

Випадок генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу

Ткач В.Є., Мотуляк А.П., Суканець О.В., Маляр Н.П.

Івано-Франківський національний медичний університет

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО УЗЛОВАТО-ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО РУБРОМИКОЗА

Ткач В.Є., Мотуляк А.П., Суканець О.В., Маляр Н.П.

Описан редкий случай генерализованного узловато-гранулематозного рубромикоза, установлены ошибки при его диагностике.

THE CASE OF GENERALIZED NODULO-GRANULOMATOUS RUBROMYCOSIS

Tkach V.Ye., Motulyak A.P., Sukanec O.V., Malyar N.P.

The rare case of generalized nodulo-granulomatous rubromycosis has been described; the diagnostic pitfalls have been fixed.

Рубромікоз – один із відносно «молодих» у світі мікозів. Вперше він був описаний японським дерматологом Ота у 1922 р. і тривалий час вважався ендемічною інфекцією Японії, Китаю, Індії. Перші повідомлення про рубромікоз в Європі припадають на середину минулого століття. Після другої світової війни рубромікоз почав невпинно поширюватись у країнах Європи й Америки. Нині збудник рубромікозу *Trichophyton rubrum* – самий розповсюджений патогенний гриб у світі [2, 3]. Поряд з типовим ураженням стоп, долонь, гладкої шкіри і нігтів, частіше стали зустрічатися поширені, ексудативні форми, що нагадують алергодерматози, псоріаз, парапсоріаз, червоний вовчак, васкуліти, лімфоми та інші недуги [5, 6]. Тривалий час вони залишаються нерозпізнаними і несанованими.

Впродовж останніх років рубромікоз став агресивним, почастишали генералізовані форми, спорадично з'являються рідкісні інфільтративно-нагнійні (глибокі) ураження [1, 6]; цьому сприяє [5, 7]:

- збільшення числа людей із хронічною патологією внутрішніх органів, порушеннями обміну речовин, ендокринопатіями, різноманітними імунodefіцитними станами, зниженням природної опірності з причин нервово-психічних переважань;

- техногенне забруднення довкілля;

- невинувато широке застосування новітніх антибіотиків, гормонів, імунодепресантів.

Ми спостерігали генералізований рубромікоз з ураженням уретри, сечового міхура. Наводимо рідкісний випадок нашого спостереження за генералізованим гранульоматозним рубромікозом. У доступній нам літературі виявлено перші повідомлення Вільсон, Планкет та Греггерсен [4] про глибокі ураження рубромікозом шкіри довкола волосяних фолікулів (перифолікуліт).

Хвора К., 51 рік, понад два роки поспіль звернулася на консультативний прийом в ОКШВД із висипаннями по тілу плям, які лущаться і турбують свербіжем. В окремих місцях з'явилися «нариви». Хворіє майже 10 років, обстежувалась і лікувалась у районному диспансері з приводу рубромікозу. Діагноз підтверджено лабораторно (мікроскопія і посів). Системне і місцеве застосування антимікотиків давало тимчасовий ефект.

Ми діагностували генералізований рубромікоз, вузлувато-гранульоматозний фолікуліт і направили хвору на стаціонарне лікування в одну з провідних дерматологічних клінік України, де діагноз «генералізований рубромікоз» був підтверджений. Пухлиноподібні утвори шкіри розцінили, як Т-клітинні злоякісні лімфоми, адже в гістологічних препаратах були присутні гігантські клітини, що нагадували клітини Сезарі-Лютинера.

Хвора отримала стаціонарно протигрибкову терапію (спорагал) та імунодепресивні середники, місцево – фунгіцидні розчини, спреї, мазі. В амбулаторних умовах за місцем проживання продовжено підтримуюче лікування. Після лікування відзначалось тимчасове покращення, хоча помітних змін з

боку пухлинних утворів не було.

У січні 2009 р. хвора повторно поступила на лікування в ОКШВД. При огляді процес носив розповсюджений характер, локалізувався на попереку, тулубі, сідницях, верхніх та нижніх кінцівках, великих складках. Шкіра сірувато-червоного кольору, оточена периферійним червоно-синюватим переривчастим (у вигляді пунктирної лінії) валиком, який складається з вузликів та кірок. Вогнища мають зазубрені краї, зливаючись, утворюють кільця, півкільця. На їх поверхні помітне дрібно-пластинчасте лущення. На цьому тлі у ділянці спини, плечей, на грудях виявляються численні пухлиноподібні утворення брудно-синюшного кольору з нерівною, горбистою поверхнею, досить щільні, в деяких ділянках помітне розм'якшення (Рис. 1, 2 на вкладці). Новотвори нагадують собою глибокий згрупований фолікуліт, горбкуватий сифіліс, пухлинні утвори. При натисканні з фолікулів та норицеподібних утворень виділяється незначна кількість кров'янисто-гнійних мас. У місцях загоєння утворюється спотворюючий, нерівний, «гіперпігментований» рубець.

