

8. Acar M., Erkokcak O., Aydin B. et al. Patients with black hip and black knee due to ochronotic arthropathy: case report and review of literature // *Oman Med. J.* – 2013; 28 (6) :448–9. DOI: 10.5001/omj.2013.124.
9. Al-Mahfoudh R., Clark S., Buxton N. Alkaptonuria presenting with ochronotic spondyloarthropathy // *Br. J. Neurosurg.* – 2008; 22 (6): 805–7.
10. Aquaron R. Alkaptonuria: a very rare metabolic disorder // *Indian J. Biochem. Biophys.* – 2013; 50 (5): 339–44.
11. Butany J., Naseemuddin A., Moshkowitz Y. et al. Ochronosis and aortic valve stenosis // *J. Card. Surg.* – 2006; 21 (2): 182–4. DOI: 10.1111/j.1540-8191.2006.00207.x.
12. Lange U., Müller-Ladner U., Dischereit G. Severe osteoarthritic manifestations of ochronosis // *Z. Rheumatol.* – 2014; 73 (5): 420–3.
13. Mistry J., Bukhari M., Taylor A. Alkaptonuria // *Rare Dis.* – 2013; 1: 274–5. DOI: 10.3928/01477447-20160503-03.
14. Nemethova M., Radvanszky J., Kadasi L. et al. Twelve novel HGD gene variants identified in 99 alkaptonuria patients: focus on 'black bone disease' in Italy // *Eur. J. Hum. Genet.* – 2016; 24 (1): 66–72. DOI: 10.1038/ejhg.2015.60.
15. Ozmanevra R., Güran O., Karatosun V. et al. Total knee arthroplasty in ochronosis: case report and review of literature // *Oman Med. J.* – 2013; 28 (6): 448–9. DOI: 10.5606/ehc. 2013.36.
16. Patel V. Total knee arthroplasty in ochronosis // *Arthroplasty Today.* – 2015; 1 (3): 77–80. DOI: 10.1016/j.artd.2015.03.003.
17. Suwannarat P., O'Brien K., Perry M. et al. Use of nitisinone in patients with alkaptonuria // *Metabolism.* – 2005; 54 (6): 719–28.
18. Zatkova A. An update on molecular genetics of Alkaptonuria (AKU) // *J. Inherit. Metab. Dis.* – 2011; 34 (6): 1127–36. DOI: 10.1007/s10545-011-9363-z.

A CLINICAL CASE OF LATE DIAGNOSIS OF OCHRONOSIS

V. Chupakhina¹, Candidate of Medical Sciences; **T. Bolshakova**¹, Candidate of Medical Sciences; **E. Kapustina**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **T. Potupchik**¹, Candidate of Medical Sciences; **L. Boeva**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **T. Pasechnik**²; **I. Shilova**²; **G. Bulygin**²; **A. Budarev**³

¹Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University;

²Territorial Clinical Hospital, Krasnoyarsk

³A.I. Kryzhanovskiy Krasnoyarsk Territorial Clinical Oncology Dispensary

The paper describes a clinical case of a 56-year-old woman with ochronosis, a rare inherited metabolic disease. It considers the clinical manifestations of ochronosis, methods for its diagnosis, and the features of treatment.

Key words: rheumatic diseases, ochronosis, homogentisic acid, alkaptonuria, chondrocalcinosis, nitisinone.

For citation: Chupakhina V., Bolshakova T., Kapustina E. et al. A clinical case of late diagnosis of ochronosis // *Vrach.* – 2019; 30 (11): 67–70. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-15>

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-16>

Ошибки в диагностике зооантропонозной микроспории

З. Хисматуллина, доктор медицинских наук, профессор,
А. Харисова
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа
E-mail: xarisova91@bk.ru

В последние годы все более распространенными становятся атипичные варианты микроспории, требующие тщательной клинической и лабораторной диагностики. Описаны клинические случаи, при которых микроспория ошибочно была принята за другие кожные заболевания.

Ключевые слова: дерматология, *Microsporum canis*, микроспория, атипичные формы, ошибки диагностики.

