

ОБРИВЕН СИНДРОМ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

ДИФЕРЕНЦИАЛНО-ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД



г-р **Абдулхамид
Кахтан**, дм

МБАЛ Уни Хоспитал,
гр. Панагюрище

ОБРИВИТЕ СЕ ОТЛИЧАВАТ С ГОЛЯМО РАЗНООБРАЗИЕ КАКТО ПО КЛИНИЧНОТО ИМ РАЗВИТИЕ, така и по механизма на образуването им. Често създават диференциално-диагностични затруднения. Пълният системен преглед трябва да регистрира всички свързани характеристики като общото състояние на пациента, фебрилитет, пруритус, лимфаденопатия или хепатоспленомегалия. Изследването трябва да включва морфологията на обрива, времето на неговата поява, продължителност и разпространение. Трябва да се отбележи и засягане или щадене на лигавиците. Епидемиологичната и фамилната анамнеза, възраст, пол, сезон, имунизационният статус, известни алергии са също от първостепенна важност за правилното поставяне на диагнозата.

Обривите могат да бъдат причинени от инфекция (вирусна, гъбична или бактериална), контакт с гразнителни, атопия, лекарствена свръхчувствителност, други алергични реакции, възпалителни състояния или васкулити. Диференциалната им диагноза е изключително важна и обширна, варираща от самоограничаващи се състояния (напр. розеола) до живо-

мозастрашаващи заболявания като менингококова болест, болестта на Кавазаки, Лаймска болест и др.

За поставяне на диагнозата е необходимо да се следва правилен диагностичен подход, а именно:

- Историята на настоящото заболяване се фокусира върху времевия ход на заболяването, особено връзката между обрива и други симптоми.
- Историята на миналите заболявания трябва да отбележи всички наскоро използвани лекарства, особено антибиотици и антиконвулсанти. Фамилната анамнеза, възраст, пол, известни алергии са също от първостепенна важност.
- Физикален преглед.

Прегледът започва с преглед на жизнените показатели, по-специално проверка за фебрилитет. Оценява се детето за признаци на летаргия, раздразнителност или дистрес. Децата се преглеждат и за наличие на менингеални признаци (скованост на врата, симптоми на Керниг и Брунзински), въпреки че тези признаци често липсват при деца <2 години. Добре изглеждащите деца без системни симптоми или признаци е малко вероятно да имат опасно болестно състояние. Прегледът на системите се фокусира върху

симптомите на причинни болестни състояния, включително стомашно-чревни симптоми (предполагащи свързване с имуноглобулин А васкулит, т.нар. пурпура на Henoch-Schönlein или хемолитично-уремичен синдром), ставни симптоми (предполагащи свързване с имуноглобулин А васкулит или Лаймска болест), главоболие или неврологични симптоми (предполагащи менингит или лаймска болест).

Характеристиката на обрива и свързаните симптоми и признаци помагат да се идентифицират пациенти със сериозно заболяване и често предполагат диагнозата.

- Булите и/или лющенето предполагат стафилококов синдром на попарената кожа или синдром на Stevens-Johnson и се считат за спешни дерматологични състояния^[3].
- Възпаление на конюнктивата може да възникне при болестта на Кавазаки, морбили и синдром на Stevens-Johnson.
- Всяко дете с висока температура и петехии или пурпура трябва да бъде внимателно прегледано за възможността от менингокоцемия.
- Кървавата диария с бледност и петехии трябва да предизвика

Ключови думи:
обрив, деца,
диференциална
диагноза

безпокойство относно възможността за хемолитичен уремичен синдром.

- Мехури по ръцете и краката, с язви в устата, насочват към заболяването „ръка-крак-уста“, причинено от Коксаки вируси.
- Лимфаденомегалия зад ушите и тила насочва към рубеола, а генерализирано – насочва към инфекциозна мононуклеоза (ИМ), левкемия, ХИВ. А хепатоспленомегалия ориентира към инфекциозен ендокардит, ИМ и левкемия.
- Повишена температура за >5 дни с данни за лигавично възпаление и полиморфен макулопапулозен обрив по тялото трябва да предизвикат обмисляне и допълнителна оценка за болестта на Кавазаки. Разпознаването на болестта на Кавазаки е критично поради възможните животозастрашаващи усложнения, ако не се лекува (напр. миокардит, аневризма на коронарната артерия)^[20,21].

Изследвания

За повечето деца анамнезата и физикалният преглед са достатъчни за поставяне на диагнозата. Тестването да е насочено към потенциални заплахи за живота; включва пълна кръвна картина с ДКК, СУЕ и СРП, оцветяване по Грам и култури от кръв и цереброспинална течност за менингокоцемия; ехография на коремни органи и изследване на бъбречна функция и фекални тестове за хемолитичен уремичен синдром. Ехокардиография трябва да се направи на всички пациенти със симптоми на болестта на Кавазаки, за да се оцени сърдечният статус и наличието на аномалия на коронарната артерия^[20,21].

