

NEOBYČAJNÉ KLINICKÉ PREJAVY MYKOTICKÝCH OCHORENÍ

Plk. MUDr. Michal ZAMBOR, RNDr. Mária LOFAYOVÁ
Vojenská nemocnica, Bratislava
(náčelník: plk. MUDr. Marián Durbák)
Okružový hygienicko-epidemiologický oddiel, Bratislava
(náčelník: pplk. MUDr. Ivan Šavrdá)

Úvod

Mykotické ochorenia nemajú vždy charakteristický vzhľad. Na tomto má podiel aj lokalizácia ochorenia. Takže ľahko môžu pripomínať iné dermatózy, a to najmä, keď nie sú včas diagnostikované a liečené (2, 4).

Tieto infekcie sa šíria veľmi pomaly, môžu pretrvávajúť i roky, a potom je aj ich liečenie obtiažnejšie.

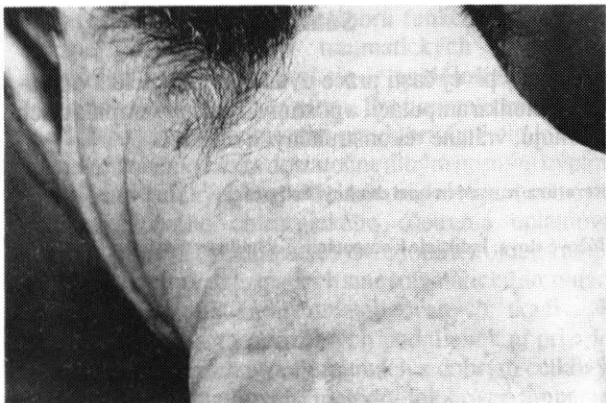
K vzniku týchto ochorení sú potrebné tri faktory, a to zdroj infekcie, cesta prenosu a vnímavý organizmus. Zo vzájomnej súvislosti, návaznosti a lokalizácie vyplývajú aj rôzne klinické prejavy ochorenia.

Dovoľujeme si vám priblížiť tri prípady mykotických ochorení, ktoré neboli včas poznané a z tohto dôvodu nemohli byť aj vyliečené.

Vlastné pozorovania

Prvý prípad, chorý E. K., 51-ročný, zamestnaním ako vedúci veľkého reštauračného zariadenia. S vysokým hygienickým štandardom. Ochorenie na krku trvalo viacej ako jeden rok. Malo priebeh s častými recidivami, ktoré pripomínali žihľavku, so značným pocitom svrbenia. Liečený bol externami s určitým obsahom kortikoidov alebo originálnymi kortikoidami. Čiastočne sa liečil aj sám používaním kozmetických prípravkov. Stav sa nepodarilo vyliečiť. S podozrením na mykotické ochorenie bol prijatý k ústavnému doriešeniu.

Objektívny nález bol v medziach normy. Laboratórne výsledky nevykazovali odchýlky od normálnych hodnôt. Miestny nález pozostával zo svetločerveného pruhu na ľavej strane krku, vyvýšeného, bez šupín. Smerom k okraju obidvoch koncov sa pruh postupne strácal a splýval so zdravou kožou. Pri palpácii mierna anémizácia. Pripomínal žihľavkový pruh. Klinický prejav dobre viditeľný na fotografii.



Druhý prípad, pacient L. Š., 58-ročný, povoláním úradník. Nosil fúzy. Ochorenie trvalo asi pol roka. Opakovane liečený ambulantne bez úspechu. Šupinky sa odstránili, ložisko ostalo a potom znova sa objavili šupinky. Opäť vysoký stupeň hygienického štandardu.

Objektívny nález primeraný veku. Laboratórne výsledky nevykazovali odchýlky od normálnych hodnôt. Miestny nález pozostával z chorobného ložiska, ktoré bolo situované na hornej pere pod ľavým nosným vchodom. Veľkosti asi 20halierníka, fialovočervenej farby, vyvýšené s ojedinelými malými pustulkami a drobnými chrastíčkami.

U obidvoch pacientov pri mykologickom vyšetrení bol mikroskopicky nález pozitívny, spleť septovaných vlákien. Kultivačne potvrdené *Trichophyton rubrum*.

Po lokálnej antimykotickej liečbe ako aj celkovej podávaním gricinu sa chorobné stavy upravili.

V treťom prípade sa jednalo o 4-ročného chlapca, A. K., ktorý trávil prázdniny na dedine u babičky. Spolu s babičkou chodieval do maštale, kde babička dojila kravu. Po návrate z prázdnin sa mu objavila svrbivá vyrážka na ľavom líci, pre ktorú bol ambulantne liečený tri mesiace. Stav sa neupravil. Po troch mesiacoch neúspešnej liečby vyhľadal lekársku pomoc u nás. Pri návšteve na ľavom líci v dĺžke 2 - 3 cm rýha, hĺbky asi 2 - 3 mm, ktorá vyzerala ako stav po silnom a ostrom poškriabaní nechtom. Rýha bola fialovočervenej farby s ojedinelými šupinkami. Diagnostikované ako trichofytické ochorenie s mikroskopickým a kultivačným potvrdením *Trichophyton verrucosum*.

Po lokálnej antimykotickej liečbe gricinom v DMSO (dimethylsulfoxid) sa stav upravil.

Diskusia

V prvom rade treba pripomenúť modifikácie klinických obrazov predchádzajúcou liečbou.

U prvého prípadu vzhľadom k pracovnému zaradeniu a využívaniu voľného času u menovaného najschodnejšia cesta prenosu sa zdá byť pobyt u holiča. Infekcie mohla byť prenesená hrebeňom alebo strojom na vlasy.

Pri prenose infekcie u druhého prípadu súdime, že infekcia bola prenesená holiacím náčiním.

V treťom prípade možno pripustiť i prenos pôvodcu ochorenia z neživých materiálov v maštali, kde môžu dermatofyty vegetovať (1, 3), nakoľko u hovädzieho dobytku výskyt trichofýcie nie je zanedbateľný.

K týmto konštatovaniam sme sa najviac priblížili pri dôkladnej a cielenej anamnéze.

Záver

Na základe nášho zdelenia je potrebné konštatovať, že našou snahou má byť každému chorému sa plne venovať a doriešiť jeho ochorenie, i keď z pohľadu iných vážnejších ochorení sa takéto ochorenia javia ako "banálne". Treba podotknúť, že strpčujú život a neprispievajú k plnému psychosomatickému komfortu.

Literatúra

1. KOLIBÁŠOVÁ, K. - LUKÁČOVÁ, E.: Povrchová trichofýcia vyvolaná *Trichophyton verrucosum* Bodin 1902 pod sádrovým obvazom. Čs. Derm., 51, 1976, č. 1, s. 13-14.
2. KUBEC, K.: Mykotické choroby kůže a jejich adnex. Praha, Avicenum 1983.
3. STRACENSKÁ, H. - NEDVĚD, M.: Problém trichofýcie (*Trichophyton verrucosum* Bodin, 1902) ako antropozoonózy v okrese Svidník. Čs. Derm., 57, 1982, č. 3, s. 177-181.
4. VLAŠÍN, Z. - BURNOGOVÁ, E. - KRATOCHVÍL, F.: Mykózy obličeje (*tinea faciei*) připomínající erytematodes. Čs. Derm., 56, 1981, s. 1-6.

Klíčové slová: Mykotické ochorenia - neobyčajné prejavy.