

височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. — 2000. — № 1. — С. 51–54.

3. Герасименко М.Ю., Кувишинов Е.В., Турбина Л.Г. и др. Комплексная реабилитация больных с миофасциальными болевыми синдромами височно-нижнечелюстного сустава // Росс. стоматол. ж. — 2001. — № 1. — С. 10–13.

4. Дармаев Б.В. Особенности жевательной системы при синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у жителей Забайкалья: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2007. — 22 с.

5. Егоров П.М., Пузин М.Н., Кушлинский Н.Е. Миофасциальный болевой синдром лица. — М.: Изд-во Рос. ун-та Дружбы народов, 1991. — 115 с.

6. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль: Монография. — Казань, 2007. — 392 с.

7. Петров Е.А. Комплексное лечение больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и остеохондрозом позвоночника: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2003. — 24 с.

8. Пономарев А.В. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Самара, 2004. — 21 с.

9. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. — М.: Медицина, 2002. — 160 с.

10. Хватова В.А. Клиническая гнатология. — М.: Медицина, 2005. — 295 с.

11. De Wijer A., Lobbezoo-Scholte A.M., Steenks M.H. Reliability of clinical findings in temporomandibular disorders // J. Orofac. Pain. — 1995. — Vol. 9(2). — P. 181–191.

12. Tourne L. Functional state of the masticatory system in healthy individuals (control group) and in patients with temporomandibular joint dysfunction // Rev. Belge Med. Dent. — 1997. — Vol. 52(4). — P. 102–114.

13. Thilander B., Rubio G., Pena L., de Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development // Angle Orthod. — 2002. — Vol. 72(2). — P. 146–154.

Поступила 15.06.09.

AGE CHARACTERISTICS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME

E.N. Silantieva

Summary

Studied were the clinical characteristics of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome during the period of painful masticatory muscles spasm in patients of different age groups. In adult patients the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome was more intense, varied in nature, sensory perception and emotional relationship to pain, it was provoked by a greater number of factors than of those patients of the adolescent and young age.

Key words: temporomandibular joint pain dysfunction syndrome, age groups, hypertonicity of masticatory muscles, the movement of the mandible.

УДК 616.517–039.1: 616.596–002.828

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ОНИХОМИКОЗАХ НЕДЕРМАТОФИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Андрей Владимирович Рыбин¹, Алексей Сергеевич Нестеров²,
Наталья Иосифовна Потатуркина-Нестерова²

¹Ульяновский областной клинический кожно-венерологический диспансер (главврач — М.А. Магомедов),

²кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней (зав. — проф. Л.М. Киселёва),

²кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. — проф. Н.И. Потатуркина-Нестерова) медицинского факультета Ульяновского государственного университета, e-mail: htadn@rambler.ru

Реферат

Выявлены особенности видового спектра возбудителей онихомикозов у больных псориазом и характера клинического течения кожного процесса при поражениях ногтевых пластин. Установлено, что среди выделенных недерматофитных микромицетов, являющихся этиологическим фактором онихомикозов, наиболее частой причиной поражения ногтевых пластин у больных псориазом являются грибы рода *Aspergillus* spp., обладающие токсичностью. Они вызывают развитие онихомикоза, характерной особенностью которого является преобладание тотальной дистрофической формы поражения ногтевых пластинок.

Ключевые слова: псориаз, клиника, онихомикоз, аспергиллы, патогенез.

В структуре хронических заболеваний кожи в экономически развитых странах псориаз составляет 3–5% [7, 11]. Изменения ногтевых пластин у больных псориазом отмечаются в 30–50% случаев, часто сочетаются с артропатиями, особенно в области дистальных межфаланговых суставов кистей. У 77,9% больных наличие микотической инфекции приводит к развитию микогенной сенсибилизации, нарастающей по мере тяжести основного заболевания [4]. В основе всех псориагических онихий лежат развитие папул и

их последующая эволюция, сопровождающаяся дистрофическими процессами, что ведёт к присоединению микотического процесса [3, 6]. Развитие грибковой инфекции играет значительную роль в поддержании воспалительных процессов и усугубляет тяжесть течения псориаза [8]. Возбудителями ониомикоза в большинстве случаев (около 80%) являются дерматофиты, в остальных случаях выделяют дрожжи, плесневые грибы, а также их сочетания [1].

