи, развивающееся в ответ на воздействие веществ, проникающих в нее гематогенным путем. В отличие от аллергических дерматитов, причинный фактор (аллерген) при токсидермиях не действует непосредственно на кожу, а всасывается в кровь и гематогенным путем попадает в кожу, вызывая ее поражение. Возможность сенсибилизации зависит от количества аллергена, частоты его действия, антигенной активности. Аллерген может попадать в кровеносное русло ребенка еще внутриутробно, при прохождении родовых путей или в период новорожденности, в том числе с молоком матери.

По природе вещества, вызвавшего поражение кожи, выделяют такие виды токсидермии:

- **Медикаментозные токсидермии** возникают обычно при приеме преимущественно нескольких лекарственных препаратов (лекарственных коктейлей). Нежелательные последствия лекарственной терапии у детей проявляются с частотой 15,1:1 000. Из 1 000 чаще всего употребляемых лекарственных средств 700 могут вызывать кожные реакции. Наиболее опасны сульфаниламиды, антибиотики, барбитураты, амидопирин, витамины группы В, фолиевая кислота и др. Возможности реакции кожи на лекарства многообразны (известны более 28 различных форм). Чаще всего встречаются пятнисто-папулезные и уртикарные экзантемы, за ними следуют реакции по типу сывороточной болезни и стойкие экзантемы. Фотоаллергические реакции и реакции гиперчувствительности в детском возрасте наблюдаются реже.
- **Алиментарные токсидермии**, возникающие при употреблении пищевых продуктов. В настоящее время встречаются чаще. Аллергическая реакция может развиваться на сам продукт, на вещества, образующиеся при хранении продукта, на консерванты, красители и т. д.
- **Профессиональные токсидермии** возникают при действии производственных химических веществ, особенно тех, в структуре которых имеется бензольное кольцо с хлором или аминогруппой (имеют высокую антигенную активность).
- **Аутоотоксические токсидермии** развиваются в результате аутоинтоксикации продуктами нарушенного обмена при злокачественных новообразованиях, хроническом лимфолейкозе, хронических заболеваниях пищеварительного тракта, почек и т. д.

Выделяют два принципиально разных механизма развития токсидермии. Первый — **аллергический**; выделяют несколько иммунных механизмов, участвующих в развитии реакций гиперчувствительности:

- I тип — IgE-зависимые реакции: крапивница, сосудистый отек и анафилаксия;
- II тип — цитотоксические реакции: петехиальные высыпания в результате тромбоцитопении;
- III тип — реакции с образованием иммунных комплексов: васкулит, сывороточная болезнь, крапивница;
- IV тип — клеточно-опосредованные реакции замедленного типа: экзематозные, фиксированные высыпания, синдром Стивенса—Джонсона и токсический эпидермальный некролиз (ТЭН).

Реакция развивается обычно через 7–10 дней после поступления аллергена.

Многие реакции, представляющиеся аллергическими, связаны, однако, не со специфической сенсибилизацией, а с неспецифическим высвобождением гистамина и других медиаторов из тучных клеток (псевдоаллергия). Для псевдоаллергии не требуется предшествующий контакт с провоцирующим агентом; активация тучных клеток происходит без специфической связи IgE с IgE-рецепторами.

Второй механизм — **токсический**, развивается в результате побочных эффектов лекарственных препаратов, передозировки, кумуляции лекарственных средств, особенно при нарушении функции печени и почек, медикаментозного синергизма, врожденной непереносимости, метаболических нарушений, а также вследствие гистаминолиберации, то есть при высвобождении гистамина тучными клетками под действием алкоголя и других факторов.

Выделяют несколько путей поступления химических веществ в организм:

- ингаляционный (через дыхательные пути);
- алиментарный (через пищеварительный тракт);
- внутривенное, внутримышечное и подкожное введение;
- всасывание через кожу при наружном применении;
- от матери ребенку.

Клинически токсидермии у детей раннего грудного возраста возникают, как правило, остро и характеризуются распространенными (реже — ограниченными), диссеминированными, симметричными, мономорфными высыпаниями, которые могут быть представлены любыми первичными элементами, кроме бугорков. Характерно развитие зуда. Инкубационный период может составлять до 20 дней и более.

В зависимости от сыпного элемента выделяют следующие виды токсидермии (по мере уменьшения частоты встречаемости):

- **Пятнистая токсидермия** проявляется гиперемическими, реже — пигментными пятнами (при действии препаратов метациклина, левамизола и др.). Встречается чаще всего. Гиперемические пятна располагаются изолированно друг от друга (розеолезная токсидермия) или сливаются

в обширные эритемы (эритродермия), при разрешении шелушатся.

