



В.Є. Гладчук

## Ступінь алергенних властивостей різних видів грибів – вплив на характер клінічних проявів мікоалергії

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

**Ключові слова:** мікози стоп, мікіді.

**Ключевые слова:** микозы стоп, микуды.

**Key words:** foot mycoses, mycydes.

У більшості з обстежених шахтарів, хворих епідермофітією стоп, відзначаються різні прояви мікідів на шкірі. Подальшого дослідження потребує аналіз факторів, які сприяють або запобігають появі алергій при мікозах стоп.

У більшості обстежених шахтерів, больных эпидермофитией стоп, отмечаются различные проявления микозов на коже. Дальнейшего исследования требует анализ факторов, которые способствуют или предупреждают появление аллергидов при микозах стоп.

Most examined miners with mycoses foot have different manifestations of mycydes. It needs further research of factors which promote or prevent the appearance of allergids with foot mycoses.

Дерматомикози залишаються одними з найчисельніших інфекційних захворювань у людей різного віку, у тому числі, працездатних верств населення [1–3].

Більшість із збудників грибкових захворювань у людини мають алергенні властивості, причому різні види грибів мають різний ступінь алергенності. Одночасно, реакції організму на патогенні гриби найрізноманітніші й мають цілу низку особливостей, навіть, на перший погляд, парадоксальних. Так, наприклад, фавус, не зважаючи на досить тяжкі ураження організму (включаючи uszkodження внутрішніх органів і навіть головного мозку), як правило, не викликає алергізації організму, тобто фавіди виявляються вкрай рідко.

Збудники мікозів антропозоофільної групи (пушковий мікроспорум, гіпсовий трихофітон) мають виразніші антигенні й алергенні властивості. Наприклад, при інфільтративно-гнійній формі трихофітії (збудник – гіпсовий трихофітон) спостерігається класична картина грибкової алергії. Тривалість такої сенсibiлізації у хворих, що перенесли інфільтративно-гнійну форму трихофітії, зберігається інколи протягом 20 і навіть 40 років [1].

Найбільшу проблему у відношенні патогенезу й в соціальному плані створюють поверхневі мікози та псевдомикози, які супроводжуються алергічними ускладненнями і значно збільшують число випадків з тимчасовою втратою працездатності (особливо робітників промислових галузей господарства) [4–6].

Ця робота є фрагментом комплексних НДР Донецького національного медичного університету ім. М. Горького за № державної реєстрації 0208U004249 та Запорізького державного медичного університету за № державної реєстрації 0107U005122 і присвячена удосконаленню методів діагностики, лікування та профілактики хронічних дерматозів, зокрема мікозів, ускладнених появою на шкірі різноманітних алергій, аж до розвитку мікотичної екземи.

### Мета роботи

Вивчити частоту розвитку алергій при мікозах стоп різної етіології та фактори, що сприяють появі цього ускладнення.

### Пацієнти і методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 120 чоловіків-робітників вугільних шахт віком від 20 до 55 років, хворих

на різні види мікозу стоп. Під цим терміном об'єднані розповсюджені грибкові захворювання, які переважно ушкоджують шкіру та нігті стоп. Серед збудників захворювання найчастіше виявляються *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* (*Epidermophyton Kaufmann-Wolf*) та *Trichophyton rubrum*. Нині, за даними наукової літератури, спостерігається також підвищення питомої ваги збудників мікозів стоп, які раніше майже не траплялись, наприклад, *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Scopulariopsis*.

З усіх обстежених хворих збудник епідермофітії (*Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*) виявлявся у 95 (79,2%), руброфітії (*Trichophyton rubrum*) – у 25 (20,8%). Для забезпечення репрезентативності статистичного аналізу в групі обстежених не включали хворих з ушкодженнями нігтів.

Інтертригінозна форма епідермофітії стоп спостерігалась у 49 з 95 (51,6%) хворих та зазвичай характеризувалась ушкодженням шкіри пальців та міжпальцевих складок (між 3-м та 4-м, 4-м та 5-м пальцями), де відмічалась мацерація, ерозії, тріщини. Мацерований епідерміс легко відшаровувався, оголюючи рожево-червону блискучу мокнучу поверхню, а на периферії цієї ділянки він нависав у вигляді бахромки. Суб'єктивно спостерігалась сверблячка шкіри. У деяких хворих процес з міжпальцевих ділянок розповсюджувався на прилеглу шкіру тильної поверхні стопи. Дисгідротична форма, яка виявлялась у 21 (22,1%) обстеженого, характеризувалась виявленням пухирів та пухирців на склепінні стоп з наявністю прозорої, дещо клейкої рідини із розірваною покришкою на більшості з них та білястий обривками епідермісу на периферії. В цих місцях спостерігались ерозії, намокання та формувались кірки; суб'єктивно турбував свербіж шкіри. У решти обстежених хворих (25–26,3%) діагностувались змішана форма епідермофітії стоп з поєднанням клініки інтертригінозної та дисгідротичної форм.

У хворих з руброфітією на підшвах шкіра була дещо почервонілою, місцями потовщеною (гіперкератоз), сухою, з мукоподібним лущенням (виразнішим у заглибленнях, бороздах шкіри). По краях осередків ушкодження відзначалось більш виразне мілкопластинчатє лущення. Хворих періодично турбував свербіж.