В последние годы выявлены случаи изменения видового состава грибов, вызывающих патологические процессы у пациентов. Установлено, что среди недерматофитных возбудителей ониомикозов доля плесневых грибов существенно превышает вклад дрожжевых грибов — 21% и 2% соответственно. Среди плесневых грибов наиболее важными являются *Aspergillus* spp. (5–11%) [10]. При поражении ногтевых пластин в 16–18% случаев регистрируются микромицеты *Aspergillus* spp. [5]. Однако вопрос об особенностях видового состава микромицетов-недерматофитов, ассоциированных с ониомикозом, и их влиянии на псориазический процесс изучен мало, что затрудняет разработку терапии псориаза.

Целью данной работы было выявление особенностей клинического течения псориаза при ониомикозах недерматофитной этиологии.

Под наблюдением находились 120 больных (мужчин — 72, женщин — 48) в возрасте от 20 до 65 лет с ограниченной бляшечной формой псориаза и изменениями ногтевых пластин. Для изучения возбудителей ониомикозов производили глубокий соскоб пораженных ногтевых пластин, полученные чешуйки помещали в каплю 10–20% раствора КОН, слегка подогревали над пламенем спиртовки для лучшей мацерации, производили микроскопию нативных (10х40х) и окрашенных по методу Романовского–Гимзы (10х90х) препаратов. Все пациенты были обследованы на наличие грибковой инвазии ногтевых пластин культуральным методом с посевом фрагмента ногтя на селективную питательную среду Сабуро. Посев производили в 3 точки, рост гриба в 2–3 точках принимали за диагностически значимый, в одной точке —

за случайный [2]. Диагностически информативным признаком микозов считали повторное обнаружение элементов грибов в патологическом материале (не менее 5 колоний в 1 мл среды), что позволяло исключать ложноположительные результаты, вызванные контаминацией исследуемого материала.

Токсичность метаболитов грибов определяли путем внутрибрюшинного заражения мышей фильтратом среды Сабуро, в которой производили культивирование выделенного штамма в течение 10 суток при температуре 37° С.

У обследованных больных псориаз характеризовался высыпаниями четко отграниченных милиарных папул розовато-красного или ярко-красного цвета, возвышающихся над уровнем кожи, которые, увеличиваясь по периферии, сливались друг с другом с образованием различного размера бляшек, расположенных преимущественно в области разгибательных поверхностей конечностей и волосистой части головы и покрытых сухими, рыхло расположенными, легко отделяющимися серебристо-белыми чешуйками.

Изменения ногтевых пластин были представлены ониходистрофией по гипертрофическому типу с явлениями частичного или тотального ногтевого гиперкератоза и онихолизисом. У большинства пациентов (87,5%) преобладали множественные поражения ногтей, из них у 88,6% больных диагностирован ониомикоз стоп, у 11,4% — сочетанное поражение стоп и кистей. У больных данной группы недерматофитные возбудители ониомикозов выделялись в 64,7% случаев с ногтей ног и в 35,3% с ногтей рук. В 37,1% случаев при культуральном исследовании были выделены грибы недерматофиты. Из недерматофитов выявлены следующие виды возбудителей: *Candida* spp. (23,0%), *Aspergillus* spp. (28,2%), *Penicillium* spp. (10,3%), а также аспергиллы в сочетании с другими возбудителями (38,5%).

