

Получена: 10 апреля 2022 / Принята: 24 октября 2022 / Опубликовано online: 31 декабря 2022

DOI 10.34689/SH.2022.24.6.035

УДК 616-01.09

## ОСТРАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Лаура М. Ахметова<sup>1</sup>, Хурметбек Т. Тохтар<sup>1</sup>, Камбар Д. Стыбаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи», г. Алматы, Республика Казахстан.

### Резюме

Лекарственная токсикодермия чаще всего проявляется как результат длительного введения медикамента и представляет собой вариант лекарственной болезни. Описанный клинический случай демонстрирует лекарственную токсическую реакцию на антибиотик цефалоспоринового ряда. Показывает тяжесть заболевания, динамику нарастания симптомов, течение клинической картины.

В последние десятилетия широкое и повсеместное применение различных групп лекарственных препаратов привело к высокому распространению лекарственных токсидермий у детей разных возрастов. Особенно данная проблема актуальна в настоящее время, когда на фармацевтическом рынке преобладает широкий и доступный выбор различных препаратов, в том числе и антибактериальных.

Данные, приведенные в статье, будут полезны педиатрам, аллергологам и врачам общей практики.

**Ключевые слова:** токсидермия, лекарственные препараты, аллергия.

### Abstract

## ACUTE DRUG TOXICODERMIA IN YOUNG CHILD. CLINICAL CASE.

Laura M. Akhmetova<sup>1</sup>, Khurmetbek T. Tokhtar<sup>1</sup>, Kambar D. Stybaev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> STE on the REM «Center for Children's Emergency Medical Care», Almaty, the Republic of Kazakhstan

Drug toxicoderma most often manifests itself as a result of prolonged administration of the drug and is a variant of the drug disease. The described clinical case demonstrates a drug toxic reaction to a cephalosporin antibiotic. Shows the severity of the disease, the dynamics of the increase in symptoms, the course of the clinical picture.

In recent decades, the widespread and widespread use of various groups of drugs has led to a high prevalence of drug toxicoderma in children of different ages. This problem is especially relevant at the present time, when the pharmaceutical market is dominated by a wide and affordable choice of various drugs, including antibacterial ones.

The data presented in the article will be useful to pediatricians, allergists and general practitioners.

**Key words:** toxicoderma, drugs, allergy.

### Түйіндеме

## ЖАСАУ БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕТІЛ ДӘРІЛІК ТОКСИДЕРМИЯ. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ.

Лаура М. Ахметова<sup>1</sup>, Хурметбек Т. Тоқтар<sup>1</sup>, Қамбар Д. Стыбаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ШЖҚ МКК «Балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету орталығы», Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

Дерілік токсикодермия көбінесе препаратты ұзақ уақыт қабылдау нәтижесінде көрінеді және есірткі ауруының нұсқасы болып табылады. Сипатталған клиникалық жағдай цефалоспориндік антибиотикке дерілік токсикалық реакцияны көрсетеді. Аурудың ауырлығын, симптомдардың күшею динамикасын, клиникалық көріністің ағымын көрсетеді.

Соңғы онжылдықтарда әртүрлі топтағы препараттарды кеңінен және кеңінен қолдану әртүрлі жастағы балаларда есірткі токсидермиясының жоғары таралуына әкелді. Бұл мәселе әсіресе фармацевтикалық нарықта әртүрлі дәрі-дәрмектердің, соның ішінде бактерияға қарсы препараттардың кең және қолжетімді таңдауы басым болған қазіргі уақытта өзекті болып табылады.

Мақалада келтірілген деректер педиатрларға, аллергологтарға және жалпы тәжірибелік дәрігерлерге пайдалы болады.

