

УДК 616.992.28

КЛИНИЧЕСКОЕ МНОГООБРАЗИЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

Хисматуллина З. Р., Мухамадеева О. Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Башкортостан, Россия

© Хисматуллина З. Р., Мухамадеева О. Р., 2004

В Республике Башкортостан на протяжении ряда лет регистрируют высокие показатели заболеваемости трихофитией, вызванной *Trichophyton verrucosum* и *T. mentagrophytes* var. *gypseum*. Зачастую заболевание протекает с атипичной клинической картиной. Знание различных клинических проявлений этой инфекции позволяет вовремя диагностировать заболевание и назначать адекватное лечение.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, клиника, трихофития

CLINICAL VARIETY OF ZOOANTHROPONOUS TRICHOPHYTIA

Hismatullina Z. R., Mukhamadeeva O. R.

The State Medical University, Ufa, Bashkortostan, Russia

© Hismatullina Z. R., Mukhamadeeva O. R., 2004

The high parameters of trichophytia induced morbidity of by Trichophyton verrucosum and T. mentagrophytes var. gypseum are observed for number of years in the Republic of Bashkortostan. Frequently disease flows with atypical clinical picture. The knowledge of various manifestations of this infection allows to diagnose disease in time and to nominate adequate treatment.

Key words: differential diagnosis, clinic, trichophytia

Трихофития, вызванная зоантропофильными трихофитонами, является часто встречающимся грибковым заболеванием в сельской местности Республики Башкортостан (РБ). Так, по данным Республиканского кожно-венерологического диспансера (РКВД), заболеваемость трихофитией за 2003 г. в РБ составила 11,7 на 100 тыс. населения (по городам — 2,0 на 100 тыс. населения, по районам республики — 27,7 на 100 тыс. населения) [1].

Из возбудителей трихофитии чаще всего выделяют *T. verrucosum* (59%-77%), *T. mentagrophytes* var. *gypseum* (16%-41%) [2].

Различают три клинические формы зоантропонозной трихофитии: поверхностная, инфильтративная, нагноительная.

Клиническая картина не всегда бывает типичной, довольно часто она напоминает клинику других дерматозов. Ошибка в диагностике может повлечь за собой неадекватное лечение больного, вплоть до хирургического вмешательства [2-5].

Целью нашей работы было изучение клинического многообразия различных форм зоантропонозной трихофитии.

Под нашим наблюдением находилось 33 больных (25 мужчин, 8 — женщин) с диагнозом зоантропонозная трихофития, прошедших курс стационарного лечения в 2004 году на базе РКВД. Возраст больных составил: до 18 лет — 29 человек, старше 18 лет — 4 человека, причем из них 13 человек (39,4 %) в возрасте от 11 до 15 лет и 9 человек (27,3 %) — от 6 до 10 лет. Поверхностную форму трихофитии наблюдали у 1 больного (3,0 %), инфильтративную — у 17 (51,5 %), нагноительную — у 5 (15,2 %), сочетанную инфильтративную и нагноительную формы — у 10 больных (30,3 %). Источником заражения в большинстве случаев служил домашний скот — 63,6 %, скот, содержащийся на ферме (где работал кто-либо из родных) — 6% случаев; у 30,4 % больных источник заражения выявить не удалось. Большая часть больных поступала на стационарное лечение уже через 2–3 недели после начала заболевания (54,5 %), а 12 % больных — через месяц после первых признаков инфекции. Подавляющее большинство поступивших пациентов получали лечение до стационара, из них 23 человека (69,7 %) лечились самостоятельно (чаще всего гормональными мазями и растворами анилиновых красителей), 10 человек (30,3 %) — амбулаторно по месту жительства, но без клинического эффекта, причем у половины из них диагноз трихофитии поставлен не был.

В ряде случаев трихофития гладкой кожи может напоминать розовый лишай Жибера [2, 3].

Так, под нашим наблюдением находился больной С. (15 лет) с распространенной формой трихофитии, обусловленной *T. verrucosum* (Рис. 1). До поступления в стационар больному был выставлен диагноз розовый лишай Жибера. Назначено лечение: наружно — гормональная мазь, внутрь — антигистаминные препараты. На фоне терапии элементы стали увеличиваться в размерах и количестве.

При поступлении в стационар сыпь локализовалась на коже груди, спины, плечах. Всего 81 очаг. Локализация очагов напоминала таковую при розовом лишае Жибера по линиям Ланга. Все очаги имели четкие границы, розово-красный цвет, округло-овальную форму, размер от 0,3 см до 5 см в диаметре. По периферии очагов – валик, состоящий из фолликулярных папул. На поверхности – легкое шелушение, несколько напоминающее «папирисную бумагу». Из анамнеза выясниено, что в домашнем хозяйстве есть корова и теленок, хотя со слов больного они здоровы. При микроскопии чешуек с очагов обнаружены нити мицелия. В посеве – *T. verrucosum*. После назначения системных антимикотиков высыпания разрешились.

