

**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
МИКРОСПОРИИ И ТРИХОФИТИИ**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10640943>

Йулдошева Д.С

Ёкубов Ф.Ф

Рахматов С.А

*ассистент кафедры Дерматовенерологии и Аллергологии Ферганский
Медицинский Институт Общественного Здоровья, Узбекистан г. Фергана*

Резюме. В статье представлены литературные и собственные данные по эпидемиологии, клиническому течению микроспории и трихофитии. Основным спектром возбудителей микроспории – *M. canis*, трихофитии – *Tr. mentagrophytes var. gypseum*, *Tr. Violaceum*, *Tr. Tonsurans*, *Tr. Verrucosum*. Отмечается, что в последнее время имеет место атипичное течение микроспории и трихофитии. Заболевания стали чаще регистрироваться у новорожденных детей и взрослых.

Ключевые слова: микроспория, трихофития, эпидемиология, клиника.

Среди грибковых заболеваний немаловажное значение приобретает заболеваемость зооантропонозными дерматомикозами. Распространенность этих заболеваний в популяции, по различным данным, колеблется от 10% до 20%. В настоящее время по уровню заболеваемости микроспория занимает второе место в мире среди всех грибковых заболеваний, а трихофития является вторым по частоте встречаемости микозом волосистой части головы в педиатрической практике после микроспории.

Характерной особенностью всех дерматофитий, является видоизменение микрофлоры. Если раньше наиболее частыми возбудителями дерматофитий были антропофильные грибы, то сейчас на их долю приходится не более 1% флоры. Основными возбудителями микроспории и трихофитии стали зоофильные грибы. Для микроспории это *M. canis*, трихофитии – *T. verrucosum* и *T. mentagrophytis var. gypseum*.

В последние годы многие исследователи отмечают некоторые изменения в клинической картине зооантропонозных дерматофитий, появление их стертых и атипичных форм. В одних случаях наблюдаются малосимптомные, стертые, вялотекущие формы микроспории гладкой кожи, при которых очаги поражения не имеют четких границ, выраженных воспалительных явлений, значительного шелушения. Их обычно принимают за проявления себорейного дерматита, себореиды, стрептодермию, хроническую трихофитию. У других микроспория сопровождается значительным отеком и эритемой при почти отсутствующем

шелушении. При этом она имитирует розовый лишай, многоформную экссудативную эритему, центробежную эритему Дарье, эритему Афцелиуса-Липшютца. Такие экссудативно-воспалительные варианты наблюдаются у 20,4% больных. У третьей группы больных (4,8-6,4% случаев) обнаруживают глубокие формы микроспории, сопровождающиеся инфильтрацией, нагноением, вегетациями. При локализации на волосистой части головы эти проявления обычно сходны с инфильтративно-нагноительной трихофитией типа *kerion Celsii* или глубокими формами пиодермии. При локализации на коже лица они имитируют красную волчанку, эозинофильную гранулему лица, лимфоцитарную инфильтрацию, при локализации на голенях – гранулему Майокки.

По данным некоторых авторов, наблюдаются и атипичные формы зооантропонозной трихофитии, трихофития маскируется под экзему, псориаз, красную волчанку, розовый лишай Жибера. Необходимо отметить, что при трихофитии может происходить формирование фурункулоидных, фрамбезиформных инфильтратов особенно на волосистой части кожи головы. Около 10% случаев трихофитий протекает с абсцедированием.

Следовательно, в настоящее время важной задачей является изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей дерматофитий волосистой части головы, что позволит улучшить диагностику дерматомикозов, назначать рациональную терапию с учетом особенности возбудителя, сократить сроки лечения.

Материалы и методы

В основу клинической классификации микозов, принятой в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), положен принцип локализации, предложенный Н.Д. Шеклаковым (1976) и основанный на патогенных свойствах возбудителя, клинических формах и эпидемиологии заболевания. Основными анализируемыми параметрами были пол, возраст больного, сезонность, этиология возбудителя, источники заражения и клинические особенности течения заболеваний.

Результаты и обсуждение

В этиологии микроспории превалировал зоофильный возбудитель – *Microsporum canis*, выявленный у всех 1425 человек (100%). В этиологии же зооантропонозной трихофитии – *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* у 28 человек (60,9%), *Tr. verrucosum* у 2 человек (4,3%). В этиологии антропонозной трихофитии преобладал *Tr. tonsurans* (19,6%), у 7 человек (15,2%) обнаружен *Tr. violaceum*.

Основным источником заражения микроспорией явились бродячие и домашние кошки – 1224 случая (85,9%), собаки – 108 случаев (7,6%) и в 93 случаях (6,5%) причиной возникновения патологии послужили внутрисемейные контакты. При трихофитии источником заражения были бродячие и домашние кошки – 16 случаев (34,8%), собаки – 10 случаев (21,7%), морские свинки – 2 случая (4,4%) и в 18 случаев

(39,1%) источником заражения явились люди, занимающиеся контактными видами спорта.

Наиболее часто микроспория регистрировалась у детей в возрасте от 1 года до 14 лет (96,1%), средний возраст детей составил $7,1 \pm 0,3$ лет. У взрослых микроспория наблюдалась в 40 случаях (2,8%), средний возраст составил $38,7 \pm 9,2$ лет. Среди детей в возрасте до одного года микроспория отмечалась в 15 случаях ($1,1 \pm 0,3\%$). Трихофития регистрировалась чаще у детей от 2 до 14 лет и составила 42 случая (91,3%), средний возраст детей составил $7,5 \pm 0,5$ лет; у взрослых – 4 случая (8,7%), средний возраст которых был $17,7 \pm 1,5$ лет.

По клиническим формам преобладала микроспория волосистой части головы – у 576 человек (40,4%), микроспория гладкой кожи – у 551 человека (37,8%), микроспория гладкой кожи и волосистой части головы – у 338 человек (21,8%). Количество патологических очагов варьировало: от 1 до 5 у 935 человек (65,6%), от 6 до 10 у 350 человек (24,6%), от 11 до 15 у 74 человек (5,2%), от 16 до 30 у 52 человек (3,6%), от 31 до 50 у 14 человек (1%). Наибольший патологический очаг равный 17 см в диаметре, наблюдался у одного пациента (0,1%), очаги 8-10 см в диаметре – у 15 человек (1,1%), 5-7 см – у 360 человек (25,2%), 3-4 см – у 488 человек (34,2%), 1-2 см – у 561 человек (39,4%). При поражении волосистой части головы процесс локализовался в височных, теменной и затылочной области, волосы в них обломаны на высоте 3-7 мм. При поражении гладкой кожи процесс локализовался на лице, шеи, туловище, верхних и нижних конечностях. У 2 человек (0,1%) очаги микроспории локализовались на ладонях в виде эритематозно-сквамозных высыпаний, у 3 человек (0,2%) наблюдалось редко встречающееся поражение ресниц и бровей. У 5 человек (0,4%) наблюдалась атипичная нагноительная форма микроспории, с локализацией на волосистой части головы. В структуре заболеваемости трихофитией преобладала поверхностная форма – у 25 человек (54,3%), инфильтративно-нагноительная форма – у 21 человека (45,7%), при этом поражение волосистой части головы наблюдалось у 24 человек (52,2%), поражение гладкой кожи у 15 человек (32,6%) и сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы у 7 человек (15,2%). Количество патологических очагов варьировало от 1 до 5, их размеры не превышали 5 см в диаметре, у всех пациентов. На волосистой части головы очаги локализовались в височных, теменной и затылочной областях, волосы в них обломаны на высоте 1-2 мм, у 3 человек (6,5%) наблюдалась черноточечная трихофития. На гладкой коже процесс локализовался на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях, а у 2 человек (4,4%) в лобковой и ягодичной области. У 3 человек (6,5%) инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы протекала с абсцедированием.

Анализируя общую заболеваемость дерматофитиями, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес в структуре заболеваемости принадлежит микроспории – 96,8 %, по сравнению с трихофитией – 3,2 %. Среди больных

преобладали мужчины – 55,5 %. Чаще болеют дети в возрасте от 1 до 14 лет. Основными источниками заражения при микроспории являлись бродячие и домашние кошки, при трихофитии – люди, занимающиеся контактными видами спорта. Основной спектр возбудителей для микроспории – *M. canis*, для трихофитии – *Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*, *Tr. Violaceum*, *Tr. Tonsurans*, *Tr. Verrucosum*. Особенности клинического течения микроспории были более частая изолированная локализация патологического процесса на волосистой части головы, количество очагов чаще множественное, с тенденцией к увеличению размеров. При трихофитии чаще поражалась волосистая часть головы, увеличивалось число случаев поверхностных клинических форм. Чаще стали наблюдаться атипичные и осложненные формы дерматофитий, редко встречающиеся локализации процесса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванова М.А., Бендриковская И.А., Мельниченко Н.Е. и др. Эпидемиологическая ситуация по трихофитии в России в 2003-2006гг. // Современная микология России: тез. докл. II съезда микологов России. – Москва, 2008. – С. 430.
2. Иванова М.А., Гречко А.В., Мельниченко Н.Е. Грибковые заболевания кожи в Амурской области и других субъектах Российской Федерации, 2008- 2009 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. Электрон. - науч. журн. – 2010. – No 15. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.
3. Исаева Т. И. Клинико-эпидемиологические и медико-социальные аспекты микроспории в различных климатогеографических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 25 с.
4. Корсунская И. М., Тамразова О. Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. – М.: Медицина, 2005. – 31с.
5. Карибаева А.Т. Современные особенности клиники, эпидемиологии, иммунных механизмов трихофитии, микроспории и усовершенствование терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казахстан, 2010. – 41с.
6. Лупанова М.А. Анализ видового состава грибковой флоры за последние годы // Дерматовенерология Сибири. Наука и практика: тез. докл. науч. – практ. конф. – Новокузнецк, 1998. – С. 77.
7. Медведева Т.В., Антонов В. Б., Леина Л.М. и др. Трихофития: современные представления об этиологии, клинической картине, особенностях диагностики и терапии // Клин. дерматол. и венерол. – 2007. – No 4. – С. 70–74.
8. Поткаев Н.С., Плиева Л. Р., Шкребец С. В. Микроспория // Клин. дерматол. и венерол. – 2008. – No 4. – С. 19–21.
9. Степанова Ж.В. Клинические особенности и лечение микроспории в современных условиях // Вестн. дерматол. и венерол. – 2008. – No 6. – С.85–88.

10. Фахретдинова Х.С., Медведева Е.А., Бурханова Н.Р. и др. Динамика дерматомикозов в республике Башкорстан в 1938-2003гг. // Пробл. медиц. микологии. – 2004. – Т. 6, No 2. – С. 124–125.

11. McPherson M.E., Woodgyer A.J., Simpson K. et al. High prevalence of tinea capitis in newly arrived migrants at an English-language school, Melbourne, 2005. // Med J Aust. – 2008. – Vol. 189, No 1. – P. 13-16.

12. Skerlev M., Cerjak N., Murat-Susic S. et al. An intriguing and unusual clinical manifestation of *Microsporum canis* infection // Acta Dermatovenereol. Croat. – 1996. – Vol. 4. – P. 117-120.