Пацієнти отримували лікування у відповідності з інструктивними положеннями, затвердженими МОЗ України: дієта з обмеженням або утриманням від смажених, копчених харчових продуктів, виключенням приправ, солодоців, алкогольних напоїв; дотримання гігієни одягу та взуття; місцево – базисна антимікотична терапія з використанням традиційних фунгіцидних засобів (міконазол, кетоконазол, тербінафін). У разі необхідності використовували ванночки для стоп з перманганатом калію, розчини анілінових барвників, підкислювальні присипки, марлеві прокладки між пальцями стоп. У разі наявності проявів сенсibiliзації використовували антигістамінні препарати (фенкарол або тавегіл тричі на добу), гіпосенсибілізуючі засоби (розчини натрію тіосульфату 30% або кальцію глюконату 10%); місцева протизапальна терапія алергидів призначалась у відповідності з характером висипки на шкірі [7].

#### Результати та їх обговорення

Проведено аналіз появи алергидів на шкірі хворих епідермофітією та рубромікозом стоп, лікованих стандартним методом.

У більшості випадків епідермофітії стоп (у 50 з 65) поява алергидів на шкірі спостерігалась близько до основних вогнищ ушкодження, але в подальшому набувала схильності до розповсюдження на віддаленіші ділянки шкіри.

При дисгідротичній формі нерідко схильність до розвитку екземоподібних змін, що спостерігалась в основних вогнищах ушкодження, відзначалась і в місцях локалізації вторинної висипки (яка протікала з явищами екзематизації).

Спостерігалась деяка закономірність розвитку алергидів при епідермофітії з наявністю грибкового процесу на склепінні стоп (дисгідротична форма):

- частіше мікіді були у вигляді дисгідротичних везикул на бокових поверхнях пальців, симетрично (у 15 з 21 – 71,4% хворих дисгідротичною формою та у 20 з 25 – 80% – змішаною формою епідермофітії); виникали дрібні, рідше великі везикули з прозорим вмістом, які супроводжувались відчуттям печіння або свербіжу;
- у решти хворих з цими формами епідермофітії вези-

кули з'являлися на тильній поверхні пальців, а у 4 пацієнтів з дисгідротичною формою та у 2 зі змішаною – на тильній поверхні кистей («дисгідротичні» алергиди).

У 30 з 49 (61,2%) хворих інтертригінозною формою епідермофітії, у яких спостерігались алергиди, вони локалізувалися на кінцівках, рідше на тулубі, у вигляді еритемо-сквамозної висипки (яка дещо нагадувала рожевий лишай), а також папуло-везикульозних елементів (дещо схожі на коросту); суб'єктивно відзначався свербіж.

У 35 пацієнтів мікіді, які спостерігались при інтертригінозній (у 15 з 30), дисгідротичній (у 10 з 15) та змішаній (у 10 з 20) формах епідермофітії в подальшому трансформувались у мікотичну екзему (яка у більшості випадків локалізувалась асиметрично на гомілках або на тильній поверхні стоп, з чітким обмеженням вогнищ ушкодження, наявністю намокання, еритеми, мікроевезикул, гнійно-геморагічних кірок); у 5 з 6 хворих з наявністю «дисгідротичних» алергидів процес також трансформувався в мікробну екзему, але з локалізацією на кистях.

У жодного хворого епідермофітією в місцях локалізації алергидів патогенні гриби не знайдено.

Стосовно пацієнтів з рубромікозом ми не спостерігали жодного випадку появи алергидів на шкірі.

#### Висновки

У хворих різними формами епідермофітії стоп спостерігаються деякі відмінності алергидів (при дисгідротичній та змішаній формах переважав ексудативний компонент запальної алергічної реакції). У частини хворих прояви мікідів, які розпочинались як ізольована еритемо-сквамозна, папульозна чи везикульозна висипка, в подальшому трансформувались у мікотичну екзему. В жодному випадку в мікідях не було знайдено збудника основного захворювання. У хворих рубромікозом стоп появи мікідів не спостерігалось, незважаючи на таку ж стандартну терапію, як і при епідермофітії. Перспективою подальших досліджень може стати з'ясування питання впливу лікування мікозу стоп на появу мікідів, а також виявлення інших факторів, що сприяють алергізації організму пацієнтів.

#### Література

1. Грибковые болезни и их осложнения. Клиника, диагностика, лечения: руководство для врачей / В.В. Кулага, И.М. Романенко, С.Л. Афонин, С.М. Кулага. – Луганск: Элтон-2, 2006. – 520 с
2. Буянова О. Застосування мазі кремген у комплексному лікуванні атопічного дерматиту та мікробної екземи / О.В. Буянова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 1 (4). – С. 42–43.
3. Дюдюк А. Фузидерм Б в лечении больных аллергодерматозами и дерматозами с наличием бактериальной инфекции / А.Д.Дюдюк, Н.Н. Полюн // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – № 4. – С. 42–45.
4. Дудченко Ю. Використання препарату «Ламікон» (тербінафін) у лікуванні дерматомикозів, оніхомікозів / Ю.М.Дудченко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – № 1 (20). – С. 70–72.
5. Сторожук Л. Функціональний стан периферичного кровообігу у хворих на ексудативну форму мікозів ступень / Л.А. Сторожук // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2009. – № 1–2 (12). – С. 37–38.
6. Федотов В. Опыт применения крема Ломексин® («Recordati Chemical and Pharmaceutical Company S.p.A», Италия) в наружной терапии бактериальных и грибковых заболеваний кожи / В.П. Федотов, В.В. Горбунцов, О.П. Бенюх // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2009. – № 1–2 (12). – С. 264–267.
7. Рациональная диагностика та лікування в дерматології та венерології / ред. І.І. Маврова. – К.: Доктор-Медіа, 2007. – 344 с.

#### Відомості про автора:

Гладчук В.Є., к. мед. н., асистент каф. професійних хвороб та радіаційної медицини ДНМУ ім. М. Горького.

#### Адреса для листування:

Гладчук В'ячеслав Євгенович. 83000, м. Донецьк, пр. Дзержинського, буд. 2, кв. 260.