

Еритематозно-сквамозна руброфітія: клінічний випадок

І.О. Олійник, І.О. Маштакова, В.П. Матюшенко
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме: стрімкий розвиток фармакоіндустрії і поява численних препаратів таких класів, як топічні кортикостероїди відіграють значну роль у зростанні кількості випадків дерматозів з відсутністю типової клінічної картини.

Мета роботи: нагадати особливості клініко-лабораторної діагностики дерматитів, зокрема інфекційного генезу, ознайомити зі свіжим випадком мікозу гладкої шкіри.

Матеріали та методи: об'єктом вивчення була діагностика, терапія руброфітії ускладненої бактеріальною інфекцією.

Висновок: при мікозах шкіри, як і при будь-якій іншій інфекції, велике значення має своєчасна діагностика та терапія захворювання. Для запобігання поширення інфекції особливе місце займає проведення лікувально-профілактичних заходів, що особливо актуально у військовий час.

Ключові слова: руброфітія, мікоз гладкої шкіри, діагностика, лікування.

DOI: 10.33743/2308-1066-2025-3-26-28

Вступ

Мікози є одним з основних інфекційних захворювань шкіри, які в значній кількості випадків обумовлені дерматоміцетами. Останнім часом спостерігається ріст захворюваності мікозами шкіри та зростання кількості атипових форм. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожен третій мешканець планети хворий на мікоз, а 90% людей хоч би раз в житті хворіли на грибкові інфекції. Частота їх виникнення неухильно росте: кожні 10 років кількість пацієнтів росте у 2,5 рази. На сьогодні для грибової інфекції характерна тенденція хронічного перебігу і стійкості до сучасних методів терапії. [1,2]

Дерматофіти є досить активними патогенами, здатними руйнувати субстанції кератинів та набагато частіше проникають спочатку у пошкоджені ділянки шкіри або нігтьової пластинки та вражають епідерміс, дерму, придатки шкіри(волосся, нігті). Типова клінічна картина дерматофітії гладкої шкіри представлена еритематозними бляшками з чіткими межами, піднятим краєм і лущенням, більш вираженим по периферії. Як і будь-яке інфекційне захворювання шкіри, дерматофітія відрізняється асиметрією вогнищ. Висип може супроводжуватися свербінням. Крім улюбленої локалізації на стопах і кистях, вогнища дерматофітії можуть розташовуватися на будь-якій ділянці шкірного покриву. Найчастіше уражаються стопи та великі складки (пахово-стегнові, міжсідничні), рідше – шкіра гомілок, тулуба і кінцівок [3].

Дерматофітії нерідко супроводжуються алергічними реакціями. Виникаючі алергії називаються мікідами, вони розташовуються на відстані від осередку шкірного ураження, викликаного грибами, але самі не містять міцелію грибка [1,4].

До уражень дерматофітами відноситься руброфітія. Висипання можуть локалізуватися на будь-якій ділянці

тіла, найчастіше – на гомілках, сідницях, рідше – на животі, спині, іноді процес набуває універсального характеру. Захворювання, як правило, виникає на тлі сприятливих факторів, що знижують реактивність організму хворого [2,3].

Еритематозно-сквамозна форма гладкої шкіри характеризується появою запальних вогнищ, що лущаться та схильні до периферичного зростання, злиття. Утворюються вогнища фестончастих обрисів з переривчастими, набряклими периферичними краями синюшно-червоного кольору, що складаються з папулезних елементів. Шкіра в межах вогнищ ураження рожево-червоного кольору, лущиться, і на цьому тлі розташовуються поодинокі фолікулярні папули червоного кольору з синюшним відтінком.

Генералізовані форми руброфітії характеризуються поліморфізмом висипань і значною площею їх поширення. Вони можуть проявлятися у вигляді еритемато-сквамозних, вузликкових і вузлуватих елементів. При тривалому перебігу руброфітії гладкої шкіри набуває вираженої клінічної подібності до інших дерматозів: екземи, псоріазу, нейродерміту, парапсоріазу, кільцеподібної гранульоми, червоного плоского лишая, дерматиту Дюринга [1–4].

