

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СПОРОТРИХОЗА**Провизион А.Н., Провизион Л.Н., Баранцева Л.С., Шварева Т.И.***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

Споротрихоз – инфекционное заболевание, вызываемое диморфным грибом *Sporotrix schenckii*. Споротрихоз относится к группе подкожных микозов, однако при нем может поражаться лимфатическая система, слизистые оболочки, мышцы, кости, суставы и внутренние органы [1,5,6].

Споротрихоз не относится к часто встречаемым глубоким микозам, хотя существует мнение, что споротрихоз диагностируется реже, чем встречается. Впервые описан в 1898 году Шенком.

Заражение происходит при внедрении элементов гриба при травме – через мелкие повреждения кожи (слизистые оболочки) после проколов, ссадин, расчесов, укусов насекомых (споротрихоз идентифицирован на лапках домашних мух и в их фекалиях). Споротрихозы являясь сапрофитами широко распространены в окружающей среде – почве, растениях. *Sporotrix schenckii* выделяют из перегноя, увядших и гниющих растений, сена, соломы, мха, древесины. Этим объясняется более частая подверженность заболеванию сельскохозяйственных рабочих, садоводов, цветоводов, овощеводов и лесников. Кроме человека, споротрихозом болеют некоторые домашние и дикие животные – собаки, кошки, лошади, грызуны и птицы. Возможно миконотельство как у людей, так и у животных и птиц [2,5].

Споротрихоз наблюдается в разных возрастных группах – у детей в возрасте нескольких месяцев до стариков (старше 80 лет), чаще болеют мужчины, инкубационный период от 10 дней до нескольких месяцев.

Распространение инфекции может идти лимфогенно по ходу лимфатических сосудов до регионарных лимфоузлов, (*per continuitatem*). Могут поражаться суставы кости, легкие, глаза, нервная система – чаще это гематогенный путь распространения, приводящего к развитию диссеминированного споротрихоза с частотой около 1% от всех случаев заражения на фоне тяжелого предрасполагающего состояния [3,5].

Выделяют несколько клинических форм споротрихоза: кожно – лифатическую, локализованную кожную и диссеминированную.

Кожно – лифатическая форма встречается у 60 % больных. В месте травмы кожи появляется первичный элемент – споротрихозный узелок – безболезненный, плотный, эритематозный, неспаивающийся с кожей, как правило, на кисти или предплечье, который постепенно увеличивается в размерах до узла, приобретает темно – красный цвет с синюшным оттенком и становится спаянным с окружающей тканью. Затем, по ходу лимфатического сосуда, по одному возникают следующие элементы, за несколько сантиметров, от первичного. Спустя время узел становится менее плотным и разрушается, оставляя длительно существующую язву – «споротрихозный шанкр» с серозным или гнойным отделяемым. Края язвы подрывтые, неровные приподнятые за счет отека, впоследствии язва рубцуется (иногда даже без лечения).

Вторичные элементы проходят ту же эволюцию, что и первичные. Они продолжают возникать, достигая регионального лимфатического узла, который уплотняется но, как правило, не изъязвляется. Узелки и язвы нередко располагаются цепочкой по ходу лимфатического сосуда, но могут иметь и групповое расположение. Вторичные язвы без лечения могут просуществовать очень долгое время. Более редкими локализациями кожно – лифатической формы является лицо (особенно у детей), ноги, туловище.

Локализованная кожная форма встречается реже, чем предыдущая и составляет порядка 40% всех случаев заболевания споротрихозом. Имеет различные варианты клинических проявлений, но, в первую очередь, она характеризуется возникновением единичного первичного аффекта без дальнейшей тенденцией к распространению. Проявляется следующими клиническими формами:

- Веррукозной
- Бляшечной
- Угревидной
- Индуративно – узловатой
- Фурункулоподобной

Диссеминированная форма характеризуется распространенностью процесса и проявляется эритематозными папулами, пустулами, подкожными узлами, из которых в дальнейшем формируются абсцессы, которые затем вскрываются и образуют язвы, свищевые ходы, оставляя при заживлении линейные или звездчатые рубцы. Могут наблюдаться аллергические сыпи – «споротрихозиды». Характерной особенностью является тот факт, что появления очагов не зависит от места травмы и дальнейшего появления новых очагов не имеет зависимости от расположения лимфатических сосудов, поражаются внутренние органы – споротрихозный остеомиелит, артрит, пневмония, эндофтальмит, менингит [1,4,5].

