

Кыргызстандын саламаттык сактоо илимий-практикалык журналы
2023, № 2, б. 28-32

Здравоохранение Кыргызстана
научно-практический журнал
2023, № 2, с. 28-32

Health care of Kyrgyzstan
scientific and practical journal
2023, No 2, pp. 28-32

УДК:616.34-007.272-053.1(575.2)

Зоантропоноздук трихофитиянын инфилтративдик ириндүү формасынын клиникалык учуру

М. Б. Усубалиев¹, А. К. Жапарова², Х. Дхросо², С. Д. Джусупбеков¹

¹ И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

² Республикалык Тери-венерология Борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий макалада 9 жаштагы балада зоантропоноздук трихофитиянын инфилтративдик-ириндүү формасынын клиникалык учуру сүрөттөлөт.

Киришүү. Трихофития – баштын терисине, денеге жана тырмактарга таасир этүүчү тери оорусу. Инфилтрациялык форма трихофитиянын эң оор клиникалык варианттарынын бири болуп саналат, ал теринин сезгенүү өзгөрүүлөрүнүн жана ириндеринин болушу менен мүнөздөлөт.

Изилдөөнүн максаты. Бул макалада баштын терисинин инфилтративдик-ириндүү трихофитиясынын белгилери байкалган 9 жаштагы баланын окуясы баяндалган.

Материалдар жана ыкмалар. Оорунун диагнозу клиникалык жыйынтыктарга жана микологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыгына негизделген. Культуралдык изилдөө тери үлгүлөрүндө *Trichophyton verrucosum* грибокту бар экендигин көрсөттү. Дарылоо 8 жума бою антимикотикалык дарылар менен жүргүзүлдү. Мындан тышкары, оорунун жайылышын алдын алуу боюнча чаралар көрүлдү, анын ичинде жеке гигиена, тазалоочу буюмдарды дезинфекциялоо, кийим-кече жана шейшептерди кылдаттык менен тазалоо.

Натыйжалар. Баштын терисиндеги тыртык атрофиянын очогу түрүндө туруктуу косметикалык дефектке алып келүүчү, өнүккөн таралган ириндөө процесстеринин өнүгүшүн алдын алуу максатында бул микотикалык инфекцияны өз убагында диагностикалоонун маанилүүлүгү көрсөтүлдү.

Жыйынтыгы. Флуконазол менен дарылоону жана калий перманганаты, гипертоникалык натрий хлоридинин эритмеси жана 20% ихтиол майы менен нымдоочу жергиликтүү терапияны жүргүзүүдөн жакшы натыйжа алынды.

Негизги сөздөр: дерматомикоздор, зоантропоноздук трихофития, дарылоо, флуконазол, клиникалык учуру, алдын алуу.

Клинический случай инфилтративно-нагноительной формы зоантропонозной трихофитии

М. Б. Усубалиев¹, А. К. Жапарова², Х. Дхросо², С. Д. Джусупбеков¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,

² Республиканский Центр Дерматовенерологии,

Бишкек, Кыргызская Республика

Адрес для переписки:

Джусупбеков Самат Джусупбекович, 720020,
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. И.К. Ахунбаева 92,
КГМА им. И.К. Ахунбаева
Тел.: + 996 505140303
E-mail: djusupbekovsamat@mail.ru

Contacts:

Djusupbekov Samat Djusupbekovich, 720020,
92 I.K. Akhunbaev str., Bishkek, Kyrgyz Republic
KSMA named after I.K. Akhunbaeva
Phone: + 996 505140303
E-mail: djusupbekovsamat@mail.ru

Для цитирования:

Усубалиев М. Б., Жапарова А. К., Дхросо Х., Джусупбеков С. Д. Клинический случай инфилтративно-нагноительной формы зоантропонозной трихофитии. Здравоохранение Кыргызстана 2023, №2, с.28-32.
doi.10.51350/zdravkg2023.2.6.4.28.32

Citation:

Usubaliev M.B., Zhaparova A.K., Dhroso H., Djusupbekov S. D. A clinical case of infiltrative-suppurative form of zoon thronous trichophytia. Health care of Kyrgyzstan 2023, No.2, pp.28-32.
doi.10.51350/zdravkg2023.2.6.4.28.32

