

М.И. Гордейкин

Донецкий областной кожно-венерологический диспансер

Споротрихоз: случай из клинической практики

В статье приведен случай редкого для Украины глубокого микоза — споротрихоза: клиничко-лабораторные данные, проводимое лечение и его результат.

Ключевые слова

Споротрихоз, клинические проявления, диагностика, лечение.

Споротрихоз (синонимы: болезнь Шенка, болезнь Берманна, болезнь садовников, ринклядиоз) — подостро или хронически протекающий глубокий микоз, вызываемый диморфным грибом *Sporothrix schenckii*, поражающий кожу, подкожную жировую клетчатку, лимфатическую систему, слизистые оболочки и внутренние органы [5].

Споротрихоз встречается повсеместно, за исключением полярных регионов, наиболее распространен в тропиках и субтропиках (особенно в странах Центральной, Южной Америки). Регистрируется до 1–2 случаев на 1 млн человек в США, в Перу — 48–60 случаев в год на 100 тыс. жителей [3, 4]. В последние годы сложилась эндемичная ситуация в северо-восточных регионах Китая (457 случаев за три года наблюдения) [6]. Сведений о заболеваемости споротрихозом в Украине найти не удалось.

Споры гриба обнаруживаются на растениях, цветах (особенно розах), в сене, белом торфяном мхе, шкурах животных (прежде всего кошек), деревьях, деревянных подпорках в шахтах, в почве и др. Описаны вспышки споротрихоза среди рабочих шахт Южной Африки, где гриб обсеменял деревянные крепления [5]. Риск проникновения возбудителя в кожу подвергаются люди, занимающиеся фермерством, садоводством, цветоводством, уходом за животными. Это профессиональная болезнь фермеров, садовников и цветоводов. Человек, как правило, инфицируется при глубокой травматизации кожи (колючки, шипы, занозы, осколки стекла), но возможен и ингаляционный путь заражения при

массивном попадании спор в дыхательную систему, а также через загрязненный материал (у лабораторных работников) и от больного человека. Источником инфекции могут быть болеющие домашние животные, а в эндемичных регионах южноамериканского континента — броненосцы (после их царапин) [1, 5].

Заболеванию подвержены преимущественно люди с ослабленной иммунной системой (сахарный диабет, алкоголизм, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, иммуносупрессивная терапия) [2, 5].

Клинические проявления споротрихоза бывают различными. Чаще всего наблюдается кожный споротрихоз, подразделяющийся на эпидермальный, дермальный (с вовлечением лимфатических сосудов) и диссеминированный подкожный. Характерно появление споротрихозных узлов — безболезненных, неспаивающихся с кожей, чаще в области предплечий и кистей. Часть из них, созревая, распадается, некротизируется и изъязвляется с формированием так называемого споротрихозного шанкра. После частичного распада образуются свищи (с возбудителем в отделяемом), реже узлы не подвергаются изъязвлению и распаду. Узлы и язвы располагаются «эшелонировано» или группами по ходу лимфатических сосудов и узлов, приводя к развитию в них лимфангоитов и лимфаденитов; от «споротрихозного шанкра» по ходу лимфатического сосуда тянется плотный тяж с множественными узелками, которые, как и первичный очаг, могут изъязвляться. Язвы характеризуются длительным заживлением с формированием рубца.

Наряду с узлами могут быть пустулы (иногда множественные споротрихозные абсцессы), папулы, вегетации, псориазиформные, экземоподобные проявления типа интертриго.