**Түйінді сөздер:** токсидермия, дерілік заттар, аллергия.

### Библиографическая ссылка:

Ахметова Л.М., Тохтар Х.Т., Стыбаев К.Д. Острая лекарственная токсикодермия у ребенка раннего возраста. Клинический случай // Наука и Здравоохранение. 2022. 6(Т.24). С. 294-297. doi 10.34689/SH.2022.24.6.035

Akhmetova L.M., Tokhtar Kh.T., Stybaev K.D. Acute drug toxicoderma in young child. Clinical case // *Nauka i Zdravookhraneni* [Science & Healthcare]. 2022, (Vol.24) 6, pp. 294-297. doi 10.34689/SH.2022.24.6.035

Ахметова Л.М., Тоқтар Х.Т., Стыбаев Қ.Д. Жасау балалардағы жетіл дерілік токсидермия. Клиникалық жағдай // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2022. 6 (Т.24). Б. 294-297. doi 10.34689/SH.2022.24.6.035

**Актуальность**

В настоящее время широкое и повсеместное применение различных групп лекарственных препаратов привело к высокому распространению лекарственных токсидермий у детей разных возрастов. Особенно данная проблема актуальна в последние десятилетия, когда на фармацевтическом рынке преобладает широкий и доступный выбор различных препаратов, в том числе и антибактериальных. [1].

Лекарственная токсидермия чаще всего проявляется как результат длительного введения медикамента и представляет собой вариант лекарственной болезни. Причиной развития токсидермии могут быть самые разные препараты: сульфаниламиды, антибиотики, антимикробные препараты, барбитураты, биологически активные вещества, транквилизаторы, вакцины и сыворотки, витамины, йод, генно-инженерная биологическая терапия, соединения хинина и многие другие. Лекарственные токсидермии наблюдаются у 4 – 6% госпитализированных больных и составляют 23 % всех осложнений медикаментозного лечения. [2].

Для того, чтобы оценить степень тяжести токсидермии, основываются на данных распространенности и характере поражения кожного покрова и слизистых, данных клинического обследования, жалоб пациента и данных клинико-лабораторного исследования:

Клиническая картина лекарственной аллергии очень разнообразна и представлены почти всеми первичными морфологическими элементами: пятнистыми, папулезными, уртикарными, везикулезными, буллезными, пустулезными, узловатыми. Высыпания чаще монотипные, реже – полиморфные: пятнисто-папулезные, пятнисто-везикулезные, везикуло-буллезные и другие [3]. В основе патогенеза существенную роль играет сочетание в различных соотношениях аллергического и токсического компонента. Наряду с чем, происходит развитие свойственных данному состоянию, разнообразных поражений кожи, слизистых оболочек и внутренних органов [4].

**Цель:** представить описание случая острой токсидермии, диагностированной у ребенка 3-х месяцев.

**Материал и методы:** Проанализирована история болезни девочки 3-х месяцев, которая находилась в ОАРИТ ЦДНМП 2 дня, далее 3 дня в соматическом отделении. Имеется информированное согласие родителей на проведение лечебных манипуляций и дальнейшее освещение результатов лечения в открытой печати, без указания персональных данных ребенка.

Информированное согласие, собственноручно, подписано родителями ребенка и прикреплены к медицинской карте стационарного больного. При описании случая были использованы данные из медицинской карты ребенка.

В сопровождении матери ребенок доставлен бригадой скорой медицинской помощи и поступает в отделение в экстренном порядке. Жалобы при поступлении на: высыпания, слабость, беспокойство, отечность ладоней и стоп;

Со слов мамы, ребенок болен около 3-х дней. Осмотрен участковым врачом-педиатром. Выставлен диагноз: Бронхопневмония. Была предложена