Костно – суставная форма диссеминированного споротрихоза поражает, как правило, крупные суставы – коленный, локтевой, запястья. Больные жалуются на боли, отек и ограничение подвижности в суставе. Лихорадка не характерна. Кожа над суставом гиперемирована.

Легочные симптомы – кашель, кровохаркание, лихорадка, потеря в весе. Поражаются печень, почки. Эти формы бывают у ослабленных больных. Лечение они поддаются трудно и обычно наступает смерть [5,7].

Диагностика базируется на выделении культуры *Sporotrix schenckii* из отделяемого кожных очагов, мокроты и крови, а так же обнаружении в биоптате «астероидных телец». Микроскопия патологического материала не всегда позволяет обнаружить клетки гриба.

Лечение. Базисной терапией, которая давала положительный результат, на протяжении более ста лет являлось применение йодита калия, в последнее десятилетие используются системные антимикотики [7].

КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА	ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО	АЛЬТЕРНАТИВНАЯ СХЕМА
Кожно – лимфатическая и кожная	Итраконазол, 100 – 200 мг/сут в течение 3- 6 месяцев.	Йодит калия, от 5 до 40 – 50 капель 3 раза в день, в течении 3 – 6 месяцев. Флуконазол 400мг/сут в течении 6 месяцев.
Легочная, в том числе диссеминированная	Амфотерицин Б, на курс 1 – 2 г.	Последовательная терапия с амфотерицином и итраконазолом.
	Итраконазол, 400мг/сут	
	Хирургическое лечение	
Костно – суставная	Итраконазол, 400мг/сут в течение 12 месяцев.	Амфотерицин Б, на курс 1 – 2 г. Флуконазол, 800 мг/сут в течение 12 месяцев
Споротрихозный менингит	Амфотерицин Б, на курс 1 – 2 г.	Последовательная терапия (Итраконазол, 400мг/сут после амфотерицина). Последовательная терапия (Флуконазол, от 800мг/сут после амфотерицина)
Прочие варианты диссеминированной формы	Амфотерицин Б, на курс 1 – 2 г.	Итраконазол, 400мг/сут

Представляем вашему вниманию наблюдаемый нами случай. Больной С, 91 год впервые обратился за медицинской помощью к врачу хирургу по поводу наличия опухоли в области указательного пальца левой кисти с незначительными субъективными ощущениями. Хирург расценил проявления как панариций. Эффекта от проводимого лечения не было достигнуто. Проявления болезни нарастали. Была произведена ампутация указательного пальца. Последующая терапия, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре не была эффективной, прогрессирование кожного процесса продолжалось, присоединились боли в коленных суставах, появилось ограничение подвижности, затруднение при ходьбе. Спустя полтора года обратился к дерматологу с жалобами на наличие узлов, язв, увеличение в объеме предплечья, кисти. Из анамнеза установлено, что больной постоянно занимался сельскохозяйственными работами.

При осмотре – левая кисть и предплечье значительно увеличены в объеме, темно – красного цвета с синюшным оттенком, плотной консистенции,

на тыле кисти, по ходу лимфатического сосуда, узлы имеют «эшелонированное» расположение, узлы плотные, размерами 0,7 на 0,8 сантиметров. На коже предплечья – язва 2,5 – 2,0 сантиметра, с плотными, приподнятыми краями с гнойным налетом; кожа верхней трети плеча синюшно – красного цвета с фиолетовым оттенком, местами коричневой окраски, имеется групповое расположение узлов и длительно незаживающих язв, узловатых инфильтратов, сформировавших споротрихозные абсцессы, свищевые ходы. Отделяемое язв незначительное, субъективные ощущения отсутствуют. При микроскопическом исследовании обнаружены нити мицелия.

