

Особливості перебігу еритразми з наявністю та без клінічних проявів сенсibiliзації

Пугач Г. В.

Запорізький державний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭРИТРАЗМЫ С НАЛИЧИЕМ И БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Пугач А. В.

Клиника эритразмы с наличием зуда связана с длительным течением заболевания, недостаточной эффективностью стандартного лечения, и, как следствие этого, – развитие сенсibiliзации организма.

THE PECULIARITIES OF ERYTHRASMA BOTH WITH AND WITHOUT THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF SENSITIZATION

Pugach H. V.

The clinic of erythrasma with presence of itching is associated with the long clinical course, lack of efficiency of the standard treatment, and as a result, there is development of sensitization.

Постановка проблеми, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Грибкові ушкодження є інфекційними захворюваннями шкіри, які розповсюджені на всіх континентах Земної кулі, контагіозні та можуть спричинити розвиток епідемій [1-3]. На ці захворювання страждає більш, ніж 25 % населення планети. Незважаючи на те, що на цей час відомо більш, ніж 1,5 млн. грибів, більшість з них є сапрофітами, які стають патогенними під впливом різноманітних несприятливих факторів [5]. На думку більшості вчених, екологічно несприятливі фактори навколишнього середовища, а також умови деяких видів виробництва сприяють виникненню ускладнених форм мікозів [1]. В окремих зонах організму людини, наприклад, пахвинні складки шкіри (ПСШ), поряд з грибами (збудниками мікозів) подібну клінічну картину захворювання можуть спричинити й коринібактерії – збудники псевдомікозів [6, 7]. Сучасною особливістю є наявність інфікування шкіри змішаного характеру – дерматофіти асоціюють з грибами роду Кандіда та іншими збудниками інфекційних уражень шкіри [2, 4, 9].

Якщо у відношенні до мікотичних уражень проводились розробки щодо механізмів появи алергидів, то при псевдомікозах фундаментальних подібних досліджень практично не виконувалось [8]. Такі дослідження є актуальними з урахуванням того, що при розвитку клінічних проявів сенсibiliзації перебіг мікозів та псев-

домікозів супроводжується ускладненнями, що призводить до більш тривалого терміну лікування пацієнтів з втратою ними працездатності, зниженням показників якості життя, значним матеріальним витратам на лікування [10].

Дослідження є фрагментом комплексної НДР Запорізького державного медичного університету «Удосконалення методів лікування та профілактики рецидивів хронічних дерматозів і хвороб, що передаються статевим шляхом, із урахуванням клініко-епідеміологічних аспектів метаболічних та імунологічних порушень, гомеостазу хворих» з № державної реєстрації 0107U005122.

Мета дослідження – з'ясування механізмів розвитку у хворих на еритразму великих складок шкіри сенсibiliзації та її клінічних проявів.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 80 хворих на еритразму великих складок (чоловіків – 56, жінок – 24); за віком хворі були розподілені таким чином:

- 39-45 років – 15 (18,7 %) хворих;
- 46-50 років – 19 (23,8 %);
- 51-60 років – 46 (57,5 %) хворих.

Хворі розподілялись на дві групи:

- 1 група – 40 хворих з наявністю клінічних ознак сенсibiliзації (КОС) на шкірі;
- 2 група – 40 хворих без таких ознак.

Розподіл хворих у групах за діагнозом, віком, тривалістю та ступенем тяжкості захворювання у відсотковому відношенні був приблизно однаковим.

На еритразму страждали чоловіки, у яких вогнища ушкодження шкіри локалізувалися переважно в ПСК області (у 49 з 56-87,5 %) із залученням до запального процесу шкіри внутрішніх поверхонь стегон у місцях прилягання калитки (при цьому шкіра калитки до процесу не залучалась). У жінок висипка локалізувалась переважно під молочними залозами (у 22 з 24 – 91,7 %) та супроводжувалась попрілістю.

Усі пацієнти страждали на еритразму тривалий час (більше 10 років) і не могли з впевненістю назвати чинники появи у них захворювання. У більшості випадків (72-90,0 %) діагноз їм встановлювався випадково (під час профоглядів, госпіталізації з приводу супутньої патології у стаціонарі соматичного профілю). Інші пацієнти (8-10,0 %) зверталися за допомогою до дерматолога у зв'язку з появою сверблячки в місцях локалізації висипки на шкірі.

