

ЭТИОЛОГИЯ МИКОЗА СТОП ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Пак Е.Ю. (аспирант)

Кафедра дерматовенерологии СПб МАПО, Санкт-Петербург, Россия

© Пак Е.Ю., 2008

Микоз стоп является наиболее распространенным дермато-микозом, онихомикозы в свою очередь, занимают ведущее место среди заболеваний ногтей. Распространенность грибковых инфекций, связана с различными факторами, такими как, возраст, пол, проживание в больших городах, занятия спортом, увлечения, социальное положение и сопутствующие заболевания, такие, например, как рожистое воспаление. Возбудителей микотической инфекции выявляли с помощью микроскопического и культурального исследований.

Ключевые слова: микоз стоп, рожистое воспаление, *Trichophyton*

AN AETIOLOGY OF TINEA PEDIS IN PATIENTS WITH RECURRENT ERYSIPELAS OF LOWER EXTREMITIES

Pak Ye.Ju. (graduate student)

Chair of dermatovenerology, SEI APE SPb МАПО, Saint Petersburg, Russia

© Pak Ye.Ju., 2008

Tinea pedis is one of the most common mycological diseases and onychomycosis is the most frequent nail disease. The prevalence of fungal infections is assumed to be related to various factors such as age, sex, residence in urban areas, certain occupations, hobbies, social class and underlying disease such as erysipelas. Microscopy and cultural investigation of skin scrapings are used to identify the relevant organism.

Key words: erysipelas, Tinea pedis, *Trichophyton*

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы микозов у больных рожистым воспалением нижних конечностей в значительной степени обусловлена их ролью в развитии рецидивирующего течения рожистого воспаления. На основании современных данных ряда авторов установлено, что развитие рожистого воспаления обусловлено, в первую очередь, нарушением целостности кожных покровов и внедрением стрептококка (чаще группы А), что приводит к частому сочетанию рожистого воспаления и грибковых поражений кожи [1]. Другие авторы указывают на высокую частоту встречаемости микотического поражения стоп у больных рожистым воспалением нижних конечностей — среди предрасполагающих факторов (фоновых заболеваний) грибковое поражение нижних конечностей (микоз стоп, онихомикоз) выявляли у 56,5–76,3% всех больных рожистым воспалением и 72,2–91,2% (100%) — у больных часто рецидивирующей формой. Проблема микозов является актуальной в связи с широким распространением их во всех странах и неуклонным ростом заболеваемости. Из дерматомикозов первое место занимает микоз стоп с онихомикозом, ухудшающий качество жизни больных. Широкая распространенность заболевания, его устойчивость к терапии и длительное течение определяют актуальность проблемы [2]. По данным ВОЗ, одна треть населения земли страдает грибковыми заболеваниями, из которых самыми частыми являются микозы стоп. Показано, что распространенность микозов среди населения, в среднем, варьирует от 3 до 13%. Однако истинная картина распространенности заболевания традиционно считается большей и охватывает не менее 10-20% населения, а в возрастной группе от 70 лет и старше этим недугом поражено до 50% населения [3].

Цель исследования — определить спектр возбудителей, наиболее часто вызывающих поражение кожи и ногтевых пластин стоп у больных с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей.

ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовали 64 больных в возрасте от 42 до 71 лет (женщин — 43, мужчин — 21) с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей, имеющих микотическую инфекцию стоп, с давностью заболевания от 2 до 25 лет. У 59 (92%) пациентов отмечали сочетанное микотическое поражение кожи и ногтей стоп и только у 3 (5%) — изолированный онихомикоз. У 2 (3%) больных имела место стертая форма микоза стоп (незначительная гиперемия в межпальцевых складках, сухость кожи подошв, умеренное шелушение, гиперкератоз в местах физиологического давления). Эритематозную форму рожистого воспаления диагностировали у 57 (89,1%) пациентов, эритематозно-буллезную — у 2 (3,5%), эритематозно-геморрагическую — у 5 (7,4%). У 53 (83%) больных рецидивы рожи возникали,

