

2. Dhar S. Food Allergy in Atopic Dermatitis / Dhar S, Srinivas SM // Indian J Dermatol - 2016 Nov-Dec. - №61(6) – P. 645-648.

3. Ring J. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I / Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. // J Eur Acad Dermatol Venereol – 2012. - № 26. – P. 1045-1060.

УДК 616.5-002.828

**Жунисова Д.С., Антонова С.Б.**  
**СЛУЧАЙ МИКРОСПОРИИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zhunisova D.S., Antonova S.B.**  
**CASE OF MICROSPORUM IN INFANT**  
Department of dermatovenereology and life safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: dinara2690dvk@mail.ru

**Аннотация.** В статье представлены клинико-эпидемиологические особенности проявления микроспории у детей, описание клинического случая данного заболевания у ребенка грудного возраста.

**Annotation.** The article describes the clinical and epidemiological features of manifestation of microsporia in children, a description of clinical case of this disease in infant.

**Ключевые слова:** Microsporum canis, микроспория, ребенок грудного возраста.

**Key words:** Microsporum canis, microsporum, infant.

**Введение**

Микроспория – самое распространенное высококонтагиозное микотическое заболевание детского возраста, вызываемое грибами рода Microsporum. Известно более 20 видов гриба Microsporum, которые в зависимости от ареала обитания и способа передачи инфекции разделяют на три группы – зоофильные (M.canis, M.distortum), антропофильные (M.audouinii, M.ferrugineum), геофильные (M.gypseum, M. nanum) [1].

До середины минувшего столетия преимущественно регистрируемыми возбудителями на территории Европы и в ряде регионов России были антропофильные грибы (M. ferrugineum). В начале 60-х годов XX века основным возбудителем микроспории в нашей стране стал зоофильный грибок

*Microsporum canis*. Источником заболевания являются в большинстве случаев кошки (особенно котята) 70–80 %, реже собаки. Источником инфекции человек бывает крайне редко, в среднем в 2-4 % случаев [3]. Заражение происходит в результате непосредственного контакта с больными животными или с предметами, инфицированными их шерстью. Для зоофильной микроспории характерна сезонность заболевания, пики наблюдаются в мае-июне и сентябрь-ноябре, это связано с эпизоотиями животных [5].

В последнее время чаще стали регистрироваться атипичные формы микроспории, такие как, волчаночно-подобная, инфильтративно-нагноительная, себорейная, по типу асбестовидного лишая, псориазиформная, трихофитоидная, розацеаподобная, фолликулярная, экссудативная, а также «трансформированный вариант» [4,6]. Атипичные формы микроспории имитируют кожные заболевания, в результате возникают диагностические ошибки, как следствие распространение инфекционного агента в окружающей среде.

К проявлениям атипичности можно отнести и возраст заболевшего ребенка. Исследователи указывают, что наиболее часто микроспория встречается в возрасте от 2 до 7 лет [8]. Российские исследователи отмечают, что микроспория поражает детей в возрасте до 15 лет, поражение волосистой части головы встречается преимущественно в возрасте от 5 до 12 лет [3]. Описания случаев поверхностных микозов, вызванных грибами-дерматомицетами у детей до года, встречаются достаточно редко. Вероятность инфицирования детей микроспорией данной возрастной группы низкая в виду соблюдения гигиенических норм в этом возрасте [2].

Предрасполагающими факторами к возникновению дерматомикозов у детей раннего возраста являются: недостаточная плотность и компактность рогового слоя эпидермиса (состояние физиологического паракератоза), сдвиг pH кожи в нейтральную и слабощелочную фазу, повышенная потливость, своеобразие состава пота [2].

**Цель исследования** – описание клинико-эпидемиологических особенностей микроспории у детей, описание клинического случая микроспории у ребёнка грудного возраста.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведено обследование 357 детей больных микроспорией, находящихся на динамическом наблюдении в консультативно-диагностической поликлинике МАУ ДГКБ №9 в течение 2018 года, из них у 5 детей грудного возраста. Представлено описание клинического случая микроспории у ребенка 6 месяцев жизни.

#### **Результаты исследования**

Проанализированы клинико-эпидемиологические данные 357 детей, больных микроспорией. В возрастной структуре заболеваемости микроспорией преобладали дети в возрасте от 8 до 14 лет (44,5%). Микроспория гладкой кожи диагностирована у 310 (86,8%) заболевших, микроспория гладкой кожи и

волосистой части головы – у 18 детей (5,1%), микроспория волосистой части головы – у 29 (8,1%) пациентов, из них у 2 детей грудного возраста. Описания клинических случаев микроспории у детей грудного возраста в научной литературе единичны, в связи с этим, приводим наше наблюдение.

Под нашим наблюдением находилась девочка 6 мес. Направлена в консультативно-диагностическую поликлинику МАУ ДГКБ № 9 участковым педиатром территориальной поликлиники. Родители предъявляют жалобы на очаг воспаления и поредения волос на волосистой части головы. Очаг заметили 3 недели назад, обратились к участковому педиатру, врачом диагностирован «себорейный дерматит». Ребенку назначено наружное лечение цинксодержащим препаратом, лечение без эффекта, на повторном приеме назначена консультация врача-дерматовенеролога. Эпидемиологический анамнез: родители с ребенком 1 месяц назад выезжали в деревню, где был контакт с кошкой и котенком.

Status specialis: Кожный процесс ограниченный, асимметричный. На коже волосистой части головы в теменной области справа определяется эритематозно-свамозный очаг в диаметре 3 см, с четкими границами, с периферическим валиком, на поверхности очага корочки желтого цвета, волосы разрежены (рис. 1). При люминесцентной диагностике определялось характерное зелено-голубое свечение. При микроскопической диагностике выявлено поражение волоса по типу ectothrix: споры гриба располагались на поверхности волоса хаотично в виде «мозайки», нити мицелия - внутри волоса. При культуральном исследовании получен рост *M.canis*.

Пациентке проведено общеклиническое обследование: общий анализ крови: лейкоциты  $4,9 \times 10^9/\text{л}$  (эозинофилы – 9,0%, палочкоядерные нейтрофилы – 1,0%, сегментоядерные нейтрофилы – 10,4%, лимфоциты – 74,0%), эритроциты –  $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb – 108 г/л, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи – в пределах нормы.

Девочка проконсультирована врачом аллергологом-иммунологом, установлен диагноз: Транзиторная нейтропения. Гипохромная 1 степени, назначено лечение гипохромной анемии (железосодержащий препарат, поливитаминовый комплекс).



*Рис. 1. Микроспория волосистой части головы у ребенка грудного возраста*

**Клинический диагноз:** Микроспория волосистой части головы. Транзиторная нейтропения. Гипохромная (железодефицитная) анемия 1 ст.

Выбор этиотропной противогрибковой терапии в данной возрастной группе пациентов представляет значительные сложности. Большинство системных антифунгальных препаратов согласно инструкции для применения могут быть использованы у детей старше 2 лет. В зарубежной и отечественной литературе представлены публикации о применении гризеофульвина, а также флуконазола и тербинафина у детей в возрасте до 1 года [2, 7].

Лечение микроспории у пациентки проводилось согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК (2016), назначена наружная противогрибковая терапия: Sol. Iodi spirituose 3%, Cream Ketoconazole 2%. Клинико-лабораторное излечение на фоне топической противогрибковой терапии удалось достигнуть спустя 4 месяца, что превысило средние сроки. На фоне лечения очаг на волосистой части головы регрессировал, рост волос восстановился полностью.

#### **Выводы:**

1. Данная публикация и клиническое наблюдение иллюстрирует редкую частоту возникновения микроспории у ребенка грудного возраста.

2. Врачам-педиатрам и врачам-дерматовенерологам во избежание диагностических ошибок следует помнить об атипичных формах дерматомикозов, к проявлениям атипичности относят нехарактерный возраст пациента для данного заболевания.

3. К предрасполагающим факторам возникновения дерматомикозов у детей грудного возраста относят наличие железодефицитной анемии.

#### **Список литературы**

1. Антонова С.Б. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения / С.Б. Антонова, М.А. Уфимцева // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2016. – №2. – С. 142-146.
2. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Клиническая дерматология и венерология. 2016. Т. 15. № 3. С. 10-16.
3. Поверхностные микозы у детей: учебное пособие / под ред. Е. И. Касихина. – М.: ВИДАР, 2014. – 125 с.
4. Уфимцева М.А. Инфильтративно-нагноительная микроспория у детей 7 и 9 лет. Клинические случаи / М.А.Уфимцева, С.Б. Антонова, Н.Л. Струин, Ю.М. Бочкарев, А.С. Шубина // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №3. – С. 125.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
6. Хисматуллина З.Р. Атипичные случаи микроспории (обзор) / З.Р. Хисматуллина, А.Р. Харисова // Проблемы медицинской микологии. – 2018. – Т. 20. – №1. С. 3-5.
7. Mandras N. A case report of tinea capitis in infant in first year of life / N. Mandras, J. Roana, O. Cervetti, M. Panzone et al. // BMC Pediatr. – 2019. – №19 (1). – P. 65.
8. Skerlev M. The changing face of *Microsporum* spp. Infections /M. Skerlev, P. Miklic // Clin Dermatol. – 2010. – №28. – P. 146-50.

УДК 616.833-006.38.03

**Заворина К.С., Шубина А.С., Вишневская И.Ф.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА**  
Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Zavorina K.S., Shubina A.S., Vishnevskaya I.F.**  
**CLINICAL VARIANT OF NEUROFIBROMATOSIS TYPE I**  
Department of dermatology and venereology and life safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ksenya\_zavorina@mail.ru

**Аннотация.** В статье представлен литературный обзор по эпидемиологии, патогенезу, клиническим проявлениям редкого дерматоза. Описан клинический случай пациента с нейрофиброматозом I типа.