К сожалению, наиболее часто мы наблюдаем диагностические ошибки у больных с нагноительной формой трихофитии.

Так, в микологическое отделение поступил больной И. (53 года) с нагноительной формой трихофитии области усов, длительно лечившийся по месту жительства с диагнозом «вульгарный сикоз» (Рис. 2, 3). Заболевание началось за месяц до поступления. Больной считал, что порезал верхнюю губу при бритье усов. В месте пореза появились пустулы. Больной обратился к врачу, где был выставлен диагноз «вульгарный сикоз», назначено лечение: антибактериальная и салициловая мази. Микроскопическое исследование на грибы не проводили. На фоне лечения очаг стал увеличиваться в размерах, появилось обильное гнойное отделяемое. При поступлении в стационар на коже в области усов верхней губы был очаг с четкими контурами, овальной формы, значительно возвышающийся над уровнем здоровой кожи за счет инфильтрата, с пустулами в центре, покрытыми толстой гнойной коркой; у больного были четко выраженные изменения ногтевых пластинок на пальцах стоп. Из анамнеза: в домашнем хозяйстве имеются коровы и теленок, но животные (со слов больного) здоровы. В день поступления в очаге на верхней губе обнаружены нити мицелия, в волосах – споры грибов не обнаружены, в ногтевых пластинках на пальцах стоп – нити мицелия.

Так как из анамнеза больного не удалось выявить источник заражения зоантропонозной трихофитии, мы сделали предположение, что инфекционный

агент перенесен с ногтевых пластинок стоп на область верхней губы. Однако результаты посева показали, что возбудителем онихомикоза является *T. rubrum*, а в очаге на верхней губе обнаружен *T. verrucosum*. При назначении антимикотической терапии заболевание (зоантропонозная трихофития) регрессировало.

Приведем еще один пример, когда неправильная постановка диагноза и соответственно неадекватное лечение повлекли за собой утяжеление заболевания.

В микологическое отделение РКВД поступил больной З. (8 лет) с нагноительной трихофитией волосистой части головы (Рис. 4). Как выяснено из анамнеза, заболевание началось с клинической картины фолликулита. До поступления в стационар больной лечился 2 месяца. Вначале родители лечили самостоятельно, затем обратились в Центральную районную больницу к хирургу, где была назначена рассасывающая терапия. На фоне проводимого лечения состояние ухудшилось: появились пустулы, гнойное отделяемое, размеры очага стали увеличиваться. Ребенка повторно показали хирургу, который назначил антибиотики внутримышечно, наружно – анилиновые красители. Хирургом было отмечено, что в случае неэффективности терапии будет необходимо оперативное вмешательство. Через два месяца после начала заболевания ребенок был консультирован дерматологом, который направил его в РКВД. При микроскопическом исследовании на грибы из очага поражения обнаружены споры гриба *T. ectoilerix* в волосах. В посеве – рост *T. verrucosum*. Установлен источник заражения – больной теленок в домашнем хозяйстве. После назначения антимикотической терапии и наружного лечения (эпиляция волос, фунгицидные мази) все клинические симптомы заболевания были купированы. Очаг разрешился, на его месте сформировалась рубцовая атрофия.

Таким образом, можно заключить, что зоантропонозная трихофития в настоящее время характеризуется многообразием проявлений. Последнее может вызывать затруднение диагностики зоантропонозной трихофитии, что может обусловить диагностические ошибки и неоправданное оперативное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и заразными кожными болезнями в Республике Башкортостан в 2002 году // Информационное письмо для врачей. – Уфа, 2003.
2. Хисматуллина З.Р. Клинико-иммунологическое своеобразие трихофитии, обусловленной *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum*, *Trichophyton quinckeanum*: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1995. – 24 с.
3. Медведева Е.А. Грибковые заболевания человека, вызванные зоофильными дерматофитами: Автофеф. дисс. ... докт. мед. наук. – Л., 1968. – 28 с.
4. Пестерев П.Н. Трихофития зоантропонозная. – Томск, 1988. – 21 с.
5. Степанова Ж.В., Гребенюк В.Н., Воробьевна И.А. и др. Диагностические ошибки при зоантропонозной трихофитии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – №6. – С. 36-38.

Поступила в редакцию журнала 15.04.2004

Рецензент: В.Б. Антонов