

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.5-002.3-008.6-053.31-022.7:579.862.1

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
НОВОРОЖДЕННОГО
С СИНДРОМОМ РИТТЕРА**В.А. Клименко, О.Н. Плахотная,
О.В. Пионтовская, М.И. Перхун,
Л.А. Зоря, Т.О. Забровская**Харьковский национальный медицинский
университет, КУОЗ ОДКБ №1
(г. Харьков, Украина)

Резюме. В статье представлено клиническое наблюдение - синдром Риттера у ребенка в раннем неонатальном периоде с положительным результатом лечения.

Ключевые слова: синдром Риттера; клиника; диагностика; терапия; новорожденный.

Дерматит Риттера – нередкое заболевание кожи детей раннего возраста, прогноз которого зависит от своевременной диагностики и лечения. Болезнь диагностируется в основном клинически, поэтому представлено клиническое наблюдение для улучшения диагностики данного синдрома в Украине.

Экسفолитивный дерматит Риттера впервые описан в 1878 г. педиатром G. Ritter Von Rittershain, который наблюдал за 10-летний период 297 случаев болезни среди детей в Чехословацком детском доме [1]. В 1885 г. Нил Филатов и в 1894 г. Clement Dukes описали данное заболевание как разновидность краснухи. В 1900 г. Clement Dukes идентифицировал дерматит как отдельную нозологическую форму с названиями «болезнь Dukes», «болезнь Филатова» и «четвертая болезнь» [2]. Только в 1979 г. Keith Powell установил стафилококковую этиологию заболевания, и дерматит получил название Staphylococcal scalded skin syndrome [3,4].

Синонимы данного заболевания: экسفолитивный дерматит детей, кератолизис новорожденных, синдром ошпаренной кожи, неонатальный пемфигус, Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS).

Возбудителем является золотистый стафилококк, коагулазо-позитивный, обычно 71-го фаготипа, который выделяет экسفолитивные экзотоксины А и В, вызывающие массивный акантолиз в эпидермисе и образование крупных поверхностных пузырей. Экзотоксины связывают десмоглеин 1 - трансмембранный гликопротеин, который входит в состав десмосомы и обеспечивает межклеточные связи [5].

Чаще болеют дети до 5 лет. Реже (чаще на фоне иммунодепрессии) заболевание развивается у детей старших возрастных групп и взрослых. Заражение новорожденных происходит в ближайшие дни после рождения от инфицированных золотистым стафилококком матерей, медперсонала. Согласно данным Acland K.M. 1998, от 15 % до 40 % взрослых являются носителями Staphylococcus aureus без клинических признаков инфекции [6].

В клинической картине дерматита Риттера различают 3 стадии: эритематозную,

экسفолитивную и регенеративную. Для заболевания характерны выраженная интоксикация (лихорадка, диспепсия, отказ от пищи) и изменения кожи. После продромального периода появляется рожеподобное покраснение кожи, сначала вокруг глаз и рта, затем распространяется на туловище и конечности; через 24-48 часов появляются пузыри с последующим отторжением пораженного эпидермиса и образованием эрозий, трещин, мокнутия. Симптом Никольского положительный. Под отторгнувшимся роговым слоем выявляется темно-красная блестящая поверхность – симптом «обваренной/ошпаренной кожи».

Диагноз выставляется по клиническим признакам, также может быть подтвержден данными биопсии кожи, бактериологическим исследованием с пораженных участков (содержимое пузырей) и определением стафилококкового токсина в крови. Дифференциальный диагноз проводится, прежде всего, с токсическим эпидермальным некролизом (синдромы Лайелла, Стивенса Джонсона).

Лечение предполагает назначение антистафилококковой, пенициллиназа-резистентной антибактериальной терапии, парацетамола как жаропонижающего и болеутоляющего средства, поддержание электролитного баланса и уход за кожей.

Среди осложнений часты сепсис, пневмония, целлюлит, которые могут быть причиной летального исхода. Летальность среди детей составляет 4 %, а среди взрослых – до 60 % [7].

Представляем собственное клиническое наблюдение.

