

УДК 616.5-053

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/21>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОКСИКОДЕРМИИ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ

©Халупко Е. А., SPIN-код: 8844-1109, канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, cordis06@mail.ru

©Чечетова С. В., SPIN-код: 6539-9133, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, chechetova.svetl@mail.ru

A CLINICAL CASE OF TOXICODERMA IN A 3-YEAR-OLD CHILD

©Khalupko E. A., SPIN code: 8844-1109, Ph.D., Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, cordis06@mail.ru

©Chechetova S., SPIN code: 6539-9133, Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, chechetova.svetl@mail.ru

Аннотация. Представлен клинический случай токсикодермии у ребенка 3 лет, первоначально госпитализированного в Республиканскую клиническую инфекционную больницу города Бишкек с диагнозом «энтеровирусная инфекция» из-за наличия везикулезных высыпаний. Цель работы — продемонстрировать особенности клинического течения, диагностики и дифференциальной диагностики токсико-аллергического поражения кожи у детей раннего возраста. Материалы и методы включали ретроспективный анализ клинико-anamnestических и лабораторных данных истории болезни пациента, а также оценку динамики состояния на фоне проводимой терапии. Заболевание началось с повышения температуры и появления везикулезной сыпи на ладонях и стопах. Существенное ухудшение состояния отмечено после употребления сока из тропических фруктов, что сопровождалось распространением сыпи на туловище, развитием выраженного зуда, гиперемии и отечности суставов. Объективно выявлена монотипная везикулезная сыпь без поражения слизистых оболочек и волосистой части головы. В общем анализе крови отмечались лейкоцитоз с нейтрофилезом и повышение С-реактивного белка. Проведен дифференциальный диагноз с ветряной оспой, при котором ключевыми отличиями явились отсутствие полиморфизма сыпи, четкая связь с пищевым триггером, отсутствие поражения слизистых оболочек и волосистой части головы, а также наличие отекающего синдрома. На основании клинико-anamnestических данных установлен диагноз токсикодермии. На фоне терапии (антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, сорбенты и гипоаллергенная диета) отмечена положительная динамика: регресс кожных проявлений и нормализация лабораторных показателей. Представленный случай подчеркивает важность тщательного сбора анамнеза и проведения дифференциальной диагностики при везикулезных высыпаниях у детей.

Abstract. This article presents a clinical case of toxicoderma in a 3-year-old child initially hospitalized at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital in Bishkek with a diagnosis of enterovirus infection due to vesicular rashes. The aim of this study is to demonstrate the clinical course, diagnosis, and differential diagnosis of toxic-allergic skin lesions in young children. The materials and methods included a retrospective analysis of the patient's clinical, anamnestic, and laboratory data, as well as an assessment of the patient's progression during therapy. The disease began with a fever and the appearance of a vesicular rash on the palms and soles. A significant deterioration in the child's condition was noted after consuming tropical fruit juice, accompanied by the spread of the rash to the trunk, severe itching, hyperemia, and joint swelling. A monomorphic

vesicular rash without lesions of the mucous membranes or scalp was observed. A complete blood count revealed leukocytosis with neutrophilia and an elevated C-reactive protein. A differential diagnosis with chickenpox was performed, with key differences being the lack of polymorphic rash, a clear link to a food trigger, the absence of mucosal or scalp lesions, and the presence of edema. Based on clinical and anamnestic data, a diagnosis of toxicoderma was established. Positive changes were noted with treatment (antihistamines, glucocorticosteroids, sorbents, and a hypoallergenic diet): regression of skin manifestations and normalization of laboratory parameters. This case highlights the importance of a thorough medical history and differential diagnosis for vesicular eruptions in children.

Ключевые слова: токсикодермия, дети, клиника, лечение.

Keywords: toxicoderma, children, clinical picture, treatment.

Токсикодермия остаётся одной из наиболее значимых проблем современной педиатрии и дерматологии, что обусловлено неуклонным ростом частоты аллергических заболеваний у детей и увеличением числа потенциальных триггеров, включая лекарственные препараты, пищевые аллергены и химические добавки. Необоснованное назначение препаратов повышает риск развития токсико-аллергических реакций, в том числе тяжёлых кожных форм [1-3].

Особую клиническую значимость токсикодермия приобретает у детей с коморбидной патологией, прежде всего с атопическим дерматитом. Нарушение барьерной функции кожи и исходная гиперсенсibilизация иммунной системы у данной категории пациентов способствуют более тяжёлому, затяжному и генерализованному течению заболевания. Везикулёзные и буллёзные формы токсикодермии у таких детей сопровождаются выраженной экссудацией, высоким риском вторичного инфицирования и требуют более сложного дифференциально-диагностического подхода [4-6].

Полиморфизм кожных проявлений затрудняет своевременную диагностику и часто приводит к диагностическим ошибкам, особенно при сходстве с инфекционными экзантемами, что в свою очередь, может приводить к неадекватной терапии и ухудшению состояния пациента [7, 8].

Таким образом, высокая распространённость, разнообразие клинических форм, риск тяжёлых осложнений и особенности течения у детей с атопическим фоном определяют необходимость углубленного изучения токсикодермии, совершенствования диагностических подходов и оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы исследования

Приводим клинический случай наблюдения за ребенком 3 лет, поступившим в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) г. Бишкек в апреле 2026 года с диагнозом «Энтеровирусная инфекция».

Проведен анализ клинико-лабораторных данных истории болезни пациента. Получено согласие от родителей ребенка на публикацию материала, касающегося данного случая, с сохранением анонимности.

Описание клинического случая. Ребенок поступил в инфекционный стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 - 38°C, беспокойство, высыпания на коже кистей и стоп, кожный зуд. Анамнез заболевания. Ребенок поступает на 2 день болезни. Со слов мамы заболевание началось с повышения температуры тела до 37,5°C, на второй день

появились высыпания преимущественно на ладонях и стопах, в связи с чем самостоятельно обратились за медицинской помощью. Дома давали Ибупрофен.

Анамнез жизни. Ребенок привит частично. Из перенесенных заболеваний — ОРВИ. Сопутствующие заболевания: атопический дерматит, детская форма.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными мама отрицает.

Аллергоанамнез: пищевая аллергия, медикаментозную отрицают.

Общее состояние ребенка при поступлении средней тяжести, за счет симптомов интоксикации (температура тела 38,0°C, снижение аппетита, беспокойство). На коже дистальных отделов верхних и нижних конечностей обильные крупные везикулезные высыпания, окаймленные узким венчиком гиперемии. Выраженный кожный зуд.

Вечером в день госпитализации мама дала ребенку сок из тропических фруктов, после чего состояние ребенка ухудшилось, сыпь распространилась на область грудной клетки и туловища, появились гиперемия и отечность кистей, стоп, локтевых и коленных суставов, кожный зуд усилился. При осмотре монотипная везикулезная сыпь, местами сливная, сопровождающаяся выраженным кожным зудом. Следует отметить, что кожа волосистой части головы свободна от сыпи (Рисунок 1).



Рисунок 1. Везикулезные высыпания на дистальных отделах конечностей у ребенка с токсикодермией

В области кистей, стоп, коленных и локтевых суставов при осмотре гиперемия и отечность, умеренная болезненность (Рисунок 2).



Рисунок 2. Отечность коленного сустава и кисти у ребенка с токсикодермией

Лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротовой полости слизистая оболочка влажная, бледно-розового цвета, без признаков воспаления или раздражения. Не выявлено каких-либо патологических изменений. Язык обложен белым налетом. При аускультации легких жесткое дыхание. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Выставлен клинический диагноз. Лекарственная токсикодермия, везикулёзная форма, распространённая, среднетяжёлое течение, на фоне атопического дерматита. Данные лабораторных исследований: ОАК при поступлении: гемоглобин 112 г/л, Эр. $3,8 \times 10^{12}/л$, Цп 0,88, тромбоциты $331 \times 10^9/л$, Лейкоциты $16,3 \times 10^9/л$, п/я 7%, с/я 79,0%, лимфоциты 10,0%, моноциты 4,0%, СОЭ 15 мм/ч. При данном дерматите, такие воспалительные изменения в крови, как лейкоцитоз с нейтрофилезом возникают из-за реакции иммунной системы на острое воспаление, вызванное проникновением токсических веществ или аллергенов в организм, в следствие чего происходит выброс медиаторов воспаления, которые стимулируют выработку лейкоцитов [3].

«С» реактивный белок (СРБ) при поступлении — 12 мг/мл. Биохимический анализ крови: мочевины 4,0 ммоль/л, остаточный азот 12 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, общий билирубин 10 мкмоль/л, прямой билирубин 5 мкмоль/л, не прямой 5 мкмоль/л, АСТ 30 ед/л, АЛТ 40 ед/л. Так как основным элементом сыпи была везикула, проведен дифференциальный диагноз с ветряной оспой (Таблица).

Таблица

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ВЕТРЯНАЯ ОСПА)

Признак	Данный клинический случай (Токсикодермия)	Ветряная оспа (типичная)
Связь с провокатором	Четкая связь с пищевым триггером (сок тропических фруктов) — резкое ухудшение после приема.	Связь с инфекционным контактом (в анамнезе отрицается).
Характер сыпи	Мономорфная везикулезная сыпь (все элементы однотипны).	Полиморфная сыпь (одновременно пятна, везикулы, корочки — «звездное небо»).
Локализация	Ладони, стопы, туловище. Волосистая часть головы свободна.	Обязательное поражение волосистой части головы.
Слизистые оболочки	Чистые, без патологических изменений.	Часто выявляются энантемы (афты) во рту.
Отечный синдром	Выраженная отечность и гиперемия суставов (кисти, стопы, локти) — характерно для аллергии.	Отеки суставов нехарактерны.
Зуд	Выраженный, усиливающийся после действия аллергена.	Умеренный или сильный, но без резкой динамики от пищи.
Фон (анамнез)	Наличие атопического дерматита пищевой аллергии (предрасположенность).	Отягощенный аллергоанамнез не обязателен.

За время пребывания в РКИБ ребенок получил антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, сорбенты, а также была рекомендована гипоаллергенная диета и ведение пищевого дневника.

На фоне проводимого лечения состояние ребенка улучшилось, сыпь в динамике уменьшилась, зуд кожи исчез, ОАК при выписке в пределах нормы. Ребенок выписан с улучшением.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует сложности дифференциальной диагностики везикулезных высыпаний у детей раннего возраста, особенно при первоначальном подозрении на инфекционную патологию. Несмотря на сходство клинической картины с энтеровирусной инфекцией и ветряной оспой, тщательный анализ анамнеза, включая наличие атопического фона и четкую связь ухудшения состояния с пищевым триггером, позволил своевременно установить диагноз токсикодермии. Ключевыми диагностическими критериями в данном случае явились мономорфный характер сыпи, отсутствие поражения слизистых оболочек и волосистой части головы, выраженный зуд, а также наличие отека в области суставов. Лабораторные изменения в виде лейкоцитоза с нейтрофилезом и повышения уровня С-реактивного белка отражали активность воспалительного процесса и носили неспецифический характер. Проведенная терапия с применением антигистаминных препаратов, глюкокортикостероидов, сорбентов и гипоаллергенной диеты способствовала быстрому регрессу клинических симптомов и нормализации лабораторных показателей. Данный клинический случай подчеркивает необходимость комплексного подхода к оценке кожных высыпаний у детей, обязательного учета аллергологического анамнеза и возможных пищевых триггеров. Своевременная диагностика токсикодермии позволяет избежать гипердиагностики инфекционных заболеваний и назначения необоснованной терапии, что имеет важное значение для повышения качества медицинской помощи педиатрическим пациентам.

Список литературы:

1. Хайрутдинов В. Р., Белоусова И. Э., Соколовский Е. В., Кохан М. М., Карамова А. Э. К вопросу о пересмотре терминологии и классификации токсидермий // Вестник дерматологии и венерологии. 2022. Т. 98. №5. С. 45-52. <https://doi.org/10.25208/vdv1361>
2. Ахметова Л. М., Тохтар Х. Т., Стыбаев К. Д. Острая лекарственная токсикодермия у ребенка раннего возраста. Клинический случай // Наука и здравоохранение. 2022. Т. 24. №6. С. 294-297.
3. Feldmeyer L., Heidemeyer K., Yawalkar N. Acute generalized exanthematous pustulosis: pathogenesis, genetic background, clinical variants and therapy // International journal of molecular sciences. 2016. V. 17. №8. P. 1214. <https://doi.org/10.3390/ijms17081214>
4. Файзуллина Е. В., Давыдов Ю. В. Лекарственная токсикодермия: лечение и профилактика // Практическая медицина. 2013. №1-4 (73). С. 9-12.
5. Celebi Sozener Z., Ozdel Ozturk B., Cerci P., Turk M., Gorgulu Akin B., Akdis M., Akdis C. A. Epithelial barrier hypothesis: effect of the external exposome on the microbiome and epithelial barriers in allergic disease // Allergy. 2022. V. 77. №5. P. 1418-1449. <https://doi.org/10.1111/all.15240>
6. Ганиева Л. Ф., Файзуллина Р. М., Ревякина В. А., Викторов В. В. Атопический дерматит у детей // Медицинский вестник Башкортостана. 2021. Т. 16. №1 (91). С. 124-127.
7. Мамметмырадов А. А., Машадов Г. А., Довлетов Д. Д. Инновационные подходы в лечении токсикодермии // Молодой ученый. 2024. №18(517). С. 130-132.
8. Никитчук С., Мочульская О., Левенец С., Воронцова Т. Скарлатина на фоне токсикодермии у ребенка: клинический случай и краткий обзор // Здоровье ребенка. 2021. Т. 16, № 1. С. 47-51.

References:

1. Khairutdinov, V. R., Belousova, I. E., Sokolovskii, E. V., Kokhan, M. M., & Karamova, A. E. (2022). K voprosu o peresmotre terminologii i klassifikatsii toksidermii. *Vestnik dermatologii i venerologii*, 98(5), 45-52. (in Russian).
2. Akhmetova, L. M., Tokhtar, Kh. T., & Stybaev, K. D. (2022). Ostraya lekarstvennaya toksikodermiya u rebenka rannego vozrasta. *Klinicheskii sluchai. Nauka i zdravookhranenie*, 24(6), 294-297. (in Russian).
3. Feldmeyer, L., Heidemeyer, K., & Yawalkar, N. (2016). Acute generalized exanthematous pustulosis: pathogenesis, genetic background, clinical variants and therapy. *International journal of molecular sciences*, 17(8), 1214. <https://doi.org/10.3390/ijms17081214>
4. Faizullina, E. V., & Davydov, Yu. V. (2013). Lekarstvennaya toksikodermiya: lechenie i profilaktika. *Prakticheskaya meditsina*, (1-4 (73)), 9-12. (in Russian).
5. Celebi Sozener, Z., Ozdel Ozturk, B., Cerci, P., Turk, M., Gorgulu Akin, B., Akdis, M., ... & Akdis, C. A. (2022). Epithelial barrier hypothesis: effect of the external exposome on the microbiome and epithelial barriers in allergic disease. *Allergy*, 77(5), 1418-1449. <https://doi.org/10.1111/all.15240>
6. Ganieva, L. F., Faizullina, R. M., Revyakina, V. A., & Viktorov, V. V. (2021). Atopicheskie dermatit u detei. *Meditinskii vestnik Bashkortostana*, 16(1 (91)), 124-127. (in Russian).
7. Mammetmyradov, A. A., Mashadov, G. A., & Dovletov, D. D. (2024). Innovatsionnye podkhody v lechenii toksikodermii. *Molodoi uchenyi*, (18(517)), 130-132. (in Russian).
8. Nikitchuk, S., Mochul'skaya, O., Levenets, S., & Vorontsova, T. (2021). Skarlatina na fone toksikodermii u rebenka: klinicheskii sluchai i kratkii obzor. *Zdorov'e rebenka*, 16(1), 47-51. (in Russian).

Поступила в редакцию
29.05.2026 г.

Принята к публикации
09.06.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Халупко Е. А., Чечетова С. В. Клинический случай токсикодермии у ребенка 3 лет // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №8. С. 197-202. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/21>

Cite as (APA):

Khalupko, E., & Chechetova, S. (2026). A Clinical Case of Toxicoderma in a 3-Year-Old Child. *Bulletin of Science and Practice*, 12(8), 197-202. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/21>