

К ВОПРОСУ ОБ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ

*Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, А.П. Белозоров,
И.А. Пятикоп, В.П. Матюшенко*

ГУ „Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины”

Резюме. В статье представлен анализ литературных источников по вопросу атипичных форм микозов гладкой кожи и дано описание клинических случаев атипичных форм дерматомикозов.

Ключевые слова: *инфекционные заболевания, атипичные формы дерматомикозов, клинические случаи.*

Микозы являются одним из основных инфекционных заболеваний кожи, которые в значительном числе случаев обусловлены дерматомицетами. В последнее время наблюдается рост заболеваемости микозами кожи и возрастание количества атипичных форм. По данным Всемирной организации охраны здоровья, каждый третий житель планеты болен микозом, а 90% людей хотя бы раз в жизни болели грибковыми инфекциями. Частота их возникновения неуклонно растет: каждые 10 лет количество пациентов растет в 2,5 раза. На сегодня для грибковой инфекции характерна тенденция хронического течения и устойчивости к современным методам терапии. [1,2,4]

Дерматофиты, являясь довольно активными патогенами, способными разрушать кератиновые субстанции, гораздо чаще внедряются в изначально поврежденные участки кожи или ногтевые пластинки. В данную группу микозов включают заболевания, поражающие эпидермис, дерму, придатки кожи (волосы, ногти). Причиной поражений являются грибы трех родов *Trichophyton*, род *Microsporum*, род *Epidermophyton*. [9,10]

Типичная клиническая картина дерматофитии гладкой кожи представлена эритематозными бляшками с четкими границами, приподнятым краем и шелушением, более выраженным по периферии. Как и всякое инфекционное заболевание кожи, дерматофития отличается асимметрией очагов. Сыпь может сопровождаться зудом. Кроме излюбленной локализации на стопах и кистях, очаги дерматофитии могут располагаться на любом участке кожного покрова. Наиболее часто поражаются крупные складки (пахово-бедренные, межягодичные), реже – кожа голеней, туловища и конечностей. [7]

На данный момент в медицинской литературе уделяется недостаточное внимание атипичным формам дерматомикозов, однако существует множество клинических вариантов течения дерматофитий, наиболее распространенными из них являются:

– *Tinea incognito* – дерматофития гладкой кожи, своевременно не распознанная и леченная глюкокортикостероидами. Характерно расположение очагов на лице, тыле кистей, в паховых складках (в данном слу-

чае *tinea incognito* относится столько же к дерматофитии гладкой кожи, сколько к микозу паховых складок). В очагах *tinea incognito* типичная картина с периферическим валиком и шелушением стирается, формируются глубокие узелковые элементы. В последствии в связи с частым применением глюкокортикостероидов, дающих лишь кратковременный эффект, к клинической картине добавляются атрофия кожи, гиперпигментация и телеангиэктазии;

– трихофитийная гранулема Майокки, чаще всего оказывается фолликулярной формой руброфитии гладкой кожи. Она, как правило, наблюдается у женщин. Очаги – группы перифолликулярных папул – обычно располагаются на голеньях. Это связывают с внесением возбудителя в волосяные фолликулы при эпиляции [7];

– стертая, сквамозная руброфития, характеризуется скудными клиническими проявлениями. При этой форме в межпальцевых складках стоп обнаруживается едва заметное шелушение в виде мелких муковидных чешуек и мелкие поверхностные трещинки. Больные либо не испытывают никаких ощущений, либо их беспокоит легкий зуд. В таком виде руброфития может существовать неопределенно долго. Постепенно увеличивается сухость кожи стоп, она становится грубой, желтовато–серого (грязного) цвета, шероховатой, усиливается шелушение. Роговой слой кожи значительно утолщается вплоть до грубых ороговелостей, особенно в местах давления и трения кожи стоп (подошвы, передне–боковые участки стоп), появляются глубокие болезненные трещины, наиболее выраженные в области пяток;

– *Tinea faciei* – локализация очагов на лице. Встречается и при руброфитии, и при микроспории, и при трихофитии (в последних случаях – при распространении с волосистой части головы). Для очагов *tinea faciei* характерны менее четкие границы, особенно в связи с использованием косметических средств. Данную форму выделяют в связи с тем, что в 70% случаев ее диагноз ставится

не сразу. Заболевание принимают за системную красную волчанку, реже – за другие типичные для данной локализации дерматозы. Отличить от других дерматозов *tinea faciei* помогают пузырьки, шелушение в очаге, асимметрия [7];

– эритродермия. При большой длительности существования очагов микоза на гладкой коже на фоне иммунодефицитных состояний у ряда больных наблюдается развитие эритродермии. Клиническими особенностями микотической эритродермии является отсутствие остро–воспалительных явлений в виде яркой эритемы и отека (протекает по сухому типу), желтоватый оттенок высыпаний, скудное отрубевидное шелушение, слабый зуд;

– инфильтративная форма микроспории – очаг на волосистой части головы несколько возвышается над окружающей кожей, гиперемирован, волосы чаще обломаны на уровне 3–4 мм. Следует особо подчеркнуть, что при этой разновидности микроспории слабо выражен чехлик из спор гриба у корня обломанных волос;