госпитализация в стационар. Но мама предпочла амбулаторное лечение на дому. Назначено амбулаторное лечение - цефтриаксон в инъекциях. На фоне чего, на вторые сутки, после второй инъекции цефтриаксона на туловище появилась сыпь, которая в динамике за короткое время распространилась на все туловище, верхние и нижние конечности. Стали отекать кисти ладоней и стопы. Дома получала капли зиртек по 3 капли 2 раза в день, улучшения состояния не было. Вызвали бригаду скорой медицинской помощи, которая доставила ребенка и маму в приемный покой центра. Госпитализированы по экстренным показаниям в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Анамнез жизни:** Ребенок от 3-й беременности, 3-х родов. Беременность и роды протекали без патологии. Роды в сроке 39 недель, разрешились путем кесарева сечения. Вес при рождении - 2700 гр., рост - 50 см. Период новорожденности - протекала без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. Привита по календарному плану - без реакций. На диспансерном учете не состоит. Наследственность: неотягощена. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, ЭВИ. Детские инфекции - отрицают. Вирусные гепатиты, венерические заболевания, туберкулез, СПИД отрицают.

**Эпид. анамнез:** Контакт с инфекционными больными отрицают. Контакт с больными коронавирусной инфекцией, с контактными по коронавирусной инфекции отрицают. За последний месяц за город не выезжали, за границей не были.

Проживает в удовлетворительных жилищно-бытовых условиях, частный дом, недавно произведен ремонт. Дома проживает кошка в течение 3-х лет.

Отец - 27 лет. Вредные привычки - курение.

Мать - 22 года, вредных привычек нет.

**Трансфузионный анамнез** - препараты и компоненты крови не получала.

**Аллергоанамнез:** пищевая аллергия, медикаментозная - ранее не отмечалось:

**Аллергонаследственность:** неотягощена

**Объективные данные:** Состояние ребёнка тяжелой степени тяжести за счёт выраженной острой токсико-аллергической реакции, отекающего синдрома. Самочувствие страдает. Беспокойная на осмотре, реагирует плачем. Правильного телосложения, умеренного питания. На грудном вскармливании, сосет хорошо. Сознание ясное, вялая, сонливая. Зрачки – средней величины, D=S, фотореакция сохранена. Мышечный тонус сохранен, D=S. Большой родничок 1,5x1,6 см, не выбухает, не напряжен. Менингеальные симптомы отрицательные. Острый токсико-аллергический процесс представлен - в области лица, шеи живота, паховой области, спине, ягодичной области, бледно розового цвета, папулезная, уртикарная, сливающаяся сыпь, в области спины и задней поверхности конечностей с геморрагическим компонентом, аллергического характера. Т - 36,9С. выраженная отечность кистей и стопок. В зеве умеренная гиперемия задней стенки, налетов, гнойных пробок нет. Носовое дыхание свободное. Костно-мышечная система без видимой деформации. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Одышки нет. В лёгких аускультативно ослабленное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Перкуторно - легочной звук (ЧД- 38 в1мин.). Сердечные тоны приглушены, ритмичные (ЧСС - 118 в 1 мин. АД - 80/50 мм.рт.ст.). Живот мягкий,

безболезненный, доступен пальпации. Печень у края реберной дуги, плотной консистенции. Селезёнка не пальпируется. Стул кашицеобразный, со слов мамы, желтого цвета. Мочится адекватно в памперс. Моча светлая. (см. рисунок 1).