Ця обставина може мати важливе значення в діагностичному, прогностичному плані і у відношенні до лікування хворих (особливо з урахуванням того, що у більшості пацієнтів стандартна терапія була неефективною).

Як свідчать дані, у деяких хворих мала місце наявність декількох основних осередків ушкодження шкіри еритразмою одночасно. У хворих в симетричних місцях ушкодження шкіри мали місце незапальні вогнища від жовтувато-коричневого кольору до цегельно-червоного, які зливаються, утворюючи більш великі ділянки з чіткими фестончастими або дугоподібними межами. Поверхня плям гладенька, вкрита тонкими, ніжними висівкоподібними лусочками; у центрі – поблідні ділянки ушкодження чи бура пігментація. Крім висипки (основні вогнища ушкодження шкіри), у 40 з 80 (50,0 %) пацієнтів спостерігалися клінічні ознаки сенсibiliзації на шкірі (КОС). З урахуванням того, що сверблячка шкіри в основному вогнищі ушкодження, за даними деяких авторів, все ж таки може спостерігатись у деяких хворих, ми не враховували її як ознаку сенсibiliзації. До КОС ми відносили сверблячку шкіри поза основними вогнищами ушкодження та наявність так зв. «алергидів» різноманітного характеру (еритематозно-сквамозні, папуло-везикулярні – аж до проявів екзематизації), які локалізувалися частіше на тулубі, згинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок.

Як свідчать дані, сверблячка, яка є нетиповою при неускладнених формах еритразми, при розвитку сенсibiliзації є в наявності не тільки в основному вогнищі ушкодження, але й поза його межами, супроводжується розчосами, – тобто це ознака ускладненого перебігу дерматозу.

Локалізація висипки в області пупка при будь-якому дерматозі, на думку багатьох авто-

рів, свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання, що може залежати від дисбалансу в регулюючих системах організму.

Як свідчить аналіз показників, найчастіше алергиди спостерігалися у формі еритематозно-сквамозних плям та сверблячки шкіри поза висипкою. У той же час наявність у окремих пацієнтів на шкірі міхурців та запальних папул свідчить про те, що у одного й того ж хворого можуть бути декілька різновидів алергидів одночасно.

У двох чоловіків, які страждали на підвищену пітливість та у двох жінок зі схильністю до ожиріння еритразма ускладнювалась екзематизацією та попрілістю.

Результати та їх обговорення. Незважаючи на численні дослідження проблеми мікозів, в останні роки реєструються особливості перебігу багатьох із них. Нові дані науки диктують необхідність перегляду підходів до вирішення багатьох аспектів цієї проблеми.

Особливо проблемні питання стосуються еритразми. Це захворювання, хоча й відноситься до поверхневих мікозів, але навіть у відношенні його етіології не існує єдиної думки щодо ролі *Corynebacterium minutissimum* у патогенезі захворювання. З урахуванням цих обставин більшу увагу слід приділяти не стільки пошуку засобів боротьби з захворюванням, скільки – з'ясуванню ролі молекулярних систем міжклітинних відносин у патогенезі даного дерматозу. Однак, ці системи тісно взаємозв'язані і мають взаємно стимулюючі ліганди та рецептори.

Не менш важлива роль належить і з'ясуванню рефлекторних механізмів утворення того чи іншого патологічного кола захворювання та розробці методів рефлекторної безмедикаментозної терапії.

У половини обстежених нами хворих на еритразму були виявлені клінічні ознаки сенсibiliзації у вигляді різноманітної еритематозно-сквамозної, папульозної, везикулярної висипки на шкірі. Але домінуючим фактором, що сприяв хронізації дерматозу, була наявність сверблячки шкіри. Цей прояв захворювання свідчив не лише про наявність сенсibiliзації організму, але й про реакцію його провідних регулюючих систем і, перш за все, – нервової.

Багаторічне існування висипки на шкірі, сверблячка, яка супроводжувалась розчосами, формували певну особливість порушень функціонального стану ЦНС з розвитком різноманітних невротичних розладів.

З позицій сучасної психології, цілісна поведінка об'єднала в один функціональний блок мотиваційно-емоційні та вегетативні реакції. Не випадково лімбічна система зазначається

і як «емоційний», і як «вісцеральний» мозок. Якщо у здорової людини всі формули енергетично забезпечуються вегетативно адекватним супроводженням, то при патології формується вже патологічний психовегетативний (ПВ) стан, у середовищі якого зберігаються взаємовідносини між порушеною мотиваційно-емоційною системою та неадекватним (надмірним або недостатнім) вегетативним супроводженням.