- **Уртикарная токсидермия** (острая крапивница) проявляется образованием волдырей. Обычно возникает при токсическом действии кодеина, аспирина, алкоголя и др., а также как аллергическая реакция на пенициллины, цефалоспорины, сульфаниламиды, рентген-контрастные вещества и т. д.
- **Папулезная токсидермия** проявляется диссеминированными папулезными высыпаниями, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Основные причины — тетрациклины, тиамин, хингамин, препараты йода и др.
- **Пустулезная токсидермия** обычно связана с действием галогеновых препаратов, а также витаминов B₆, B₁₂ и др. Характеризуется появлением высыпаний, состоящих из пустул (гнойничков) в себорейных зонах.
- **Буллезная токсидермия** может проявляться в виде диссеминированных пузырей, окруженных гиперемической каймой (чаще всего при приеме препаратов йода, хрома, барбитуратов):
 - **синдром Стивенса—Джонсона** характеризуется внезапным острым началом с высокой температурой тела до 38–40 °С, прогрессивно ухудшающимся общим состоянием, появлением большого количества везикул и пузырей на слизистых оболочках ротовой полости (на языке, твердом и мягком небе, зеве), на конъюнктиве, вокруг заднего прохода, на наружных половых органах;
 - **дерматостоматит Баадера** сопровождается тяжелым общим состоянием, высокой температурой тела, массивным поражением слизистой оболочки ротовой полости в виде стоматита с налетами, сходными с пленками при дифтерии;
 - **ТЭН** (синдром Лайелла), в основе которого лежит гиперэргическая реакция на медикаменты. Предполагается, что это тяжелое заболевание возникает при сочетанном влиянии аллергических, токсических и инфекционных факторов.
- **Узловатые и везикулезные токсидермии** встречаются значительно реже: эксудативная многоформная эритема является острым сезонным заболеванием с кожной или кожно-слизистой симптоматикой. У грудных детей встречается редко, чаще болеют дети более старшего возраста и взрослые.
- Отдельно выделяют **локализованные формы**:
 - **фиксированная токсидермия** встречается чаще всего на гениталиях и на лице. Связана прежде всего с приемом сульфаниламидов, а также барбитуратов, салицилатов и др. Проявляется одним или несколькими округлыми ярко-красными крупными (2–5 см в диаметре) пятнами, которые вскоре приобретают синюшный оттенок, а после исчезновения воспалительных явлений оставляют стойкую пигментацию коричневого цвета;
 - **локализованная пигментная токсидермия** возникает при приеме антималярийных препаратов.

Узловатая эритема – отдельная нозологическая форма. Возникает на коже голени, обычно при приеме сульфаниламидов, салицилатов, гризеофульвина и др. У детей грудного возраста возникает в качестве гиперэргической реакции на микобактерии туберкулеза, нередко совпадает с моментом обострения туберкулеза лимфатических узлов, висцеральных органов. Иногда это заболевание представляет собой токсико-аллергическую реакцию, связанную с фокальной пиококковой инфекцией.

Течение токсидермий, вызванных экзогенными причинами, обычно острое. По мере выведения аллергена или токсического вещества из организма происходит разрешение кожных высыпаний.

Токсидермии эндогенного происхождения чаще протекают хронически. В тяжелых случаях могут поражаться внутренние органы. Диагностика основывается на клинической картине.

Для подтверждения роли предполагаемого химического вещества в развитии токсидермии пользоваться провокационными пробами *in vivo* категорически запрещено!

Использование такого метода может вызывать развитие тяжелой токсидермии вплоть до летального исхода. Могут использоваться только лабораторные пробы *in vitro* (реакция агломерации лейкоцитов и лейкоцитолитиза, дегрануляции базофилов, бласттрансформации лимфоцитов и т. д.).

При лечении токсидермий у детей необходимы адекватная оценка состояния пациента, прекращение введения препарата или определение и элиминация агента,

вызвавшего патологическую реакцию. Используют методы, которые способствуют выведению токсического вещества из организма: форсированный диурез, энтеросорбенты, слабительные, при необходимости – методы экстракорпоральной детоксикации. Для симптоматической терапии используются системные антигистаминные средства, овсяные ванны, эмульенты и местные кортикостероидные препараты. При тяжелом течении оправдано использование коротких курсов системных кортикостероидов.

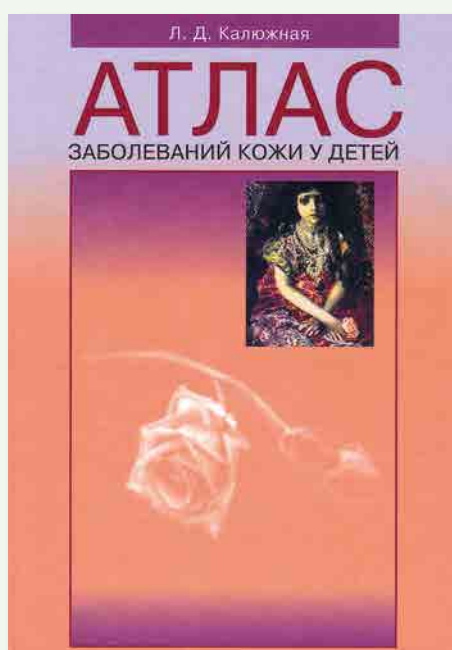
Показателями тяжести токсидермии являются:

- генерализованный характер высыпаний;
- тенденция к развитию эритродермии;
- поражение слизистых оболочек;
- геморрагические высыпания;
- полостные высыпания;
- повышение температуры тела;
- вовлечение в процесс внутренних органов;
- повышение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения.

Лечение тяжелых форм токсидермии проводят аналогично лечению синдрома Лайелла.

Таким образом, ведение новорожденных и детей грудного возраста, страдающих токсидермией, требует от врача-дерматовенеролога точных решений и оперативных действий, эффективность которых во многом зависит от правильной и своевременной диагностики. У детей первого года жизни различные поражения кожи обнаруживаются чаще, чем в других возрастных группах. Патология кожи в этот период отличается выраженной специфичностью нозологического профиля и необычностью клинических проявлений дерматозов, известных и у взрослых, но манифестирующих иначе.

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Калюжная Л.Д. Атлас заболеваний кожи у детей. –

К.: Грамота, 2012. – 128 с. : ил.

В атласе освещаются особенности прогнозирования, диагностики и течения заболеваний кожи у детей. Представлены наблюдения автора (преимущественно в виде фотоиллюстраций) по редко встречающимся дерматозам.

Учебное пособие – атлас клинических случаев заболеваний кожи у детей – ориентирован на дерматовенерологов, детских дерматовенерологов, врачей – слушателей заведений (факультетов) последипломного образования.

Издание выпущено на двух языках: русском и украинском.

По вопросам
приобретения обращаться по тел.:
(044) 413-53-52