© Усубалиев М. Б., и соавт., 2023

DOI: <https://dx.doi.org/10.51350/zdravkg2023.2.6.4.28.32>

Резюме. Введение. Эта научная статья описывает клинический случай инфильтративно-нагноительной формы зооантропонозной трихофитии у мальчика 9 лет. Трихофития является заболеванием кожи, которое может поражать волосистую часть головы, тело и ногти. Инфильтративно-нагноительная форма является одним из наиболее тяжелых клинических вариантов трихофитии, которая характеризуется наличием воспалительных изменений кожи и нагноениями.

Цель исследования. В данной статье описан случай 9-летнего ребенка, у которого появились симптомы инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы.

Материалы и методы. Диагностика заболевания была основана на клинических данных и результате микологических исследований. Культуральное исследование показало наличие грибка *Trichophyton verrucosum* в образцах кожи. Лечение проводилось антимикотическими препаратами в течение 8 недель. Кроме того, были приняты меры по предотвращению распространения заболевания, включая личную гигиену, дезинфекцию предметов использования и тщательную обработку одежды и постельного белья.

Результаты. Указана важность своевременной диагностики данной микотической инфекции с целью профилактики развития запущенных распространенных нагноительных процессов, приводящих к стойкому косметическому дефекту в виде очагов рубцовой атрофии волосистой части головы.

Заключение. Получен хороший эффект от проведения лечения флуконазолом и местной терапией примочками с перманганатом калия, гипертоническим раствором натрия хлорида и 20% ихтиоловой мазью.

Ключевые слова: дерматомикозы, зооантропонозная трихофития, лечение, флуконазол, клинический случай, профилактика.

A clinical case of infiltrative-suppurative form of zooanthroponous trichophytia

M. B. Usubaliev ¹, A. K. Zhaparova ², H. Dhroso ², S. D. Djusupbekov¹

¹ *Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev,*

² *Republican Center of Dermatovenereology,*

Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Introduction. This research paper describes a clinical case of an infiltrative and nasal form of zooanthroponous trichophytosis in a 9-year-old boy. Trichophytosis is a skin disease that can affect the scalp, body and nails. The infiltrative-inflammatory form is one of the most severe clinical variants of trichophytosis, which is characterized by inflammatory skin changes and suppuration.

The aim of the study. This paper describes the case of a 9-year-old child who presented with symptoms of infiltrative and fungal trichophytosis of the scalp.

Materials and methods. The diagnosis of the disease was based on clinical findings and the result of mycological investigations. A culture study showed the presence of *Trichophyton verrucosum* fungus in skin samples. Treatment was carried out with antimycotic drugs for 8 weeks. In addition, measures were taken to prevent the spread of the disease, including personal hygiene, disinfection of articles of use and thorough treatment of clothing and bedding.

Results. The importance of timely diagnosis of this mycotic infection in order to prevent the development of widespread suppuration processes, leading to a permanent cosmetic defect in the form of foci of cicatricial atrophy of the scalp, was indicated.

Conclusions. There was a good effect of treatment with fluconazole and local therapy with lotions with potassium permanganate, hypertonic sodium chloride solution and 20% ichthyol ointment.

Key words: dermatomycosis, trichophytia zooanthroponous, treatment, fluconazole, clinical case, prevention.

1. Введение.

Почти 40% населения планеты страдают от грибковых инфекций, которые чаще всего поражают кожу и ее придатки. Это является распространенной проблемой здравоохранения по всему миру. Кожные грибковые инфекции встречаются у 20-25% населения и продолжают распространяться, что делает их заболеваемость актуальной на сегодняшний день [1, 2].

Трихофития - это микоз кожи и волос, который является зооантропонозным, т.е. передается от животных к человеку, а также от человека к человеку при контакте. Это заболевание вызывается грибами рода *Trichophyton*. В зависимости от локализации поражения выделяют два варианта поверхностной трихофитии: *Tinea capitis* (поражение волосистой части головы) и *Tinea corporis* (поражение гладкой кожи). Трихофитийный онихомироз встречается относительно редко. Кроме того, группа трихофитий

включает хроническую форму (возбудители *Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*) и инфилтративно-нагноительную форму (возбудители *Trichophyton mentagrophytes var. granulosum*, *Trichophyton verrucosum*) [1, 3, 4].

Антропонозная инфекция передается через контакт с больным человеком или его личными вещами (например, головными уборами, расческами, ножницами и постельными принадлежностями). Зооантропонозная инфекция передается через контакт с грызунами, мышами, крысами и крупным рогатым скотом. Возможна передача заболевания при контакте с загрязненной пораженной грибом шерстью, сеном или пылью [5, 5, 7].

В настоящее время особое внимание уделяется зоофильным грибкам, вызывающим дерматофитии, так как наблюдается рост заболеваемости и частые эпидемические вспышки. Это может привести не только к ухудшению здоровья человека, но и к экономическим потерям. Кроме того, наблюдается учащение нагноительных форм зооантропонозных дерматофитий, что приводит к диагностическим ошибкам и задержке в диагностике микотических инфекций. Например, поздняя обращаемость пациентов с зооантропонозной трихофитией и их самолечение могут привести к развитию запущенных инфилтративно-нагноительных форм микоза, которые в конечном итоге приводят к рубцовой атрофии волосистой части головы [8, 9, 10].

Для инфилтративно-нагноительной формы микроспории и трихофитии характерно выраженное воспаление с преобладанием пустул и формированием крупных образований - керионов. Керион – это болезненный плотный очаг эритемы и инфилтратации, имеет выпуклую форму, выглядит ярко-красным или синюшным, с четкими границами и бугристой поверхностью, покрыт многочисленными пустулами и эрозиями, часто скрытыми под гнойно-геморрагическими корками. Характерны расширенные устья фолликулов, из которых при надавливании выделяется желтый гной. Подобную картину сравнивают с медовыми сотами (kerion). Керион часто сопровождается общими явлениями – лихорадкой, недомоганием, головной болью. Развивается болезненный регионарный лимфаденит (обычно заднешейные или заушные узлы) [11].

Цель исследования. Описание клинического случая инфилтративно-нагноительной формы трихофитии у мальчика 9 лет.

2. Материалы и методы исследования.

Обзор отечественных и зарубежных литературных источников, описывающих современные особенности течения дерматомикозов, с помощью поисковых систем PubMed, Medline, SCOPUS, РИНЦ. Описание клинического случая.

3. Результаты и обсуждения.

Приводим клиническое наблюдение инфилтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы.

Родители пациента М., 9 лет, проживающие в сельской местности, обратились в амбулаторно-диагностическое отделение Республиканского Центра Дерматовенерологии (РЦДВ) с жалобами на появление гнойных очагов на волосистой части головы ребенка.

Анамнез заболевания. В домашнем хозяйстве имеются рогатый скот. Ребенок часто помогал кормить животных и убираться в сарае, где находились домашние животные. Родители увидели небольшую «бляшку с гноем» на волосистой части головы два месяца назад. Пытались лечить самостоятельно, смазывая очаг поражения различными наружными средствами (тетрациклиновая мазь, мазь Вишневского, спиртовой раствор йода). Постепенно «бляшка» увеличивалась в размере. Обратились в поликлинику по месту жительства, где семейный врач заподозрил абсцесс волосистой части головы и посоветовал обратиться к хирургу в районной больнице. Хирургом было назначено «промывание» очагов гипертоническим раствором и наложение мази Левомеколь. Ввиду отсутствия положительной динамики было предложено хирургическое вскрытие инфилтратов на голове у ребенка. Но с целью исключения дерматологической нозологии волосистой части головы пациент сначала был направлен к дерматологу, где был выставлен диагноз «зооантропонозная трихофития».

Status localis при поступлении от 05.10.2022 г. На момент обращения в РЦДВ у ребенка отмечали вялость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,6°C, головную боль. Патологический кожный процесс носит распространенный островоспалительный характер, локализуется на коже волосистой части и шеи. Объективно в затылочной области волосистой части головы обнаружены два крупных воспалительных очага (слева размером 5,5 x 5,0 см в диаметре, справа – 6,0 x 5,5 см) с большим количеством гнойного отделяемого.

В очагах поражения наблюдали частичное выпадение волос. Оставшиеся волосы без труда эпилировались из расширенных волосяных фолликул, откуда также легко выделялось гнойное содержимое. Выявлено увеличение (до 1,5 – 2 см) и болезненность затылочных и околоушных лимфатических узлов. Также имеются эритематозно-сквамозные очаги на задне-боковой поверхности шеи справа с четкими границами размерами 6,5 x 6,0 см и 2,0 x 2,0 см. При люминесцентной диагностике под лампой Вуда свечение не определялось. При микроскопическом исследовании пораженных волос волосистой части головы обнаружены споры гриба, рас-



Рисунок 1а, 1б. Больной в день поступления. Очаги кериона на коже волосистой части головы.

Figures 1a, 1b. Patient on the day of admission. Cerion foci on the scalp.

положенные по типу *trichophyton ectotrix*. При культуральном исследовании выделен *Trichophyton verrucosum*. Пациенту был выставлен диагноз: инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. Больной был госпитализирован в отделение РЦДВ.

Результаты лабораторных исследований.

Общий анализ крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ. Общий анализ мочи и биохимический анализ крови: в пределах референсных значений. В анализе кала яйца глистов не обнаружены. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию отрицательный. При бактериологическом исследовании гнойных выделений из очага поражения выделен *Staphylococcus aureus*, устойчивый к азитромицину, цефтазидиму, ампициллину, чувствительный к цефтриаксону, ципрофлоксацину. На основании клинико-лабораторного обследования больному был поставлен клинический диагноз: Зооантропозная трихофития волосистой части головы. Инфильтративно-нагноительная форма. Поверхностная трихофития гладкой кожи.

Пациенту назначено: флуконазол в суточной дозе 100 мг в течение 14 дней; цефтриаксон 1,0 в/м 1 раз в день 7 дней; аскорутин по 1 таблетке 2 раза в день, 10 дней; аевит по 1 капсуле 2 раза в день, 10 дней; десенсибилизирующие средства и наружное лечение – примочки с перманганатом калия и гипертоническим раствором 6 раз в день, 20 % ихтиоловая мазь по окклюзионную повязку 10 дней.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика процесса: микотические очаги на голове регрессировали, новые высыпания не появились. На месте разрешившихся очагов сохранялась вторичная гиперпигментация кожи, местами со слабым шелушением (рис. 2). Контрольные анализы: 3-кратный соскоб с волосистой части головы и микроскопическое исследование волос на грибковую ин-

фекцию — результат отрицательный.

Пациент выписан на 12-е сутки из стационара с клиническим улучшением, рекомендовано последующее наблюдение у дерматолога по месту жительства. Общий курс системной противогрибковой терапии составил 1 месяц.



Рисунок 2. Очаги поражения у больного М. на фоне проводимой терапии при выписке из стационара.

Figure 2. Foci of the lesion in patient M. against the background of the therapy when he was discharged from hospital.

4. Заключение.

