

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv96704>

Фотогалерея. Поверхностные микозы кожи

А.Б. Яковлев, И.С. Максимов

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Поверхностные грибковые инфекции кожи распространены на всех континентах. Часто наблюдаются ошибки в диагностике и лечении данных больных. Отсутствие симметричности процесса, эритематозно-сквамозные очаги с приподнятым валиком и более выраженным шелушением по периферии, полициклические и анулярные очертания, а также наличие папул и пустул в очаге поражения могут дать подсказку в постановке правильного диагноза. Проведение лабораторных исследований (микроскопия и посев) обязательно для точной постановки диагноза.

В статье представлены фотографии с анамнезом заболевания и вариантами терапии часто встречающихся поверхностных грибковых инфекций кожи.

Ключевые слова: дерматология; микозы кожи; фотогалерея.

Для цитирования:

Яковлев А.Б., Максимов И.С. Фотогалерея. Поверхностные микозы кожи // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 5. С. 525–528. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv96704>

Рукопись получена: 18.11.2021

Рукопись одобрена: 08.12.2021

Опубликована: 18.12.2021

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv96704>

Photo gallery. Superficial mycoses of the skin

Alexey B. Yakovlev, Ivan S. Maximov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Superficial fungal infections of the skin are common on all continents. Errors in the diagnosis and treatment of these patients are often observed. The lack of symmetry of the process, erythematous-squamous foci with a raised roller and more pronounced peeling along the periphery, polycyclic and annular outlines, as well as the presence of papules and pustules in the lesion can give a hint in making a correct diagnosis. Laboratory tests (microscopy and seeding) are mandatory for accurate diagnosis.

This article presents photos with anamnesis of the disease and treatment options for common superficial fungal infections of the skin.

Keywords: dermatology; mycoses of the skin; photo gallery.

For citation:

Yakovlev AB, Maximov IS. Photogallery. Superficial mycoses of the skin. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2021;24(5):525–528. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv96704>

Received: 18.11.2021

Accepted: 08.12.2021

Published: 18.12.2021



Рис. 1. Микоз гладкой кожи.

Fig. 1. Mycosis of smooth skin.

Пациент, 16 лет, болен около 5,5 мес, когда появились высыпания на коже плеч, сопровождавшиеся зудом (**рис. 1**). Проживает в частном доме с бабушкой и бабушкой. Имеются домашние животные, две козы, кролики. Ногтевые пластинки стоп и кистей не поражены. Обращался к дерматологу: взят соскоб на микроскопию и выполнен посев.

Получен рост гриба *Trichophyton rubrum*. В течение 2 мес проводилось лечение только наружными препаратами (тербинафин крем и повидон-йод) с хорошим эффектом. По завершении лечения мицелий патогенных грибов в соскобе троекратно не обнаружен, однако через 3–4 нед кожный процесс возобновился.

Пациент проходит обследование с целью назначения комбинированной терапии.

Пациент, 55 лет, болен 17 дней; обратился к дерматологу спустя 2 нед от появления высыпаний (**рис. 2**). Самостоятельно никакие препараты не применял. В течение последних двух дней беспокоит зуд. В соскобе обнаружен мицелий гриба. Установлен диагноз микоза кожи, онихомикоз стоп. Применяет крем тербинафин по назначению врача.



Рис. 3. Микоз гладкой кожи груди, имитирующий склеродермию.

Fig. 3. Mycosis of the smooth skin of the breast, simulating scleroderma.



Рис. 2. Микоз кожи правой голени.

Fig. 2. Mycosis of the skin of the right leg.

Пациент, 48 лет, болен около 1,5 мес, когда стали появляться высыпания с умеренным зудом на коже груди; кроме того, имеются проявления микоза кожи и ногтевых пластинок стоп (**рис. 3**).

По настоянию матери обратился в кожно-венерологический диспансер, где после обследования выставлен диагноз: «Микоз кожи и ногтевых пластинок стоп, микоз гладкой кожи». Назначены повидон-йод, нафтифин крем, а также обследование для назначения комбинированной терапии.