Ступінь ПВ-розладів добре віддзеркалює рівень порушення адаптивної діяльності, що забезпечується головним мозком і, особливо, лімбіко-ретикулярним комплексом. ПВ-розлади проявляються психічними порушеннями, серед яких домінують певні феномени (тривожні, депресивні, іпохондричні, астеничні, істеричні) та вегетативні порушення, що проявляються розладами в багатьох полісистемних зрушеннях. Виявлено певний зв'язок ПВ-розладів з характером «мозкового гомеостазу», що визначається фізіологічними взаємовідносинами активуючих стовбурових ретикулярних систем із синхронізуючими системами стовбуру мозку та таламусу.

В останні роки звертають увагу на наявність двох типів змін мозкового гомеостазу:

- активуючих (про них сказано вище);
- синхронізуючих.

При синхронізуючих змінах мозкового гомеостазу альфа-індекс був більшим, ніж при активуючих. При цьому типі змін також мають місце більш інтенсивні ПВ-порушення та більша тривалість хвороби, причому низхідна активація зберігається, а висхідна – зрушення є протилежними – тобто синхронізація. Причини цієї ситуації слід розглядати:

- у світлі концепції про так зв. «мозкову настрійку»: під впливом тривалої периферичної вегетативної активації через аферентні мозкові системи, наступають синхронізуючі зрушення;

- з урахуванням можливості, що активаційні та синхронізуючі зрушення є етапами перебігу одного захворювання;

- з урахуванням можливості, що в основі «синхронізуючого варіанту» лежать певні біологічні закономірності, зокрема – компенсована гіпоталамічна недостатність.

Так чи інакше, але в таких випадках має місце порушення фізіологічних взаємовідносин висхідних та низхідних систем ретикулярної формації стовбуру мозку. Таким чином, одним з факторів патогенезу вегетативних порушень є розлади «мозкового гомеостазу», правильного функціонування неспецифічних систем мозку.

У багатьох хворих є порушення в циклі «не-спання – сон»; це скарги на:

- астеничний стан у неспанні;
- неможливості тривалої підтримки неспання, необхідної для інтенсивної діяльності;

- інсомнічні розлади;
- рідше – гіперсомнічні скарги.

При об'єктивному обстеженні ці скарги знаходять підтвердження, і, головним чином, виявляється посилення активаційних проявів сну:

- подовження терміну засипання;
- скорочення тривалості сну;
- часті пробудження;
- кількісна та якісна неповноцінність фази повільного сну, а особливо – глибокого сну;
- збільшення рухової активності під час сну.

Ці розлади бувають різної глибини і, наприклад, відрізняються у хворих з нічними та денними кризами.

Оскільки провідними факторами, що викликають ПВ-синдром, є психічні, то очевидна і роль гострого та хронічного емоційного стресу при цьому. Емоційні розлади – головний фактор, що визначає порушення нормального функціонування неспецифічних систем мозку та викликає зміни інтегративної діяльності (синдром дезінтеграції).

В останні роки було показано особливе значення недостатності правого гіпокампу при пароксизмальних атаках, тобто вегетативних пароксизмах (до яких у певній мірі можна віднести й приступи сверблячки). Нерідко органічні та психічні фактори одночасно обумовлюють виникнення ПВ-синдрому. Вивчаються і важливі нейрохімічні особливості:

- порушення лактатнопіруватного обміну;
- провокуюча роль лактату у викликанні вегето-судинних кризів;
- порушення обміну глутамату;
- недостатність дофамінових систем мозку;
- роль скритої кальцієвої недостатності;
- можлива роль порушення обміну нейропептидів.

Є дані про те, що зниження рівня серотоніну та норадреналіну і збільшення експресії рецепторів цих нейромедіаторів спостерігається при депресивних станах. Літій знижує секрецію норадреналіну, утворення інших клітинних посередників і збільшує експресію адренорецепторів. Відмічено, що гіперсеротонінемія спостерігається при аутизмі, але в 30-50 % випадків – без явних порушень обміну серотоніну безпосередньо в головному мозку.