Кожно-подкожная форма споротрихоза нередко протекает с вовлечением лимфатических сосудов и узлов (кожно-лимфатическая форма). В данном случае возбудитель, проникая через кожу, поражает избирательно лимфатические сосуды, в некоторых случаях попадает в регионарные лимфоузлы, приводя к их уплотнению и спаиванию. Эпидермальные изменения над пораженными лимфатическими сосудами и узлами в самом начале заболевания не наблюдаются; в дальнейшем кожа над ними становится синюшно-красной с фиолетовым оттенком, затем приобретает коричневатую окраску. Нагнаивающиеся узловатые инфильтраты по ходу пораженных лимфатических сосудов вскрываются, вследствие чего образуются язвы или свищи. При этом регионарные лимфатические узлы также могут нагнаиваться и изъязвляться. Язвы заживают рубцом, под которым иногда спустя некоторое время вновь формируются «холодные» абсцессы.

Споротрихозное поражение лимфатических узлов может быть изолированным. Иногда при «расплавлении» лимфатических узлов происходит гематогенная диссеминация возбудителя с потенциальной генерализацией процесса и появлением «метастазов» в органах и тканях, что зачастую приводит к летальному исходу.

Споротрихоз слизистых оболочек бывает первичным или является следствием диссеминации процесса. Поражения обнаруживаются на слизистой оболочке носа, рта, зева, глотки, гортани и имеют вид очаговых эрозивно-язвенных, папилломатозных проявлений. При заживлении образуются мягкие рубцы.

Поражение мышц, сухожилий, костей, суставов (кожно-суставная форма) встречается примерно в 10 % при кожном диссеминированном споротрихозе (обычно в результате гематогенной диссеминации инфекции), что ведет к возникновению очагов хронического периостита и остита (чаще в берцовых костях, фалангах пальцев, костях черепа). В мышцах отмечаются уплотнения гуммозного характера и абсцессы.

При тяжелых проявлениях микоза в патологический процесс вовлекаются глаза (паноптальмиты, язвы роговицы), придатки яичек, яички, а также внутренние органы — легкие, печень, почки. Описаны споротрихозные поражения мягких оболочек головного мозга (споротрихозный менингит) [1].

Споротрихоз необходимо дифференцировать от других глубоких микозов, лейшманиоза, сар-

коидоза, туберкулеза, сифилиса, лепры, туляремии, йододермы, пиодермий. Диагноз устанавливается на основании лабораторного подтверждения — обнаружения споротрихома в виде дрожжеподобных округлых, сигарообразных или булавовидных бациллярных образований при микроскопическом либо гистологическом исследовании. При посеве на обычные питательные среды вырастают серовато-коричневые колонии, при их микроскопии виден ветвящийся, септированный мицелий с конидиями по бокам, сидящими на ножках [1, 5].

Ввиду редкости наблюдения споротрихоза в Украине приводим клиническое наблюдение из нашей практики.

Пациентка С., 60 лет, обратилась в ОКВД с жалобами на безболезненные высыпания на коже обеих кистей.

Анамнез заболевания: заболела месяц назад, появление высыпаний на коже кистей связывала с проведением накануне ремонта старого пружинного матраса, в процессе которого травмировала пружинами кожу пальцев. Через несколько дней в местах травматизации появились синюшно-багровые элементы. Самостоятельно обрабатывала высыпания серно-салициловой мазью, индометациновой мазью — без эффекта. Через три дня на коже правого предплечья отметила появление ярко-красного пятна линейной формы. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, с предположительным диагнозом «контактный дерматит?» была направлена в ОКВД для уточнения диагноза.

Анамнез жизни: пациентка состояла на диспансерном учете у терапевта по поводу гипертонической болезни II степени, хронического холецистопанкреатита, хронического гастродуоденита, хронического криптогенного гепатита; в 2002 году оперирована по поводу рака шейки матки. Аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре на коже второго пальца правой кисти определялись 4 безболезненных при пальпации узелка плотной консистенции багрово-синюшного цвета от 0,5 до 1,2 см в диаметре, на дистальной фаланге пальца узелок изъязвлен с образовавшейся сухой серозной коркой в центре. Аналогичные сгруппированные узелки до 0,4 см в диаметре имелись на третьем пальце правой кисти и первом пальце левой кисти. На коже внутренней поверхности правого предплечья отмечались явления уходящего лимфангоита в виде бледно-розового пятна линейной формы, при пальпации в глубине мягких тканей определялись 2 линейно расположенных безболезненных узла плотно-эластичной консистенции до 0,7 см в диаметре (рис. 1).