Ребенок К. (мальчик), 7 дней, поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии Харьковской областной детской клинической больницы №1 из ЦРБ Красноградского района с диагнозом: синдром Лайелла.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания в сроке 12-14 недель. Роды в сроке гестации 40 недель, физиологические, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Масса тела 3500,0 г, рост 53 см. К груди приложен сразу. На 4 день жизни после вакцинации БЦЖ выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день

жизни появилось покраснение кожи, пузыри, эрозии в паховой области, в связи с чем обратились в районную больницу по месту жительства. После осмотра педиатром направлен в ОДКБ №1 с диагнозом синдром Лайела.

Ребенок поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных в тяжелом состоянии. Тяжесть была обусловлена интоксикацией, болевым синдромом, водно-электролитными нарушениями на фоне основного заболевания. Температура – 36,6°C. В неврологическом статусе: спонтанная моторика повышена; выраженная реакция на раздражители (тактильные, болевые) в виде крика, беспокойства; рефлексы периода новорожденности повышены, дистония мышечного тонуса с тенденцией к гипертонусу. Глаза закрыты, зрачки Д = S, сужены, фотореакции сохранены, имели место глазодвигательные нарушения – непостоянный горизонтальный нистагм. Большой родничок 1,5x1,5 см, расхождение костей черепа по сагиттальному шву на 0,5 см. Кожные покровы бледно-розовые с участками эрозий в паховых, аксиллярных областях, на нижней поверхности передней брюшной стенки, ягодицах, стопах и кистях; на остальных участках кожи - крупнопластинчатое шелушение. Симптом Никольского положительный. Веки отечны. Симптом «белого пятна» 2-3 сек. Места инъекций не кровоточат. Дыхание самостоятельное, умеренное тахипное – частота дыхания - 52 в мин. Экскурсия грудной клетки достаточная. Перкуторно над легкими легочной звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы, пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Границы сердца не расширены. АД 69/42 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений – 120 уд. в мин. Живот не вздут, мягкий. Печень +2,0 см, селезенка не пальпируется. Пуповинный остаток мумифицируется, околопупочная область - гиперемии нет. Стул желтого цвета. Мочеиспускание свободное, темп диуреза 3,1 мл/час.

Учитывая данные анамнеза - заболел остро, когда на 6-е сутки жизни появились вышеописанные кожные проявления, данные объективного осмотра – наличие эрозий, крупнопластинчатого шелушения ребенку был выставлен диагноз: эксфолиативный дерматит Риттера (рис. 1).

Результаты параклинических исследований:

Клинический анализ крови: эритроциты - 4,85 x 10¹²/л, Hb – 147 г/л, цв.п. - 0,9, тромбоциты – 198,0 x 10⁹/л, лейкоциты - 14,1 x 10⁹/л, эозинофилы – 2%, нейтрофилы: п/я – 6%, сегм. 57%, лимфоциты – 22%, моноциты – 13%, СОЭ – 4 мм/час.

Клинический анализ мочи, копрограмма - в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины – 69,8%, глобулины: α1 – 2,6%, α2 – 5,1%, β – 9,3%, γ – 12,9%, А/Г - 2,3%.

Бак. исследование слизи из зева - Str.spp. – обильный рост; из носа - S.saprophyticus единичные колонии.

Микробиологическое исследование из раны –



Рис.1. Эксфолиативный дерматит Риттера

выделены - S.aureus, обильный рост, чувствителен к меропенему, цефепиму, ампицилину, гентамицину и E.coli – единичные колонии, чувствительны к ванкомицину, левофлоксацину.

УЗИ: Головной мозг - расположение структур симметричное, экзогенность паренхимы повышена перивентрикулярно, эхоструктура борозд и извилин не изменена; очаговые изменения вещества мозга не выявлены. Межполушарная щель 2,0 мм, не расширена. Субарахноидальное пространство 2,2 мм, не расширено. Полость прозрачной перегородки закрыта. Полость Верге не визуализируется. Боковые желудочки: не расширены. Глубина тел: правый 3,0 мм, левый 3,0 мм, III желудочек 2,8 мм, не расширен; IV желудочек не расширен. Цистерны мозга не расширены. Сосудистые сплетения не изменены. Мозжечок и ствол мозга не изменены. Почки правая и левая - размеры 33x18мм 34x20мм, положение обычное, экзогенность не изменена.

