

К характеристике стафилококкового синдрома обожженной кожи

С.М. Асташина

ГБУЗ ВО Областной кожно-венерологический диспансер, Владимир

On peculiarities of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome

S.M. Astashina

State budgetary institution of public health of the Vladimir region Regional Dermatovenerologic Dispensary, Vladimir, Russian Federation

Аннотация

Стафилококковый синдром обожженной кожи (SSSS) является экстренной детской патологией, редким и тяжелым проявлением стафилодермии. SSSS чаще всего поражает детей младше 5-летнего возраста, и имеет, приблизительно, 5%-ую смертность из-за осложнений: сепсиса, суперинфекции и возникновения электролитного дисбаланса [1]. Учитывая редкость данного синдрома, не всегда врачам сразу удастся поставить правильный диагноз. В статье описаны и проиллюстрированы случаи SSSS из практики, с подробным описанием особенностей клинической картины, проведенного обследования, назначенного лечения и дифференциальная диагностика заболевания.

Ключевые слова

Стафилококковый синдром обожженной кожи (SSSS), этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Введение

Эффективность ведения новорожденных и детей раннего возраста, имеющих высыпания на коже, зачастую зависит от правильной и своевременной диагностики [2]. И, несмотря на то, что в лечении детей с дерматологическими заболеваниями принимают участие врачи разных специальностей, бывают случаи диагностических ошибок постановки диагноза заболевания, тогда назначенная терапия не приводит к улучшению состояния маленького пациента, а в некоторых случаях из-за несвоевременности постановки диагноза возможно развитие грозных осложнений и даже смерти.

Цель исследования: познакомить врачей со случаями стафилококкового синдрома обожженной кожи (SSSS).

Summary

Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) is an emergency pediatric pathology, a rare and severe manifestation of staphyloiderma. SSSS mostly affects children younger than 5 years of age, and has an approximately 5% mortality rate due to complications such as sepsis, superinfection, and electrolyte imbalance [1]. Given the rarity of this syndrome, doctors are not always able to immediately confirm the correct diagnosis. The article describes and illustrates cases of SSSS from practice, with a detailed description of the features of the clinical picture, the examination, the prescribed treatment and the differential diagnosis of the disease.

Keywords

Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS), etiology, clinical picture, differential diagnosis, treatment.

Материалы и методы исследования

Дан анализ клинических случаев, наблюдаемых автором за период 2015-2017 гг.

Стафилококковый синдром обожженной кожи вызывается определенными штаммами золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus*). Преимущественно это штаммы 71 и 55, фаготипа II. Эти штаммы вырабатывают эксфолиатины А, В, которые способны разрывать межклеточные связи в эпидермисе, и тем самым приводить к образованию пузырей.

Заболевание чаще всего начинается с гнойного поражения кожи или слизистых: гнойный конъюнктивит, отит, фарингит, омфалит. Причём данные высыпания могут быть выраженными, а могут протекать почти незаметно для родителей. Иногда родители не сразу могут вспомнить факт

существования данных высыпаний. В дальнейшем, в крупных складках (чаще подмышечных и паховых), на сгибательных поверхностях появляется неяркая розовая экзантема, на поверхности которой возникает мацерация, часто и эти высыпания нестораживают родителей. А вот далее развиваются очень специфичные для стафилококкового синдрома обожженной кожи изменения на лице. Особое, «плаксивое», выражение лица с грустными глазами, опущенными уголками губ, серозно-гнойные корки вокруг глаз и рта, делают этих детей похожими друг на друга. В дальнейшем экзантема из складок может распространиться по всей поверхности кожи до эритродермии. Далее на фоне эритемы возникают единичные, а иногда и множественные пузыри, напоминающие ожог II степени, после вскрытия которых образуются эрозии. Кожа приобретает вид ошпаренной или обожженной [3].

Наблюдение №1

Девочка 4 года. Жалобы: высыпания, повышение температуры. Анамнез заболевания: заболела девочка остро, как считает мать, на фоне полного здоровья. Появились высыпания в виде вялых дряблых пузырей над верхней губой, гнойное отделяемое из глаз, мокнутие в межъягодичной складке и между половыми губами. С первого дня высыпаний в лечении использовали тетрациклиновую глазную мазь на кожу лица и слизистые конъюнктивы, подмывание с отваром ромашки. В течение последующих двух дней произошло распространение сыпи на лице, на естественные складки кожи, ягодицы. Повысилась температура до 38 градусов. Больше всего родителей напугало отслаивание кожи. При попытке потрогать лоб, происходила сминание и отслоение кожи, в складках также отмечалось появления пузырей. На шестой день заболевания девочка направлена в детскую областную клиническую больницу и госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом синдром Лайелла? синдром Стивенса-Джонсона? При поступлении в инфекционное отделение состояние средне-тяжелое за счет кожного синдрома и выраженных симптомов интоксикации, лихорадки до 38°C. Начата инфузионная терапия, преднизолон в дозе 2 мг/кг веса, антигистаминные препараты. Осмотр ребёнком дерматовенерологом на 7 день болезни, на 2 день госпитализации.