Дефекти транспортерів серотоніну – кандидати на роль першопричини при багатьох психічних розладах, у тому числі – депресивних станах. Важливо відмітити, що деякі нейрони, зокрема, сплетіння Ауербаха, синтезують і секретиують різні нейромедіатори і модулятори одночасно, зокрема, – серотонін поряд з енкефалінами та речовиною P. Це може мати суттєве значення для розвитку клінічних ознак сенсibiliзації, у тому числі таких, як екзематизація,

оскільки є роботи, що свідчать про пускову роль речовини *P* у відношенні до сверблячки і захисну роль енкефалінів, як реакцію на це відчуття.

Гістамін також відноситься до важливих нейромедіаторів (локальних гормонів), зокрема, він діє на гладком'язеві клітини через рецептори двох типів – H_1 та H_2 , що у одних випадках може викликати скорочувальну, а в інших – розслаблювальну функцію. Незважаючи на численні дослідження ролі гістаміну при дерматозах, існує потреба подальшого з'ясування його функцій, особливо в умовах екологічного навантаження.

Таким чином, проблема взаємозв'язку порушень у регуляторних структурах головного мозку, процесах обміну нейромедіаторів (зокрема, серотоніну та гістаміну), нейромодуляторів (субстанція *P*, ендорфіни, енкефаліни) потребує подальшого вивчення і може допомогти розкрити нові механізми формування невротичних розладів у хворих на дерматози з наявністю клінічних ознак сенсibiliзації, патогенетично обґрунтувати методики лікування хворих та профілактики захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грибковые болезни и их осложнения. Клиника, диагностика, лечение : Руковод. для врачей / В. В. Кулага, И. М. Романенко, С. Л. Афонин, С. М. Кулага. – Луганск: Элтон-2, 2006. – 520 с.
2. Кутасевич Я. Ф. Новые возможности лечения бактериальных инфекций кожи / Я. Ф. Кутасевич, А. Н. Огурцова // V научн.-практ. конф. «Актуальные вопросы патологии кожи и урогенитальных инфекций». – Одесса, 2007. – С. 64-65.
3. Мавров И. И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров, Л. А. Болотная, И. М. Сербина. – Харьков: «Факт», 2007. – 792 с.
4. Оценка стафилококковой и нелипофильной дрожжевой микрофлоры кожи у больных с кожной патологией при контактном способе посева / В. Г. Арзуманян, Е. В. Зайцева, Т. Н. Кабаева, Р. В. Темпер // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. - № 6. – С. 3.
5. Сергеев А. Ю. Грибковые инфекции : Руковод. для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. – М. : Бином-пресс, 2003. – 440 с.
6. Holdiness M. Management of cutaneous erythrasma / M. Holdiness // M. Drugs. - 2002. – Vol. 62. – P. 1131-1141.
7. López A. Eritrasma. Revisión y actualización / A. López, O. Victor, R. Arenas // Med. Int. Mex. – 2006. – Vol. 22. – P. 107-112.
8. Peñaloza-Martínez J. A. Corinebacteriosis cutánea / J. A. Peñaloza-Martínez, A. López-Navarro // Rev. Centro Derm. Pascua. – 2001. – Vol. 3. – P. 141-146.
9. Sobel J. D. Vulvovaginitis due to Candida glabrata, an emerging problem / J. D. Sobel // Mycoses. – 1998. – Vol. 41, Suppl. 2. – P. 18-22.
10. Wharton J. R. Erythrasma treated with single-dose clarithromycin / J. R. Wharton, P. L. Wilson, J. M. Kincannon // Arch. Dermatol. – 1998. – Vol. 174. – P. 671-672.

Висновки. Клінічний перебіг еритразми має певні особливості:

- у чоловіків основні осередки локалізуються, в основному, у пахвинно-стегновокаліткової області, у жінок, – в основному, у складках під молочними залозами;

- сверблячка не характерна для неускладненої еритразми, її поява частіше пов'язана з тривалим перебігом захворювання, недостатньою ефективністю стандартного лікування; як наслідок цього – розвиток сенсibiliзації організму.

Розвитку сенсibiliзації можуть сприяти наявність супутньої патології (особливо – органів ШКТ, фокальна інфекція та ін.); стан сенсibiliзації може проявлятися не тільки сверблячкою, але й появою поліморфної висипки на різних ділянках тіла. Сверблячка у поєднанні з «косметичним» дефектом шкіри (основний осередок + алергіди) сприяють розвитку невротизації хворих. Наявність сверблячки та/або невротичних розладів диктують необхідність проведення не тільки місцевої, але й загальної гіпосенсибілізуючої та седативної терапії.