Пациент, 70 лет, болен 12 дней, когда случайно заметил очаг на коже правой голени (**рис. 4**). Пенсионер. Проживает постоянно в Москве, но в период с мая по октябрь находится в деревне в Тамбовской области. Имеет двух собак и двух кошек.

В соскобе обнаружен мицелий патогенного гриба с поражением волос по смешанному типу *ectoi* и *endothrix*. В посеве получен рост *Microsporum audouinii*.

Назначено лечение: наружно на область высыпаний повидон-йод 2 раза в день с последующим нанесением крема сертаконазола, курс 12 дней.

Пациент выполнял назначение частично: смазывал очаг повидон-йодом и дегтярной мазью по «народному» рецепту. По завершении лечения в соскобах, выполненных дважды, мицелий не обнаружен.



Рис. 4. Микроспория гладкой кожи.

Fig. 4. Microsporia of smooth skin.

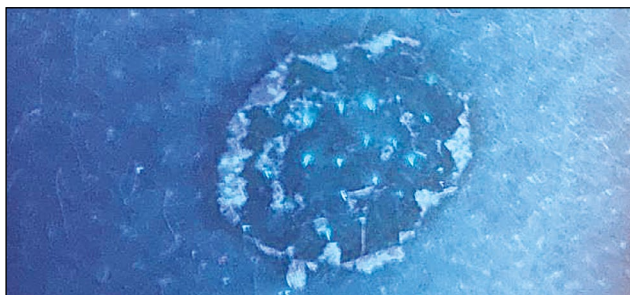


Рис. 5. Микроспория гладкой кожи: свечение в лучах лампы Вуда.

Fig. 5. Microsporia of smooth skin: glow in the rays of a Woods lamp.

Пациентка Ж., 28 лет; высыпания появились после контакта с бездомной кошкой в доме отдыха. На фото отчётливо видно зеленоватое свечение в лучах лампы Вуда (**рис. 5**). При осмотре наблюдаются множественные очаги на коже туловища и нижних конечностей. Поражений волосистой части головы не обнаружено.

Назначена системная и местная терапия тербинафином.

Пациентка, 47 лет, обнаружен мицелий патогенных грибов (**рис. 6**). Назначен раствор Фукорцин 1 раз в день, 7 дней; сертаконазол крем 2 раза в день. Кожный процесс разрешился.

Сразу после лечения в трёх соскобах с интервалом 5 дней мицелий патогенных грибов не обнаружен; в четвёртом анализе через 20 дней — не обнаружен.

Пациентка Г., 54 года; высыпания субмаммарных складок беспокоят в течение 2 нед (**рис. 7**). Из анамнеза известно о наличии у пациентки метаболического синдрома. На консультации выполнен соскоб кожи, биоматериал отправлен в лабораторию на микроскопию и культуральное исследование. При микроскопии обнаружен псевдомицелий, в посеве — *Candida* spp.

Рекомендовано: флуконазол в дозе 150 мг в первый день, затем по 50 мг/сут ежедневно в течение 3 нед; наружно клотримазол крем 2 раза/сут. Консультация эндокринолога обязательна.



Рис. 8. Микоз кожи крупной складки в аксиллярной области справа.

Fig. 8. Mycosis of the skin of a large fold in the axillary region on the right.



Рис. 6. Микроспория гладкой кожи, имитирующая стрептодермию.

Fig. 6. Microsporia of smooth skin simulating streptoderma.

Пациент, 58 лет, болен около 3 нед, когда появились высыпания на коже правой подмышечной области (**рис. 8**). Лечился самостоятельно детским кремом. Периодически беспокоит зуд. Пользовался услугами частнопрактикующего врача: анализ на грибы не выполнен; назначен крем вида клотримазол/гентамицин/бетаметазон с хорошим, но нестойким эффектом.

Пациентка, 59 лет; сопутствующее заболевание: нарушение толерантности к глюкозе (**рис. 9**).

Назначения: водный режим, по возможности низкоуглеводная диета; наружно: утром — Фукорцин 1 раз в день, 8 дней; вечером — первые 5 дней лечения крем вида клотримазол/бетаметазон, затем в течение 14 дней эконазол крем 1 раз в день.



Рис. 7. Кандидоз субмаммарной складки.

Fig. 7. Submammary fold candidiasis.



