

УДК 616.5-036.12-002.828-07.08

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМОРБИДНОСТЬ МИКОЗОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

А.Н.Беловол¹, А.А.Береговая¹, И.А.Бурлака²

¹Харьковский национальный медицинский университет
²ЧП «Консультативная поликлиника», г. Харьков, Украина

Цель работы. Рассмотреть коморбидность микозов с хроническими дерматозами.

Материал и методы. Представлены клинические случаи особенности течения хронических дерматозов в сочетании с микотической инфекцией.

Результаты и обсуждение. Необходимо учитывать коморбидность микотических процессов и хронических дерматозов и в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи целесообразно проводить обследование, в отдельных случаях лечение для профилактики микотического процесса (под контролем лабораторных исследований). Доступность в практике врачей дерматологов качественных исследований (микроскопическое, посевы на питательные среды) имеет определенные преимущества, позволяющие быстро трактовать результаты и проводить рациональную терапию.

Актуальность

Прогрессирующее увеличение числа больных дерматомикозами представляет серьёзную медико-социальную проблему [1, 10]. Микозы нередко развиваются на фоне различных патологических состояний макроорганизма [3, 4, 6, 7, 8, 9]. Трудности диагностики микозов заключаются в разнообразии их клинических проявлений, а также их сходстве с проявлениями хронических дерматозов [2]. У лиц с хроническими кожными заболеваниями повышена обсеменённость грибами, как слизистых оболочек, так и кожи. Учитывая нарушение целостности кожного барьера при хронических дерматозах логично предположить, что процент выявления грибов возрастает. На сегодняшний день неоднозначно мнение, влияют ли грибы на патогенез хронических дерматозов или же являются неотъемлемыми признаками хронического процесса и сопутствующей иммуносупрессии при хронических дерматозах. Так, наличие микозов у больных псориазом ведет к поддержанию воспаления, уменьшению интервалов между обострениями кожного процесса, а также к разви-

тию резистентности при традиционных методах терапии [4, 6, 8]. При этом дистрофические изменения при псориазе создают благоприятную среду для присоединения грибковой инфекции [4, 5, 13].

Следовательно, необходимым является уделять достаточное внимание диагностике и дифференциальной диагностике, а так же выбору рациональной терапии относительно микозов у больных с хроническими дерматозами [3, 11, 12].

Материалы и методы

Приводим несколько коротких выписок из историй болезни пациентов.

Больной М., 1957 г.р., обратился с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, шелушение, зуд, жжение в области патологических очагов. Болеет псориазом около 30 лет, обострения отмечает преимущественно в осенне-зимнее время. Последние 10 лет к врачам не обращался. Занимался самолечением: мазь, содержащая флуоцинолона ацетонид в периоды обострения, а так же санаторно-курортное лечение. Ухудшение началось

полгода назад. В результате лечения ма­зью, содержащей флуоцинолона ацетонид, выраженной положительной динамики не отмечено. Объективно: на коже поражен­ных участках кожи волосистой части – множественные эритематозно-инфильтра­тивные бляшки с мелкопластинчатым шелушением. На коже тыльных поверхностей кистей, в межпальцевых складках кистей рук и пахово-бедренных складках - эрите­матозно-инфильтративные очаги с четкими границами, микротрещинами на по­верхности. На коже разгибательных по­верхностей над коленными и локтевыми суставами – эритематозно-сквамозные бляшки с обильным мелкопластинчатым шелушением. При лабораторном исследо­вании соскоба кистей и паховых складок микроскопически выявлены дрожжепо­добные клетки. При культуральном исследо­вании этих же локализаций отмечен рост грибов рода *Candidastellatoidea*. Больному на фоне традиционной системной терапии псориаза (согласно унифицированным клиническим протоколам) назначена мазь, в которой в качестве активных компонен­тов выступали натамицин, неомицин и гидрокортизон. При осмотре через 5 дней отмечена выраженная положительная ди­намика: гиперемия и инфильтрация значи­тельно уменьшилась, зуда и жжение не отмечалось. Микроскопия соскоба и мико­логический посев через 3 суток после ле­чения дали отрицательные результаты. Контрольное исследование на грибы через 1 и 5 месяцев были так же негативные, на коже пораженных участков кожи патоло­гических высыпаний не выявлено.

Больная Л., 1956 г.р., обратилась с жалобами на высыпания, мокнутие, неко­торую отечность, выраженный зуд в обла­сти ушных раковин, заушных складок, ки­стей. Из анамнеза: страдает истинной эк­земой более 20 лет. Настоящее обострение отмечают 3 месяца назад. В результате при­меняемой терапии отмечает незначитель­ные периоды улучшения, чередующиеся с более выраженными периодами обостре­ния. Объективно: кожа ушных раковин,

видимая часть слухового прохода, зауш­ных областей, а так же ладонных поверх­ностей кистей гиперемирована, инфиль­трирована, местами мацерирована, покры­та желтоватыми корочками, наружный слуховой проход сужен, отмечается пас­тозность ушных раковин и кистей. В про­цессе микроскопического исследования соскоба пораженных участков кожи выяв­лены грибковые клетки, а при культураль­ном исследовании выделены грибы *Aspergillus flavus*. Больной было назначено лечение согласно унифицированным кли­ническим протоколам. В качестве наруж­ной терапии назначена мазь, в которой активными компонентами выступали натамицин, неомицин и гидрокортизон. Клиническая картина кожи пораженных участков кожи после окончания лечения полностью регрессировала. Микологиче­ские исследования через 3 суток после окончания лечения, а так же контрольные обследования через 1 и 3 месяца, дали отрицательные результаты. Следует учиты­вать коморбидность микотических процес­сов и хронических дерматозов, соответ­ственно с протоколами оказания медицин­ской помощи целесообразно проводить соответствующее обследование, а так же в отдельных случаях проводить лечение с целью профилактики микотического про­цесса (под контролем лабораторных ис­следований). Необходимо отметить, что доступность в практике врачей дерматоло­гов быстрых и качественных исследований (микроскопическое, посе­вы на питатель­ные среды) имеет определенные преимуще­ства, позволяющие быстро трактовать результаты исследований и производить назначение рациональной терапии.

Выводы

Доступность в практике врачей дерматологов качественных исследований (микроскопическое, посе­вы на питатель­ные среды) имеет определенные преимуще­ства, позволяющие быстро трактовать результаты и проводить рациональную терапию

Список литературы

1. Баткаев Э.А. Микозы стоп и онихомикозы у больных дерматозами / Э.А. Баткаев, М.В. Шапаренко, А.В. Бабенко // Русский медицинский журнал. – 2004. – №4. – С. 186–188.
2. Белоусова Т.А., Каиль-Горячкина М.В. Принципы лечения дерматозов сочетанной этиологии // РМЖ.- 2016.- №10.- С. 613-617
3. Верхогляд И.В. Совершенствование лечения псориаза осложнённого онихомикозом (РМАПО, к.м.н.). Автореферат, 2002г., 23 с.
4. Кожанов А.С. Клинико-этиологические и терапевтические особенности онихомикоза при псориазе / А.С. Кожанов, М.Б. Усумбалиев //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.– 2015.– № 12.–С.261 – 263
5. Корнишева В.Г. Поражение ногтей у больных псориазом / В.Г. Корнишева, Б.М. Курбанов, К.В. Свиридова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – № 3. – С. 9–18.
6. Курбанов Б.М. Микогенная сенсбилизация у больных псориазом (С–Петербургская медицинская академия последипломного образования, к.м.н.). Автореферат, 1999 г., 23 с.
7. Курников Г.Ю.Оппортунистические грибковые инфекции у больных атоническими дерматозами / Г.Ю. Курников, Г.И. Жукова, Ю.В.Мишина // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2002 г., №2, с. 50–51.
8. Микотическая инфекция у больных псориазом / Резникова М.М., Трофимова И.Б., Корсунская И.М. и др.//Клиническая дерматология и венерология, 2003 г., №1, с. 22–24.
9. Сахарук Н.А. Лечение и профилактика кандидоза ротовой полости у лиц с хроническими кожными заболеваниями / Н.А.Сахарук // Вестник ВГМУ.-2010.-Том 9.- №4.-С.153-160
10. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев // М.: 2003. - 604 с.
11. Сергеев Ю.В. Фармакотерапия микозов / Ю.В. Сергеев, Б.И. Шпигель, А.Ю. Сергеев. М., 2003. - 135 с.
12. Эффективность терапии грибковых заболеваний кожи и ногтей / Н.В. Кунгуров и др. // Клиническая дерматология и венерология. 2008. - №2. - С. 9-16.
13. Epidemiology: surveillance of fungal infections / [D.Ellis, D. Marriott, R.A. Hajjeh et al.] // Med Mycol. – 2000. –Vol. 38. – P. 173–182.