В большинстве случаев аспергиллеза (76,9%) наблюдалась тотальная дистрофическая форма ониомикоза, которая клинически проявлялась утолщением, неровной поверхностью ногтевой пластинки и частичным разрушением ее дистальной части, изменением цвета на желтовато-серый. У остальных пациентов

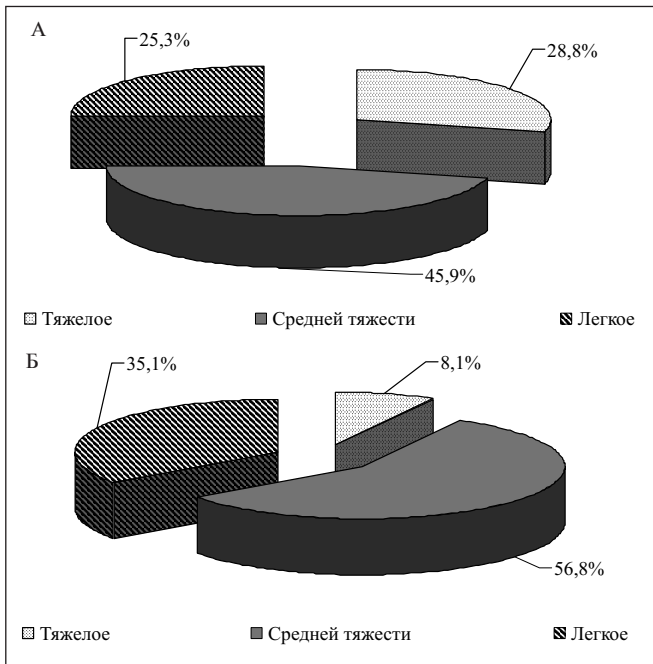


Рис.1. Степень тяжести течения псориаза при онихомикозе (А) и без онихомикоза (Б).

(23,1%) наблюдалась дистально-латеральная форма с поражением краев ногтевого ложа, нарушением прозрачности ногтевой пластинки и беловато-серыми включениями, идущими от края ногтя к его проксимальной части. Среди грибов рода *Aspergillus* были идентифицированы *A. flavus* (47,2%), *A. fumigatus* (33,6%) и *A. niger* (19,2%). Микромицеты *A. flavus* образовывали колонии зеленоватого цвета с воздушным субстратным мицелием, поверхность колоний была пушистой, обратная сторона складчатой, желтовато-коричневой. При микроскопии конидиеносец был бесцветным, шероховатым, головки конидиеносцев круглыми, зеленоватыми, стеригмы однорядными, зеленоватыми, радиально расположенными. Микромицеты *A. fumigatus* вырастали в виде гладких бархатистых колоний, реверзум (обратная сторона) был бесцветным или желтым. Конидиеносцы гладкие, часто зеленоватые, септированные и/или несептированные, на конечном вздутии располагались стеригмы. Колонии *A. niger* имели желтоватый цвет с мелкими черными споровыми головками, через 45 суток вся поверхность колонии становилась черной, реверзум — светло-желтым. Стеригмы в споровых головках размещались в два ряда и заканчивались цепочками спор. Грибы рода *Candida* на среде Сабу-

ро росли в виде блестящих кремово-белых колоний; при микроскопии определялись овальные, почкующиеся клетки, в ряде случаев образующие псевдомицелий.

Грибы рода *Penicillium* при культивировании давали мицелиальные и дрожжевые колонии в зависимости от условий. При 25° С развивалась мицелиальная форма, сначала колонии были пушистыми, розовыми, в центре светло-коричневыми с зеленоватой периферией, воздушный мицелий коротким, колония была исчерчена радиальными бороздками. Реверзум имел красновато-розовый цвет, пигмент диффундировал в питательную среду. Конидиеносцы напоминали кисточки с метулами, стеригмами и цепочками округлых конидий. При 37° С колонии имели дрожжевую консистенцию светло-коричневого цвета, при старении — крошковатую. При микроскопии виднелись округлые и овальные клетки, иногда гифальные элементы.

Из всех грибов-недерматофитов, выделенных из очагов онихомикоза у больных псориазом, наиболее часто обнаруживались грибы *Aspergillus* spp., которые в общей популяции людей встречались в 6–8% случаев [9]. Среди выделенных грибов рода *Aspergillus* spp. токсичными оказались 86,6% штаммов, рода *Candida* spp. — 33,3% и лишь единичные штаммы грибов

рода *Penicillium* spp. обладали слабо выраженной токсичностью.

В ходе обследования больных псориазом с поражением ногтей грибами-недерматофитами, обладающими токсичностью, и пациентов без поражения ногтевых пластин было показано, что соотношение числа больных с тяжелым, среднетяжелым и легким течением дерматоза было различным. Так, при наличии онихомикоза удельный вес тяжелых форм псориаза был больше, чем при псориазе без поражения ногтевых пластин (рис.1).

Таким образом, микромицеты-недерматофиты, такие как *Aspergillus* spp., *Candida* spp. и *Penicillium* spp., служат этиологическим фактором онихомикозов у больных псориазом в 37,1% случаев. Среди выделенных микромицетов наиболее частой причиной поражения ногтевых пластин у больных псориазом являются грибы рода *Aspergillus*, обладающие токсичностью. Они вызывают развитие онихомикоза, характерной особенностью которого выступает преобладание тотальной дистрофической формы поражения. С учетом высокого процента выявляемости недерматофитных возбудителей онихомикозов в комплексное обследование больных с псориазическими изменениями ногтевых пластинок необходимо включать исследование на грибковую инвазию плесневыми грибами рода *Aspergillus* spp.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верхогляд И.В.* Совершенствование лечения псориаза осложненного онихомикозом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб: РМАПО, 2002. — 23 с.
2. *Карпищенко А.И.* Справочник «Медицинские лабораторные технологии». — СПб, 1999. — Т.2. — 656 с.
3. *Крамарь В.С., Родин А.Ю., Савченко Т.Н. и др.* Колонизационная резистентность кожи

при псориазе // Вестн. ВолГМУ. — 2004. — № 10. — С.60–61.

4. *Курбанов Б.М.* Микогенная сенсibilизация у больных псориазом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб, 1999. — 23 с.

5. *Резникова М.М., Трофимова И.Б., Корсунская И.М. и др.* Микотическая инфекция у больных псориазом // Клин. дерматол. и венерол. — 2003. — № 1. — С. 22–24.

6. *Самцов А.В.* Клинические рекомендации по терапии псориаза – новый проект в России // Мед. вестн. — 2008. — № 24–25. — С.451–452.

7. *Самцов А.В., Барбинов В.В.* Кожные и венерические болезни. — СПб: ЭЛБИ, 2002. — 314 с.

8. *Сергеев А.Ю.* Индекс для клинической оценки онихомикоза и расчета продолжительности терапии системными антимикотиками. — М.: Внешторгиздат, 1999. — С. 4–40.

9. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Жарикова Н.Е., Зайцева О.Ю.* Онихомикоз, вызванный *Aspergillus ustus* // Росс. ж. кож.-вен. бол. — 1998. — № 3. — С. 52–54.

10. *Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Мокина Е.В.* Бучинский О.И. Горячая линия: Первая массовая кампания по выявлению и лечению больных с онихомикозом. / В кн.: Успехи клинической иммунологии и аллергологии. / Под ред. А.В. Караулова. — М., 2002. — С. 355–363.

11. *Pietrzak A., Chodorowska G., Urban J.* Cutaneous manifestation of giardiasis – case report // Ann. Agric. Environ. Med. — 2005. — Vol. 12(2). — P.299–303.

Поступила 12.02.10.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF PSORIASIS DURING ONYCHOMYCOSIS OF NON DERMATOPHYTE ETIOLOGY

A.V. Rybin, A.S. Nesterov, N.I. Potaturkina-Nesterova

Summary

Established were the features of the species spectrum of onychomycosis pathogens in patients with psoriasis and the characteristics of the clinical course of the skin process in lesions of the nail plates. It was found that among the isolated non dermatophyte micromycetes the most frequent cause of nail plate lesions in patients with psoriasis are toxic fungi *Aspergillus* spp. They cause the development of onychomycosis, a characteristic feature of which is the prevalence of total dystrophic nail plate lesion forms.

Key words: psoriasis, clinic, onychomycosis, *Aspergillus*, pathogenesis.