Status localis. Лицо ребенка имеет очень грустное, «плаксивое» выражение. Вокруг рта серозно-гнойные-геморрагические корки, "кисетный рот", жёлтая окраска кожи вокруг рта обусловлена

применением облепихового масла. Веки отёчные, гиперемированные. Из глаз обильное гнойное отделяемое. На верхних веках остатки покрывок пузырей. На лбу корковые элементы, в виде ссадины (рис. 1). В подмышечных, паховых складках, в локтевых сгибах эрозии с отслойкой эпидермиса, вокруг этих эрозий, крупнопластинчатое шелушение (рис. 2). На ягодицах, задней поверхности голени гиперемия кожи, шелушение. В межъягодичной складке, между половыми губами эрозивные поверхности с серозным отделяемым (рис. 3).

Наблюдение №2

Девочка 1 год. Ребёнок консультирован в реанимационном отделении детской больницы. Ребёнок из дома машиной скорой помощи доставлен в реанимационное отделение детской областной клинической больницы, из анамнеза известно только то, что ребёнок болен около 2 суток. Предварительный диагноз токсидермия. Начата инфузионная терапия. Осмотр дерматологом на 3 сутки заболевания, через 6 часов после госпитализации.

Status localis. Характерные для стафилококкового синдрома обожженной кожи высыпания на коже лица. На лице выражение страдания. Вокруг рта серозно-гнойные-геморрагические корки, при плаче наблюдается кровотечение из радиальных трещин. Отёк лица. Очаги гнойных корок и эрозий вокруг ушей, на затылке. Конъюнктивы глаз гиперемированные. Из глаз гнойное отделяемое. Из носа слизисто-гнойное отделяемое (рис. 4). Гиперемия всей поверхности кожи, шелушение (рис. 5).

Наблюдение №3

Девочка 3 года. Жалобы: высыпания, повышение температуры. Анамнез заболевания. Со слов матери высыпания 6 дней назад появились остро вокруг рта, на веках, к вечеру этого же дня появилась болезненность в подмышечных впадинах, в паху, далее покраснение всей кожи, повысилась температура до 39°C. Ребёнок был госпитализирован в инфекционное отделение детской областной клинической больницы, поставлен диагноз SSSS. Назначено лечение: амикацин (аминогликозид III поколения), дезинтоксикационная терапия, стафилококковый бактериофаг. Осмотр дерматологом на 6 день болезни, 3 день госпитализации.

Status localis. Процесс носит распространённый характер. Грустное выражение лица. Вокруг глаз, на шее, туловище, в паховых и подмышечных складках элементы эпителизации бывших пузырей в виде корковых элементов, с отслоением эпидермиса по краю (рис. 6).



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

Наблюдение №4

Мальчик 4 месяца. Первые высыпания мать заметила 5 дней назад в периоральной области, в паховых складках, на затылке (в месте проведения проколов операции шунтирования при гидроцефалии, которое было проведено около 6 недель назад). Педиатром по месту жительства данные высыпания были расценены как аллергическая реакция на смену смеси. На второй день появилось повышение температуры до 38 градусов. На третий день на коже туловища и в паху появились пузыри с серозным содержимым, при надавливании на пузырь площадь пузыря увеличивалась. В районе по месту жительства был заподозрен диагноз синдрома Лайелла, ребёнок переведён в детскую областную клиническую больницу в инфекционное отделение. Диагноз при поступлении токсидермия. Были назначены преднизолон, антибиотик группы цефалоспоринов 3 поколения, инфузионная терапия. Новых элементов за сутки не появилось, произошло спадание пузырей. Сохраняется температура 37,5-38,5. Осмотр дерматовенерологом на 6 день болезни, 2 сутки госпитализации.

Status localis. Процесс распространённый. Максимально высыпания на голове. Вокруг рта серозно-гнойные-геморрагические корки, "кисетный рот". Скорбное выражение лица. Отёк лица. Гнойные корки и эрозий вокруг ушей, в уголках рта, на затылке. Из носа обильное слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивиты глаз гиперемированы (рис. 7). В паху на фоне покраснения кожи наблюдалась отслойка эпидермиса. На левой половине груди остатки пузыря. На туловище и конечностях корковые элементы. Цвет высыпаний обусловлен обработкой р-ром марганцовки (рис. 8).