Примери на обривни единици в детска възраст

- **Скарлатина.** Обривът при скарлатината представлява фино петнист макулопапулозен обрив от малки, повдигнати попули с големина до просено зърно, започва от шията и се разпространява по тялото и крайниците, но щади лицето (Фиг. 1).
- **Морбили.** Обривът при морбили е червенотъмен макулопапулозен, конfluиращ. Започва ретроауликулярно, след което обхваща лицето, тялото и крайниците. Преди

срещат при деца под две години. Обикновено се характеризира с остро начало на висока температура до 40°C (104 F) за три до пет дни. В края на фебрилния стадий (3-5 ден) се появява несърбящ, розов папулозен обрив, който започва от тялото (Фиг. 4).



Фигура 1:
Скарлатинозен обрив



Фигура 2:
А. Петна на Филатов-Коплик по бузите.
Б. Екзантема при Морбили.

обриването в устата и гърлото се установява енантем и често се откриват петната на Филатов-Коплик (Фиг. 2 А, Б).

- **Рубеола.** Обривът при рубеола наподобява този при скарлатина или морбили, но започва зад ушите и се разпространява към главата, шията и тялото (Фиг. 3).
- **Exanthema subitum** (Roseola infantum), така наречена още „шеста болест“. При exanthema subitum се развива екзантем, който напомня началото на морбилония обрив, но без енантем и петна на Филатов-Коплик. В 90% от случаите се



Фигура 3:
Обривът на Рубеола



Фигура 4:
Exanthema subitum

фигура 5:

А. Типични еритемни „slapped cheeks“.
Б. Екзантема при erythema infectiosum.



фигура 6:

(А, Б) – обрив при варицела



фигура 7:

А. Петехиален и хеморагично-некротичен.
Б. Екзантем при инвазивна менингококцемия.



фигура 8:

Erythema toxicum neonatorum



- *Erythema Infectiosum* („пета болест“). По двете бузи се появяват зачервени петна, които за няколко часа се сливат, щадящи носа и назо-лабиалните гънки. Петната се

разполагат симетрично и по двете бузи и им придават вид като на „зашлевени с шамар – „Slapped Cheek Syndrome“. Няколко дни по-късно се появява характерният за петата болест мрежовиден еритем. Обривът обхваща трункуса, седалището и външната страна на крайниците (Фиг. 5 А, Б).

- *Варицела* (Chickenpox, лещенка). Обривът е сърбящ и се характеризира с появата на макули – розови или червени петна, с диаметър 2-6 mm по гърдите, след това по



фигура 9: Пурпура на Henoch-Schonlein

лицето и крайниците, в окосмената кожа на главата и при по-тежки форми дори в устната кухина (език, бузи) и в очите. В рамките на няколко часа макулите се превръщат в папули, които изпъкват на повърхността на кожата и след това се превръщат в 3-5 mm везикули (мехурчета), съдържащи бистра течност (Фиг. 6 А, Б).

- *Менингококова болест*. Генерализиран пурпурен или петехиален (без побеляване при натиск) обрив може да бъде признак на менингококова септицемия (инфекция с *Neisseria meningitidis*), (Фиг. 7 А, Б)^[4].

- *Erythema toxicum neonatorum*. Доброкачествен, самоограничаващ се кожен обрив. Засяга 20% от новородените. Еритематозни папули и стерилни пустули, заобиколени от еритематозен ореол. Засяга тялото, лицето и крайниците. Обикновено се появява на 2^{-ия} ден от живота и изчезва до 14^{-ия} ден. Дланите и стъпалата са пощадени (Фиг. 8)^[22,23].



НОВИНИ

● **Имуноглобулин А (IgA) васкулит** (известен преди като пурпура на Henoch-Schonlein). Типичният едемо-хеморагичният обрив (палпируема пурпура) обикновено е началният симптом и се разполага предимно симетрично по екстензорните повърхности, по глутеусите и периартикуларно^[1]. Обикновено обривът варира от макулопапулозни ефлоресценции, червено-кафеникави петехии (пурпура), уртикария или полиморфен екзантем^[2]. Класическото представяне е тетрада от петехиални лезии, коремна болка, артрит/артралгия и IgA нефропатия (*Фиг. 9*)^[17,18]. ■

Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Infective endocarditis in childhood: 2015 update: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015 Oct 13;132(15):1487-515.[Abstract][Full Text].