Діагностика поширеної руброфітії може бути дуже складною внаслідок поліморфізму клінічних проявів захворювання, тому важливе значення має лабораторне (мікроскопічне та культуральне) дослідження патологічного матеріалу на гриби.

Нижче наведено приклад клінічного перебігу еритематозно-сквамозної руброфітії ускладненої бактеріальною інфекцією.

Матеріали та методи: Під спостереження перебувала пацієнтка 38 років. Обсяг діагностичних заходів визначено згідно з протоколами.

Результати та їх обговорення

Хвора П., 38 років, тимчасово-переміщена особа, надійшла до клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» зі скаргами на свербіж, висипку на сідницях, пахвинних складках, задній поверх верхньої третини стегон. Вважає себе хворою протягом двох місяців, коли вперше з'явилися свербіж, висипка на сідницях. Самостійно на вогнища ураження наносила левоміколь мазь, клінічної позитивної динаміки не відмічала. Надалі за рекомендацією родички отримувала системну антигістаміну терапію, зовнішньо кортикостероїдні препарати, спостерігалась незначна, нетривала позитивна динаміка. Надалі вогнища ураження на сідницях продовжували екстенсивно поширюватися, з'явилися нова висипка в області крижа, на пахвинних складках, стегнах, мокнуття в області висипки.

При госпіталізації патологічний процес мав розповсюджений характер, локалізований на сідницях, області крижа, пахвинних складках, задній поверхні верхньої третини стегон. На тлі вираженої гіперемії, інльтрації шкіри відмічались ерозивні вогнища ураження округлої та овальної форми, більшість з яких була вкрита кірками від світло-коричневого до бурого кольору, при натисканні відмічалось виділення гною з кров'ю (рис. 1). Видимі слизові інтактні. Регіональні лімфовузли незначно збільшені, безболісні, рухомі.

При обстеженні звертало на себе увагу помірно підвищена ШОЕ до 24 мм/год. Біохімічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі без особливостей. Скринінг гельмінтозів (ІФА), обстеження на гепатити, комплекс серологічних реакцій на сифіліс – негативні.

При проведенні культурального дослідження, визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів, з осередків ураження, виявлено ріст колонії округлої форми, білими та пухнастими на поверхні, які знизу мали червоний колір з коричневим відтінком по периферії, що відповідає опису культури *Trichophyton rubrum*.

При проведенні мікробіологічного дослідження, визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів, з осередків ураження, виявлено ріст *Staphylococcus aureus* в асоціації з *Enterococcus faecalis*.

Було встановлено діагноз: еритематозно-сквамозна руброфітія шкіри, обумовлена *Trichophyton rubrum* ускладнена бактеріальною інфекцією.

З урахуванням визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів хворій була призначена комбінована схема лікування: системна та зовнішня антимікотикотерапія, антибіотикотерапія із включенням десенсебілізуючих, антигістамінних



Рис. 1. Хвора П., 38 років, на момент госпіталізації



Рис. 2. Хвора П., 38 років, 21 день терапії

засобів, гепатопротекторів, вітамінів, препаратів для покращення мікроциркуляції та симптоммодифікуювальних засобів. Проводились санітарно-гігієнічні заходи.

На тлі терапії за 3 тижні стан хворої значно покращився, гнійні виділення, мокнуття куповані, але зберігалась помірна гіперемія, інльтрація, подекуди кірки, спостерігалась вторинна гіперпигментація в осередках ураження (рис. 2), при мікологічному дослідженні був виявлений міцелій гриба.

Пацієнтці рекомендовано продовження зовнішньої антифунгальної терапії, дотримання санітарно-гігієнічних заходів, обстеження побутових контактів на предмет наявності інфекції. Повторна консультація в ДУ «ІДВ НАМНУ» за 2 тижні для проведення повторної мікроскопії.

