

Случай кожного миаза у ребенка 2 лет

Е.В. ХИЛЬКО¹, Ю.В. КАРАЧЕВА², Т.Н. ГУЗЕЙ², Ю.Ю. ВИННИК²

¹НУЗ «Узловая поликлиника на станции Иланская ОАО «Российские железные дороги», Иланский, Россия, 663801; ²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия, 660022

Паразитарные заболевания занимают значительное место в паразитологии человека. Представлена классификация кожных миазов по типу, характеру и тяжести течения. Описан уникальный случай распространенного миаза кожи волосистой части головы у ребенка 2 лет на территории Красноярского края.

Ключевые слова: эпидермальный кожный миаз, ребенок.

A case of cutaneous myiasis in a 2-year-old child

E.V. KHILKO¹, YU.V. KARACHEVA², T.N. GUZEY², YU.YU. VINNIK²

¹Nodal Clinic for Ilanskaya Station, Open Joint Stock Company «Russian Railways», Ilansky district, Ilansky, Russia, 663801; ²State Educational Institution Higher Education of the Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky The Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia, 660022

Parasitic diseases are an integral of human parasitology. The article presents the classification of cutaneous myiasis based on their type, nature, and severity. We describe a unique case of extensive myiasis of the scalp in a 2-year-old child in the Krasnoyarsk Territory.

Keywords: epidermal skin myiasis, child.

Паразитарные и трансмиссивные заболевания продолжают занимать значительное место в паразитологии человека [1]. Членистоногие (тип *Arthropoda*) — одна из наиболее многочисленных групп животных, включающая класс насекомые (*Insecta*). Контакт с некоторыми видами членистоногих может стать причиной ряда болезней. Так, инфицирование личинками мух ведет к развитию миаза. В России случаи заболеваний, обусловленных членистоногими, встречаются довольно редко, что затрудняет их диагностику и своевременное лечение [2].

Миазы (*myiasis*, ед. число; греч. *myia* — муха) — болезни человека и животных, вызываемые личинками некровососущих двукрылых насекомых — мух [3]. Чаще других в организме человека паразитируют личинки синантропных видов мух семейств *Muscidae*, *Calliphoridae*, *Sarcophagidae* (отряд *Diptera*, подотряд *Cyclorhapha*), связанных по своей экологии с человеком, и оводов — пастбищных видов мух, облигатных паразитов теплокровных (семейства *Gasterophilidae*, *Oestridae*, *Hypodermatidae*).

Первые описания миаза человека на территории нашей страны приведены в работах И.А. Порчинского (1874, 1875, 1885, 1913), Я.Н. Соколова (1895), К.Г. Самсона (1895), Н.Е. Кушева (1896), Ф.О. Явещкого (1904) [4]. Так, И.А. Порчинский установил роль различных видов мух в возникновении миазов, изучил специфику размножения ряда видов (откладка яиц, живорождение личинок), описал стадии развития личинок. И.А. Порчинский де-

тально изучил и описал морфологию имаго и личинок мух семейства *Sarcophagidae* и в первую очередь *Wohlfartia magnifica* (вольфартовой мухи), вызывающей облигатные миазы, а также оводов. Работы И.А. Порчинского [5] положили начало детальному изучению энтомологами цикла развития многих видов синантропных и копробионтных мух.

Географически миазы распространены в тропическом климате на юге США, в Африке, Азии и Австралии [3]. В нашей стране описаны единичные случаи кожного миаза, так как они очень редки. Так, в литературе [6] описан случай мигрирующего подкожного миаза с системными проявлениями у российской туристки, путешествовавшей по Чукотке, который был вызван личинками овода *Hypoderma bovis* (излечен ивермектином).

Миазы, обусловленные паразитированием личинок мух, разнообразны по локализации, патогенезу, видовому составу мух. Обобщение и анализ опубликованных материалов позволил В.Н. Беклемишеву провести классификацию миазов и подразделить их на факультативные, облигатные быстро развивающиеся, облигатные медленно развивающиеся и миазы, вызываемые личинками оводов. В дальнейшем миазы были подразделены на случайные, факультативные и облигатные [5]. Облигатный означает, что личинки развиваются в организме человека или теплокровного животного. При факультативном — на гниющих органических остатках

(мясо, овощи), в полостях уха, носа человека или животного [2, 7]. Привлеченные запахом гниющих тканей, самки могут отложить яйца на открытые раны, язвы, в гноящиеся глаза, уши и стать факультативными возбудителями офтальмомиазов, фарингориномиазов, отомиазов (аурикулярные), поверхностных миазов (кожные и подкожные). Используют также термин «случайный миаз», при котором личинки попадают в организм человека случайно, с пищей. По локализации случайные миазы могут быть кишечными, уринарными, поверхностными [5]. Описан генитальный миаз у женщины, находившейся в лесу в бессознательном состоянии [8]. В большинстве случаев миазы у человека обусловлены паразитированием личинок мух под кожей.

