

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У ДЕТЕЙ

[Е.И. Ерзина, О.Н. Позднякова](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

В настоящее время микотическими инфекциями страдают около 20 % населения мира. Микозы являются контагиозными заболеваниями. Наиболее часто встречаются микозы стоп, поражающие преимущественно кожу и ногтевые пластины. Удельный вес этого заболевания в структуре всех дерматозов составляет, по данным разных исследований, от 5 до 30 %. При этом общепризнанно, что микозы волосистой части головы (трихомикозы) преимущественно наблюдаются у детей, а взрослые чаще болеют микозами стоп и отрубевидным лишаем. Однако микоз стоп, особенно рубромикоз, встречается даже у новорожденных и детей младшего возраста. Частота регистрации заболевания варьирует от 0,18 до 4 %.

Ключевые слова: микозы стоп, дети, клинические особенности.

Ерзина Екатерина Игоревна — заочный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-дерматовенеролог, e-mail: sonik_83@list.ru

Позднякова Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 363-06-60

Актуальность исследования. Вопросы, касающиеся терапии грибковых заболеваний, продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии, что в первую очередь обусловлено их значительной распространенностью. В настоящее время микотическими инфекциями страдают около 20 % населения мира [1, 7]. На сегодняшний день известно более 100 тыс. грибов, из которых около 500 патогенны для человека [2]. Микозы являются контагиозными заболеваниями. Обычно процесс заражения происходит путем пассивного переноса возбудителей, находящихся в чешуйках кожи и массах подногтевого гиперкератоза. Наиболее часто встречаются микозы стоп, поражающие преимущественно кожу и ногтевые пластины. Удельный вес этого заболевания в структуре всех дерматозов составляет, по данным разных исследований, от 5 до 30 % [3, 5].

Термин «микоз стоп (кистей)» объединяет в основном два этиологически различных заболевания со своеобразием клиники, патогенеза и подхода к их терапии. Это микоз, обусловленный *Trichophyton rubrum* (руброфития, рубромикоз), и микоз, вызываемый

Trichophyton mentagrophytes var. *interdigitale* (*T. interdigitale*). Заболевание может быть обусловлено *Epidermophyton floccosum*, а также дрожжевыми и плесневыми грибами.

Дети и пожилые люди наиболее чувствительны к заражению патогенными грибами. При этом общепризнанно, что микозы волосистой части головы (трихомикозы) преимущественно наблюдаются у детей, а взрослые чаще болеют микозами стоп и отрубевидным лишаем [4]. Однако микоз стоп, особенно рубромикоз, встречается даже у новорожденных и детей младшего возраста. Частота регистрации заболевания варьирует от 0,18 до 4 % [6].

Источником заражения для детей обычно являются члены семьи или ухаживающие лица (няни, воспитатели). Особую эпидемиологическую опасность представляют больные с распространенными микотическими процессами, протекающим с поражением не только стоп, но и кистей, а также других участков кожного покрова. У детей старшей возрастной группы и подростков нередко семейная передача грибковой инфекции при пользовании общей обувью, полотенцами, мочалками, недостаточной обработке ванны. Большая роль принадлежит плавательным бассейнам, баням и саунам, особенно если они посещаются вместе со взрослыми. Значительно возросла роль ятрогенных факторов в развитии микоза у детей (широкое применение системных антибактериальных препаратов без сопутствующей противогрибковой терапии). Развитие у ребенка микозов способствует формированию сенсibilизации, ухудшает течение многих хронических заболеваний, в том числе дерматозов.