При микроскопии содержимого узелков, полученного пункционным методом с помощью инсулинового шприца и окрашенного по Романовскому—Гимзе, определялись споры гриба сигаровидной формы и скопления четко очерченных округлых спор (рис. 2). Посев на среду Сабуро роста не дал (возможно, из-за малого количества пункционного материала).

Отклонений в общеклинических анализах крови и мочи, биохимических анализах крови (билирубин, АсТ, АлТ, мочевины, креатинин, общий белок) не выявлено, КСР отрицательный, на обзорной рентгенографии органов грудной клетки патологии не обнаружено.

На основании клинико-анамнестических и лабораторных данных пациентке был установлен диагноз: споротрихоз, кожно-лимфатическая форма.

Согласно клиническим практическим рекомендациям Американского общества инфекционных болезней по диагностике и лечению споротрихоза от 2007 г. [2] пациентка получала итраконазол («Итракон») 200 мг/сут и гепатопротекторы. На высыпания в области кистей наносила крем с тербинафином («Ламикон») 2 раза/сут, на узлы в области предплечья с противовоспалительной и рассасывающей целью были назначены месячными курсами компрессы с 20 % раствором димексида, линимент Вишневского, чистый ихтиол, а также УВЧ-терапия и электрофорез с лидазой по 10 сеансов. Во время приема итраконазола ежемесячно контролировались уровни билирубина и трансаминаз.

Через 3 мес терапии высыпания на коже кистей разрешились бесследно, однако узлы в области предплечья уменьшились в размерах до 0,4 см в диаметре, в связи с чем системная терапия итраконазолом была продолжена. Несмотря на применение гепатопротекторов и соблюдения диеты (стол № 5), после 5 мес приема итраконазола появились жалобы на общую слабость, сниженный аппетит, горечь во рту, отмечалось повышение уровней трансаминаз в 3 раза. Лечение системным антимикотиком было прекращено. От хирургического удаления узлов пациентка отказалась. В процессе дальнейшего наблюдения в течение 6 мес позитивная и негативная динамика имевшихся узлов не отмечалась, по настоящее время находится под наблюдением.

Выводы

Таким образом, врачам-дерматовенерологам следует быть внимательными по отношению к спо-

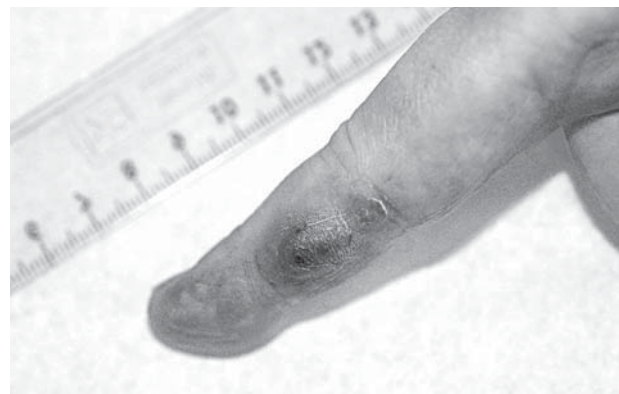
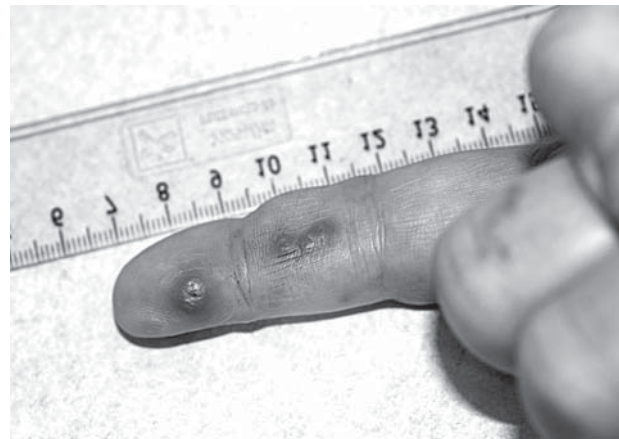


Рис. 1. Пациентка С., 60 лет. Вид узелков на пальцах рук

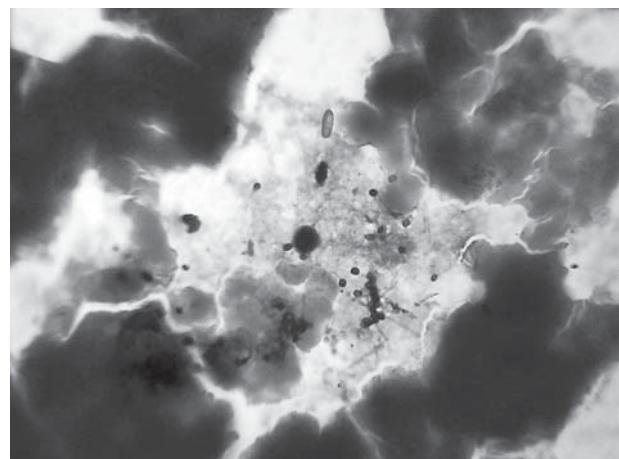


Рис. 2. Микроскопическая картина содержимого узелков

ротрихозу и другим глубоким микозам, уметь вовремя заподозрить и провести комплекс необходимых лабораторных исследований для уточнения диагноза и своевременного назначения этиологически адекватной терапии.

Список литературы

1. Кулага В.В., Романенко О.М., Афонин С.Л., Кулага С.М. Грибковые болезни и их осложнения. Клиника, диагностика, лечение: Руководство для врачей.— Луганск: Элтон-2, 2006.— 520 с.
2. Kauffman C.A., Bustamante B., Chapman S.W. et al. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis.— 2007.— Vol. 45, N 10.— P. 1255–1265.
3. Mata-Essayag S., Delgado A. et al. Epidemiology of sporotrichosis in Venezuela // Int. J. Dermatol.— 2013.— Vol. 52, N 8.— P. 974–980.
4. Pappas P.G., Tellez I., Deep A.E. et al. Sporotrichosis in Peru: description of an area of hyperendemicity // Clin. Infect. Dis.— 2000.— Vol. 30, N 1.— P. 65–70.
5. Ryan K.J., Ray C.G. Sherris Medical Microbiology.— McGraw Hill, 2004.— 992 p.
6. Song Y., Li S.S., Zhong S.X. et al. Report of 457 sporotrichosis cases from Jilin province, northeast China, a serious endemic region // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.— 2013.— Vol. 27.— P. 313–318.

М.І. Гордейкін

Донецький обласний шкірно-венерологічний диспансер

Споротрихоз: випадок із клінічної практики

У статті наведено випадок рідкісного для України глибокого мікозу — споротрихозу: клініко-лабораторні дані, проведене лікування та його результат.

Ключові слова: споротрихоз, клінічні вияви, діагностика, лікування.

M.I. Gordyeykin

Donetsk Regional Dermatovenerologic Dispensary

Sporotrichosis: case of clinical practice

The article presents a rare in Ukrainian practice case of deep mycosis — sporotrichosis, clinical and laboratory data, treatment and outcomes.

Key words: sporotrichosis, clinical manifestations, diagnosis, treatment.

Дані про автора:

Гордейкін Максим Ігорович, лікар-дерматовенеролог, заст. головного лікаря з лікувальної частини
83087, м. Донецьк, вул. Калініна, 107б. Тел. (062) 311-58-00
E-mail: don.okvd@mail.ru