Висновки

Дерматомікози – це група інфекційних дерматозів, які становлять епідеміологічну небезпеку. Для верифікації діагнозу необхідний поетапний діагностичний алгоритм з обов'язковим комплексом лабораторних досліджень, що включають в себе мікроскопічне та культуральне дослідження, що дозволяють не тільки верифікувати клінічний діагноз, але і визначити тактику та обсяг передбачуваної терапії та уникнути ускладнень дерматозу. Часто вибір самої антифунгальної терапії також залежить від результатів лабораторних досліджень, а відсутність мікологічного обстеження може призвести до неефективності проведеної терапії та/або формування резистентних штамів. Як і при будь-якій іншій інфекції, велике значення має своєчасна діагностика захворювання, і проведення лікувально-профілактичних заходів. Для запобігання поширенню інфекції особливе місце займає особиста профілактика. Особливо актуальні профілактичні заходи у військовослужбовців, осіб, які регулярно відвідують лазні, басейни, фітнес-клуби.

Список літератури

1. Діагностика та лікування в дерматовенерології / За ред. Г.І. Маврова. Довідник лікаря. «Дерматолог-Венеролог». К.: ТОВ «Доктор-Мед», 2011. 278 с.
2. Волославська В.М. Рідкісні мікози: не забуваємо про паршу (favus). *Дерматологія та венерологія*. 2023. № 3 (101) С. 25–26.
3. Дерматологія, венерологія: підручник / В.І. Степаненко, М.М. Шупенко, П.М. Недобой та ін. К.: КІМ, 2012. 846 с.
4. Мурзіна Е.О., Возіанова С.В. Трихофітія волосистої частини голови у дорослих *Сімейна медицина*. 2016. № 3. С. 86–88.

References

1. Diahnostyka ta likuvannia v dermatovenerologii [Diagnosis and treatment in dermatovenerology] / Za red. H.I. Mavrova. Dovidnyk likaria. «Dermatologh-Veneroloh». K.: TOV «Doktor-Med», 2011. 278 s. Ukrainian
2. Volkoslavskaya V.M. Ridkisni mikrozy: ne zabuvayemo pro parshu (favus) [Rare mycoses: let's not forget about scabies (favus)]. *Dermatologhiia ta venerologhiia*. 2023;3 (101): 25–26. Ukrainian
3. Stepanenko V.I., M.M. Shupenko M.M., Nedoboi P.M. ta in. *Dermatologhiia, venerologhiia: pidruchnyk* [Dermatology, venereology: textbook]. K.: KIM, 2012: 846 p. Ukrainian
4. Murzina E. O., Vozianova S. V. Tykhotifitiia volosystoi chastynti holovy u doroslykh [Trichophytosis of the scalp in adults]. *Simeina medytsyna*. 2016;3: 86–88. Ukrainian

ERYTHEMATOUS-SQUAMOUS RUBROPHYTHIA: A CLINICAL CASE

Oliinyk I. O., Mashtakova I. O., Matiushenko V. P.

SE «Institute of dermatology and venereology of NAMS of Ukraine»

Abstract: the rapid development of the pharmaceutical industry and the emergence of numerous drugs such as topical corticosteroids play a significant role in the increase in the number of cases of dermatoses without a typical clinical picture.

The objective: to review the features of clinical and laboratory diagnosis of dermatitis, particularly of infectious origin, and to present a recent case of smooth skin mycosis.

Materials and methods: the object of study was the diagnosis and therapy of rubrophytia complicated by bacterial infection.

Conclusions: in skin mycoses, as in any other infection, timely diagnosis and treatment of the disease are of great importance. To prevent the spread of infection, therapeutic and preventive measures play a special role, which is especially relevant in wartime.

Key words: rubrophythia, glabrous skin mycosis, diagnosis, treatment.

Відомості про авторів:

Олійник Ірина Олександрівна – д-р мед. наук, ст. наук. співроб., головний наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6408-830X>.

Маштакова Ірина Олексіївна – кандидат мед. наук, ст. наук. співроб., старший наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3592-6896>.

Матюшенко Валерія Павлівна – PhD, лікар-дерматовенеролог відділу дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6676-3030>