Проникновению грибов-дерматофитов в эпидермис способствует нарушение его целостности (микротравма, потертости и др.), чрезмерная сухость кожи или, наоборот, ее повышенная потливость, различные дерматозы, протекающие с нарушением процесса кератинизации и т. д. Следующим не менее важным фактором в патогенезе развития микоза является неадекватно слабый иммунный ответ организма на внедрение грибов. В основе его формирования лежат различные нейрогуморальные, эндокринные, сосудистые и другие нарушения и угнетение реакций общего и местного иммунитета. Недостаточный иммунный ответ приводит к сенсibilизации к грибковым антигенам, которая в свою очередь, усиливает и поддерживает процессы возникшего воспаления кожи, способствует его распространению и (или) осложнению. Выявлена прямая зависимость между степенью выраженности аллергических реакций и клиническими характеристиками грибковой патологии — формой, распространенностью и длительностью течения микоза. Кроме этого, состояние кожи зависит от функции потовых и сальных желез, состава их секрета, содержания аминокислот и микроэлементов и т. д. Повышенное содержание воды, нарушение липидного и минерального обменов в сочетании с анатомическими и физиологическими особенностями детской кожи при наличии функциональных нарушений создают идеальные условия для развития грибковой инфекции [8].

Для детей младших возрастных групп типичны резко положительные реакции с грибковыми аллергенами, что связано с особенностями лимфоидной ткани, реактивности организма, сохранившейся активностью тимуса и выраженной вегетососудистой недостаточностью (повышенная ломкость капилляров при стойком спастическом состоянии крупных сосудов).

Эти патогенетические предпосылки приводят при заражении к развитию микозов стоп, протекающих у детей с преимущественно острыми проявлениями: эритемой, отеком, интертригиозными изменениями, экссудацией, экзематизацией. У детей чаще, чем у взрослых, встречаются интертригиозная и дисгидротическая формы микоза стоп. В свою очередь, дерматофиты ухудшают иммунологический статус заболевших детей

и создают благоприятный фон для развития аллергодерматозов. По данным клинических наблюдений, у пациентов с микозом стоп аллергический дерматит развивается в 3 раза чаще, а лекарственная непереносимость особенно при лечении препаратами пенициллина — в 4 раза чаще.

Материалы и методы. Из 55-ти детей в возрасте от 8 месяцев до 14 лет у семи (12,8 %) микоз стоп протекал в сквамозной форме, у 22-х (40 %) в интертригинозной, у 13-ти (23,6 %) в дисгитротической, при чем у 13-ти (23,6 %) детей наблюдались микиды. Во всех случаях диагноз был подтвержден микроскопическим исследованием.

При сквамозной форме патологический процесс характеризовался шелушением кожи в межпальцевых складках, чаще третьей и четвертой, у трех детей в него была вовлечена одновременно кожа подошв. Один ребенок жалоб не предъявлял, четверо испытывали незначительный зуд.

Интертригинозная форма клинически проявлялась мацерацией рогового слоя одного, двух, трех, реже четырех межпальцевых промежутков с его последующим отторжением, а также эрозиями на боковых поверхностях пальцев стоп, окруженных бордюром отслоившегося мацерированного эпидермиса и трещинами в глубине межпальцевых складок. При отсутствии терапии или ее неадекватности патологический процесс достаточно быстро трансформировался в дисгитротическую форму: распространялся на тыльные и боковые участки стоп, появлялись клинические признаки острого воспаления.

Дисгитротическая форма микоза стоп по своей клинической картине соответствовала экземе, протекающей асимметрично. Патологические очаги располагались унилатерально по всей стопе и характеризовались эритемой, отеком, множественными везикулами и эрозиями, выраженным мокнутием. К важному признаку дифференциальной диагностики можно отнести четкость границ микотического процесса за счет более выраженных экссудативных проявлений в периферическом валике очага, иногда окаймленного бахромкой отслоившегося эпидермиса. Все дети с интертригинозной и дисгитротической формами микоза стоп предъявляли жалобы на зуд, жжение, реже — болезненность, особенно при ходьбе. У восьми (14,5 %) пациентов патологический процесс осложнился присоединением вторичной бактериальной инфекции: мутное или гнойное содержимое пузырьков, гнойно-кровянистое отделяемое эрозий, слоистые мокнущие корки.

Выводы. Таким образом, грибковые инфекции у детей в настоящее время не являются редкой патологией. Наиболее распространенная форма микоза в детском возрасте является интертригинозная. Клиническая картина микозов у детей отличается от таковой у взрослых.