По характеру и тяжести течения выделяют поверхностный (*myiasis cutis superficialis*) и глубокий (*myiasis cutis profunda*) миаз кожи. При поверхностном личинки развиваются в ранах и язвах; возбудителями его являются в основном личинки мух семейства *Calliphoridae*, комнатных мух (*Musca domestica L*) и т.д. Глубокие миазы отличаются более тяжелым течением и встречаются преимущественно в тропических странах. Среди них выделяют африканский (кордилобиаз) и южноамериканский (дерматобиаз). Возбудителями их могут быть также личинки мух *Wohlfortica magnifica* и ряд других [2].

Паразитарное заболевание человека вызывает *Dermatobia hominis*. Паразитарная инфекция, вызванная крупными некровососущими членистоногими оводами, наблюдается у лиц, вернувшихся из районов Центральной и Южной Америки. Яйца насекомых откладываются в коже, далее проникают в подкожную ткань, где личинки достигают зрелости. Личинка живет в эритематозной папуле или узле, которую можно ошибочно принять за воспалившуюся кисту. В папуле имеется центральное точечное отверстие размером 1—2 мм, которое представляет собой дыхательную трубку личинки. Многие пациенты испытывают дискомфорт и ощущают движения в коже. Жизненный цикл таких насекомых уникален тем, что самка приклеивает свои яйца к брюшку москита или клеща, которые непроизвольно откладывают личинки на кожу человека во время укуса или питания. После созревания личинка выходит из тела и падает на землю, а затем превращается во взрослое насекомое [9].

Мы впервые наблюдали уникальный клинический случай эпидермального кожного миаса у девочки 2 лет на территории Восточной Сибири (Красноярский край). На сегодняшний день в литературе отсутствуют данные об описании подобных дерматозов на вышеуказанной территории. 17.08.16 на прием привели девочку Е. 2 лет. Со слов мамы, высыпания на коже волосистой части головы появились около 1 нед назад, они сопровождалась зудом и вызывали беспокойство ребенка. Из отделяе-

мого высыпаний мама ребенка извлекла личинок и принесла с собой на салфетке. В течение лета 2016 г. девочка с семьей неоднократно отдыхала на природе Иланского района Красноярского края вблизи озер. Все члены семьи здоровы.

Из анамнеза жизни: ребенок от четвертой беременности (один медицинский аборт, трое родов), третьих родов в 32 нед. Беременность протекала без осложнений. Преждевременные роды произошли на фоне разрыва плодных оболочек, выпадения пуповины, бактериального вагинита. Безводный период составил 9 сут. Путем кесарева сечения извлечен плод женского пола с массой тела 1700 г и ростом 42 см, окружностью головы 28 см, грудной клеткой 25 см, с оценкой по шкале Апгар 5—7 баллов. Состояние ребенка при рождении оценивали как тяжелое (крик слабый, низкий мышечный тонус, двигательная активность слабая, тремор подбородка), были отмечены множественные стигмы дизэмбриогенеза. Переведена в межрайонную детскую больницу с диагнозом «недоношенность 32 нед, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу I степени (15%), синдром Дауна». Состояние при переводе — ближе к тяжелому. Подкожной жировой слой развит недостаточно, отмечены стигмы, гипотония, гипорефлексия. При УЗИ головного мозга выявлена незрелость головного мозга; при рентгенографии органов грудной клетки — сердце и легкие без патологии. Консультирована офтальмологом — патология не выявлена. Девочка выписана из межрайонной больницы под наблюдение педиатра.

Перенесенные заболевания у ребенка: в апреле и мае 2015 г. и в июне 2016 г. острый назофарингит средней степени тяжести, в декабре 2015 г. — острый назофарингит, круп 0—I степени тяжести; в августе 2016 г. железодефицитная анемия средней степени тяжести.

Локальный статус: патологический процесс носит воспалительный характер, локализован на коже волосистой части головы (теменная, затылочная, правая височная области); представлен локальной эритемой, узелками с черными точками в центре, папуло-пустулами, гнойными корочками (рис. 1). Из отверстий извлекаются личинки в длину 3—5 мм овоидной формы, с воронкообразным устьем темного цвета, тело личинки желтоватого цвета с шипиками (рис. 2).

Выставлен диагноз: миаз кожи волосистой части головы, осложненный вторичной инфекцией.

18.08.16 в условиях хирургического стационара под кратковременным общим обезболиванием (масочный наркоз) проведена хирургическая санация очагов, обработка спиртосодержащими антисептиками, наложена асептическая повязка. Предварительно перед санацией с целью более легкого извлечения личинок на волосистую часть головы на 3 ч

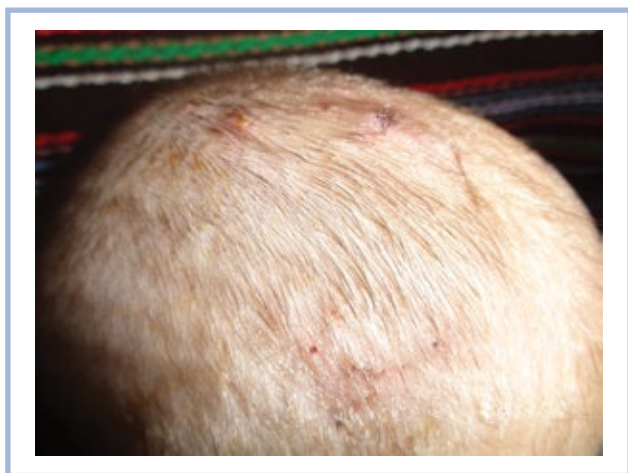


Рис. 1. Ребенок 2 лет.