– нагноительная форма микроспории – на фоне значительного воспаления и инфильтрации формируются мягкие узлы синюшно–красного цвета, поверхность которых покрыта пустулами. При надавливании сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной;

– экссудативная микроспория волосистой части головы характеризуется выраженной гиперемией и отеком с расположенными на этом фоне мелкими пузырьками. Вследствие постоянного пропитывания чешуек серозным экссудатом и склеивания их образуются плотные корки, при удалении которых обнажается влажная эрозированная поверхность очага;

– трихофитоидная форма микроспории – на волосистой части головы рассеяны многочисленные мелкие очаги со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, явлений острого воспаления нет, волосы обломаны на уровне 1–2 мм над окружающей кожей. Встречаются и здо-

ровые волосы. Трихофитоидная микроспория чаще бывает у лиц старших возрастных групп, анамнез которых отягощен серьезными сопутствующими заболеваниями;

– себорейная микроспория волосистой части головы отмечается, главным образом, разрежение волос. Очаги обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос [3,5,6,8].

Дерматофитии могут сопровождаться аллергическими реакциями. Возникающие аллергиды называют микидами. Они располагаются на расстоянии от очага кожного поражения, вызванного грибами, но сами не содержат грибов. Микиды бывают: Лихеноидные; пятнисто-папулезные; дисгидрозиоформные; по типу нодулярной эритемы.

Ниже приводятся наши клинические наблюдения атипичных форм дерматофитий:

Случай 1. Больной С., 52 года, обратился с жалобами на высыпания в паховых складках и на внутренних поверхностях бедер. Очаг поражения занимал 2/3 поверхности бедер, имел четкие границы, плотный и горячий на ощупь, ярко-красного цвета с выраженным экссудативным компонентом (рис. 1). Был поставлен предварительный DS Эпидермодермит/Дерматомикоз?. С целью проведения дифдиагностики больного обследовали на наличие грибковой инфекции. При микроскопическом исследовании грибы были не обнаружены. Больному было назначено исследование ПЦР, при котором был обнаружен ампликон размером 366 н. п., который отвечает ДНК грибков вида *Trichophyton rubrum* что подтвердило DS Руброфития распространенная. Пациенту была назначена адекватная терапия (рис. 2).



Рис. 1. Больной С., до лечения



Рис. 2. Больной С., после лечения

Случай 2. Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на поражение кожных покровов верхней трети внутренней поверхности бедер, ягодиц и кожи левой подъягодичной складки. Дерматоз на внутренней поверхности бедер был представлен везикулами с серозным и гнойным содержимым, сгруппированными пузырьками на гиперемизированном фоне, остальные высыпания представляли собой очаги округлой формы, эритематозно-сквамозного характера с четкими границами и воспалительным валиком

по периферии. Анамнез и характер высыпаний на бедрах соответствовали клинической картине простого пузырькового лишая, учитывая локализацию высыпаний в области ягодиц, больной был обследован на наличие грибковой инфекции (рис. 3). При обследовании в соскобе с пораженных участков кожи был обнаружен мицелий грибков, на основании чего был поставлен DS Микоз гладкой кожи, атипичная экссудативная форма. Пациенту была назначена адекватная терапия (рис. 4).



а

б

Рис. 3. Больной А., до лечения



а

б

Рис. 4. Больной А., в процессе лечения

Случай 3. Больной П., 68 лет, обратился с жалобами в связи с поражением подошв, где на фоне гиперемии, шелушения наблюдались значительно выраженный гиперкератоз практически на всей поверхности подошв (рис. 5). При микроскопическом исследовании грибы не были обнаружены. Для уточнения диагноза больному было назначено исследование ПЦР, при котором был обнаружен ампликон размером 700 н. п., который отвечает ДНК пангрибковых параметров. Учитывая результаты обследования - DS Микоз стоп. Пациенту была назначена адекватная терапия.



Рис. 5. Больной П.

Атипичные формы дерматомикозов это группа инфекционных дерматозов, которые представляют эпидемиологическую опасность. Как при любой другой инфекции, большое значение имеет своевременная диагностика заболевания, в том числе с использованием ПЦР, и проведение лечебно-профилактических мероприя-

