

Клинический случай гранулемы Майокки

Сорокин Егор Вячеславович, Малахова Татьяна Игоревна

Научный руководитель: Иванчиков Владислав Владимирович, врач-дерматовенеролог

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация
НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Гранулема Майокки — инвазивная дерматозия с явлениями фолликулита и перифолликулита. Среди факторов риска развития данного заболевания наиболее значимыми являются неправильное использование топических стероидов и предшествующая поверхностная дерматозия. Локализуется гранулема Майокки чаще на коже нижних и верхних конечностей, реже — на лице.

Цель. Описание клинического случая гранулемы Майокки и анализ диагностических и лечебных действий.

Клинический случай. Мальчик М., 2 года 4 мес. Первые высыпания — в возрасте 1 мес на коже щек, диагностирован atopический дерматит. Далее у пациента была выявлена сенсibilизация к треске, моркови, тыкве, шпинату. Назначены элиминационная диета, топические кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, эмоленты с положительным эффектом. В октябре 2021 г. появились покраснение кожи и гнойничковые высыпания в области левого века. При самостоятельном использовании комбинации гидрокортизона, натамицина и неомицина в виде мази отмечено усиление покраснения. Процесс приобретает непрерывно-рецидивирующий характер: в течение 3 нед появляются покраснение, отек и гнойничковые высыпания в левой половине лица, далее высыпания регрессируют на фоне терапии цинка пиритионом (по назначению педиатра) и вновь рецидивируют через 7 дней с увеличенной площадью поражения. В конце марта пациент госпитализирован. При осмотре: инфильтрированные эритематозные папулы и бляшки на коже лица в левой периорбитальной и височной области, на коже левой щеки. В соскобе выявлены мицелий и грибковые споры. В крови повышено содержание общего IgE. При осмотре матери: покрытые чешуйками округлые очаги поражения на коже туловища с четкими границами, лабораторно обнаружены мицелий и споры; утол-

щение и желтоватая окраска ногтевых пластин, лабораторно подтвержден онихомикоз. Диагноз: «Гранулема Майокки, atopический дерматит». Проводилось лечение комбинацией бетаметазона, клотримазола и гентамицина в виде крема, метиленовым синим и флуконазолом. В течение месяца наступила полная ликвидация поражений.

Обсуждение. Рецидивирующие эпизоды кожных поражений связаны с отсутствием правильно подобранной терапии: препараты, применявшиеся при амбулаторном лечении, не проявляют активность в отношении дерматофитов. Также в составе обоих препаратов присутствуют глюкокортикоиды, которые при поверхностном нанесении угнетают местный клеточный иммунитет — основу противогрибковой защиты. Отметим, что лекарственное средство на основе цинка пиритиона официально не содержит глюкокортикоидного компонента, однако ряд статей доказывают обратное. Высокое содержание IgE в крови пациента связано с наличием у него atopического дерматита. Вероятно, грибковая инфекция матери являлась источником инфицирования ребенка. Локализация морфологических элементов на коже лица не является типичной для гранулемы Майокки, что могло заставить лечащего врача исключить данные заболевания при дифференциальной диагностике.

Заключение. При наличии у пациента шелушащихся высыпаний (в том числе на лице), которые плохо реагируют на терапию местными противовоспалительными препаратами (в том числе топическими стероидами) и при этом демонстрируют тенденцию к постепенному росту, следует исключить грибковую инфекцию. При подозрении на грибковую инфекцию кожи необходимо опросить родственников пациента с целью выявления у них поражений ногтей или кожи, сходных с таковыми у ребенка. При наличии пораженных участков провести их осмотр и лабораторное исследование.