

Ребенок с лихорадкой и геморрагической сыпью



Рис. Геморрагическая сыпь в виде «звездочек» на кистях и стопах у ребенка с фебрильной лихорадкой

Мальчик, 4 года, доставлен в приемное отделение ФГБНУ «НЦЗД» на руках у родителей. Жалобы при поступлении: фебрильная лихорадка, кожные высыпания на конечностях, боли в ногах, слабость, вялость, отсутствие аппетита. Ребенок болен вторые сутки. Заболел остро, с повышением температуры тела до 40°C . За сутки было четыре подъема температуры, родители давали мальчику ибупрофен. Через несколько часов от начала лихорадки появилась пятнисто-папулезная красная сыпь на кистях и стопах, была однократная рвота. Число элементов сыпи постепенно нарастало, распространяясь проксимально на конечностях; папулы, появившиеся первыми, стали приобретать геморрагический характер. Нарастала интоксикация, из-за слабости и боли в нижних конечностях ребенок перестал вставать с кровати.

При осмотре: ребенок в сознании, состояние тяжелое за счет интоксикации, отмечаются явления менингизма; очаговой неврологической симптоматики нет. На коже рук и ног выступила обильная сыпь: на кистях и стопах — геморрагические элементы различных размеров, неправильной формы, склонные к слиянию. Высыпания, расположенные проксимальнее, представлены красными незудящими пятнами и папулами (рис.).

Вероятный диагноз?

1. Острая токсико-аллергическая реакция.
2. Тромбоцитопеническая пурпура (Болезнь Верльгофа).
3. Менингококцемия.
4. Ювенильный артрит с системным началом.

Правильный ответ: 3. Менингококцемия.

Для токсико-аллергической реакции характерно острое начало; общее недомогание (адинамия, отказ от еды, боли в мышцах и суставах и т.д.) предшествует кожным высыпаниям. Сыпь представлена эритематозными пятнами округлой формы с цианотичной каймой. Элементы характеризуются первичным геморрагическим ростом и западением центральной части (за счет образования отечного валика). Высыпания располагаются преимущественно симметрично на разгибательных поверхностях. В 80–90% случаев обнаруживаются высыпания на слизистых оболочках с развитием язв. У нашего пациента фебрильная лихорадка и интоксикация также предшествовали появлению высыпаний, однако геморрагический характер сыпи, ее локализация и этапность не были характерными для токсико-аллергической реакции.

Болезнь Верльгофа (иммунопатологическая тромбоцитопеническая пурпура) — хроническое волнообразно протекающее заболевание, представляющее собой первичный геморрагический диатез. Острые формы возникают у большинства детей (80–90%) в раннем возрасте, симптомы развиваются через 2–3 нед от начала вирусной инфекции, либо в эти же сроки после вакцинации. Клинические проявления заболевания типичны: внезапное появление пурпуры — генерализованного геморрагического синдрома микроциркуляторного типа. Геморрагический синдром обычно представлен внутрикожными кровоизлияниями (петехии и/или экхимозы), кровоизлияниями в слизистые оболочки, склеры; кровотечениями, чаще носовыми и десневыми; кровотечениями из внутренних органов. Характерными чертами пурпуры у больных являются полиморфность кровоизлияний, полихромность, несимметричность, спонтанность возникновения и несоответствие степени внешнего воздействия. Обычно при острых формах, прежде всего при несвоевременной диагностике, состояние детей становится крайне тяжелым за счет прогрессирования тромбоцитопении.

Ювенильный артрит — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов. Лихорадка фебрильная, подъемы температуры преимущественно в утренние часы. Сыпь чаще пятнистая, линейная, нестойкая; проявляется и исчезает в течение короткого времени, усиливается на высоте лихорадки, локализуется преимущественно в области суставов, на лице, боковых поверхностях туловища. Появление геморрагической сыпи связано с развитием гемофагocитарного синдрома. Ведущим в клинической картине ювенильного артрита, тем не менее, остается суставной синдром, который представлен ограничением движений в суставах, отеком, болевым синдромом. В большинстве случаев заболевание не прогрессирует в такие короткие сроки.

Специфический характер сыпи (геморрагические элементы по типу «звездочек»), появившейся и нарастающей на фоне фебрильной лихорадки и интоксикации, прогрессирующее ухудшение состояния ребенка, менингеальные признаки позволяют диагностировать у нашего пациента менингококцемию.

Менингококцемия — относительно редкая генерализованная форма менингококковой инфекции, развивающаяся обычно у детей в возрасте до 3 лет. Чаще встречается носительство менингококка в носоглотке. Носительство может осложниться очаговым воспалительным процессом — менингококковым назофарингитом, локальной формой клинически значимой менингококковой инфекции. По данным различных авторов, в структуре всех случаев инфицирования назофарингит составляет до 10%. При попадании бактерий в кровяное русло развивается менингококцемия, инициируется генерализованный септический процесс.

Менингококцемия начинается остро, с подъема температуры до фебрильных цифр. Лихорадка обычно сопровождается выраженной интоксикацией. Характерный симптом болезни — сыпь. В дебюте заболевания появляются розеолезные или розеолезно-папулезные элементы различного диаметра, без определенной локализации. Через 2–24 ч (скорость прогрессирования зависит от формы течения) распространяются геморрагические элементы, как правило, неправильной формы, склонные к увеличению и слиянию. Первые элементы геморрагической сыпи чаще располагаются на нижней части тела. Появление геморрагической сыпи в ранние сроки болезни на верхней части туловища и лице служит прогностически неблагоприятным признаком, так же как и образование первичных геморрагических элементов на коже. У детей возможны кровоизлияния в мелкие суставы (пястные, лучезапястные), а также в слизистые оболочки ротоглотки, склеры, конъюнктивы глаз, паренхиматозные органы.

Эффективность лечения менингококцемии зависит от сроков установления диагноза и начала этиотропной терапии. До назначения антибиотика ребенку целесообразно внутривенно ввести глюкокортикостероиды (преднизолон или дексаметазон), так как при разрушении бактерицидным антибиотиком менингококки высвобождают большое количество эндотоксина, который приводит к развитию инфекционно-токсического шока, полиорганной недостаточности. Альтернативой может служить хлорамфеникол в качестве стартового антибактериального препарата. Результаты исследования показали, что при использовании хлорамфеникола *in vitro* не увеличивается количество свободного эндотоксина.

В российских национальных протоколах препаратом выбора для лечения менингококцемии является бензилпенициллин в дозе 200–300 тыс. Ед/кг в сут, обычно в 6 приемов (внутримышечно или внутривенно). Однако, в настоящее время повсеместно стандартом этиотропной терапии как у взрослых, так и у детей рассматриваются цефалоспорины третьего поколения. При лечении назначается цефтриаксон в дозе 80–100 мг/кг в 1 или 2 приема, курс — 10–14 дней. Препаратом резерва считается меропенем.

Профилактика заключается в раннем и своевременном обнаружении больных/носителей, их изоляции и лечении. В очаге инфекции проводится дезинфекция, кипячение белья, мытье посуды, ультрафиолетовое облучение, проветривание помещений. Всем лицам, состоявшим в близком контакте с больным, назначается рифампицин по 600 мг в течение 2 дней или ципрофлоксацин в дозе 500 мг однократно.

Установление диагноза в короткие сроки, профилактика инфекционно-токсического шока, как можно более раннее назначение антибактериальной терапии, ранняя диагностика и быстрое начало коррекции критических состояний по пути в стационар позволяют добиться благоприятного исхода заболевания.

М.В. Волкова, М.А. Лазарева, О.А. Ерешко, Т.В. Куличенко
Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лихорадочные синдромы у детей: рекомендации по диагностике и лечению. Серия «Клинические рекомендации для педиатров». Под общ. ред. А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. М.: Союз педиатров России. 2011.
2. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа». 2011.
3. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров. Под общ. ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. 2-е изд., испр. и доп. М.: Союз педиатров России. 2010.
4. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии. Под ред. М.А. Школьниковой, Е.И. Алексеевой. М.: Ассоциация детских кардиологов России. 2011.
5. Balbi H.J., Vaysman D., Ayres R.A., Caronia C.G. Chloramphenicol: A Review. *Pediatrics in Review*. 2004; 25: 284–289.
6. Brown E.M., Fisman D.N., Drews S.J., Dolman S., Rawte P., Brown S. et al. *Antimicrob Agents Chemothe*. 2010; 54: 1016–1021.