Мікроскопічно і культурально в матеріалі з вогнищ знайдено *Trichophyton rubrum*. Вражені чотири нігтьові пластинки рук. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. При гістологічному дослідженні матеріалу, отриманого з пухлиноподібних утворів, виявлено:

- гіперкератоз;
- акантоз;
- вакуольну дистрофію клітин мальпігієвого шару епідермісу;
- помірно виражену периваскулярну лімфоцитарну інфільтрацію дерми.

Навколо волосяних фолікулів та сальних залоз – масивні запальні інфільтрати переважно з нейтрофілів. Значно рідше в інфільтратах виявляються еозинофіли, гістіоцити, лімфоїдні елементи. У місцях розпаду тканин виявляються плазматичні, епітеліоїдні та гігантські клітини; останні в окремих зрізах дійсно нагадували клітини Сезарі–Лютинера, однак не були класичними. В жодному зразі не було виявлено абсцеси Потріє та проліферати з *T*-лімфоцитів. При зафарбуванні за методом Мак-Мануса наявні спори і міцелії гриба *Trichophyton rubrum* у всіх шарах епідермісу, дерми і гіподерми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Цераидис Г.С., Федотов В.П., Дюдюн А.Д., Туманский В.А. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. – Днепропетровск, 2004. – 536 с.
2. Дерматовенерология: навч. посіб. /За ред. В.П. Федотова. – К.–Дніпропетровськ, 2008. – 600 с.
3. Кожные и венерические болезни: руковод. для врачей. В 2-х т. /Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Д. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
4. Машикейсон Л.М. Инфекционные и пара-

У зв'язку з підозрою на *T*-клітинну злоякісну лімфому, хвору направлено на консультацію в НДІ гематології (Львів). При клінічному, лабораторному і гістологічному дослідженнях діагноз *T*-клітинної злоякісної лімфоми не підтверджено. Гістологічні препарати також переглядали фахівці Варшавської центральної патогістологічної лабораторії.

На тлі вітаміно- і неспецифічної імунотерапії проведено курс лікування амфотерицином Б (крапельно, в умовах клініки, 8 вливань). Стан хворої покращився, висипання на шкірі регресували, пухлиноподібні утвори зменшились у 2-2,5 рази, гнійно-кров'янисті виділення зникли; помітне формування рубців. Хворій призначено місцеву протигрибкову терапію під наглядом районного дерматолога.

Через деякий час процес на шкірі активізувався, повільно прогресував, «ожили» пухлинні утвори. Хворій запропоновано повторний курс амфотерицину Б. З причин важкого перенесення попереднього курсу терапії, хвора відмовилась від лікування цим препаратом. Під наглядом дерматолога призначено тривале лікування вітчизняним препаратом Ітракон, а також місцево – розчин Бережного, почергово креми та мазі Ламікон, Тербізил, Мікофін, Мікоспор, Екзифін та інші.

Стан хворої – стабільний, прояви на шкірі – у стадії нестійкої ремісії.

Загальний аналіз крові – без змін, ШОЕ – 17 мм/год.

У сечі присутні сліди білка, лейкоцити – 1-3 в полі зору, еритроцити – до 5 в полі зору, бактерії ++.

Білки крові, сечовина, креатинін, залізо сироватки крові, АЛТ і АСТ – у межах нормальних показників, глюкоза коливається в межах від 5,0 до 6,3 ммоль/л.

В імунограмі – достовірне зменшення загального числа *T*- і *B*-лімфоцитів, підвищення титрів імуноглобулінів *A*, *M*, *G* та рівня ЦК у сироватці крові.

При УЗД органів черевної порожнини виявлено ознаки помірною гепатозу.

Наведений нами дуже рідкісний випадок свідчить про агресивність та атипівність клініки мікотичної інфекції, нерозпізнаність якої веде до несвоєчасної санації вогнищ і сприяє її генералізації.

зитарные болезни кожи. – М., Медгиз, 1960. – 352 с.

5. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.С. Грибковые болезни и их осложнения: руковод. для врачей. – Луганск, 2006. – 519 с.
6. Успехи медицинской микологии / Под ред. Ю.В. Сергеева. В 2-х т. – Т. 2. – М.: Национальная академия микологии, 2003. – 336 с.
7. Von Agathot M. Diagnose und behandlung von micosen // MMW-Fortschr. med. – 2000. – № 44. – S. 38-39.

Рисунок к статье:
*Калюжная Л.Д., Турик Н.В., Уваренко Е.А.,
Бондаренко И.Н*
**Тяжелое рецидивирующее течение
субкорнеального пустулёза
Снеддона–Уилкинсона у
больной с диабетом**



Рисунок 1

Рисунок к статье: *Ткач В.С., Мотуляк А.П., Суканець О.В., Маляр Н.П.*
Випадок генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу



Рисунок 1



Рисунок 2

Рисунок к статье: *Ткач В.С., Мотуляк А.П., Никифорок Р.Ф.*
Випадки атипичного твердого шанкеру



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3