Список литературы

1. Вульф К. Дерматология по Томасу Фицпатрику : атлас-справочник / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд ; пер. с англ. под ред. Е. З. Тимофеевой. — 2-е изд. — М., 2007. — 1248 с.
2. Лещенко В. М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний / В. М. Лещенко. — М., 1977. — 158 с.
3. Потекаев Н. С. Ламизил : 10 лет в России / Н. С. Потекаев, Н. Н. Потекаев, В. М. Рукавишникова. — М., 2003. — 131 с.
4. Сергеев Ю. В. Онихомикозы. Грибковые инфекции ногтей / Ю. В. Сергеев, А. Ю. Сергеев. — М. : ГЭОТАР-медиа, 1998. — 126 с.

5. Позднякова О. Н. Результаты клинической и микологической эффективности препарата «Ламизил Уно» в наружной терапии микозов стоп / О. Н. Позднякова // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2009. — № 1. — С. 26–29.
6. Суворова К. Н. Детская дерматовенерология / К. Н. Суворова, В. Т. Куклин, В. М. Рукавишникова. — Казань, 1996. — 440 с.
7. Хэбиф Т. П. Кожные болезни : диагностика и лечение / Т. П. Хэбиф. — 2-е изд. — М., 2007. — 678 с.
8. Leyden J. J. Skin mikroflora / K. J. Mc Ginly, K. M. Nordston / J. Invest Dermatol. — 1987. — Vol. 88 (3). — P. 651–725.

FEATURES OF THE CLINICAL PROGRESSION OF FEET MYCOSIS AT CHILDREN

E.I. Erzina, O.N. Pozdnyakova

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

Nowadays about 20 % of the world's population suffer from mycotic infections. Mycoses are contagious diseases. More often there are the feet mycoses that damage mainly skin and nail plates. The specific weight of this disease in structure of all dermatoses makes, from 5 to 30 % according to different researches. And admittedly mycoses of pilar part of head (trichomycosis) are mainly observed at children. Adults more often suffer from feet mycoses and chromophytosis. However the feet mycosis, especially rubromycosis, meets even at newborns and children of younger age. Frequency of disease registration varies from 0,18 to 4 %.

Keywords: feet mycosis, children, clinical features.

About authors:

Erzina Ekaterina Igorevna — correspondence PG student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», dermatovenerologist at SBHE NR «Novosibirsk Regional dermatovenerologic dispensary», e-mail: sonik_83@list.ru

Pozdnyakova Olga Nikolaevna — doctor of medical sciences, the professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office phone: 8(383) 363-06-60

List of the Literature:

1. Woolf K. Dermatology on Thomas Fitzpatrick: atlas-directory / K. Woolf, R. Johnson, D. Surmond; translation from English under the ed. of E. Z. Timofeeva. — 2 ed. — M, 2007. — 1248 P.
2. Leshchenko V. M. Laboratory diagnostics of fungoid diseases / V. M. Leshchenko. — M, 1977. — 158 P.
3. Potekaev N. S. Lamizil: 10 years in Russia / N. S. Potekaev, N. N. Potekaev, V. M. Rukavishnikova. — M, 2003. — 131 P.

4. Sergey J. V. Onychomycosis. Fungoid infections of fingernails / J. V. Sergeev, A. J. Sergeev. — M: GEOTAR-MEDIA, 1998. — 126 P.
5. Pozdnyakov O. N. Results of clinical and mycologic efficiency of «Lamizil Uno» preparation in external therapy of feet mycosis / O. N. Pozdnyakov // Rus. jour. of dermic and venereal illnesses. — 2009. — № 1. — P. 26–29.
6. Suvorov K. N. Children dermatovenerology / K. N. Suvorov, V. T. Kuklin, V. M. Rukavishnikova. — Kazan, 1996. — 440 P.
7. Hebif T. P. Skin diseases: diagnostics and treatment / T. P. Hebif. — 2 ed. — M, 2007. — 678 P.
8. Leyden J. J. Skin mikroflora / K. J. Mc Ginly, K. M. Nordston / J. Invest Dermatol. — 1987. — Vol. 88 (3). — P. 651–725.