в среднем, от 2 до 9 раз на протяжении от 3 месяцев до 8 лет. У 3 (5%) больных отмечали эритематозную форму рожистого воспаления с сопутствующей патологией сосудов нижних конечностей – хронической лимфовенозной недостаточностью, развитием осложнений в виде лимфангоита, регионарного лимфаденита, лимфостаза, элевантиаза, острого тромбоза. Микоз стоп характеризовался интертригинозной формой, с тотальным поражением ногтевых пластин стоп с нормо- и гипертрофическим типом поражения ногтей, на фоне деформации стопы и узости межпальцевых промежутков. У 11 (17%) больных с длительными ремиссиями рожистого воспаления нижних конечностей выявляли сквамозную, сквамозно-гиперкератотическую форму микотического поражения стоп, с краевым или единичным поражением преимущественно I, II, V ногтевых пластин стоп, отмечали эритематозную форму рожистого воспаления с очагами гиперпигментации кожи нижних конечностей. У 12 (19%) пациентов микоз стоп развивался одновременно или на фоне рожистого воспаления нижних конечностей. У 52 (81%) пациентов первые клинические признаки микотической инфекции возникли задолго до начала рожистого воспаления, из них у 37 — частые рецидивы рожистого воспаления нижних конечностей (до 4-5 раз в год) сочетались с распространением или утяжелением течения микоза, с сопутствующими осложнениями (лимфостазом, элевантиазом, хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование патологического материала (соскобы с ногтевых пластин, кожных чешуек) проводили микроскопически с последующим посевом на стандартную агаризированную среду Сабуро. Посевы инкубировали при температуре 22–30 °C в течение двух недель. Диагностически значимыми считали высевы грибов, полученные повторно из нескольких проб патологического материала, соответствующие данным прямой микроскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании соскобов с ногтевых пластин стоп, межпальцевых складок стоп у 64 больных положительные результаты микроскопии получены в виде разветвленного мицелия гриба, дрожжевых,

почкующихся клеток. При культуральном исследовании выделенных возбудителей наблюдали, что наиболее часто микоз стоп у больных рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей был вызван грибами рода *Trichophyton*, преимущественно *T. rubrum* (69%) и *T. mentagrophytes* (12%). В 15,5% случаев ногти стоп были поражены дрожжевыми грибами рода *Candida*, *Rhodotorula* и в 3,5% — мицелиальными — рода *Fusarium*, *Penicillium*. Ассоциации грибов (*T. rubrum* + *C. albicans*, *Rhodotorula* spp. + *Penicillium* spp.) выявлены у 2,5% обследованных лиц.

По данным зарубежных авторов, доля дерматомицетов (*T. rubrum*) при вышеописанной патологии составляет 90%. *Candida* spp. отмечали в 54% случаев, плесневые грибы — в 29% [4]. По данным С.Э. Юдиной (1971 г.), основным возбудителем микозов стоп чаще являлся *T. rubrum*, на долю которого приходилось 80-85% из числа всех возбудителей. У больных рецидивирующим рожистым воспалением этот возбудитель выявляли чаще, чем *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*. В исследованиях Lestringant с соав. (2001), на долю дерматомицетов приходилось 55%, дрожжеподобных грибов — 45% [5].

Таким образом, при рецидивирующем рожистом воспалении нижних конечностей микоз стоп протекает с преобладанием сочетанного поражения кожи стоп, ногтей и с выраженными клиническими проявлениями, в сочетании с эритематозной формой рожистого воспаления, сосудистой патологией и осложнениями со стороны нижних конечностей. Основным возбудителем микотической инфекции являлся *T. rubrum*. Учитывая полученные результаты, целесообразно всем больным с рецидивами рожистого воспаления нижних конечностей проведение комплексного микологического обследования, и при выявлении микоза — назначение антифунгальной терапии с целью профилактики рецидивов данного заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Доминирующим возбудителем микоза стоп у больных рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей в 69% случаев является *T. rubrum*.
2. Частота обнаружения *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* составила 12%, *Candida* spp., *Rhodotorula* spp. — 15,5%, *Fusarium*, *Penicillium* — 3,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. O'Dell M.L. Skin and wound infections: an overview // Am. Fam. Physician- 1998- Vol.57 — P.2424-2433.
2. Никифоров Б.Н., Оловянишников О.В., Заславский Д.В., Астахова Ю.Ю. Анализ заболеваемости микозами в Ленинградской области // Проблемы медицинской микологии- 2006.- Т.8, №2.- С.70-95.
3. Котрехова А.П., Разнатовский К.И. Этиология, клиника, лечение дерматомикозов у больных сахарным диабетом // Проблемы медицинской микологии -2005.- Т.7, №4.- с.13
4. Wade Foster K., Ghannoum M.A. and Elewski B.E. Birmingham, Alabama and Cleveland, Ohio//, J. Am. Acad. Dermatol. — 2002.- Vol. 50, № 5.- P.748-752
5. Lestringant G.G., Saarinen K.A., Frossard P.M., et al. Etiology of toe-web disease in Al-Ain, United Arab Emirates: bacteriological and mycological studies// East Mediterr. Health J.- 2001.- Vol. 7.- P. 38–45.

Поступила в редакцию журнала 25.03.08

Рецензент: Елинов Н.П.