тий. Для предотвращения распространения инфекции заражения особое место занимает личная профилактика. Особенно актуальны профилактические мероприятия у лиц, регулярно посещающих бани, бассейны, сауны, спортивные секции, фитнес-клубы, а также у лиц определенных специальностей (спортсмены, военнослужащие, шахтеры и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунцов В.В. Клинико-эпидемиологические особенности некоторых форм малассезиоза кожи / В.В. Горбунцов // Дерматовенерол. Косметолог. Сексопатолог. – 2002. – № 1 – 2 (5). – С. 10-12
2. Захаров В.К. Эффективность различных методов лечения больных разноцветным лишаем / В.К. Захаров, В.В. Горбунцов, С.В. Захаров // Дерматовенерол., косметолог., сексопатолог. – 2002. – №1 – 2 (5). – С. 41-42
3. Корсунская И.М. Микроспория: Учебное пособие.— М. : / И. М. Корсунская РМАПО, 2001.— 31с.
4. Поліщук Д. С. Ефективність застосування системної терапії у поєднанні із зовнішнім лікуванням поширених форм маласезіозу шкіри / Д.С. Поліщук, С.Й. Поліщук, В.С. Комарницька // Укр. Журнал дерм. Вен комет. – 2014. – №3(54). – С. 125
5. Потекаев Н.Н. К клинике и терапии микроспории / Н.Н. Потекаев // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 69—72.
6. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции: Руководство для врачей. – М.: / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев Бином-пресс, 2003. – 440с.
7. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология: Руководство для врачей. - М.: / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутова ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 162с.
8. Шмелькова Е.С. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспориий / Е.С. Шмелькова // Укр. Журнал дерм. Вен космет. – 2010. – №3(38). – С. 100
9. Favrot C., Zugg N. Incidence, immunity and treatment of feline dermatophytosis // Sch-

REFERENCES

1. Gorbuntsov V.V. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti nekotoryih form malassezioza kozhi // Dermatovenerol. Kosmetolog. Seksopatolog. – 2002. – № 1 – 2 (5). – S. 10-12. (Russian)
2. Zaharov V.K., Gorbuntsov V.V., Zaharov S.V. Effektivnost razlichnyih metodov lecheniya bolnyih raznotsvetnyim lishaem // Dermatovenerol., kosmetolog., seksopatolog. – 2002. – № 1 – 2 (5). – S. 41-42. (Russian)
3. Korsunskaya I.M. Mikrosporiya: Uchebnoe posobie. – M.: RMAPO, 2001. – 31s. (Russian)
4. Polishchuk D. S., Polishchuk S. Y. Komarnyts'ka V. S. Efektyvnist' zastosuvannya systemnoyi terapiyi u poyednanni iz zovnishnim likuvannyam poshyrenykh form malaseziozu shkiry// Ukr. Zhurnal dermat. Ven komet. – 2014. – № 3(54). – S. 125. (Russian)
5. Potekaev N.N. K klinike i terapii mikrosporii //Vestn. dermatol. i venerol. – 2000. – № 5. – С. 69-72. (Russian)
6. Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. Gribkovyye infektsii: Rukovodstvo dlya vrachey. – M.: Binom-press, 2003. – 440s. (Russian)
7. Skripkin Yu.K., Butova Yu.S. Klinicheskaya dermatovenerologiya: Rukovodstvo dlya vrachey. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 162s. (Russian)
8. Shmelkova E. S. Sovremennoe kompleksnoe lechenie pri atipichnyih formah mikrosporiy // Ukr. Zhurnal dermat. Ven kosmet. – 2010. – № 3(38). – S. 100. (Russian)
9. Favrot C., Zugg N. Incidence, immunity and treatment of feline dermatophytosis // Sch-

weiz Arch. Tierheilkd. - 2005. – Vol. 147, №5. – P. 205-212.

10. Gupta A.K. Dermatophytes: diagnosis and treatment // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – Vol. 54, N 6. – P. 1050-1055.

weiz Arch. Tierheilkd. – 2005. – Vol. 147, №5. – P. 205-212.

10. Gupta A.K. Dermatophytes: diagnosis and treatment // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – Vol. 54, N 6. – P. 1050-1055.

**ДО ПИТАННЯ ПРО
АТИПОВІ ФОРМИ
МІКОЗІВ ГЛАДКОЇ ШКІРИ**

**Кутасевич Я.Ф.,
Олійник І.О.,
Білозоров О.П.,
П'ятикоп І.О.,
Матюшенко В.П.**

*ДУ „Інститут дерматології
та венерології НАМН України”*

Резюме. У статті наведено аналіз літературних джерел до питання атипових форм мікозів гладкої шкіри та наведено опис клінічних випадків атипових форм дерматомикозів.

Ключові слова: *інфекційні захворювання, атипові форми дерматомикозів, клінічні випадки.*

**ON THE QUESTION OF
ATYPICAL FORMS OF
MYCOSIS SMOOTH SKIN**

**Kutasevych Y.F.,
Oliinyk I.O.,
Bilozorov O.P.,
Piatykop I.O.,
Matiushenko V.P.**

*SE “Institute of Dermatology and
Venerology of NAMS of Ukraine”*

Abstract. *The article presents the analysis of the literature about the question of mycosis smooth skin and presents description clinical cases of atypical forms of dermatomycosis.*

Key words: *infection diseases, atypical forms of dermatomycosis, clinical cases.*

Сведения об авторах:

Кутасевич Янина Францевна – доктор мед. наук, профессор, директор ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Олейник Ирина Александровна – доктор мед. наук, старший научный сотрудник, главный научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Белозоров Алексей Павлович – доктор мед. наук, заведующий лабораторией иммунологии, патоморфологии и молекулярной генетики ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Пятикоп Инна Александровна – кандидат мед. наук, младший научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».

Матюшенко Валерия Павловна – младший научный сотрудник отдела дерматологии, инфекционных и паразитарных заболеваний кожи ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины».