

УДК 616.756.26—002.72

К. Р. БАБАЯН

К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАХОВОЙ
ЭПИДЕРМОФИТИИ

У больных паховой эпидермофитией выявлено своеобразие элементов грибов в патологическом материале, позволяющее наряду с анамнестическими данными и клинической картиной диагностировать указанный микоз в ранние сроки до получения культуры возбудителя.

У двух больных паховой эпидермофитией обнаружены атипичные (полиморфные) элементы гриба в паразитарном состоянии, свойственные лишь культуре *E. floccosum*—возбудителю этого заболевания.

Паховая эпидермофития, или микоз, вызванный *E. floccosum*, последнее время стал привлекать внимание микологов ввиду учета случаев этого заболевания как в СССР, так и во многих зарубежных странах.

При изучении проблемы паховой эпидермофитии в условиях Армянской ССР наше внимание привлек вопрос дифференциации микроскопической картины паразитарных форм грибов, вызывающих поражение гладкой кожи и кожи крупных складок: бедренно-генитальных, подмышечных, межъягодичных и т. д. Указанные области поражаются как при паховой эпидермофитии, так и при рубромикозе и часто имеют сходную клиническую картину. Поэтому заблаговременное определение этиологического диагноза (еще до получения культуры возбудителя) имеет важное эпидемиологическое, а также лечебное значение.

Считается, что при бактериоскопическом исследовании большинства дерматофитов невозможно определить их видовую принадлежность из-за однообразия микроскопической картины грибов в патологическом материале. Наряду с этим известны высказывания ряда микологов [2, 10] о некоторых особенностях микроскопической картины *E. floccosum* в патологическом материале.

Нам представилось целесообразным изучить микроскопическую картину этого возбудителя с целью использования полученных результатов в диагностике паховой эпидермофитии и дифференциации ее от рубромикоза.

У 76 из наблюдаемых нами 92 больных эпидермофитией при исследовании чешуек с пораженных крупных складок и гладкой кожи было обнаружено своеобразие микроскопической картины гриба, сводящееся к следующему: элементы грибов обычно располагались в ви-

1031—6

де густого, обильно септированного, грубого мицелия, состоящего из квадратных, прямоугольных и овальных спор различного размера. Обычно обнаруживался ветвистый мицелий, хаотично извитый, нередко распавшийся и образующий небольшие скопления спор либо короткие септированные обрывки (рис. 1а, 2).

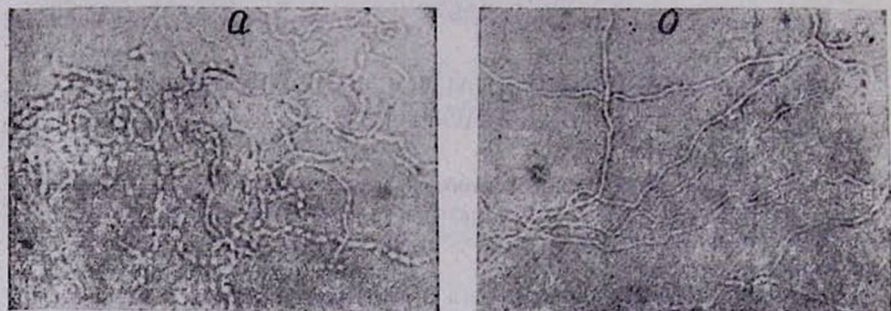


Рис. 1. а. Обильно септированная густая сеть мицелиев *E. floccosum* в патологическом материале. б. Сеть тонких нежных несептированных мицелиев *T. gyratum* в чешуйках с бедренно-генитальных складок. $\times 480$.