Получал терапию: антибактериальную (кварацеф, ванкомицин), противогрибковую (дифлюзол), ингибиторы протеаз (контривен), седативную (сибазон), инфузионную.

С 5-х суток лечения отмечена положительная динамика: участки эрозий подсохли, новые не появлялись (рис. 2).



Рис.2. 5-е сутки лечения

На 8-е сутки ребенок переведен в отделение патологии новорожденных, где продолжил лечение. Курс антибиотикотерапии составил 12 дней, состояние мальчика нормализовалось, и он был выписан под наблюдение участкового педиатра (рис. 3).

Клиническое наблюдение представлено для расширения знаний семейных врачей и педиатров о синдроме Риттера.



Рис.3. Состояние мальчика нормализовалось

Литература

1. Epidemiology of staphylococcal scalded skin syndrome in Germany [Електронний ресурс] / М. Mockenhaupt, М. Idzko, М. Grosber [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2005.–№124 (4).–Р.700–3.– Режим доступу: doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23642.x.
2. Dukes C. On the confusion of two different diseases under the name of rubella (rose-rash) [Електронний ресурс] / С. Dukes // The Lancet.–1900.–№156(4011).–Р.89–95.–Режим доступу: doi:10.1016/S0140-6736(00)65681-7.
3. Weisse Martin E. The fourth disease, 1900-2000 [Електронний ресурс] / Martin E. Weisse // The Lancet.–2000.–№357(9252).–Р.299–301.–Режим доступу: doi:10.1016/S0140-6736(00)03623-0. PMID 11214144.
4. Powell KR. Filatow-Dukes' disease. Epidermolytic toxin-producing staphylococci as the etiologic agent of the fourth childhood exanthem [Електронний ресурс] / KR. Powell // American journal of diseases of children.–1979.–№133(1).–Р.88–91.–Режим доступу: doi:10.1001/archpedi.1979.02130010094020. PMID 367152.
5. Oakley A. Staphylococcal scalded skin syndrome [Електронний ресурс] / А. Oakley.– Режим доступу: http://dermnetnz.org/bacterial/scalded-skin-syndrome.html
6. Staphylococcal scalded skin syndrome in an adult associated with methicillin-resistant Staphylococcus aureus [Електронний ресурс] / КМ. Acland, А. Darvay, С. Griffin [et al.] // Br. J. Dermatol.– 1998.–№140.–Р.518–520.– Режим доступу: 10.1046/j.1365-2133.1999.02721.x
7. Patel GK. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management / GK. Patel, AY. Finlay // Am J Clin Dermatol.– 2003.–№4(3).–Р.165-75.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНОГО З СИНДРОМОМ РІТТЕРА

*В.А. Клименко, А.Н. Плахотна,
А.В. Пiontkovskaya, М.І. Перхун, Л.А.Зоря,
Т.А. Забровська*

Харківський національний медичний
університет, КУОЗ ОДКЛ №1
(Г. Харків, Україна)

Резюме. У статті представлено клінічне спостереження – синдром Ріттера у дитини в ранньому неонатальному періоді з позитивним результатом лікування.

Ключові слова: синдром Ріттера; клініка; діагностика; терапія; новонароджений.

CASE OF RITTER DISEASE IN A NEWBORN

*V.A.Klymenko, O.N. Plakhotnaya,
O.V.Piontkovskaya, M.I. Perkhun, L.A.Zorya,
T.O.Zabrovskaya*

Kharkov National Medical University, Regional
Children Clinical Hospital №1
(Kharkov, Ukraine)

Summary. The article presents the clinical observation - Reiter's syndrome in a child in the early neonatal period with a positive treatment outcome.

Keywords: Ritter syndrome; semiotics; diagnostics; therapy; newborn.