**Рисунок 1. Расположение и характер сыпи.**  
(Figure 1. Localization and character (typ) of rash Exantema).

**Проведенные лабораторно-инструментальные обследования:**

ОАК от 21.01.22	Нв	Эр	ЦПК	Лей	п/я	с/я	Лимф	Мон	Эоз	Баз	СОЭ
	100 г/л	3,5 x 10 <sup>12</sup> /л	24,0	12,3 x 10 <sup>9</sup> /л	2%	66 %	24 %	7 %	1 %	0%	15 мм/час
ОАМ от 21.01.22	Удельный вес	Реакция	Белок	Глюкоза	Оксалаты	Лейкоциты	Билирубин	Количество			
	1018	Кисл.	Отр.	Отр.	++	1-2 в п/зр.	Отр.	10,0			
Коагулограмма от 21.01.22	РФМК	ТВ	АЧТВ	Этаноловый тест	МНО	Фибриноген	ПТИ				
	Отр.	14,8 секунд	29,0 сек	Отр.	1,17	2,3г/л	100%				
БХ.анализ крови от 21.01.22	Альбумин	Общ. билируб.	Глюкоза	Холестерин	Мочевина	АСаТ	АЛат	Креатинин	Общий белок	Амилаза	СРБ
	41 г/л	8,7 мкмоль/л	5,4 ммоль/л	3,0 ммоль/л	2,5 ммоль/л	29 Е/л	24 Е/л	32 мкмоль/л	59,1 г/л	15,5 МЕ/л	26,7 г/л

21.01.2022г. Выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции РНК Sars Cov-2 - отрицательно;

22.01.2022г. УЗИ гепатобилиопанкреатической области (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка). *Заключение:* На момент осмотра по исследованным органам структурных изменений не выявлено.

22.01.2022г. Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях). *Заключение:* Патологии не выявлено. Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый, ЧСС - 112 в мин.

22.01.2022г. Рентгенографическое исследование органов грудной клетки. *Заключение:* Картина бронхопневмонии.

22.01.2022 г. Кал на яйца глист: отр.

22.01.2022 г. Соскоб на э/б: отр.

**Проведенная терапия в отделении реанимации и интенсивной терапии:**

Режим палатный, стол №16 н/сл, санация кишечника - очистительная клизма, антигистаминная терапия – супрастин (производство EGIS Pharmaceuticals PLS, Венгрия) из расчета 0,1 мл на год жизни - 0,1 x 2 р в/м., цетиризин (ABDI IBRAHIM ILAS SAN.VE TIC., A.S., Турция) 2,5 мг 1/4 таблетка внутрь 1 раз в день, диуретическая терапия - фуросемид (Биннофарм, АО, Россия) из расчета 0, 1 мл /год жизни - 0,1 x 1 р в/м, ГКС терапия - дексаметазон (КРКА Д.Д., Словения) из расчета 4-6 мг /кг массы тела, адсорбенты – уголь активированный (Фармстандарт-Лексредства, ОАО, Россия) из расчета 1 табл / 10 кг массы тела.

В результате проведенной терапии состояние ребенка ближе к удовлетворительному. Самочувствие не страдает. Острая аллергическая реакция в динамике регрессировала. Кожные покровы очистились от высыпаний, отмечаются остаточные следы пигментации, отеки купированы. Общее состояние ребенка ближе к удовлетворительному. По органам данные без ухудшения.

**Обсуждение**

Данный клинический случай наглядно показывает, что течение таких аллергических состояний, как правило, благоприятно [5]. Но наряду с тем, хотелось бы напомнить, что ведение детей грудного возраста и особенно новорожденных требует особой осторожности, оперативных четких действий. Т.к. от этих составляющих зависит эффективность назначенной диагностики и лечения. Особенность случая, в том, что у детей первого года жизни различные поражения кожного покрова встречаются чаще, чем в других возрастных группах. Патология кожи в данный возрастной период обладает выраженной специфичностью нозологического профиля и неординарностью клинической картины дерматозов. Бесспорно, такие же случаи встречаются и у взрослого населения, но они, как правило, манифестируют иначе.

В настоящее время существует и успешно используется биологическая терапия при тяжелых формах токсикодермии. Но применение данной терапии в раннем детском возрасте недостаточно изучено. Ввиду опасности возникновения новых побочных действий и нежелательных эффектов мы воздержались от ее применения. Но есть ряд клинических исследований, согласно которым при некоторых формах токсикодермии успешно применяется вышеозначенная терапия, но в более старшем возрастном контингенте. При осложнённом течении токсикодермии кровь подвергается экстракорпоральному очищению (мембранному плазмоферезу, каскадной фильтрации плазмы, гемосорбции). Эти процедуры проводятся в клинических условиях [6].

В нашем клиническом случае применялись проверенные принципы терапии и лечебные меры, имеющие максимальный лечебный эффект для данного пациента. Они были направлены на выведение аллергена из организма, назначение энтеросорбентов и мочегонных средств. Основной мерой стало внутривенное вливание растворов глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов.

**Выводы.**

Подводя итог, хотелось бы отметить, что лекарственная токсикодермия довольно часто встречающееся заболевание у детей раннего возраста. Прогноз при токсикодермии в большинстве случаев благоприятный, если нет осложнений, и отсутствует поражение внутренних органов. В лечении надо исключать полипрагмазию (одновременное необоснованное назначение множественных лекарственных препаратов). Важно родителям не заниматься самолечением, врачам обоснованно и целостно подходить к назначению терапии.

**Контактная информация:**

**Ахметова Лаура Мубараквна** - магистр медицинских наук, врач-аллерголог, ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи», г. Алматы, Республика Казахстан.

**Почтовый адрес:** Республика Казахстан, 050040, г. Алматы, ул.Манаса, 40.

**E-mail:** laura\_akhmetova\_2017@mail.ru

**Телефон:** +77476242120

**Конфликт интересов** : не заявлен

**Вклад авторов:** Ахметова Л.М. - научное сопровождение статьи, научное руководство/ Тохтар Х.Т., Стыбаев К.Д. - написание первоначального текста, работа с выпиской истории болезни, подготовка резюме.

**Финансирование:** Источников финансирования нет. Материал для данной статьи не подавался для публикации в другие издания.

**Литература:**

1. Акимов В.Г. Побочные эффекты лекарственных средств: кожные проявления аллергических реакций // *Consillium Medicum*. 2005. т.7, №3. С.168-172.
2. Мельникова И., Шайтор В. Токсико-аллергический дерматит у детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2012;7(4): стр.68-74.
3. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни. Диагностика и лечение: Практическое руководство: пер. с англ. М., 2015. 733 с.
4. Ревякина В.А., Казначеева Л.Ф., Молокова А.В., Денисов М.Ю. Дермо-респираторный синдром // *Аллергология*. 2010. № 4. С. 42-44.
5. Хаитов Р.М, Ильина Н.И. Токсикодермии у детей // *Аллергология и иммунология*. 2014. С.126-132
6. Rhodes H.L., Thomas P., Sporik R. A birth cohort study of subjects at risk of atopy: twenty-two-year follow-up of wheeze and atopic status // *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2011. 165: 176-180.

**References: [1-5]**

1. Akimov V.G. Pobochnye efekty lekarstvennykh sredstv: kozhnye proyavleniya allergicheskikh reaktsii [Side effects of medicines: skin manifestations of allergic reactions]. *Consillium Medicum*. 2005. V.7, №3. pp.168-172. [in Russian]
1. Mel'nikova I., Shajtor V. Toksiko-allergicheskii dermatit u detei [Toxic-allergic dermatitis in children]. *Voprosy sovremennoi pediatrii* [Issues of modern pediatrics]. 2008. 7(4): pp.68-74. [in Russian]
2. Patterson R., Grjammer L.K., Grinberger P.A. *Allergicheskie bolezni. Diagnostika i lechenie: Prakticheskoe rukovodstvo: per. s angl.* [Diagnosis and treatment: A practical guide: translated from English]. М., 2015. p.733 [in Russian]
3. Revyakina V.A., Kaznacheeva L.F., Molokova A.V., Denisov M.Yu. Dermo-respiratornyi sindrom. [Dermo-respiratornyi sindrom]. *Allergologiya* [Allergology]. 2000. №4. pp. 42-44. [in Russian]
4. Haitov R.M, Il'ina N.I. Toksikodermii u detei [Toxicoderma in children]. *Allergologiya i immunologiya* [Allergology and Immunology], 2014, pp.126-132. [in Russian]