Описанная микроскопическая картина установлена нами более чем у 5/6 больных паховой эпидермофитией, имеющих поражение в области крупных складок и гладкой кожи. В то же время лишь у 6 (4,8%) из 123 больных рубромикозом было обнаружено некоторое сходство с указанной выше особенностью. Для больных рубромикозом, имеющих поражение в области бедренно-генитальных складок, в большинстве случаев было характерно наличие в патологическом материале тонкого несептированного либо мало септированного мицелия или же его коротких обрывков (рис. 1, б). Заслуживает внимания тот

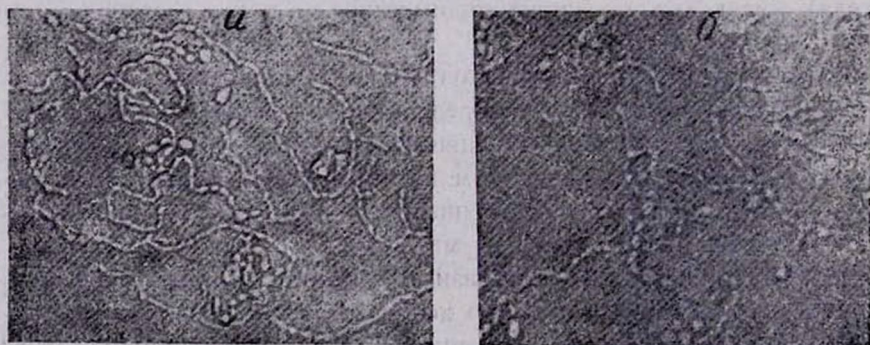


Рис. 2. а. Наряду с септированной сетью мицелиев имеются единичные грушевидные и булавовидные элементы. б. В патологическом материале выявляются как веретенообразные элементы, так и крупные шарообразные образования, напоминающие терминальные и интеркалярные хламидоспоры. $\times 480$.

факт, что вышеуказанные особенности, касающиеся *E. floccosum*, часто не зависели от распространенности и давности процесса, хотя считается, что молодые элементы грибов в патологическом материале выглядят ровными, нежными, мало септированными [4]. Густую, обильно септированную сеть мы одинаково часто встречали как у больных с давностью процесса в 2—3 недели, так и у страдающих этим заболеванием длительное время.

Таким образом, вышеописанные особенности *E. floccosum* в патологическом материале носят не случайный характер, а являются закономерностью, имеющей определенное диагностическое значение.

Известно, что окончательная идентификация дерматофитов достигается путем культуральной диагностики ввиду ее высокой специфичности и возможности выявления наиболее характерных особенностей для каждого вида гриба. Вместе с тем имеются работы [1, 3, 5, 7], обнаруживающие полиморфные (так называемые переходные, атипичные) формы элементов грибов в патологическом материале, напоминающие их культуральную картину. Эти сообщения касаются *T. mentagrophytes* v. *interdigitale* (E. Kaufmann—Wolf), *T. Schönleini* (Achorion Schönleini), *M. canis* (*M. lanosum*) и др. В отношении же *E. floccosum* в доступной литературе мы не встретили описания случаев полиморфизма. Поэтому считаем небезынтересным привести наблюдения над двумя больными.

Б—ой Ю. З., 25 лет, поступил с жалобами на зуд и наличие шелушащихся очагов в бедренно-генитальных складках. Болеет около 4 месяцев. К врачам не обращался. Месяц назад в течение 10 дней смазывал пораженные участки мазями синалар и флуцинар.

Объективно: в бедренно-генитальных складках имеются очаги размером 5×8 см с четкими ровными очертаниями и выраженным сплошным периферическим валиком. Цвет очагов розовый, поверхность шелушащаяся.

При микроскопическом исследовании чешуек кожи с пораженных участков выявлена обильно септированная густая сеть извитого мицелия. Наряду с указанной картиной в препарате прослеживались единичные грушевидные и булавовидные образования (рис. 2а), находящиеся на концах мицелия либо свободные от последнего и напоминающие веретена—характерные элементы культуры *E. floccosum*. Выявлялись также рудименты хламидоспор. При посеве чешуек кожи с пораженных участков выращена культура *E. floccosum*.

Б-ой Г. Р., 36 лет, поступил с жалобами на зуд и шелушение в паховой области. Болеет 2 месяца. Не лечился.

Объективно: в бедренно-генитальных складках имеются очаги поражения с переходом на соприкасающуюся с бедрами кожу мошонки. Границы очагов слабо выражены, периферического валика нет; поверхность покрыта желто-серыми чешуйками. Микроскопически с очагов поражения выявлен септированный ветвистый мицелий, среди которого обнаруживаются редкие веретенообразные элементы размером до 10—12 мкм, а также шаровидные образования, напоминающие терминальные и интеркалярные хламидоспоры (рис. 2б). При посеве патологического материала на среду Сабуро получена культура *E. floccosum*.

По поводу причин полиморфизма грибов в патологическом материале у микологов нет определенного мнения. У одного нашего боль-

ного имело место применение кортикостероидных препаратов с целью самолечения, что, возможно, и послужило причиной изменения морфологической картины гриба. В литературе имеются сообщения относительно неблагоприятного влияния кортикостероидов на течение грибковых заболеваний [6, 8, 9 и др.]. При этом авторы единогласно указывают на обострение, а иногда и генерализацию микотического процесса.

Таким образом, хотя и обнаружение указанных особенностей, сближающих элементы грибов в патологическом материале и культуре, а также выявление особых, характерных черт в структуре гриба в паразитарном состоянии не заменяют культурального исследования, но в совокупности с анамнестическими данными и клинической картиной могут сыграть определенную роль в постановке этиологического диагноза при отрицательных результатах посева.

Кафедра кожных и вен. болезней
Ереванского мед. института

Поступила 24/II 1976 г.

Կ. Ռ. ԲԱԲԱՅԱՆ

ԼՊԻԴԵՐՄՖԻՏԻԱՅԻ ԼԱՐՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աճուկային ծալքերի և հարթ մաշկի էպիդերմոֆիտիայով տառապող հիվանդներից վերցրած ախտաբանական նյութում 92 դեպքից 72-ում հայտնաբերվել են հարուցիչի-անկերի որոշ մանրադիտական առանձնահատկություններ: Վերջիններս թույլ են տալիս վաղորոք, մինչ հարուցիչի կուլտուրան ստանալը, ճշգրիտ ախտորոշելու հիվանդությունը բոլոր այն դեպքերում, երբ կա կլինիկական պատկերի ընդհանրություն ուրբոֆիտիայի հետ:

Աճուկային ծալքերի էպիդերմոֆիտիայով 2 հիվանդի ախտաբանական նյութում հայտնաբերվել են չափազանց հազվադեպ հանդիպող ատիպիկ (պոլիմորֆ) էլեմենտներ, որոնք նմանվում են այդ հիվանդության հարուցիչի կուլտուրալ պատկերին:

Ենթադրվում է, որ այդպիսի ատիպիկ ձևերի առաջացման պատճառներից մեկը կարող է հանդիսանալ կորաիկոստերոիդ քսուկներով տարվող ինքնաբուժումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аравийский А. Н. Изменчивость возбудителя и клинический полиморфизм фавуса. Новосибирск, 1949.
2. Ариевич А. М., Степанищева З. Г. В кн.: Руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней, т. X. М., 1966, стр. 261.
3. Кашкин П. Н. Вестник дерматологии и венерологии, 1939, 12, стр. 27.
4. Кашкин П. Н. В кн.: Руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней, т. X. М., 1966, стр. 190.

5. Кузьмина Л. Г. В кн.: Экспериментальные и клинические исследования, т. XI. М., 1956, стр. 186.
6. Пирогова Е. И. В кн.: Вопросы дерматомикологии. Ставрополь, 1971, стр. 65.
7. Розмаинский И. В. Дисс. канд. Л., 1938.
8. Шеклаков Н. Д., Дудионова В. Г., Бережная Л. А., Кундель Л. М. В кн.: Научно-практическая конференция дерматомикологов Урала, Сибири и Дальнего Востока. Свердловск, 1972, стр. 103.
9. Duperrat B., Badillet G. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1968, 95, 56, 501.
10. Fisher B. K., Smith J. G., Crounse R. G., Roth F. I., Blank H. Archives of Dermatology, 1961, 84, 3, 375.