Для цитирования: Хисматуллина З., Харисова А. Ошибки в диагностике зооантропонозной микроспории // *Врач.* – 2019; 30 (11): 70–72. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-16>

Микроспория — наиболее распространенное грибковое заболевание, относящееся к группе дерматофитий; при данной патологии поражаются кожа, волосы, в исключительных случаях — ногтевые пластинки. Микроспория остается наиболее актуальной проблемой медицинской микологии, занимая по заболеваемости 2-е (после микозов стоп) место [1].

Название рассматриваемого дерматомикоза связано с его возбудителем — грибом *Microsporum canis*, который способен длительно сохранять патогенные свойства в окружающей среде. Чаще возбудитель передается от животных (кошки, собаки), реже — от человека к человеку и через бытовые предметы [2].

Микроспорией в 80–90% случаев болеют дети. Они наиболее восприимчивы к заражению вследствие недостаточной плотности и компактности кератина в эпидермисе и волосах у детей, а также несовершенной защитной функции водно-липидной мантии кожи, что способствует быстрому внедрению и размножению гриба [3].

Инкубационный период при зооантропонозной микроспории составляет 4–7 дней, при антропонозном варианте может длиться 30–45 дней [2].

Выделяют микроспорию волосистой части головы и гладкой кожи с вовлечением в патологический процесс не только пушковых волос (85–90% случаев), но и щетинистых волос ресниц и бровей (1–2%), а также подмышечных и лобковых зон. Различают типичную и атипичную клиническую картину микроспории [4].

При типичной клинической картине на гладкой коже очаги микроспории представлены в виде возвы-

шающихся отечных эритематозных пятен с четкими границами. Постепенно по периферии формируется возвышающийся валик, состоящий из папул, везикул, чешуек и корочек. При микроспории волосистой части головы очаги поражения чаще располагаются в височной, теменной и затылочной областях. В самом начале заболевания в месте внедрения возбудителя возникает очаг шелушения. В дальнейшем образуются другие очаги; их размеры и количество увеличиваются. Волосы в очагах поражения обламываются и выступают над уровнем кожи на 4–6 мм [2].

Атипичные формы микроспории на гладкой коже могут имитировать другие дерматозы: экзему, импетиго, красную волчанку, псориаз, розацеа, себорею, периоральный дерматит, простой и опоясывающий герпес, аллергические реакции [5].

К атипичным формам микроспории волосистой части головы относят также инфильтративную, нагноительную (глубокую), трихофитоидную, экссудативную и себорейную. Отдельно выделяют «трансформированный» вариант микроспории, который возникает на фоне лечения топическими глюкокортикостероидами [6].

При *инфильтративной форме* микроспории очаг поражения гиперемирован, немного возвышается над окружающей кожей, волосы обламываются на высоте 3–4 мм.

Нагноительная форма характеризуется формированием мягких узлов синюшного оттенка и пустул на фоне выраженного отека и инфильтрации. При надавливании на поверхность очага поражения выделяется гной из фолликулярных пустул.

Для *экссудативного варианта* микроспории характерны выраженная гиперемия, отечность. На поверхности очага располагаются многочисленные мелкие пузырьки с серозным экссудатом, который пропитывает чешуйки, формируя плотные корки. При удалении корок обнажается эрозированная поверхность кожи.

При *трихофитоидной форме* микроспории образуется множество мелких очагов с отрубевидным шелушением; воспалительные явления не выражены. Волосы в очаге поражения обломаны на уровне 1–2 мм.

Очаги при *себорейной микроспории* волосистой части головы обильно покрыты чешуйками, отмечается разрежение волос [2, 5, 6].

В последние годы все чаще отмечаются изменения в клинической картине дерматофитий, появляются атипичные, стертые формы, представляющие трудности для диагностики [8, 9].

Приводим случаи атипичного течения микроспории, которые привели к диагностическим ошибкам.

НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Женщина, 52 лет, больна в течение 5 мес.

На момент осмотра на коже волосистой части головы в височной, теменной и затылочной

*областях — 6 очагов округлой формы, диаметром 0,5–3,0 см. Поверхность очагов ровная, розового цвета, слегка покрыта чешуйками. Сохраняется рост единичных волос длиной 2–5 мм, в центральной части. В поликлинике по месту жительства была диагностирована гнездная алопеция. Получала лечение в виде гормонального лосьона для наружного применения. В связи с отсутствием результатов и прогрессированием заболевания обратилась в кожно-венерологический диспансер. Методом культурального исследования был выявлен рост культуры *Microsporum canis*.*

НАБЛЮДЕНИЕ 2.

Юноша, 15 лет, болен в течение 2 мес.

*Патологический процесс локализован в затылочной и теменной зонах волосистой части головы и представлен эритематозными очагами без четких границ, с обильным шелушением на поверхности. Чешуйки сухие, желтого цвета, легко отделяются при поскабливании — в виде перхоти. Со слов родителей, было кратковременное улучшение; самостоятельно лечили ребенка аптечными шампунями с цинком и селеном. Позже выяснилось, что 2 мес назад семья на улице подобрала котенка. Результаты микроскопического исследования оказались отрицательными. Свечения в лампе Вуда не наблюдалось. При обследовании в соскобе с пораженных участков кожи был обнаружен мицелий грибов. Результаты культурального посева и полимеразной цепной реакции позволили выявить *Microsporum canis* и назначить адекватное системное лечение.*

НАБЛЮДЕНИЕ 3.

Мужчина, 30 лет, болен в течение 2 мес.

В области левой подмышечной впадины — эрозии округлой формы диаметром 1,5–3,0 см, с четкими границами, светло-розового цвета. По месту жительства у дерматолога получал лечение: антигистаминные препараты и наружные антисептические средства по поводу аллергического дерматита, однако клинического улучшения не было. Позже направлен в кожно-венерологический диспансер. Наличие в загородном доме кошки и собаки позволило заподозрить дерматомикоз. По результатам обследования у больного был установлен диагноз микроспории.

Таким образом, атипичные варианты течения микроспории представляют собой серьезную эпидемиологическую проблему, особенно в последние годы. В подобных ситуациях очень важно своевременно заподозрить дерматофитную инфекцию и провести лабораторную диагностику. Отсюда ясна необходимость лучшего ознакомления врачей с особенностями совре-

менного течения микроспории и ее клинической диагностики, а также совершенствования лабораторной диагностики данного микоза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/Reference

1. Кубанова А.А. Динамика распространения дерматофитий в Российской Федерации // Вестн. дерматол. и венерол. – 2000; 4: 16–8 [Kubanova A.A. Dinamika rasprostraneniya dermatofitii v Rossiiskoi Federatsii // Vestn. dermatol. i venerol. – 2000; 4: 16–8 (in Russ.)].
2. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии / М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001; с. 92–104 [Kubanova A.A., Potekaev N.S., Potekaev N.N. Rukovodstvo po prakticheskoi mikologii / M.: FID «Delovoi ekspress», 2001; s. 92–104 (in Russ.)].
3. Хамаганова И.В. и др. Проблемы диагностики и лечения трихомикозов у детей // Клини. дерматол. и венерол. – 2012; 6: 95–7 [Khamaganova I.V. et al. Problems in the diagnosis and treatment of trichomycosis in children // Klin. dermatol. i venerol. – 2012; 6: 95–7 (in Russ.)].
4. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова / М., 2011; с. 240–1 [Dermatovenerologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red. Yu.K. Skripkina, Yu.S. Butova / M., 2011; s. 240–1 (in Russ.)].
5. Потекаев Н.Н. К клинике и терапии микроспории // Вестн. дерматол. и венерол. – 2000; 5: 69–72 [Potekaev N.N. K klinike i terapii mikrosporii // Vestn. dermatol. i venerol. – 2000; 5: 69–72 (in Russ.)].
6. Atzori L., Aste N., Aste N. et al. Tineafaciei due to microsporumcanis in children: a survey of 46 cases in the District of Cagliari (Italy) // Pediatr. Dermatol. – 2012; 4: 409–13. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2011.01595.x
7. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. 2 изд. / М.: Изд-во БИНОМ, 2008; 480 с. [Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. Gribkovye infektsii. Rukovodstvo dlya vrachei. 2 izd. / M.: Izd-vo BINOM, 2008; 480 s. (in Russ.)].
8. Степанова Ж.В. Клинические особенности и лечение микроспории в современных условиях // Вестн. дерматол. и венерол. – 2008; 6: 85–8 [Stepanova Zh.V. Particular features of the clinical course and treatment of microsporia in the current conditions // Vestn. dermatol. i venerol. – 2008; 6: 85–8 (in Russ.)].
9. Хисматуллина З.Р., Шарафутдинова Н.Х., Габдуллина С. Ошибки в диагностике зооантропонозных микотических инфекций // Практик. медицина. – 2012; 1 (56): 135–6 [Hismatullina Z.R., Sharaphutdinova N.H., Gabdullina S.R. Errors in the diagnosis of zooanthropotic mycotic infections // Prakticheskaya meditsina. – 2012; 1 (56): 135–6 (in Russ.)].

ERRORS IN THE DIAGNOSIS OF ZOOANTHROPOTIC MICROSPORIA

Professor Z. Khismatullina, MD; A. Kharisova

Bashkir State Medical University, Ufa

Atypical microsporia variants that require thorough clinical and laboratory diagnosis are becoming more common in recent years. Clinical cases in which microsporia was mistaken for other skin diseases are described.

Key words: dermatology, *Microsporum canis*, microsporia, atypical forms, diagnostic errors.

For citation: Khismatullina Z., Kharisova A. Errors in the diagnosis of zooanthropotic microsporia // Vrach. – 2019; 30 (11): 70–72. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-16>

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-17>

Сахарный диабет типа 2 и постменопаузальный остеопороз: как улучшить качество жизни?

М. Сергеева-Кондраченко¹, доктор медицинских наук, профессор,
В. Струков¹, доктор медицинских наук, профессор,
П. Полубояринов², кандидат сельскохозяйственных наук,
Е. Петрова³, кандидат медицинских наук

¹Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России

²Пензенский государственный университет архитектуры и строительства

³Пензенский государственный университет, Медицинский институт

E-mail: villor3737@yandex.ru

Эффективный контроль СД типа 2 (СД2) и постменопаузального остеопороза (ОП) остается актуальной проблемой, несмотря на большой арсенал препаратов, используемых в терапии таких больных. Один из новых критериев оценки качества медицинской помощи, получивший широкое распространение в последние годы, – качество жизни (КЖ) пациентов. Целью исследования было оценить КЖ пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП в зависимости от терапии постменопаузального ОП, используя опросник SF-36 Health Status Survey. Проведено анкетирование 84 пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП. Средний возраст обследованных – 55,7±4,1 года. У пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП более высокое КЖ было ассоциировано с приемом препарата Остеомед Форте.

Ключевые слова: эндокринология, сахарный диабет типа 2, качество жизни, постменопаузальный остеопороз, опросник SF-36 Health Status Survey, Остеомед Форте.

Для цитирования: Сергеева-Кондраченко М., Струков В., Полубояринов П. и др. Сахарный диабет типа 2 и постменопаузальный остеопороз: как улучшить качество жизни? // Врач. – 2019; 30 (11): 72–75. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-17>

Сахарный диабет (СД) во всем мире признан одним из наиболее важных неинфекционных заболеваний и глобальным вызовом мировому сообществу в XXI веке [1, 3, 6, 12]. По данным Международной федерации диабета, в 2017 г. численность больных СД в мире достигла 425 млн человек, еще 318 млн человек имеют нарушенную толерантность к глюкозе, т.е. входят в группу высокого риска по развитию заболевания (рис. 1). По оценкам экспертов, истинное число больных СД в России может достигать 8,5 млн человек. Число больных СД возрастает за счет пациентов с СД типа 2 (СД2) старше 40–50 лет, в основном – женщин.