Рис. 9. Кандидоз мелких складок (межпальцевая складка 3–4-го пальцев левой кисти).

Fig. 9. Candidiasis of small folds (interdigital fold of 3–4 fingers of the left hand).



Рис. 10. Инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы, нагноительная фаза.

Fig. 10. Infiltrative suppurative trichophytosis of the scalp, suppurative phase.

Пациентка, 32 года, больна в течение 4 мес. Проживает в селе, обращалась к местному фельдшеру: диагноз озвучен не был; назначались сначала мази с антибиотиками (без эффекта), затем серно-салициловая мазь, каждый раз в комбинации с 2% йодной настойкой.

Всего у пациентки на голове насчитано 15 мелких очагов (до 1 см) и один крупный (5 см) (**рис. 10**). Назначено комбинированное лечение с тербинафином внутрь.



Рис. 12. Микоз гладкой кожи в области сгибательной поверхности коленного сустава: после 3 нед монотерапии системным препаратом.

Fig. 12. Mycosis of smooth skin in the area of the flexor surface of the knee joint: after 3 weeks of monotherapy with a systemic drug.

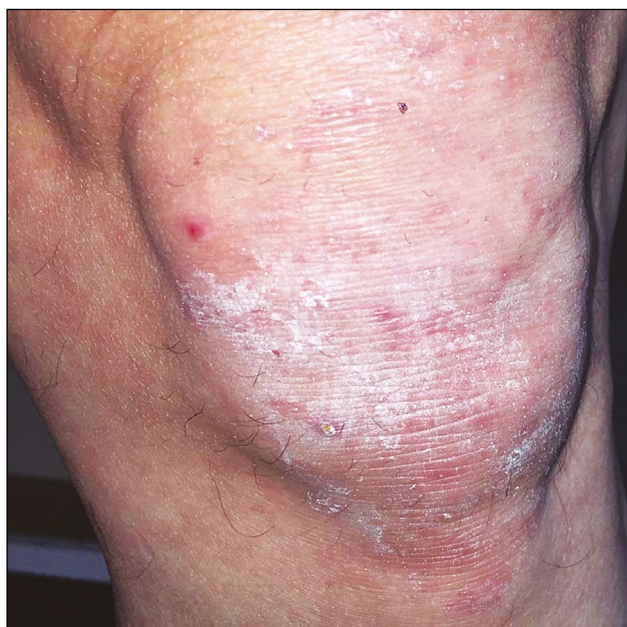


Рис. 11. Рубромикоз гладкой кожи в области разгибательной поверхности левого коленного сустава.

Fig. 11. Rubromycosis of smooth skin in the area of the extensor surface of the left knee joint.

Пациент Г., 63 года, обратился на консультацию с поражением кожи в области левого коленного сустава (**рис. 11**). При осмотре наблюдаются также поражения стоп и ногтей. При микроскопии соскобов чешуек кожи и ногтей обнаружен мицелий патогенных грибов, в посевах — рост *Trichophyton rubrum*.

По результатам общего анализа и биохимии крови назначена комбинированная терапия: утром *per os* тербинафин в дозе 250 мг/сут после еды под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 4 нед; наружно тербинафин крем 2 раза/сут. Повторная консультация — через 1 мес.

Пациент К., 48 лет; кроме поражения кожи нижних конечностей наблюдаются высыпания на коже спины и верхних конечностей (**рис. 12**). Из анамнеза известно, что пациент неоднократно обращался к врачам: под вопросом выставлялся диагноз аллергической реакции; применял крем вида клотримазол/гентамицин/бетаметазон в течение 3 нед без терапевтического эффекта. В дальнейшем другим специалистом выполнена микроскопия гнойного отделяемого и чешуек кожи: обнаружен мицелий патогенных грибов. Рекомендована системная терапия: тербинафин в дозе 250 мг/сут в течение 3 нед без применения местных препаратов.

На консультации в клинике кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова пациенту рекомендован итраконазол в дозе 200 мг/сут в течение 4 нед, наружно сертаконазол крем 2 раза/сут. При повторной консультации через 4 нед процесс регрессировал на 90%. Рекомендовано продолжить местную терапию.