Наблюдение №5

Мальчик 2 года. Заболел ребёнок остро. Повысилась температура до 38 градусов, появились высыпания сначала на лице, далее за день сыпь распространилась по всей поверхности кожи. На 2 день болезни ребёнок был госпитализирован в инфекционное отделение областной детской клинической больницы. На гиперемированной коже лица и шеи отмечалось появление пузырей. Был поставлен диагноз аллергического дерматита, токсико-аллергическая реакция. Проводимая терапия в отделении: в/в преднизолон в первый день 30 мг, второй 60 мг, третий 30 мг, физиологический раствор с эуфилином, р-р супрастина, р-р гепарина. На фоне терапии наблюдалось ухудшение состояния и увеличение кожных проявлений. Консультирован дерматовенерологом на 5 день болезни, 3 день госпитализации.

Status localis. На всей поверхности кожи распространённая эритема, с мелко- и крупнопластинчатым шелушением. Лицо ребенка имеет очень грустное, «плаксивое» выражение. Вокруг рта серозно-гнойные-геморрагические корки, "кисетный рот"[4]. Веки отёчные и гиперемированные. Из глаз обильное гнойное отделяемое. Вокруг глаз гнойные корки. На лбу, щеках, шее остатки покрывок пузырей. В подмышечных, паховых складках, в локтевых сгибах эрозии с отслойкой эпидермиса, вокруг этих эрозий, гиперемия кожи с крупнопластинчатым шелушением (рис. 9).

В плане обязательного обследования данных пациентов: общеклинические анализы крови, мочи, биохимические анализы крови, а также посев отделяемого со слизистой носа, конъюнктивы, зева на флору. В общих анализах крови пациентов выявлены повышенное СОЭ, лейкоцитоз и нейтрофилёз. В биохимических анализах и общем анализе мочи значимых изменений не было. Патологический материал на посев для исследования брался в первую очередь из первичных очагов (со слизистой носа, из зева, отделяемое со конъюнктивы, со слизистых половых органов), так как материал с кожи обычно оказывался стерильным. У пациентов в наблюдении №1, №2, №5 в отделяемом со слизистой носа получен рост золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus*) II фаговой группы. Выделение и идентификация стафилококков проводится классическими микробиологическими методами в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 от 22.04.85 г. Наличие типичных по морфологии грамположительных кокков с характерным расположением микробных клеток в культуре и положительный каталазный тест позволяет поставить предварительный диагноз стафилококковой инфекции. Далее проводят отсев отдельных выросших колоний (всех различимых морфотипов) для дальнейшего изучения: определения биохимической активности и чувствительности к антимикробным препаратам, бактериофагам, а также, в случае необходимости, дезинфектантам[5]. В трёх случаях был высеян метициллинрезистентный стафилококк. Желательно включение в обследование анализа крови на АСЛО, проведение иммунограммы. ЭКГ, а также осмотров специалистов (отоларинголога, офтальмолога). Пациенты с признаками генерализованного воспаления нуждаются в лабораторном исследовании, которое включает посев крови и исследование выделенной флоры на чувствительность.

Всем пациентам был поставлен диагноз синдрома стафилококковой обожженной кожи



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

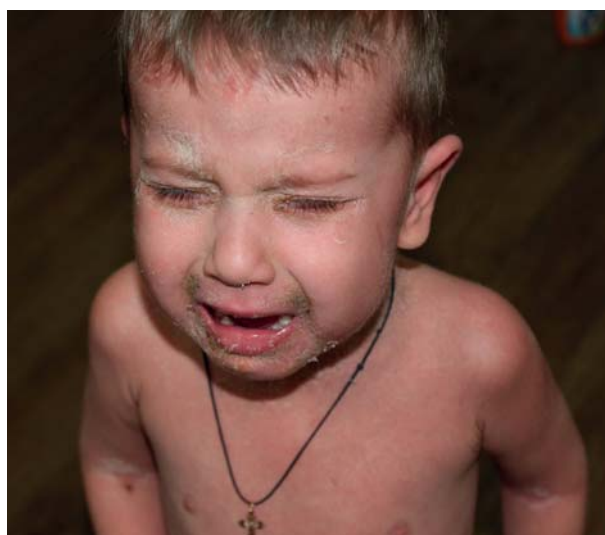


Рис. 9

(SSSS). Шифр по МКБ-10: L00 Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей. Из пяти случаев SSSS в четырех предварительно выставлялись ошибочные диагнозы аллергических болезней кожи. Только в трёх случаях была начата системная антибактериальная терапия. В последнем наблюдении наблюдалось ухудшение состояния пациента, которое возможно было вызвано введением больших доз преднизолонa. Дифференциальная диагностика SSSS проводится в первую очередь с синдромом Стивенса-Джонсона и Лайелла (таблица 1) [6, 7].