На коже волосистой части головы участки эритемы, узелки с черными точками в центре, пустулы, гнойные корочки.



Рис. 2. Личинка *Dermatobia hominis*, извлеченная из узелков на коже волосистой части головы у ребенка 2 лет.

наложена окклюзионная повязка с мазью банеоцин. Ввиду наличия местной воспалительной реакции назначен амоксициллин 125 мг 3 раза в день (масса тела ребенка составляла 10 кг); перевязки с раствором перманганата калия, мазь банеоцин. В развернутом анализе крови от 18.08.16: лейкоциты $6,4 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $5,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 91 г/л, гранулоциты 44,5%, моноциты 8%, лимфоциты 47,5%, СОЭ 8 мм/ч. Патологический процесс на коже полностью разрешился в течение 4 дней на фоне вышеуказанных мероприятий. С диагностированной анемией I степени направлена на консультацию к участковому педиатру.

Таким образом, клиническая и лабораторная диагностика болезней, вызываемых членистоноги-

ми, затруднена вследствие редкости данной патологии. Наш опыт показывает, что не только выезжающих в тропические страны туристов, но и путешествующих на территории Российской Федерации, в том числе Восточной Сибири, следует информировать о мерах профилактики укусов кровососущих насекомых. Пребывание детей младшего возраста, особенно соматически ослабленных, с врожденными пороками развития и хромосомными аномалиями, вблизи озер на природных массивах может быть особенно опасным.

Гузей Т.Н. — orcid.org/0000-0001-7745-7744

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Сергиев В.П. Регистрируемая и истинная распространенность паразитарных болезней. *Медицинская паразитология*. 1992;2:3-5. [Sergiev VP. The notification and the true prevalence of parasitic diseases. *Med Parasitol*. 1992;2:3-5. (In Russ.)].
2. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Кочергин Н.Г., Жаров С.Н., Вихрев Н.Е. Болезни, вызываемые членистоногими: эрицизм *clitoris*, тунгиоз, кожный и кишечный миазы у российских туристов. Анализ случаев и обзор литературы. *Эпидемиология инфекционных болезней*. 2013;2:40.42. [Bronshstein AM, Malyshev NA, Kochergin NG, Jarov SN, Vikhrev NE. Diseases caused by arthropods: moth larva in clitoris, tungiasis, cutaneous and intestinal myiasis in Russian tourists. Report of cases and review the literature. *Epidemiol Inf Dis*. 2013;2:40.42. (In Russ.)].
3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. *Дерматология атлас-справочник*. М.: Практика. McGraw-Hill International (UK) Ltd. Milano—New York—St. Louis—San Francisco—Auckland—Bogota—Caracas—Lisbon—London—Madrid—Mexico City—Montreal—New Delhi—San Juan—Singapore—Sydney—Tokyo—Toronto. 1999;869, 985-986. [Fitzpatrick T, Johnson R, Wolff K, Polano M, Surmond D. *Color Atlas and Synopsis Clinical Dermatology*. Practice. Moscow. McGraw-Hill International (UK) Ltd. Milano—New York—St. Louis—San Francisco—Auckland—Bogota—Caracas—Lisbon—London—Madrid—Mexico City—Montreal—New Delhi—San Juan—Singapore—Sydney—Tokyo—Toronto. 1999;869, 985-986. (In Russ.)].
4. <http://бмэ.орг/index.php/МИАЗЫ>
5. Ганушкина Л.А., Дремова В.П. Миазы (возбудители миазов, типы миазов, локализация, профилактика). *Вопросы прикладной энтомологии. Пест-менеджмент*. 2009; 1-2:49. [Ganushkina LA, Dremova VP. Myiasis (myiasis pathogens, types of myiasis, localization, prevention). *Questions of Applied Entomology. Pest- Management*. 2009;1-2:49. (In Russ.)].
6. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Рамирез Л.А., Кедров А.В. Мигрирующий подкожный миаз с системными проявлениями, вызванный личинками овода. *Клиническая медицина*. 2004;11:53-56. [Bronshstein AM, Malyshev NA, Ramirez LA, Kedrov AV. Migrating subcutaneous myiasis with systemic manifestations, caused by the larvae of a gadfly. *Clin Med*. 2004;11:53-56. (In Russ.)].
7. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Diseases caused by arthropods and other noxious animals. In: Rook's textbook of dermatology. 7th ed. Malden. MA: Blackwell Publishing. 2004;2:33.8-33.11.
8. Benedeto S, et al. Genital myiasis in women with psychiatric disturbance. *Inter J Obstet Gynaecol*. 2005;12:7:1000-1001.
9. Хэбиф Т.П. *Кожные болезни. Диагностика и лечение*. М. 2006;320. [Hebif TP. *Skin diseases. Diagnosis and treatment*. M. 2006;320. (In Russ.)].