РЕЗЮМЕ**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КОМОРБІДНІСТЬ МІКОЗІВ ТА ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ**

А.М.Біловол, А.А.Берегова, І.А.Бурлака

Мета роботи. Розглянути коморбидність мікозів шкіри з хронічними дерматозами.

Матеріал і методи. Представлені клінічні випадки особливості перебігу хронічних дерматозів у поєднанні з мікотичною інфекцією.

Результати та обговорення. Необхідно враховувати коморбидність мікотичних процесів та хронічних дерматозів і згідно з протоколами надання медичної допомоги доцільно проводити обстеження, в окремих випадках лікування для профілактики мікотичної процесу (під контролем лабораторних досліджень). Доступність в практиці лікарів дерматологів якісних досліджень (мікроскопічне, посіви на середовища) має певні переваги, що дозволяють швидко трактувати результати і проводити раціональну терапію.

SUMMARY

MODERN VIEW OF THE COMORBIDISM OF MYCOSIS AND
CHRONIC DERMATOROSIS

A.N.Bilovol, A.A.Berehova, I.A.Burlaka

Objective. To examine the comorbidity of fungal skin infections with chronic dermatoses.

Material and methods. Presents clinical cases features of chronic dermatoses in combination with mycotic infection.

Results and discussion. It is necessary to consider comorbidity mycotic processes and chronic dermatoses and in accordance with the protocols of medical care, it is advisable to conduct a survey, in some cases, treatment for prevention of mycotic process (under the control of laboratory studies). Availability in practice of dermatologists of qualitative research (microscopic crops on pit-a-tive environment) has certain advantages that allow you to quickly interpret the results and to conduct a rational treatment.

© І.О.Чаплик-Чижо, О.О.Сизон

УДК 616.5 - 002.3

ВИПАДКИ ПІОДЕРМІЙ З ПРАКТИКИ ДЕРМАТОЛОГА

І.О.Чаплик-Чижо, О.О.Сизон

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета роботи. Вказати необхідність комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих з гнійничковими ураженнями шкіри.

Матеріали і методи. Впродовж 2015 року було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження та лікування 77 хворих на піодермії з наявністю різної супутньої патології. Приведено кілька випадків піодермії, при яких при незначному розширенні діагностичної програми було виявлено супутню патологія, яка докорінно змінила подальшу тактику лікування.

Результати. Було виявлено зростання захворюваності серед жителів міст чоловічої статі віком 19-29 років, особливо спостерігали переважання первинних стафілодермії. Почастішали глибокі форми піодермії з подальшим рубцюванням на фоні різних коморбідних станів, що спричиняє як косметичні, психологічні, так соціальні проблеми у хворих.

Актуальність теми

На сьогодні в економічно розвинених країнах хворі на піодермії становлять 1/3 серед усіх пацієнтів, які страждають інфекційними захворюваннями [1, 4, 12]. У дітей захворюваність на піодермію набага-

то вища, ніж у дорослих і становить 25-60% від загального числа захворювань дерматозами в цьому віці [1, 10, 11]. В Україні захворюваність на піодермії складає від 17 до 43% та характеризується значними площами ураження, резистентністю до