

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.5-078

TRICHOPHYTON VIOLACEUM**Бабкова М.И., Свершкова И.А.***КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер», Хабаровск, e-mail: kkvdv@mail.ru*

Trichophyton violaceum – антропофильный, высококонтагиозный микоз, поражающий эпидермис и дерму с вовлечением в процесс волос и ногтей. В данной статье рассмотрены вопросы диагностики и распространенности трихофитии в РФ. Поражения кожи и дериватов кожи при трихофитии чаще регистрируются в детском и пожилом возрасте, у людей, находящихся в тесном контакте в семье, школе, детских общежитиях, домах престарелых. Эпидемичность поверхностной трихофитии значительно меньше, чем микроsporии. В представленном клиническом случае рассмотрены эндемичные районы трихофитии за пределами РФ. Также сделан акцент на особенности клинической картины на фоне предшествующего неспецифического лечения. Рассмотрены иммунобиологические явления в виде аллергизации кожи. В статье представлены фотографии разрешения очагов поражения кожи при трихофитии и микидов до полного разрешения. В своей статье мы хотели отметить, что трихофития как вид дерматофитии нигде не исчезла, несмотря на статистические данные некоторых регионов. За счет миграции людей мы можем наблюдать вариативность клинических форм. Своевременная диагностика и вовремя начатое лечение способны предотвратить распространение и осложнения инфекции, а также минимизировать косметические дефекты.

Ключевые слова: микотические инфекции, *Trichophyton violaceum*, болезни мигрантов, дерматофитии

TRICHOPHYTON VIOLACEUM**Babkova M.I., Sverschkova I.A.***Regional dermatovenerologic dispensary, Khabarovsk, e-mail: kkvdv@mail.ru*

Trichophyton violaceum is an anthropophilic, highly contagious mycosis that affects the epidermis and dermis with the involvement of hair and nails. This article discusses the issues of diagnosis and prevalence of trichophytosis in the Russian Federation. Skin lesions and skin derivatives in trichophytosis are more often recorded in childhood and the elderly, who are in close contact in the family, school, children's hostels, nursing homes. The epidemic of superficial trichophytosis is much less than microsporidia. In the presented clinical case, endemic areas of trichophytosis outside the Russian Federation are considered. Also, emphasis is placed on the features of the clinical picture against the background of previous non-specific treatment. The immunobiological phenomena in the form of skin allergization are considered. The article presents photographs of the resolution of skin lesions in trichophytosis and mycids until complete resolution. In our article, we wanted to note that trichophytosis, as a type of dermatophytosis, has not disappeared anywhere, despite the statistical data of some regions. Due to the migration of people, we can observe the variability of clinical forms. Timely diagnosis and timely treatment can prevent the spread and complications of the infection, as well as minimize cosmetic defects.

Keywords: mycotic infections, *Trichophyton violaceum*, migrant diseases, dermatophytosis

Грибковые инфекции развиваются примерно у 40% населения земного шара, наиболее часто поражая кожу с ее придатками, и являются общей проблемой здравоохранения во всем мире. Распространенность кожных грибковых заболеваний достигает 20–25% населения мира, и на сегодняшний день заболеваемость микотическими инфекциями продолжает расти [1].

Заболеваемость дерматофитиями в РФ составляет 153 на 100 тыс. населения. Основную часть, 66,5%, составляют микозы стоп и кистей, на долю микроsporий приходится 26,3%, и только 0,7% составляют трихофитии. Заболеваемость трихофитией в РФ за последние 15 лет (с 2005 по 2020 г.) имеет тенденцию к снижению с 1967 случаев в год до 1658 случаев в год. В Хабаровском крае в 2020 г. случаи трихофитии не регистрировались. Однако есть регионы, где заболеваемость трихофитией выше, нежели микроsporией. На первом месте по заболеваемости с диагнозом трихофития на-

ходится республика Тыва, что составляет 88,1% от общего количества с диагнозом дерматофитии, на втором месте республика Карачаево-Черкессия – 49,3%. Во всех остальных регионах РФ диагноз микроsporии превосходит по количеству диагноз трихофитии [2].

Трихофития (от греч. *τρίχο*, *τρίχες* – волос и *φυτόν* – растение) – высококонтагиозный микоз, поражающий эпидермис и дерму (при глубокой форме – все слои кожи) с вовлечением в процесс волос и ногтей, вызывается грибами рода *Trichophyton* (антропофильные, зоофильные и геофильные виды).

Трихофитию вызывают грибы рода *Trichophyton*. Поверхностную трихофитию вызывают антропофильные грибы *Tr. violaceum* и *Tr. tonsurans* (относящиеся к *Tr. endothrix*); глубокую (инфильтративно-нагноительную) – зоофильные *Tr. mentagrophytes*, var. *granulosum*, *Tr. verrucosum* и геофильные *Tr. gypseum* [3].

Описание случая

Пациент: N. Возраст: 5 лет.

Находился в дерматовенерологическом отделении для детей КГБУЗ «ККВД» № 2 с 01.03.2022 по 18.03.2022.

Диагноз клинический: B35.4 Микоз кожи конечностей, распространенная форма (Клинически *Tr. violaceum*).

Осложнение основного диагноза: L30.2 Микиды лица.

Сопутствующий диагноз: B35.1 Онихомикоз V, IV пальцев правой кисти тотальное поражение V, IV, III левой кисти дистальное поражение.

Жалобы: на высыпания на коже кистей, плеч, стоп, зуд в местах высыпаний.

Anamnesis morbi. Высыпания на коже беспокоят с августа 2021 года. Мать пациента связывает высыпания с контактом с водой из природных водоемов, ящерицами, лягушками. До октября 2021 г. семья проживала в Таджикистане. В октябре 2021 г. семья мигрировала в РФ, в г. Хабаровск. В ноябре 2021 г. обратились к дерматовенерологу на амбулаторный прием. Установлен диагноз: Пиодермия. Назначено лечение: системная антибактериальная терапия препаратами пенициллинового ряда, наружно применяли комбинированный препарат глюкокортикостероид и антибиотик, анилиновые красители. Проводимое лечение с кратковременным положительным эффектом. После отмены системной антибактериальной терапии отмечался рецидив в течение кожного процесса. При ухудшении кожного процесса направлен на обследование и лечение в стационар.

Anamnesis vitae. Рожден от первых нормальных родов. Масса тела при рождении 3200 г. Закричал сразу. Вскармливание естественное. Прививки по календарю. Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания. В прошлом травм, операций, переливаний крови не было. Гепатиты отрицают. Туберкулез отрицают. Венерические заболевания отрицают. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Бытовой анамнез. Проживает в семье: мать, отец, сестричка 6 месяцев, бабушка со стороны матери. Осмотрены дерматовенерологом ККВД, высыпаний на коже и дериватов кожи не зарегистрировано.

Состояние при поступлении. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Педикулеза нет. Чесотки нет. Зев физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм пра-

вильный. Живот мягкий, безболезненный, доступен пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание не нарушены.

St. localis (рис. 1–7). Дермографизм розовый. Кожный процесс носит распространенный характер и занимает кожу левого плеча с переходом на локтевой сгиб, кожу тыла кистей и ладоней (симметрично), тыла правой стопы. Представлен очагами застойной эритемы розово-фиолетового цвета, с фестончатыми краями. На поверхности плотные сгруппированные узелки, пустулы, серозно-гнойные корочки, мелкопластинчатое шелушение, кожа очагов частично окрашена раствором фукорцина. Ткани в очагах умеренно инфильтрированы. На коже ладоней эритематозные очаги с обрывками рогового слоя эпидермиса. Ногтевые пластинки V, IV пальцев правой кисти поражены полностью желтого цвета, деформированы, с точечными вдавлениями на поверхности. Ногтевые пластины V, IV, III левой кисти у дистального края желтого цвета с продольной исчерченностью. На коже щёк эритематозные очаги с фестончатыми краями, эритематозным венчиком по периферии.



Рис. 1. Распространенность кожного процесса при поступлении 01.03.2022



Рис. 2. Очаг на коже левого плеча при поступлении 01.03.2022



Рис. 5. Очаг на коже левой ладони при поступлении 01.03.2022



Рис. 3. Очаг на коже тыла правой кисти, поражение ногтевых пластин при поступлении 01.03.2022



Рис. 6. Очаг на коже тыла правой стопы при поступлении 01.03.2022



Рис. 4. Очаг на коже правой ладони при поступлении 01.03.2022



Рис. 7. Микиды на коже лица при поступлении 01.03.2022

Проведенное обследование. По результатам лабораторного обследования в клиническом анализе крови, биохимическом анализе крови, клиническом анализе мочи без патологии. ИФА сифилис, гепатиты В и С, а/т к ВИЧ отрицательные. Ig E от 03.03.22 126,53 МЕ/мл.

В соскобе с очагов на коже от 02.03.22 обнаружены мицелий и споры гриба.

В анализе с ногтевых пластин кистей от 02.03.22 обнаружены споры и мицелий гриба.

В соскобе с очагов на коже от 17.03.22 мицелий и споры гриба не обнаружены.

Проводимое медикаментозное лечение. Гипоаллергенная диета, таблетки хлоропирамин 0,025 по ½ т 1 раз в день утром 5 дней, раствор хлоропирамин 2% по 0,5 мл 1 раз в день в/м вечером 5 дней, таблетки хифенадин 0,025 по ½ т 2 раза в день 8 дней, раствор дексаметазон 4 мг/сут в/м № 3, таблетки тербинафин 125 мг/сут 14 дней. Наружно: крем дифлукортолон+изоконазол 2 раза в день на очаги 15 дней, на пустулы раствор фукорцина 2 раза в день 5 дней.

Состояние при выписке. Кожный процесс в стадии разрешения до пятен вторичной гиперпигментации. Свежих высыпаний нет (рис. 8–11).



Рис. 9. Динамика в разрешении кожного процесса на коже тыльной поверхности кистей при выписке 18.03.2022



Рис. 10. Динамика в разрешении кожного процесса на коже ладоней при выписке 18.03.2022



Рис. 8. Распространенность кожного процесса при выписке 18.03.2022



Рис. 11. Динамика в разрешении кожного процесса на коже тыльной поверхности правой стопы при выписке 18.03.2022

Пациент продолжал лечение амбулаторно у дерматовенеролога ККВД. Приём таблеток тербинафин 0,25 по ½ таб в сутки продолжил до 18.05.2022. Наружно: крем клотримазол 1 % 1 раз в день на кожу левого предплечья, кистей, правой стопы до 18.06.2022, раствор клотримазол 1 % на ногти кистей до 18.06.2022, шампунь цинкпиритон+кетоназол 1 раз в неделю до 18.06.2022. На фоне проведенного лечения кожный процесс разрешился полностью. На коже левого предплечья, тыла правой стопы сохраняются атрофические рубчики. Ногтевые пластины отросли (рис. 12–13).



Рис. 12. Рубцовая атрофия левого плеча, тыла правой стопы на 18.06.2022



Рис. 13. Кожа тыла кистей и ногтевые пластины 18.06.2022

Результаты исследования и их обсуждение

В зарубежной литературе увеличилось количество статей, описывающих случаи заражения трихофитией, вызванной *Tr. violaceum*, в детских коллективах, где большую часть детей составляют дети мигрантов, а также в домах престарелых [4, 5]. Появление новых патогенных штаммов *Tr. violaceum* в значительной степени можно объ-

яснить иммиграционными перемещениями из Африки и Азии, поскольку *M. audouinii* и *Tr. violaceum* являются антропофильными дерматофитами, которые остаются эндемичными в некоторых азиатских африканских странах, особенно в Кении, Малави, Эфиопии и Нигерии [6, 7].

В Хабаровском крае за последние годы также увеличен поток мигрантов из стран Средней Азии, которые являются эндемическими районами антропофильных дерматозов.

Трудности в лабораторной диагностике вызваны следующими причинами:

- самостоятельный бесконтрольный прием топических антибиотиков, что затрудняет своевременную микроскопическую диагностику дерматозов;

- отсутствие бактериального посева в рутинной практике врача-дерматовенеролога из-за длительности и дороговизны методики;

- ПЦР диагностика дерматомикозов в большинстве регионов РФ отсутствует в связи с дороговизной аппаратуры.

Поэтому в настоящее время диагноз трихофитии устанавливается на основании микроскопического исследования, клинической картины и анамнестических данных.

Заключение

Трихофития как вид дерматофитии нигде не исчезла, несмотря на статистические данные некоторых регионов РФ. За счет миграции людей мы можем наблюдать вариабельность клинических форм. Своевременная диагностика и вовремя начатое лечение способны предотвратить распространение и осложнения инфекции, а также минимизировать косметические дефекты.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Микозы кожи головы, туловища, кистей и стоп. Разработчик клинической рекомендации: Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Ассоциация ревматологов России. 2020. URL: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2019-2020 (дата обращения: 03.08.2022).

2. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И., Александрова Г.А., Богданова Е.В., Голубев Н.А., Мелехина Л.Е., Огрызко Е.В., Поликарпов А.В. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. 208 с.

3. Дубенский В.В., Дубенский Вл.В., Кубанова А.А., Рахматуллина М.Р., «Дерматовенерология» – раздел 9 «Фе-

дерального руководства по использованию лекарственных средств». Выпуск XVIII. М., 2017. С. 379–400.

4. Bongomin F., Adetona Fayemiwo S. Epidemiology of fungal diseases in Africa: A review of diagnostic drivers. *Curr Med Mycol.* 2021. No. 7 (1). P. 63–70. DOI: 10.18502/cmm.7.1.6246. PMID: 34553101; PMCID: PMC8443876.

5. Thirty-six cases of epidemic infections due to *Trichophyton violaceum* in Siena, Italy Clara Romano, Luca Feci, Michele Fimiani First published: 17 December 2013. May 2014. Vol. 57. Issue 5. P. 307–311. DOI: 10.1111/myc.12164.

6. Feußner C., Karrer S., Lampl B.M.J. An uncommon cause of tinea: *Trichophyton violaceum* in a German kindergarten – outbreak report and quantitative analysis of epidemiological data from Europe. *GMS Hyg Infect Control.* 2022 Jan 27. 17:Doc02. DOI: 10.3205/dgkh000405. PMID: 35284206; PMCID: PMC8899716.

7. Ngwogu A.C., Otokunfor T.V. Epidemiology of dermatophytoses in a rural community in Eastern Nigeria and review of literature from Africa. *Mycopathologia* 164. 2007. P. 149–158. DOI: 10.1007/s11046-007-9038-3.