

8. Хисматуллина З.Р. Способ прогнозирования развития тяжелых форм нумулярной микробной экземы / З.Р. Хисматуллина, Н.А. Надырченко, Г.М. Хасанова, А.В. Тутельян А.В. // Инфекционные болезни. – 2020. – Т.18. - №2. – С. 20–23.

УДК 616.594.171.4

Черных А.И., Кренева К.В.  
**«ТРАНСФОРМИРОВАННЫЙ»  
ВАРИАНТ ТРИХОФИТИИ:  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.**

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

Chernykh A.I., Kreneva K.V.  
**TRANSFORMED VARIANT OF TRICHOPHYTHIA: A CASE FROM  
PRACTICE.**

Department of Dermatovenereology and Life safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: sashamiumiu@bk.ru

**Аннотация.** В статье приводится описание клинико – эпидемиологические особенностей трихофитии у детей, представлен клинический случай трансформированного варианта трихофитии у подростка-борца, который занимается в спортивной секции дзюдо.

**Annotation.** The article describes the clinical and epidemiological features of trichophytosis in children, presents a clinical case of a transformed version of trichophytosis in a teenage wrestler who is engaged in the sports section of judo.

**Ключевые слова:** атипичные дерматомикозы, tinea gladiatorum, трансформированный вариант трихофитии.

**Key words:** atypical dermatomycosis, tinea gladiatorum, a transformed variant of trichophytosis.

**Введение**

Дерматомикозы (от греч. derma — на – кожа, mykes — гриб, osis — воспаление, англ. син. tinea или ringworm) — грибковые контагиозные заболевания, вызванные дерматомицетами родов Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton, при которых поражаются эпидермис, дерма, придатки кожи

(длинные и пушковые волосы, ногти) и наблюдается воспалительная реакция кожи разной степени выраженности [1].

Трихофития — высококонтагиозная дерматофития кожи, волос и ногтей, вызываемая грибами рода *Trichophyton*, проявляющееся поражением кожи, волос и ногтей.

Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных [2].

Заболеваемость дерматомикозами детей в Российской Федерации сохраняется на высоком уровне. Так, в 2019 г. интенсивный показатель по заболеваемости микроспорией на 100 тыс. детского населения составил 215,5; трихофитией – 5,6 [3].

В последние годы исследователями отмечается увеличение доли атипичных форм дерматомикозов [5,6,7]. Выделяют следующие атипичные формы микроспории, трихофитии: экссудативная, розацеаподобная, псориазиформная и себорейная (протекающая по типу асбестовидного лишая), трихофитоидная, а также «трансформированный» вариант. «Трансформированный» вариант возникает вследствие видоизменения клинической картины из-за предшествующего самолечения с использованием топических глюкокортикостероидов или комбинированных препаратов, содержащих антибиотик – антимикотик – глюкокортикостероид или антибиотик – глюкокортикостероид, а также при использовании различных топических препаратов иных групп (топические антибиотики, цинксодержащие препараты, анилиновые красители) [8,9,10].

Современной особенностью эпидемической ситуации по заболеваемости дерматомикозами детей также является возможность инфицирования в секциях контактных видов спорта (греко-римская борьба, самбо, дзюдо, карате) – *tinea gladiatorum* [4,11,12]. Во время тренировок или соревнований происходит тесный контакт с больным или носителем, также источником инфицирования может стать спортивный инвентарь. Ссадины, травмы, полученные во время занятий, являются входными воротами. Особое значение имеет открытая спортивная экипировка, несоблюдение гигиенических требований к чистоте спортивной одежды, обуви, тела и отсутствие надлежащей обработки спортивного инвентаря [4,12].

По данным исследователей помимо типичной клинической картины наблюдается формирование атипичных форм дерматомикозов у спортсменов – борцов вследствие самолечения с применением топических кортикостероидов или агрессивных «прижигающих» веществ. Формирование атипичных форм дерматомикозов в дальнейшем приводит к диагностическим ошибкам, увеличению размеров очагов и распространению грибковой инфекции [4,8,12].

**Цель исследования** – описание клинического случая «трансформированного варианта» трихофитии волосистой части головы и гладкой кожи у подростка-борца 17 лет, занимающегося в спортивной секции дзюдо.

**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.

**Результаты исследования.**

По данным исследователей, «трансформированный вариант» трихофитии относится к редким, атипичным формам, в связи с этим, приводим наше наблюдение.

Клинический случай. Пациент Т., 17 лет, житель Свердловской области, учащийся средней общеобразовательной школы, самообращение на консультацию к врачу-дерматовенерологу в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер».

Подросток предъявлял жалобы на очаги на голове, лице, правого предплечья, шеи, передней брюшной стенки.

Эпидемиологический анамнез: мальчик посещает спортивную секцию дзюдо.

Anamnesis morbi: Болен в течение 4х месяцев. Самостоятельно принимал в качестве лечения крем флуоцинолона ацетонида в течение 1 месяца, с отрицательным эффектом. В связи с чем обратился к врачу-дерматовенерологу в поселке Камышлов Свердловской области. Со слов пациента по результатам клинического осмотра без лабораторного подтверждения был поставлен диагноз «Микоз гладкой кожи?» и назначен крем, содержащий натамицин 2% со слабopоложительным эффектом. На контрольный осмотр по месту жительства не явился.

Status specialis: Кожа смуглая, нормальной влажности Кожный процесс распространенный, асимметричный. На коже лица (преддверье носа, правая боковая область), шеи (левая боковая поверхность, задняя поверхность), правого предплечья, передней брюшной стенки множественные очаги ярко-розового цвета с четкими границами и периферическим валиком. Диаметр очагов различный 2-15 см. На границе гладкой кожи лица и волосистой части головы очаг поражения переходит на правую височную область волосистой части головы, наблюдается поредение волос в этой области, слабовыраженный признак «черных точек» (рис. 1).

Микроскопически с очагов на гладкой коже нити мицелия обнаружены, очаг поражения на волосистой части головы: выявлено поражение волоса по типу endothrix.

При культуральном исследовании волос и чешуек через 3 недели выявлен *Trichophyton tonsurans*.

Клинический диагноз: Трихофития волосистой части головы и гладкой кожи, атипичная форма трансформированный вариант.

Лечение проводилось в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями РОДВК (2016 г.), включало: тербинафин 250 мг 1 раз в сутки в ежедневном режиме, системная противогрибковая терапия сочеталась с наружным лечением: раствор повидон-йода 10,0 % 1 раз в сутки, крем изоконазола нитрат 1,0 % 2 раза в сутки. Длительность лечения составила 2,5 месяца.

После проведенного лечения наблюдался регресс очагов поражения, восстановление роста волос.



Рис.1 А, Б. Пациент с «трансформированным» вариантом трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы

**Выводы:**

1. Данное наблюдение иллюстрирует атипичный клинический случай антропонозной трихофитии.
2. Врачам-дерматовенерологам во избежание диагностических ошибок следует помнить об атипичных формах дерматомикозов, в том числе, о трансформированном варианте.
3. Позднее обращение за медицинской помощью и нерациональное самолечение микотической инфекции приводит к формированию атипичных форм дерматомикозов.
4. Спортивные секции контактных видов спорта (греко-римская борьба, дзюдо, самбо, карате) являются эпидемическими очагами трихофитии, микроспории.

**Список литературы:**

1. Дерматомикозы у детей [Текст]: уч. пособие для врачей / Под ред. М. А. Уфимцевой; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.— Екатеринбург: Издательство УГМУ, 2017. – 8 с.

2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 275 с.

3. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2018–2019 годы (Статистические материалы) [Электронный ресурс]. – Москва, 2020.–URL: <https://mednet.ru/miac/meditsinskayastatistika#h6dermatovenerologicheskaya-sluzhba>

4. Антонова С.Б. Микозы у детей, занимающихся в секциях спортивной борьбы/Антонова С.Б., Уфимцева М.А., Голубкова А.А// Успехи медицинской микологии. – 2017. – Т.17. – №1. – С.13-16

5. Skerlev M. The changing face of *Microsporum* spp. Infections /M. Skerlev, P. Miklic // Clin Dermatol. – 2010. – №28. – P. 146-50.

6. Хисматуллина З.Р. Ошибки в диагностике зооантропонозных микотических инфекций /Хисматуллина З.Р., Шарафутдинова Н.Х., Габдуллина С.Р. //Практическая медицина. – 2012; –№ 2 (56) – С:135-136.

7. Антонова С.Б. Атипичная микроспория: «трансформированный вариант». Случай из практики / С.Б. Антонова, М.А. Уфимцева, Ю.М. Бочкарев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22555> (дата обращения: 13.07.2016).

8. Хисматуллина З.Р. Случай поздней диагностики зооантропонозной трихофитии. /Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р., Даниленко Р.У., Кашаева А.И. // Успехи медицинской микологии. –2016. – Т. 15. – С. 102-103.

9. Уфимцева М. А. Инфильтративно-нагноительная микроспория у детей 7 и 9 лет. Клинические случаи / Уфимцева М. А., Антонова С.Б., Струин Н.Л., Бочкарев Ю.М., Шубина А.С.// Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3 – С. 125.

10. Антонова, С. Б. Трихофития у детей / С. Б. Антонова, М. А. Уфимцева // За качественное образование: мат-лы 3-го Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов. – Екатеринбург, 2018 – Т 2. – С. 193–196.

11. Антонова, С. Б. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области / С. Б. Антонова, М. А. Уфимцева // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – № 3.– С. 12–15.

12. Антонова, С. Б. Риск-ориентированный подход к профилактике дерматомикозов в современных условиях (по материалам обследования пациентов г. Екатеринбурга) /Уфимцева М.А., Голубкова А.А., Косова А.А. // Проблемы медицинской микологии. – 2020. – Т. 22. –№ 2. – С. 32-36.

УДК 614.0.06