

СЛУЧАЙ НЕОБЫЧАЙНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗА ГЛАДКОЙ КОЖИ

¹Шамли Н.Б. (аспирант), ¹Разнатовский К.И. (зав. кафедрой), ²Максимова М.Д. (клинический ординатор)*

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ДПО СПб МАПО;

²НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина ГОУ ДПО СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2010

В последние годы, наряду с увеличением частоты регистрируемых случаев микозов кожи у больных с эндокринными расстройствами и с метаболическим синдромом, отмечают рост числа случаев дерматомикозов с отсутствием типичных клинических признаков [1].

Стремительное развитие фарминдустрии и появление на рынке качественно новых и удобных в использовании препаратов таких классов, как топические стероиды или цитостатики местного применения играют значительную роль в развитии этой тенденции.

Несомненно, что лабораторные методы диагностики помогают верифицировать диагноз, а иногда определяют и сам объем лечения. Своевременность и целесообразность использования лабораторных методов могут зависеть от умения клинициста заподозрить то или иное заболевание. В подавляющем большинстве случаев клинический метод диагностики приобретает решающее значение, в то время как комплекс лабораторных мероприятий играет вспомогательную подтверждающую роль в выявлении возбудителя, уточнении нозологической формы или выборе препарата для лечения.

Ключевые слова: глюкокортикостероидные гормоны, микоз гладкой кожи, мицелий гриба

AN UNUSUAL CLINICAL CURRENT OF TINEA CORPORIS MYCOSIS

**¹Shamli N.B. (postgraduate student),
¹Raznatovsky K.I. (head of the chair),
²Maksimova M.D. (clinical intern)**

¹Chair of dermatovenerology SEI APE SPB MAPE;

²Kashkin Research Institute of Medical Mycology SEI APE SPb MAPE, Saint-Petersburg, Russia

© Collective of authors, 2010

During the recent years, along with an increase in reported cases of skin's mycosis in patients with endocrine disorders and metabolic syndrome, was marked a growth of number of cases of dermatomycoses without typical clinical symptoms [1]. The fast development of the pharmaceutical industry and the emergence of qualitatively new and

easy to use drug classes such as topical steroids or topical cytotoxic agents play a significant role in the development of this trend. There is no doubt that the laboratory diagnostic methods help to verify the diagnosis, but sometimes to define the sheer volume of treatment. Timeliness and appropriateness of the use of laboratory methods may depend on the ability of the clinician to suspect a particular disease. In most cases, the clinical method of diagnosis is crucial, while a set of laboratory activities plays a supporting role in confirming the identification of the causative agent, refining nosology, or choosing a drug for treatment.

Key words: fungal mycelia, glabrous skin mycosis, steroid hormones

Микоз гладкой кожи (*Tinea corporis*, *tinea circinata*) представляет собой грибковое заболевание кожи туловища и конечностей (за исключением крупных складок, ладоней и подошв). В некоторых случаях возможно поражение пушковых волос.

Возбудителями микоза гладкой кожи могут быть все виды грибов родов *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*, чаще всего – *T. rubrum*, *T. violaceum*, *M. audouinii*, *T. mentagrophytes* [2].

Поверхностный микоз гладкой кожи в отечественной литературе обычно подразделяют на две формы в зависимости от этиологии: поверхностную трихофитию и микроспорию гладкой кожи, хотя клинические проявления обоих заболеваний имеют много общего.

Поверхностная трихофития гладкой кожи [3] возникает на любых участках кожи, но чаще – на открытых (лице, шее, предплечьях), а также на коже туловища. Пятна слегка отечны, розового цвета, на их поверхности последовательно появляются мелкие пузырьки, корочки и мелкие сероватые чешуйки. В дальнейшем пятна увеличиваются путем периферического роста, могут сливаться, образуя причудливые кольцевидные и полициклические фигуры. Центр очага более бледно окрашен и шелушится, а периферическая зона в виде розового возвышающегося валика покрыта корочками и мелкими пузырьками. Субъективные ощущения отсутствуют или отмечают незначительный зуд. Поверхностная трихофития гладкой кожи протекает остро, и при рациональном лечении очаги обычно разрешаются в течение нескольких дней, если в процесс не вовлечены пушковые волосы.