Назначена системная и наружная противогрибковая терапия (Спорогал 200мг, «ям», йоддицирин, фукорцин, раствор люголя, теплые компрессы).

В процессе терапии отмечено положительная динамика проявления болезни, сопровождающаяся улучшением, как в общем состоянии, так и в проявлениях на коже и со стороны суставов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. De Hoog, G. S. Atlas of Clinical Fungi, 2nd ed, vol. 1./ J. Guarro, J. Gene, and M. J. Figueras Centraalbureau voor Schimmelcultures, Utrecht, The Netherlands. - 2000.
2. Larone, D. H. Medically Important Fungi - A Guide to Identification, 3rd ed. ASM Press, Washington, D.C. - 1995.
3. St-Germain, G. Identifying Filamentous Fungi - A Clinical Laboratory Handbook, 1st ed. Star Publishing Company, Belmont, California. - 1996.
4. Sutton, D. A., Guide to Clinically Significant Fungi, 1st ed./ A. W. Fothergill, and M. G. Rinaldi (ed.). Williams &

Wilkins, Baltimore. - 1998.

5. Кулага В.В. Аллергия и грибковые болезни. Руководство для врачей.//Романенко И.М., Афонин С.Л., Кулага С.М. – Луганск Издательство «Этоло – 2», 2005. – С. 520.
6. Радионов В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога / Радионов Владимир Григорьевич. – Луганск ОАО Луганская областная типография, 2009. – С. 711.
7. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. // Ю.В. Сергеев. – Москва Издательство Бином, 2003. – С. 440.

Провизион А.Н., Провизион Л.Н., Баранцева Л.С., Шварева Т.И. Случай поздней диагностики споротрихоза // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 130-131.

Споротрихоз – инфекционное заболевание, вызываемое диморфным грибом *Sporotrix schenckii*. Споротрихоз относится к группе подкожных микозов, однако при нем может поражаться лимфатическая система, слизистые оболочки, мышцы, кости, суставы и внутренние органы. В статье приведена классификация и современные подходы к терапии заболевания, а так же приведено описание клинического случая.

Ключевые слова: Споротрихоз, глубокие микозы, «споротрихозный шанкр», язва, лимфангит.

Провізіон А.М., Провізіон Л.М., Баранцева Л.С., Шварьова Т.І. Випадок пізньої діагностики споротрихоза // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 130-131.

Споротрихоз - інфекційне захворювання, що викликається диморфним грибом *Sporotrix schenckii*. Споротрихоз відноситься до групи підшкірних мікозів, проте при ньому може вражатися лімфатична система, слизові оболонки, м'язи, кістки, суглоби і внутрішні органи. У статті приведена класифікація і сучасні підходи до терапії захворювання, а так само приведений опис клінічного випадку.

Ключові слова: Споротрихоз, глибокі мікози, "споротрихозний шанкр", виразка, лимфангіт.

Provizion A.N., Provizion L.N., Barantseva L.S., Shvareva T.I. Case of late diagnostics of the sporotrichosis // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 130-131.

Sporotrichosis – an infectious disease caused by dimorphous mushroom *Sporotrix schenckii*. The sporotrichosis concerns group of hypodermic mycoses, however at it the lymphatic system, mucosas, muscles, bones, joints and an internal can be surprised. In article classification and modern approaches in disease therapy are resulted and as the description of a clinical case is resulted.

Keywords: the Sporotrichosis, deep mycoses, «Sporotrichosis chancre», an ulcer, a lymphangitis.

Надійшла 17.02.2011 р.
Рецензент: проф. В.М.Фролов