Детям с SSSS проводилась инфузионная терапия (с элементами частичного парентерального

питания, дезинтоксикационной, системной антибактериальной терапией). Назначение системных антибактериальных препаратов при SSSS проходило эмпирически, то есть после постановки диагноза, назначение антибиотиков проходило с учетом наиболее вероятных возбудителей. На втором этапе проводилась коррекция системной антибиотикотерапии с учётом данных микробиологических анализов и результатов уже назначенной эмпирической терапии. В наблюдении №1 ребёнку были назначены два антибиотика: цефазолин и амикацин, №2-тиенам, №3-амикацин, №4- цефалоспориин III поколения, №5- препарат амоксициллина + клавулановая

Таблица 1. Дифференциальная диагностика SSSS с синдромом Стивенса-Джонсона и Лайелла

Признаки	SSSS	Синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз
Возраст	Преимущественно поражаются дети грудного и младшего детского возраста	Зависимости от возраста нет
Медикаментозный анамнез	Обычно отрицательный медикаментозный анамнез	Положительный лекарственный анамнез (чаще всего)
Гнойная локальная инфекция	Обычно предшествует	Нет зависимости
Отслойка эпидермиса	Отслойка менее выражена	Обычно на больших участках кожного покрова
Поражение слизистой ротовой полости	Не поражается	Поражается
Мазок-отпечаток	Большие эпителиальные клетки с маленькими ядрами	Типичные акантолитические клетки
Реэпителизация	Быстрая, чаще не оставляет рубцов	Часто рубцы после перенесённого ТЭН

кислота. Наружно на мокнущие поверхности и складки применялись кожные антисептики (р-р мирамистина, р-р октенисепта, р-р метиленовой сини 2% водный) 2-3 раза. Также на участки поражённой кожи применялась мазь банеоцин, крем фуцидин 2-3 раза в день. На веки, вокруг глаз, после промывания глаз антисептиками, наносилась эритромициновая глазная мазь 2-3 раза в день. Обширные поражения кожи при SSSS лучше вести закрытым, перевязочным методом. С одной стороны – ребёнок является объектом высокой контагиозной инфекции, с другой – на фоне иммуносупрессии может развиваться госпитальная инфекция. Раневые поверхности желательно покрывать гипоаллергенными парафинизированными сетками (типа Грассолинд), далее поверх сеток наносится тонким слоем

противобактериальная мазь, все раневые участки закрываются контурными асептическими марлевыми повязками.

Все дети были выписаны с выздоровлением. Четырёхмесячный малыш (наблюдение №4) направлен для консультации к нейрохирургу (нельзя было исключить возможность шунт-инфекции).

Вывод

Стафилококковый синдром обожженной кожи является неотложной детской патологией и только совместная работа педиатров, дерматологов, других узких специалистов, а также врачей лабораторной диагностики дадут возможность быстро диагностировать данное заболевание и назначить правильное лечение.

Литература

1. Braunstein I., Karolyn A.W. et al. Antibiotic Sensitivity and Resistance Patterns in Pediatric Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. *Pediatr Dermatol.* 2014 May-Jun; 31(3): 305–308.
2. Суворова К.Н. Болезни кожи у детей первого года жизни: Вопросы диагностики. Регулярные выпуски «РМЖ» №10 от 17.11.1996, с. 1.
3. Ламбург О.Б., Буслаева Г.Н. Инфекционные болезни кожи и подкожной клетчатки. Портал *Consilium Medicum* 2009; №1: 12-16.
4. Ламбург О.Б., Буслаева Г.Н. Инфекционные болезни кожи и подкожной клетчатки у новорожденных. *Consilium Medicum. Педиатрия.* 2007; 02: 55-58.
5. Федеральные клинические рекомендации. Апрель, 2014. Эпидемиология и эпидемиологический мониторинг инфекций, вызванных метиллинрезистентными штаммами золотистого стафилококка, с. 27-29.
6. Хёгер П.Г. Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков. Москва 2013, с. 352-353, 447-450.
7. Паршина В.Л., Иванов Д.О. Проект. Клинические рекомендации по ведению новорожденных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. 2016, с. 16-17, 19-22.

Сведения об авторе:

Асташина Светлана Михайловна. ГБУЗ Владимирской области Областной кожно-венерологический диспансер, тел. 89101716897, E-mail: spaum.aleksander@mail.ru

Поступила 24.09.2021 г.