Микроспория гладкой кожи [4], вызванная *M. canis*, клинически трудно отличима от поверхностной трихофитии такой же локализации. При микроспории чаще отмечают множественные очаги и более острые воспалительные явления. Почти у всех больных в процесс вовлекаются пушковые волосы.

Гладкая кожа при микроспории, вызванной *M. ferrugineum*, поражается довольно часто. Очаги могут быть только на коже без вовлечения в процесс волосистой части головы. Пятна хорошо контурируются, нередко сливаются друг с другом, образуя фигуры причудливых очертаний. У многих больных очаги представляют собой кольца, как бы вписанные одно в другое, чего обычно не отмечают при микроспории, вызванной *M. canis*. Пушковые волосы по-

* Контактное лицо: Максимова Мария Дмитриевна
Тел.: (812) 303-51-47

ражены у многих больных, что затрудняет лечение. Ногтевые пластинки при обоих видах микроспории поражаются очень редко.

Хроническая трихофития гладкой кожи взрослых описана отечественными авторами [5]. Заболевание имеет место почти исключительно у женщин; мужчины, страдающие классической формой этого микоза, как правило, имеют выраженные эндокринные расстройства. Изолированное поражение гладкой кожи при хронической трихофитии взрослых отмечают редко, обычно оно сочетается с поражением волосистой части головы, ладоней, подошв и ногтей. Источником распространения инфекции на гладкую кожу, как правило, служат очаги микоза, расположенные на волосистой части головы. Возбудителями болезни чаще всего являются *T. violaceum* и *T. tonsurans*.

При хронической трихофитии гладкой кожи очаги локализуются на коже голеней, коленных суставов, ягодиц, бедер, предплечий и реже – на лице и туловище. Высыпания носят пятнисто-чешуйчатый характер на фоне общей синюшной окраски кожи, имеют различную величину, нередко – выраженные круглые или фестончатые очертания. Пузырьки и корочки по периферии отсутствуют, иногда выявляют единичные папулезные и папуло-корочковые элементы. Субъективные ощущения отсутствуют или имеет место незначительный зуд.

Руброфития гладкой кожи [6]. Высыпания могут локализоваться на любом участке тела, чаще всего – на голенях, ягодицах, реже – на животе, спине, иногда процесс приобретает универсальный характер. Заболевание, как правило, возникает на фоне predisposing факторов, снижающих реактивность организма больного. Выделяют 3 формы заболевания: эритематозно-сквамозную, фолликулярно-узловую и инфильтративно-нагноительную.

Эритематозно-сквамозная форма характеризуется появлением воспалительных шелушащихся очагов, склонных к периферическому росту и сливанию. Образуются очаги фестончатых очертаний с прерывистыми, отечными периферическими краями синюшно-красного цвета, состоящими из папулезных элементов. Кожа в пределах очагов поражения буровато-красного цвета, шелушится, и на этом фоне располагаются единичные фолликулярные папулы красного цвета с синюшным оттенком.

Фолликулярно-узловую форму чаще наблюдают на коже плеч, предплечий, бедер и голеней, для нее характерно наличие фолликулярных папул и папулопустул.

Инфильтративно-нагноительная форма является редкой формой рубромикоза с локализацией на волосистой части головы и в области усов и бороды.

Диагностика распространенной руброфитии может быть очень трудной вследствие полиморфизма клинических проявлений заболевания, поэтому важное значение имеет лабораторное (микроскопическое и культуральное) исследование патологическо-

го материала на грибы.

Генерализованные формы руброфитии [6–8] характеризуются полиморфизмом высыпаний и значительной площадью их распространения. Они могут проявляться в виде эритематозно-сквамозных, узелковых и узловатых элементов. При длительном течении руброфитии гладкой кожи приобретает выраженный клинический сходство с другими дерматозами: экземой, псориазом, нейродермитом, параспориозом, кольцевидной гранулемой, красным плоским лишаем, дерматитом Дюринга.

В настоящей публикации представляем случай необычного клинического течения у пациентки Т., 83 лет, поступившей на обследование в НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больная Т. поступила в клинику 24.06.2010 г. с жалобами на распространенные высыпания в области туловища, головы, лица, рук и ног. Считает себя больной в течение одного года, когда впервые появились зудящие высыпания в области живота. При обращении к дерматологу по месту жительства был поставлен диагноз «токсидермия». Пациентка получала наружную и системную терапию, названия которой не помнит, с незначительной и непродолжительной динамикой. В дальнейшем очаги поражения в области живота и груди продолжали экстенсивно распространяться, появились новые высыпания в области паховых складок, на спине. При очередном обращении в КВД был поставлен диагноз «вульгарный псориаз». Получала лечение, названия препаратов не помнит. Клинической динамики не отмечала.

При поступлении в НИИ им. П.Н. Кашкина патологический процесс был локализован в области волосистой части головы, носа с переходом на область правого глаза, под молочными железами, в паховых складках с переходом на область живота, в области спины, бедер, стоп. На фоне сухой кожи, нормальной окраски и температуры имелись папулы, сливающиеся в крупные (до 10–15 в диаметре) очаги, слегка инфильтрированные, правильной округлой формы, с четкими краями. Некоторые из элементов имели вид мишени или «кольца в кольце». Поверхность бляшек была покрыта крупными серыми чешуйками, как правило, по всей поверхности бляшки (Рис.1, 2).

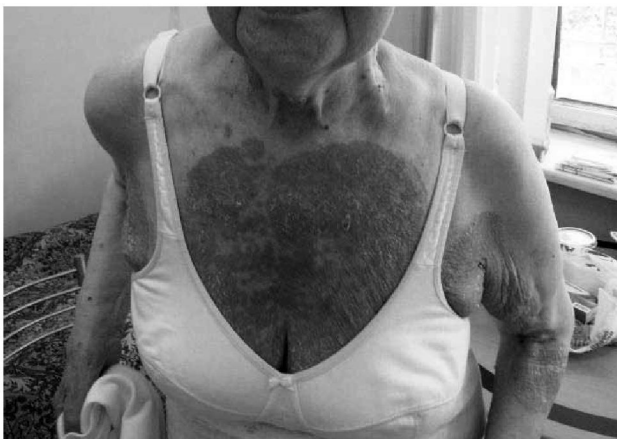
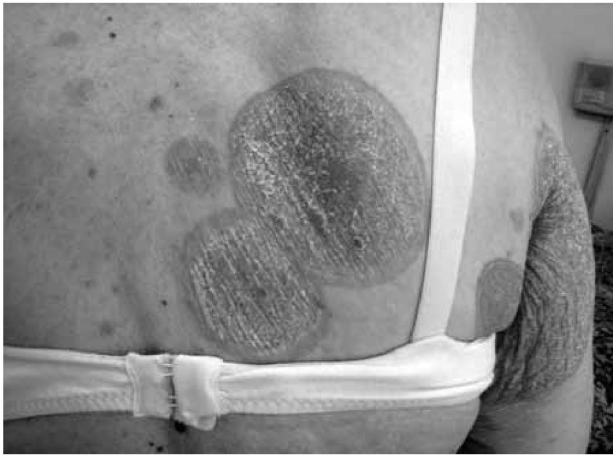


Рис. 1, 2. Пятна округлой формы, с фестончатым краем, поверхность покрыта мелкими чешуйками

В области обеих стоп выявили пятна, с четкими границами, сливающиеся, неправильной формы, слегка инфильтрированные. Поверхность пятен шелушилась, в межпальцевых промежутках наблюдали неглубокие трещины – распространенный патологический процесс, захватывающий межпальцевые промежутки.

Все ногтевые пластинки стоп изменены в форме, желто-коричневого цвета, крошащиеся со свободного края, со значительным количеством гиперкератотических масс в ногтевом ложе.

Из анамнеза жизни известно, что женщина работала в течение 30 лет техником-рентгенологом. На пенсии с 1976 г. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит А, ИБС, атрофический ринофарингит, сенсоневральную тугоухость.

Клинический анализ крови от 22.06.2010: Нб. – 131 г/л, эр. – $4,33 \cdot 10^{12}/л$, л. – $12,20 \cdot 10^9$ г/л, с. – 24%; э. – 4%; лимф. – 65%; мон. – 4%; СОЭ – 35 мм/час.

Биохимический анализ крови от 25.06.2010: сахар – 5,9 ммоль/л; билирубин – 10,3 ммоль/л; АЛТ – 19 МЕ/л; АСТ – 22 МЕ/л.

Общий анализ мочи от 22.06.2010: уд. вес – 1020, реакция – 5,0, белок – отр., глюкоза – отр.; эпителий плоский – 4-3-6 в п/зр.; цилиндры – 0; бактерии ++.

При микроскопическом анализе чешуек из очагов поражения обнаружен мицелий гриба в значительном количестве (Рис. 3).

В посевах роста культуры не получено.

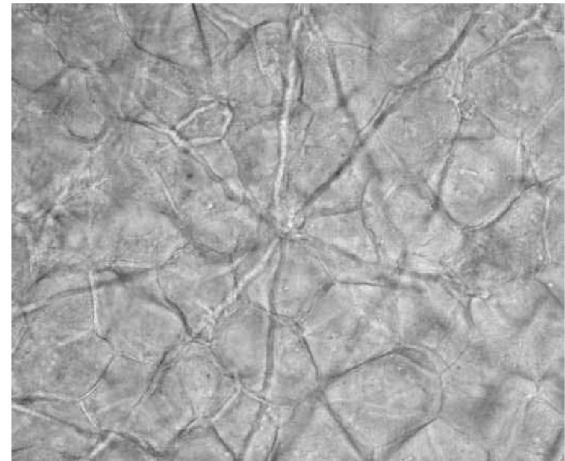


Рис. 3. При микроскопическом исследовании мицелий покрывает все поле зрения

В микологической клинике пациентка получала лечение тербинафином по 250 мг/сутки – 21 день, а также наружно – 5% салициловую мазь на очаги поражения 1 раз/сутки – 5 дней; в дальнейшем – крем тербинафин на очаги поражения 1 раз/сутки – 14 дней, на трещины межпальцевых промежутков – раствор анилиновых красителей (фукорцин) 1 раз в 2 дня в течение 6 дней.

Больная выписана под наблюдение дерматолога по месту жительства в удовлетворительном состоянии с полным разрешением элементов кожной сыпи и вторичной гиперпигментации в очагах поражения. Пациентке рекомендовали продление системной антифунгальной терапии в прежнем объеме, а также назначили аэвит по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 30 дней.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время наиболее практичной является этиологическая классификация дерматомикозов, согласно которой их подразделяют на: 1) обусловленные дерматомицетами; 2) обусловленные дрожжеподобными грибами и 3) обусловленные плесневыми грибами. В особую группу выделяют глубокие и системные микозы, которые, однако, не относят к заболеваниям кожи. Наблюдаемые при этих заболеваниях изменения кожи, как правило, не являются ведущим симптомом болезни, не имеют каких-либо строго специфичных клинических признаков, и диагноз устанавливают на основании данных лабораторного обследования больного.

Внутри этиологической классификации грибковые заболевания кожи, в свою очередь, подразделяют на различные клинические формы с учетом локализации патологического процесса и особенностей его течения.

Широкое и бесконтрольное использование глюкокортикостероидных гормонов, особенно для наружного применения в форме мазей или кремов, может существенно изменять клиническую картину микозов и затруднять их диагностику. Чаще всего

это имеет место при использовании кремов и мазей, содержащих сильнодействующие фторированные глюкокортикостероиды, реже – гидрокортизон. Общее использование гормонов также изменяет течение микозов, хотя в меньшей степени, чем наружное.

У пациентов обычно анамнез болезни типичен. Они начинают лечение очагов микоза самостоятельно или по рекомендации врача, поставившего неправильный диагноз; реже – это происходит у больных, получающих лечение гормонами, иногда в сочетании с цитостатиками по поводу каких-либо системных заболеваний.

Вначале смазывание очагов микоза глюкокортикостероидными мазями или кремами приводит к резкому уменьшению зуда и почти полному исчезновению воспалительных явлений, как у данной пациентки. Прекращение лечения вызывает быстрый рецидив болезни, что вновь заставляет больного использовать глюкокортикостероиды. Этот процесс может длиться в течение длительного периода времени (до нескольких месяцев). Дальнейшее использование топических стероидов в значительной мере изменяет клиническую картину истинного заболевания и имитирует такие дерматозы, как токсидермия или псориаз. У наблюдаемой нами пациентки выставляли различные диагнозы с дальнейшим применением неспецифической терапии. В одном из дерматологических отделений был установлен синдром псориазической триады или описание кожного статуса соответствовало токсидермии.

Чаще всего глюкокортикостероидными кремами лечат микозы паховых и подмышечных складок, лица, кистей рук. В паховых и подмышечных складках постепенно формируется гиперпигментация кожи, и появляются стойкие узелки, не исчезающие при смазывании кортикостероидными мазями; могут возникнуть атрофические рубцы. На лице клиническая картина микоза при длительном использовании глюкокортикостероидных мазей может приобретать черты периорального дерматита (люпоидные акне). В этих случаях появляются мелкие буровато-красные узелки и пустулы; кожа становится атрофичной, бурой, на ней возникают телеангиэктазии. Иногда на участках измененной кожи на лице, в

складках и на кистях рук сохраняются типичные для микоза кольцевидные воспалительные высыпания. Наиболее частой причиной микоза кожи лица является *T. rubrum*, и у этих больных, как правило, имеется микоз и онихомикоз кистей. Для установления правильного диагноза необходимо рекомендовать больному отказаться от использования глюкокортикостероидных кремов или мазей на несколько дней. За это время очаги микоза, как правило, приобретают более или менее типичный вид, и в соскобах с них при микроскопическом исследовании можно обнаружить мицелий гриба.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для верификации диагноза необходим этапный диагностический алгоритм с обязательным комплексом лабораторных исследований, включающих в себя микроскопическое и культуральное исследования, позволяющие не только верифицировать клинический диагноз, но и определить тактику и объем предполагаемой терапии. Зачастую, выбор самой антифунгальной терапии также зависит от результатов лабораторных исследований, а отсутствие микологического обследования может привести к неэффективности проводимой терапии и/или формированию резистентно-устойчивых штаммов. Так, например, некоторые грибы рода *Candida* нечувствительны к азолам (*C. krusei* и *C. glabrata*), вследствие чего лабораторная диагностика должна непременно включать в себя культуральное исследование.

Однако в практике дерматолога большое значение имеет клинический метод диагностики. Знание особенностей клинической картины, знакомство с принципами лабораторной диагностики, правилами забора материала помогают избежать диагностических ошибок и неэффективности проводимой терапии.

В данном конкретном случае особенности клинических проявлений заболевания позволили заподозрить и поставить диагноз «микоз гладкой кожи», а также провести дальнейший алгоритм верификации диагноза, ставшего основой дальнейшей терапии, которая завершилась полным выздоровлением пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gaigi G., Kamoun M.R. Les mycoses du pied chez le diabétique : étude prospective de 150 patients // J. of Medical Mycology. – 2009. – Vol.19, Issue 1. – P. 29-33.
2. Елинов Н.П. Дерматомицеты (лекция). – СПб., 2010. – 48 с.
3. Cheikhrouhou F., Makni F., et al. La maladie dermatophytique: revue de la littérature // J. of Medical Mycology. – 2010. – Vol.20, Issue 1. – P. 61-69.
4. Piérard G.E., Arrese J.E., Piérard-Franchimont. Dermatophytoses partagées entre l'homme et l'animal // Ann. Méd. Vét. – 2001. – Vol.145. – P. 184-188.
5. Fékih N. EL, Faza'a B., Zouari B., et al. Les dermatoses professionnelles // Hanspeter Rast 12e édition remaniée. – 2009. – P. 22-23.
6. Fathallah Akila, Dr. Saghrouni Fatma. Le diagnostic des mycoses superficielles // Tunis, 2008.
7. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим болезням. 3-е издание. – СПб.: Питер. – 2005. – 464 с.
8. <http://www.atlas-dermato.org/cours/mycose.htm>

Поступила в редакцию журнала 06.10.2010

Рецензент: В.Г. Корнишева