

Распространенная трихофития гладкой кожи у ребенка 7 лет

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, К.Г. Супрун

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме

В статье представлен клинический случай распространенной трихофитии гладкой кожи у ребенка 7 лет на фоне длительной иммуносупрессивной терапии. Особенность данного клинического случая заключается в диссеминации микотической инфекции, длительном хроническом течении без выраженных воспалительных проявлений.

Ключевые слова: трихофития гладкой кожи, глюкокортикостероиды, атипичное течение.

Согласно данным статистики ВОЗ, частота заболеваемости грибковой инфекцией по всему миру составляет 20–70 %. В Украине частота микозов с каждым годом увеличивается и является одной из значимых медико-социальных проблем. Заболеваемость той или иной формой грибковых заболеваний отмечается у 31 % населения – это около 14 млн человек.

В литературе описано около 69 тыс. видов грибов. Патогенными для человека признано 400 видов. Наиболее часто из них встречается 100 видов [3].

В настоящее время к группе наиболее распространенных возбудителей поверхностных микозов относят грибы рода:

- *Trichophyton* (виды *T. rubrum*, *T. mentagrophytes var gypseum*, *T. schoenleinii*, *T. verrucosum*, *T. tonsurans*, *T. violaceum*);
- *Microsporum* (*M. canis*, *M. audouinii*, *M. ferrugineum*);
- *Epidermophyton* (*E. floccosum*) [2].

Трихофития по частоте встречаемости в Украине занимает второе место и составляет 2,8 случая трихофитии на 100 тыс. населения [3].

Несмотря на то что клинические характеристики трихофитии были известны еще в древности, грибковое происхождение заболевания впервые доказал Gruby в 1842 г. Он подробно описал микроскопическую картину пораженных волос, выявив 2 типа изменений: *T. endothrix* и *T. ectothrix*. Большой вклад в развитие учения о трихофитии внес французский

миколог Sabouraud, который на основании многочисленных исследований выделил разновидности трихофитонов, описал их и классифицировал. В своей книге «Les teignes» Sabouraud привел более 40 различных видов гриба рода *Trichophyton*. Следует остановиться на классификации трихофитии [2].

По происхождению трихофитоны разделяются на следующие группы:

- антропофильная – *T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. rubrum*, *T. schoenleinii*, *T. concentricum*, *T. interdigitale*, *T. soudanense* и др.;
- зоофильная – *T. gypseum*, *T. verrucosum* и др.;
- геофильная – *T. onychocola*, *T. terrestre*, *T. phaseoliforme* и др.

Возбудителей трихофитии различают также по характеру поражения волоса:

- трихофитоны типа *endothrix* (возбудители антропофильной трихофитии) – споры гриба располагаются внутри волоса (рис. 1);
- трихофитоны типа *ectothrix* (возбудители зоофильной трихофитии) – споры гриба располагаются снаружи волоса (рис. 2) [1].

По клинике различают поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную трихофитию.

При поверхностной трихофитии отмечаются эритематозно-сквамозные пятна, локализующиеся чаще всего на открытых участках кожного покрова. Они четко отграничены от здоровой кожи, имеют две хорошо различимые зоны: периферическую, в виде возвышающегося валика розового цвета, покрытого мелкими

везикулами и точечными серозными корочками, и центральную, в которой отмечается отрубевидное шелушение. При этом субъективные ощущения отсутствуют и общее состояние не нарушено (рис. 3).

Клиника инфильтративно-нагноительной трихофитии весьма специфична и характеризуется острым началом, выраженной болезненностью в очагах поражения, симптомами интоксикации: общее недомогание, повышение температуры тела до 38–39 °С, головная боль. Начинается с образования округлой четко очерченной воспалительной бляшки ярко-красного цвета, возвышающейся над уровнем кожи. На ее поверхности видны множественные пустулы, подсыхающие в гнойные корки (рис. 4).

При хронической трихофитии на коже (ягодиц, коленей, голеней, реже – предплечий, локтей) появляются синюшно-красные пятна, нерезко очерченные, неправильной формы, различной величины, иногда сливающиеся между собой с шелушением (отрубевидное, мелкопластинчатое).

Следует отметить, что зоофильные трихофитоны не всегда вызывают бурную воспалительную реакцию. Этой способностью грибы обладают лишь при непосредственном переносе их от больных животных к человеку. В дальнейшем, при передаче инфекции от человека к человеку, зоофильные трихофитоны обуславливают клиническую картину поверхностной либо хронической формы трихофитии. При этом субъективные ощущения отсутствуют и общее состояние не нарушено, что, в свою очередь, обуславливает стертость клинических проявлений и затрудняет верификацию диагноза [1].

Под нашим наблюдением находилась **пациентка С., 7 лет**, которая была направлена на консультацию в ГУ «ИДВНАМНУ» с диагнозом: «Недифференцированное заболевание соединительной ткани». Ребенок предъявлял жалобы на высыпания по всему кожному покрову, со стороны других органов и систем жалоб не предъявлял.

Из анамнеза: со слов матери, болеет с ноября 2014 г., когда впервые появились очаги гиперемии с легким шелушением в подколенных ямках, при этом температура тела не поднималась, ребенок оставался активным. Клинические анализы крови и мочи оставались в пределах нормы. Обратились в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. На основании результатов биопсии был установлен диагноз: «Эритрокератодермия симметричная прогрессирующая». Пациентка длительно получала иммуносупрессивную терапию – системные глюкокортикостероиды, однако состояние ухудшалось. Консультирована в НИИ ОЗДП в г. Харьков, с диагнозом «Аллергический васкулит» направлена на консультацию в ГУ «ИДВНАМНУ».

При осмотре: дерматоз носил распространенный характер – на коже ягодиц, передней и задней поверхностях бедер и голеней, подколенных ямок, тыльной поверхности правого локтя синюшно-красные пятна

и множественные папулы, покрытые мелкими везикулами и точечными серозными корочками, четко отграниченные от здоровой кожи, местами отрубевидное шелушение. Обращала на себя внимание пустулизация в области правой подколенной ямки (рис. 5).



Рис. 1. Трихофитоны типа *Endothrix* при микроскопии

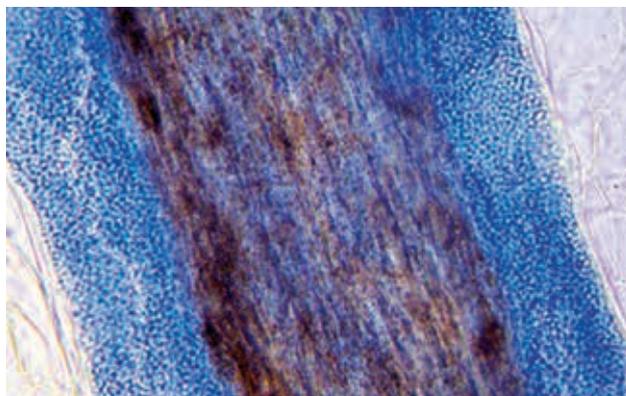


Рис. 2. Трихофитоны типа *Ectothrix* при микроскопии



Рис. 3. Поверхностная трихофития гладкой кожи



Рис. 4. Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи

Взят соскоб на грибы: в чешуйках из очагов поражения в области ягодиц, тыльной поверхности локтя обнаружен мицелий грибов тонкий, разветвленный, с обильными спиральными и кольцевидными окончаниями гиф и многочисленными гроздевидно расположенными округлыми спорами (рис. 6).

Установлен диагноз: «Микоз гладкой кожи». Назначено местное лечение мазью изоконазол 2 раза в сутки, исключение водных процедур. Проводилась эпиляция пушковых волос 1 раз в три дня, санитарно-гигиенические мероприятия [3]. Рекомендовано провести санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге поражения, а также обследование домашних животных у ветеринара.

Выполнен посев на питательную среду Сабуро: колонии правильной округлой формы, мучнистые, как бы посыпанные гипсом. Цвет белый, обратная сторона колоний желтая или коричневая. В центре колоний пуповчатое возвышение, что соответствует описанию культуры *T. gypsum* (рис. 7).

Установлен окончательный диагноз: «Хроническая трихофития, обусловленная *T. gypsum*». Было рекомендовано присоединить системную терапию: тербинафин 125 мг/сут (масса тела ребенка – 25 кг)

в течение 2 недель, антраль по 1 таблетке 3 раза в сутки [2].

На фоне проводимой терапии состояние ребенка значительно улучшилось, высыпания побледнели, местами разрешились (рис. 8). Больной рекомендовано продолжить лечение до полного выздоровления.

Хотелось бы отметить, что одной из главных задач врача остается правильное установление диагноза

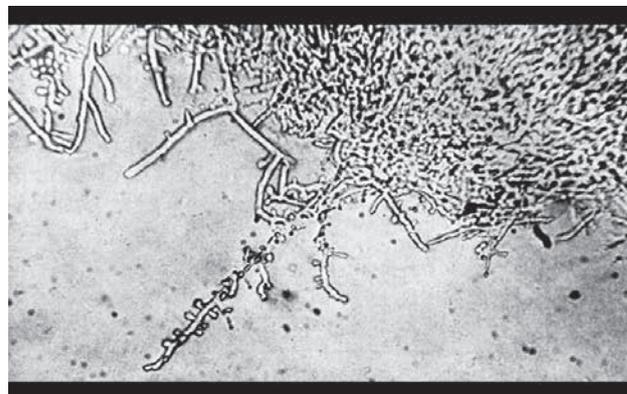


Рис. 6. Микроскопическая картина при микозе



Рис. 7. Рост колоний *T. gypsum* на питательной среде Сабуро

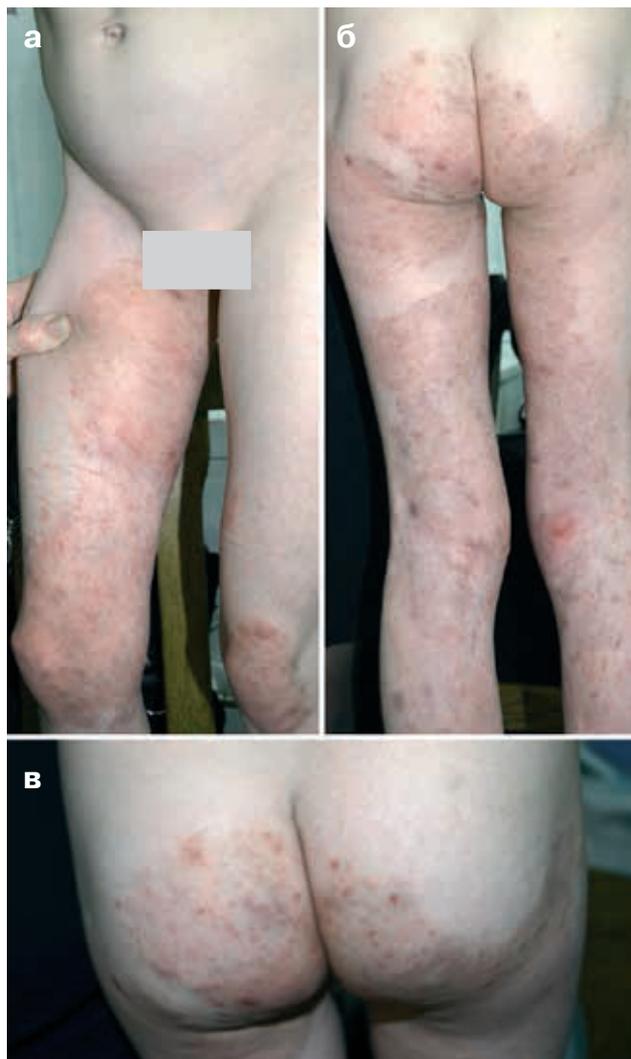


Рис. 5. Пациентка С., 7 лет, до лечения



Рис. 8. Пациентка С., 7 лет, в процессе лечения через 3 нед.

и назначение этиотропного лечения, что становится возможным лишь после идентификации возбудителя.

Микроскопическое исследование – это экспресс-метод диагностики возбудителя, позволяющий выявить структуру грибов в течение нескольких часов.

Культуральное исследование является высокоспецифичным методом лабораторной диагностики, позволяющим определять род и вид возбудителя, однако данный метод исследования занимает около 2 нед [4].

В настоящее время применяется молекулярно-генетический метод диагностики микозов – полимеразная цепная реакция (ПЦР), который позволяет установить диагноз уже на следующий день после

направления материала в лабораторию, следовательно, более оперативно идентифицировать возбудителя и проводить эффективную терапию заболевания. Данный метод необходим для диагностики латентных форм микозов, грибкового носительства здоровыми людьми, а также идентификации грибковых ассоциаций [5].

Особенность данного клинического случая заключается в диссеминации микотической инфекции, длительном хроническом течении без выраженных воспалительных проявлений на фоне длительной иммуносупрессивной терапии. Это затруднило установление диагноза и значительно отсрочило своевременное назначение этиотропного лечения.

Список литературы

1. Дерматовенерология: Клинические рекомендации [Текст] / Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
2. Клиническая дерматовенерология. Рук. для врачей [Текст] / Под ред. акад. РАМН Ю.К. Скрипкина, проф. Ю.С. Бугова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – С. 142–263.
3. Коляденко В.Г. «Ахиллес проект Украины-99» завершился [Текст] / В.Г. Коляденко, В.А. Заплавская // Проблемы медицины. – 1999. – № 7–8 (11–12). – С. 28–32.
4. Романенко И.М. Лечение кожных и венерических болезней: Рук-во для врачей [Текст] / И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин. – М., 2015. – С. 222–235.
5. Dermatophyte identification in skin and hair samples using a simple and reliable nested polymerase chain reaction assay [Text] / J. Verrier, L. Krahenbuhl, O. Bontems [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 168. – P. 295–301.

References

1. Kubanova AA. Dermatovenerologiya: Klinicheskie rekomendatsii (Dermatovenerology: Clinical recommendations). M., DEKS-Press; 2010. 428 p.
2. Skripkin YuK, Butov YuS. Klinicheskaya dermatovenerologiya. Ruk-vo dlya vrachey (Clinical dermatovenerology. Guidelines for doctors). M., GEOTAR-Media. 2009;1:142-263.
3. Kolyadenko VG, Zaplavskaya VA. «Achilles proekt Ukrainyi-99» zavershilsya («Achilles project of Ukraine-99» was completed). Problemyi meditsinyi. 1999;7-8(11-12):28-32.
4. Romanenko IM, Kulaga VV, Afonin SL. Lechenie kozhnyih i venericheskikh bolezney: Ruk-vo dlya vrachey (Treatment of skin and venereal diseases: Handbook for doctors). M.; 2015. P. 222-235.
5. Verrier J, Krahenbuhl L, Bontems O, et al. Dermatophyte identification in skin and hair samples using a simple and reliable nested polymerase chain reaction assay. Br. J. Dermatol. 2013;168:295-301.

ПОШИРЕНА ТРИХОФІТІЯ ГЛАДЕНЬКОЇ ШКІРИ У ДИТИНИ 7 РОКІВ

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник, К.Г. Супрун

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме

У статті представлений клінічний випадок поширеної трихофітії гладенької шкіри у дитини 7 років на тлі тривалої імуносупресивної терапії. Особливість даного клінічного випадку полягає в дисемінації мікотичної інфекції та тривалому хронічному перебігу без виражених запальних проявів.

Ключові слова: трихофітія гладенької шкіри, глюкокортикостероїди, атиповий перебіг.

GENERALIZED TINEA CORPORIS IN A 7 YEARS OLD CHILD

Y.F. Kutasevych, I.O. Oliinyk, K.G. Suprun

SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukrain»

Abstract

The article presents a clinical case of generalized tinea corporis in a 7 years old child on the background of long-term immunosuppressive therapy. The peculiarity of this clinical case in the dissemination of mycotic infection, lingering chronic process without severe inflammatory manifestations.

Key words: tinea corporis, corticosteroids, atypical process.

Сведения об авторах:

Кутасевич Янина Францевна – д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: otdderm@mail.ru

Олійник Ирина Александровна – д-р мед. наук, старший научный сотрудник, главный научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: otdderm@mail.ru

Супрун Ксения Григорьевна – младший научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: skinmed_ok@mail.ru