Приведенный клинический случай в очередной раз указывает на запоздалую диагностику зооантропонозной трихофитии. Неадекватное лечение привело к развитию диссеминированных нагноительных форм волосистой части головы, сопровождающихся нарушением общего состояния. Информированность о клиническом многообразии зооантропонозных дерматофитий имеет большое значение для врачей всех специальностей.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Заторская Н.Ф., Проскурина М.И., Гребенюк В.Н., Маркова М.Н., Бобров М.А., Жукова О.В. Ошибки диагностики дерматомикозов у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2021;20(1):98–103. <https://doi.org/10.17116/kliinderma.20212001198>. [Zatorskaya N.F., Proskurina M.I., Grebenyuk V.N., Markova M.N., Bobrov M.A., Zhukova O.V. Diagnostic mistakes in dermatomycoses in children. Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya. 2021;20(1):98–103.] (In Russ.) https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2021/1/1199728_49202_1011098
2. Усубалиев М. Б., Койбагарова А. А., Ибраимова А. Д., Кадырова А. И., Нурмаматова Б. Н. Комплексное лечение больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы с учетом иммунного статуса. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. Том №1. С.49 – 52. [Usubaliev M. B., Koibagarova A.A., Ibraimova A.D., Kadyrova A.I., Nurmatova B.N. Complex treatment of patients with infiltrative-suppurative trichophytosis scalp based on immune status. Vestnik KSMA named after I. K. Akhunbaev. 2018. №1. pp. 49 – 52.] (In Russ.)
3. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С. Трихомикозы: история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении. Клиническая дерматология и венерология. 2011;9(6):4-9. [Medvedeva TV, Leina LM, Chilina GA, Bogomolova TS. Trichomycoses: the history of investigations, current concepts of epidemiology, etiology, diagnostics, and treatment. Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya. 2011;9(6):4-9.] (In Russ.)
4. Klimko N.N., Kozlova Ya.I., Khostelidi S.N., et al. The burden of serious fungal diseases in Russia. Mycoses. 2015; 58: 58-62. doi.org/10.1111/myc.12388.
5. Щелкунова О.А., Решетникова Т.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии. Сибирское медицинское обозрение. 2012;1:93-96. [Shchelkunova O.A., Reshetnikova T.B. Modern clinical and epidemiological features of microsporia and trichophytosis. Siberian Medical Review. 2012;1: 93-96.] (In Russ.)
6. Brown G.D., Denning D.W., Gow N.A.R., et al. Hidden Killers: human fungal infections. Sci. Transl. Med. 2012;4:1-9. doi.org/10.1126/scitranslmed.3004404.
7. Mashiah J., Kutz A., Ben Ami R., et al. Tinea capitis outbreak among pediatric refugee population, an evolving healthcare challenge. Mycoses. 2016; 59: 553-557. doi.org/10.1111/myc.12501.
8. Arenas R, et al. Tinea Capitis: A Practical Approach. J Mycol Mycological Sci 2019, 2(2): 000113. DOI: 10.23880/oajmms-16000113.
9. Michaels B.D., Del Rosso J.Q. Tinea capitis in infants: recognition, evaluation, and management suggestions. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2012; 5 (2): 49-59. PMID: 22468173, PMCID: PMC3315884
10. Fremerey C., Nenoff P. Tinea capitis in a newborn. New England Journal of Medicine. 2018; 378: 2022. doi.org/10.1056/NEJM1711862
11. Shemer A., Grunwald M.H., Gupta A.K., et al. Griseofulvin and fluconazole reduce transmission of tinea capitis in schoolchildren. Pediatric Dermatology. 2015; 32: 696-700. doi.org/10.1111/pde.12653

Авторы:

Усубалиев Мейкин Бейшенбаевич, д.м.н., зав. кафедрой семейной медицины додипломного образования, Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-1094-6740>

Жапарова Аида Калачиевна, зав. отделением дерматовенерологии Республиканского Центра Дерматовенерологии, Бишкек, Кыргызская Республика

ORCID:<https://orcid.org/0009-0008-5205-6280>

Джросо Холта, зав. отделением детской дерматовенерологии Республиканского Центра Дерматовенерологии, Бишкек, Кыргызская Республика

ORCID:<https://orcid.org/0009-0006-1612-4501>

Джусупбеков Самат Джусупбекович, ассистент кафедры семейной медицины додипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-4856-250X>

Authors:

Usubaliev Meikin Beishenbaevich, Doctor of medicine, Head of the Department of Family Medicine of Pre-graduate education Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-1094-6740>

Zhaparova Aida Kalachievna, Head of the Department of Dermatovenereology of the Republican Center of Dermatovenereology, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID:<https://orcid.org/0009-0008-5205-6280>

Dhroso Holta, Head of the Department of Pediatric Dermatovenereology of the Republican Center for Dermatovenereology, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID:<https://orcid.org/0009-0006-1612-4501>

Djusupbekov Samat Djusupbekovich, assistant of the Department of Family Medicine of Pre-Diploma Education of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-4856-250X>

Поступила в редакцию 28.04.2023

Принята к печати 30.06.2023

Received 28.04.2023

Accepted 30.06.2023