7. Brewer JD, Hundley MD, Meves A, et al. Staphylococcal scalded skin syndrome and toxic shock syndrome after tooth extraction. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Aug;59(2):342-6.[Abstract].
8. Strom MA, Hsu DY, Silverberg JI. Prevalence, comorbidities and mortality of toxic shock syndrome in children and adults in the USA. *Microbiol Immunol*. 2017 Nov;61(11):463-73.[Abstract][Full Text].
9. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018 Jul;73(7):1393-414.[Abstract][Full Text].
10. Teachey DT, Lambert MP. Diagnosis and management of autoimmune cytopenias in childhood. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Dec;60(6):1489-511.[Abstract].
11. Rashtak S, Pittelkow MR. Skin involvement in systemic autoimmune diseases. *Curr Dir Autoimmun*. 2008;10:344-58.[Abstract].
12. Webb RH, Grant C, Hamden A. Acute rheumatic fever. *BMJ*. 2015 Jul 14;351:h3443.[Abstract].
13. Miyake CY, Gauvreau K, Tani LY, et al. Characteristics of children discharged from hospitals in the United States in 2000 with the diagnosis of acute rheumatic fever. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):503-8.[Abstract].
14. Hornor G. Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know. *J Pediatr Health Care*. 2012 May-Jun;26(3):163-70; quiz 171-3.[Abstract].
15. Mohandas P, Ravenscroft JC, Bewley A. Dermatitis artefacta in childhood and adolescence: a spectrum of disease. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018 Aug;153(4):525-34.[Abstract].
16. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):801-10.[Abstract][Full Text].
17. Mathur AN, Mathes EF. Urticaria mimickers in children. *Dermatol Ther*. 2013 Nov-Dec;26(6):467-75.[Abstract].
18. Tabel Y, Inanc FC, Dogan DG, et al. Clinical features of children with Henoch-Schonlein purpura: risk factors associated with renal involvement. *Iran J Kidney Dis*. 2012 Jul;6(4):269-74.[Abstract].
19. Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):1232-41.[Abstract][Full Text].
20. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017 Apr 25;135(17):e927-99.[Abstract][Full Text].
21. Jamieson N, Singh-Grewal D. Kawasaki disease: a clinician's update. *Int J Pediatr*. 2013;2013:645391.[Abstract][Full Text].
22. Chadha A, Jahnke M. Common neonatal rashes. *Pediatr Ann*. 2019 Jan 1;48(1):e16-e22.[Abstract].
23. Reginatto FP, Villa DD, Cestari TF. Benign skin disease with pustules in the newborn. *An Bras Dermatol*. 2016

Три предизвикателства, пред които са изправени ПЕДИАТРИТЕ

Да си педиатър е възнаграждаваща и предизвикателна професия. Първото предизвикателство, пред което са изправени детските лекари, е управлението на родителската единица. Родителите, чиито деца са хоспитализирани, разбираемо са стресирани, лишени от сън и силно емоционални. Емпатията и силните комуникационни умения от страна на педиатъра са изключително важни в такива ситуации.

Лечението на болни деца е екипна работа, всеки участващ има за цел оздравяването на пациента. Често това означава детският лекар да седне със семейството и да включи психолог, за да се изяснят всички недоразумения, ако има такива, и да се продължи напред.

Втори вид предизвикателство пред педиатъра е разрешаване на медицински мистери. Когато се лекуват малки пациенти или такива със забавено развитие, педиатрите трябва да се превърнат в детективи. Понякога е трудно да се направи диференциална диагноза между гастроентерит, апендисит или друго заболяване, свързано с неясна коремна болка. Важно е наличието на добри клинични умения, но и на различни трикове за отвлечение на вниманието на малките пациенти при прегледа. Често най-добрият диагностичен инструмент е разговорът с родителите. Третото предизвикателство пред детския лекар е справянето с емоционалната травма. Един от най-трудните аспекти на професията е гледката на страдащи деца и родители. Подкрепата и утехата от колеги педиатри са от огромна полза за психиката на всеки специалист, работещ в тази сфера.

книгопис:

1. ПЕДИАТРИЯ. Учебник за студенти по медицина. Под редакция на проф. Др. Бобеф и доц. Ев. Генеф. Първо издание. МИ "АРСО" – 1998.
2. ПЕДИАТРИЯ. От Еторе Роси и многобройни сътрудници. Превод от 2-то преработено издание, под редакция на проф. Др. Бобеф. Медицина и физкултура – София, 1993.
3. Miliszewski MA, Kirchhof MG, Sikora S, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: an analysis of triggers and implications for improving prevention. *Am J Med*. 2016 Nov;129(11):1221-5.[Abstract].
4. Meningitis Research Foundation. Meningococcal meningitis and sepsis: guidance notes. 2018 [internet publication]. [Full Text].
5. O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. *BMJ*. 2019 Jun 28;365:I4159.[Abstract][Full Text].
6. Baltimore RS, Gewitz M, Baddour LM, et al; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease