

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПО- НОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ У ВЗРОСЛЫХ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЙ В ЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ

Абидова З.М. (д.м.н.), Нурматов У.Б. (н.с.)*

НИИ Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, Ташкент,
Узбекистан

© Абидова З.М., Нурматов У.Б., 2009

В статье приведены результаты наблюдения 286 больных с зооантропонозной трихофитией атипичной локализации. Больные были распределены по возрасту, давности и клинической картине заболевания. Из 286 больных мужчин было 168 (58,7%), женщин — 118 (41,3%) в возрасте от 18 до 56 лет. Городские жители составили 81,5%, сельские — 18,5%. Основным возбудителем зооантропонозной трихофитии был *Trichophyton verrucosum*. Приведены результаты клинической эффективности предлагаемого комплексного лечения с включением иммунокорректора «Метилурацила» и наружного средства «Цитеал», обладающего местным противовоспалительным, противогрибковым и регулирующим рН кожи свойствами. Указанный метод лечения привел к раннему регрессу клинических проявлений, сокращению сроков микотической инфекции и времени пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: зооантропонозная трихофития, клиника, лечение, эпидемиология

THE CLINIC COURSE AND METHODS OF TREATMENT OF ZOOANTHROPONOZE THRICHOPHYTIA IN ADULTS WITH LOCALIZATION OF DEFEATS IN THE PUBIC REGION

**Abidova Z.M. (M.D.), Nurmatov U.B.
(scientific researcher)**

Research Institute of Dermatology and Venerology
Ministry of Public Health Republic Uzbekistan, Tashkent

© Abidova Z.M., Nurmatov U.B., 2009

* Контактное лицо Нурматов Улугбек Баходирович
Тел.: +99890 108-88-27

*In this article there are results of observation of 286 patients, which have had the non typical localization of zooanthropozone thrichophytia. These patients have been divided by ages and their complaints and their clinical pictures of disease. From these 286 patients there were 168 men (58,7%) and 118 women (41,3%) at age from 18 to 56 years old. 81,5% of patients have been presented by townspeople and about 18,5% — by country people. The main pathogen of zooanthropozone thrichophytia was *Trichophyton verrucosum*. Positive clinical efficacy of the complex therapy including immunocorrector methyluracilium and an external local anti-inflammatory remedy «cytaial» possessive still antimycotic and corrective skin's pH action. The named therapy method promoted to early regress of clinical manifestations, period of mycotic infection and patients staying in the clinic.*

Key words: clinic, therapy, zooanthropozone thrichophytia

ВВЕДЕНИЕ

Перед отечественной микологией остро стоит вопрос о совершенствовании существующих и разработке новых методов диагностики дерматомикозов, а также индикации возбудителей микозов в объектах внешней среды [1].

Изменение экологического фона в ряде республик и областей, процессы урбанизации и связанные с ними изменения структуры и границ нозоареалов этих заболеваний, вносят серьезные изменения в эпидемиологию и влияют на характер клинического течения современных зоонозных дерматомикозов [2]. Выявленные факторы способствуют распространению зоонозных дерматомикозов в различающихся по климатогеографическим, экономическим и экологическим условиям ареалах страны [3].

Несмотря на благоприятную эпидситуацию по заболеваемости дерматомикозами, по Узбекистану имеет место повсеместное увеличение заболеваемости зооантропонозной трихофитией. Структурным анализом показана отчетливая тенденция к снижению заболеваемости дерматомикозами — интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в Республике за 40 лет (1960-2000 годы) снизился от 102 до 13,4. Причем этот показатель в различных регионах неодинаков и нестабилен, он колеблется от 5,0 до 24,4 на 100 000 населения. Удельный вес различных форм трихофитии в общей структуре заболеваемости в разные периоды составлял от 65,5% до 91,5%. [4].

Характерной особенностью всех дерматомикозов и трихофитии, в частности, является видоизменение микробиоты. Если раньше наиболее частыми возбудителями дерматомикозов были антропофильные грибы, то сейчас на их долю приходится не более 1% микробиоты. Основными возбудителями микробиоты и трихофитии стали зоофильные грибы. Для трихофитии — это *Trichophyton verrucosum* и *T. mentagrophytes* var. *gypseum* [5].

Зооантропонозная трихофития — природно-очаговая инфекция, эпидемические особенности и периодичность вспышек которой зависят от географических, экологических и ряда других факторов [6-10].

Источником инфекции является больной человек, животные или почва. Возбудители устойчивы к действию окружающей среды, их споры в высу-

шенном состоянии сохраняют жизнеспособность в течение нескольких месяцев. Передача происходит при контакте с инфицированным человеком или животным либо через предметы обихода. В возникновении патологических процессов на коже определённую роль играют изменения pH среды [11, 12]. В современных условиях трихофития в Узбекистане имеет ряд характерных особенностей — изменился видовой состав возбудителей. Основным возбудителем является фавиформный трихофитон, удельный вес которого составляет 80-85 % [13]. Изменился возрастной состав больных. Так, в конце 90-х годов прошлого столетия 86% больных трихофитией составляли дети дошкольного и младшего школьного возраста [14], в последние годы пациентами являются лица старше 15 лет (61%). Появились больные трихофитией с атипичными локализациями очагов поражения, например, в области лобка, половых органов, ягодиц [15].

Цель нашей работы — изучение распространенности и особенностей клинического течения зооантропонозной трихофитии с атипичной локализацией, в частности — в лобковой области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 286 больных трихофитией, у которых патологический процесс локализовался в лобковой области, обратившихся для обследования и лечения в клинику НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз в период 2002-2007 гг. В работе были использованы клинические методы обследования больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами установлено, что 237 (82,9%) пациентов отметили половой контакт как причину возникновения заболевания, а остальные 49 больных (17,1%) причину указать не смогли. Больные зооантропонозной трихофитией с атипичной формой локализации были в возрасте от 15 до 56 лет. Мужчин было 168 (58,7%), женщин — 118 (41,3%). Среди наблюдаемых нами больных преобладали городские жители 233 (81,5%), сельских жителей было 53 (18,5%).

Давность заболевания зооантропонозной трихофитией составила от 3 дней до 9 месяцев. При изучении анамнестических данных исследуемых больных выявили, что 1 больной (0,3%) страдал сердечно-сосудистым заболеванием, 1 (0,3%) — сахарным диабетом, 2 (0,7%) — заболеванием почек, 21 (7,3%) — железодефицитной анемией, 76 (26,6%) — перенесли заболевания урогенитального тракта. Из общего числа женщин 13,5% находились на разных сроках беременности. В 17 (5,9%) случаях был выявлен кишечный лямблиоз. Сопутствующую кожную патологию наблюдали у 12 (4,2%) больных: разноцветный лишай, аллергодерматит, псориаз и нейродермит. По сезонности возникновения зооантропонозной три-

хофитии 93 (32,5%) больных заражались весной, 63 (22,0%) — летом, 52 (18,2%) — осенью и 78 (27,3%) — зимой.

У 62 (21,8%) больных первые очаги поражения возникли в лобковой области, у 177 (61,9%) — в лобковой области и на гладкой коже (бедро, живота), у 41 (14,2%) — в лобковой области, на гладкой коже (бедро, живота) и на коже половых органов и у 6 (2,1%) — в лобковой области, на гладкой коже (бедро, живота) и на волосистой части головы. Все больные с лобковой трихофитией жаловались на умеренный зуд, 227 (79,4%) больных отмечали жжение или легкую болезненность в области поражения.

Диагноз трихофитии лобковой области был подтвержден результатами микологических исследований; при микроскопическом исследовании у всех наблюдаемых больных был выявлен грибок, располагающийся на пораженных волосах по типу *ectothrix*. При культуральном исследовании основным возбудителем были *T. verrucosum* (97,9%) и *T. mentagrophytes* var. *gypseum* (2,1%). Среди наблюдаемых нами больных у 48 (16,8%) диагностировали поверхностно-пятнистую, у 60 (21,0%) — инфильтративную и у 178 (62,2%) инфильтративно-нагноительную формы зооантропонозной трихофитии (Рис.1).

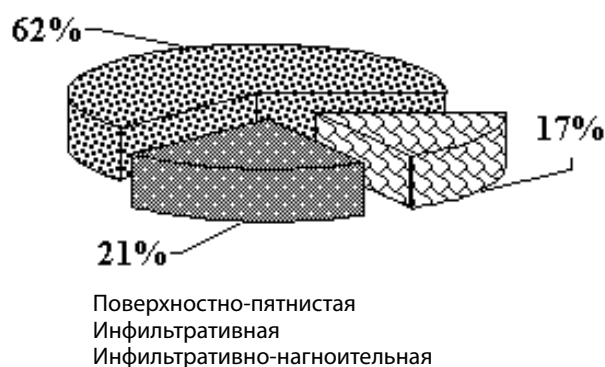


Рис. 1. Распределение больных зооантропонозной трихофитией в зависимости от клинического течения

В зависимости от формы заболевания клиническая картина лобковой трихофитии имеет некоторые особенности. Поверхностно-пятнистая форма трихофитии характеризовалась наличием одного, реже — нескольких очагов поражения. Очаги имели округлую или овальную форму, четкую границу, бледно-розовый цвет, с валикообразноприподнятым краем. На поверхности очагов наблюдали мелкопластинчатое шелушение, более выраженное по краевому валику, папулы, везикулы, серозные корки. Субъективно всех больных беспокоил легкий зуд (Фото №1).



Фото 1. Поверхностно-пятнистая форма трихофитии

При инфильтративной форме трихофитии в результате слияния пораженных участков образовывался очаг причудливых очертаний, занимающий всю лобковую область. Очаг слегка возвышался над уровнем кожи, имел четкие, валикообразные приподнятые края, инфильтрованную, гиперемированную поверхность. В центре очага отмечали невыраженное шелушение, а также имелось множество мелкопапулезных элементов. У некоторых больных пальпировали паховые лимфатические узлы. Субъективно больных беспокоил зуд, чувство жжения и легкая болезненность (Фото №2).



Фото 2. Инфильтративная форма трихофитии

Нагноительная форма трихофитии лобковой области характеризовалась наличием резко отграниченного очага, возвышающегося над уровнем здоровой кожи, с выраженными островоспалительными явлениями в виде отека, яркой гиперемии и инфильтрации. На поверхности очага имелись множественные пустулы с обильным гнойным отделяемым и гнойно-геморрагическими корками. Волосы были склеены в пучки. Нагноительная форма лобковой трихофитии у всех больных сопровождалась паховым лимфаденитом. Как правило, общее состояние больных было удовлетворительным (Фото №3).



Фото 3. Нагноительная форма трихофитии

Нами было показано, что у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области обнаруживаются определенные изменения в иммунной системе, выражающиеся дисбалансом клеточного и гуморального звеньев иммунной системы, а также снижением функции неспецифической защиты организма, на фоне нарушения микрофлоры и pH кожи со сдвигом в щелочную сторону, что способствует созданию благоприятных условий для размножения различных микроорганизмов с развитием дисбиоза и осложнением клинического течения микотического процесса, являющегося основанием для разработки оптимального метода лечения лобковой трихофитии.

В зависимости от проводимого лечения 140 больных зооантропонозной трихофитией лобковой области были разделены на две группы, репрезентативных по клиническим формам.

В первую группу вошли 72 больных, получавших традиционный метод лечения (группа сравнения), включавший назначение противогрибковых препаратов (таблетки гризеофульвина из расчета 16 мг/кг веса в сутки), биогенных стимуляторов, антигистаминных и десенсибилизирующих средств и местно — анилиновых красителей, антимикотических мазей и кремов (микосептин, низорал, микозолон, клотримазол и др.).

Во вторую группу (комплексная терапия) вошли 68 больных, составляющих основную группу, которым на фоне традиционной терапии были назначены в качестве противогрибкового препарата — ламизил и для восстановления нарушений в иммунной системе и неспецифической защиты организма — метилурацил, местно — антимикотическая мазь ламизил и раствор «Цитеал», обладающий противомикробным действием и нормализующий pH кожи.

Ламизил назначали по 1 таблетке (250 мг) один раз в день в течение 14-28 дней в зависимости от клинической формы заболевания; метилурацил (0,5 г) — по 1 таблетке 3 раза в день в течение 20-25 дней; цитеал — в виде аппликаций 2 раза в день в разведении 1:10 в 0,9% изотоническом растворе до исчезновения островоспалительных явлений, затем подключали наружные противогрибковые средства. Больным лобковой трихофитией лечение проводили

до полного клинического выздоровления и микологического излечения.

Критериями эффективности проводимой терапии были прекращение кожного зуда, жжения, регресс патологических элементов.

Результаты проводимого лечения и микологическая излеченность представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

Эффективность традиционной терапии у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области в зависимости от клинической формы заболевания ($M \pm m$)

Показатели	Клинические формы лобковой трихофитии		
	Поверхностно-пятнистая, n=13	Инфильтративная, n=28	Инфильтративно-нагноительная, n=31
Прекращение зуда, дни	10,6 $\pm$ 0,42	14,3 $\pm$ 0,63	21,4 $\pm$ 0,86
Прекращение жжения, дни	-	12,6 $\pm$ 0,53	14,5 $\pm$ 0,42
Исчезновение гиперемии, дни	12,6 $\pm$ 0,33	16,0 $\pm$ 0,75	22,4 $\pm$ 0,97
Рассасывание инфильтратов, дни	-	12,6 $\pm$ 0,45	18,0 $\pm$ 0,83
Пребывание в стационаре, дни	22,6 $\pm$ 1,51	22,2 $\pm$ 1,51	23,5 $\pm$ 1,16

Таблица 2.

Эффективность комплексной терапии у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области в зависимости от клинической формы заболевания ($M \pm m$)

Показатели	Клинические формы лобковой трихофитии		
	Поверхностно-пятнистая, n=19	Инфильтративная, n=12	Инфильтративно-нагноительная, n=37
Прекращение зуда, дни	7,6 $\pm$ 0,40	10,7 $\pm$ 0,59	18,5 $\pm$ 0,73
Прекращение жжения, дни	9,7 $\pm$ 0,48	9,6 $\pm$ 0,57	10,1 $\pm$ 0,34
Исчезновение гиперемии, дни	-	12,4 $\pm$ 0,69	19,4 $\pm$ 1,06
Рассасывание инфильтратов, дни	-	10,1 $\pm$ 0,51	15,0 $\pm$ 0,61
Пребывание в стационаре, дни	19,1 $\pm$ 1,65	21,8 $\pm$ 2,73	20,6 $\pm$ 1,29

По клиническому наблюдению у больных I группы с поверхностно-пятнистой формой заболевания прекращение кожного зуда, в среднем, наступало на 10 день лечения, у больных инфильтративной формой лобковой трихофитии прекращение кожного зуда и жжения, в среднем, происходило на 14 и 12 дни, инфильтративно-нагноительной формой — на 21 и 14 день лечения соответственно. Исчезновение гиперемии после традиционной терапии начиналось у больных поверхностно пятнистой формой, в среднем, на 12 день. Исчезновение гиперемии и рассасывание инфильтратов у больных инфильтративной формой происходило на 16 и 12 дни и инфильтративно-нагноительной формой — на 22 и 18 день лечения соответственно.

В первой группе больных микологическую негативацию через 2 недели наблюдали у 65,8% больных, к 4-ой неделе — у 32,1%. У 2,1% пациентов отрицательные анализы на грибы были получены лишь на

втором месяце лечения. При анализе сроков пребывания больных в стационаре на фоне традиционной терапии выявлено, что у больных поверхностно-пятнистой и инфильтративной формой трихофитии лобковой области этот показатель, в среднем, равнялся 22 дням, у больных инфильтративно-нагноительной формой — 23 дням, что свидетельствует о более тяжелом течении патологического процесса у больных инфильтративно-нагноительной формой заболевания. У больных поверхностно-пятнистой формой зооантропонозной трихофитии лобковой области, леченных разработанным нами методом, прекращение кожного зуда, в среднем, происходило на 7 день, у больных инфильтративной и инфильтративно-нагноительной формой заболевания прекращение кожного зуда, в среднем, наступало на 10 и 18 дни, жжения — на 9 и 10 дни лечения соответственно.

У больных данных групп на фоне проведенного лечения исчезновение гиперемии происходило, в среднем, на 9, 12 и 19 дни лечения соответственно.

Рассасывание инфильтратов у больных инфильтративной формой началось на 10 день и инфильтративно-нагноительной — на 15 день лечения. Процент отрицательных результатов микроскопических исследований на грибы составил 78,2 %, а к 4-ой неделе полное микологическое излечение наступило у оставшихся 21,8% больных.

При изучении сроков пребывания больных в стационаре после комплексного метода лечения показано, что больные поверхностно-пятнистой формой трихофитии в клинике, в среднем, находились 19 дней, инфильтративной формой — 21 и инфильтративно-нагноительной формой — 20 дней.

При анализе полученных данных показано, что, независимо от клинической формы зооантропонозной трихофитии лобковой области у больных основной группы, регресс клинических проявлений и сроки микотической негативации происходили намного раньше, что приводило к сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 3-4 дня по сравнению с больными, получавшими традиционное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние 30-40 лет зооантропонозную трихофитию с атипичной формой локализации патологического процесса не регистрировали. Преимущественным (97,9%) возбудителем заболевания является *Trichophyton verrucosum*. Локализацией заболевания в лобковой области подтверждается возможность передачи грибковой инфекции при половом контакте.

Комплекс лечения больных зооантропонозной трихофитией лобковой области препаратами «Ламизил», «Метилурацил» и наружно — «Цитеал» был позитивным, выразившимся в более раннем регрессе патологических элементов, сокращении сроков пребывания больных в стационаре по сравнению с группой больных, получавших традиционную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кухар Е.В., Киян В.С. Разработка различных вариантов ИФА с моноклональными антителами для выявления специфических антител против *Trichophyton verrucosum* // Ж. Проблемы медицинской микологии.- 2008.- Т.10, №2. — С.59.
2. Будумян Т.М., Медведев Ю.А., Медведева Е.А. и др. Актуальные проблемы микотических инфекций /Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунологии, г. Екатеринбург, Башкирский государственный мед. институт.
3. Юцковский А.Д., Федотов В.П. Иммунология дерматофитий. — Владивосток, 1994. — С.142.
4. Абидова З.М. Современная эпидемиология и видовой состав возбудителей дерматомикозов в Узбекистане // Новости дерматовенерол. и репродуктивного здоровья. -2004. — №1. — С. 44 -48.
5. Шеклаков Н.Д. // Вестник дерматологии. — 1986.- С. 7, 60-61.
6. Цой М.Р., Абидова З.М., Лукьянова А.С. Особенности эпидемиологии трихофитии и микроспории по данным НИИ-ИДН за 1994-1996 гг.// Сб. науч.трудов. III съезд дерматовенерологов Узбекистана. — Ташкент, 1997 — С.215-216.
7. Яцуха М.В. Трихофития, микроспория и фавус. Особенности эпидемиологии // Вестник дерматол. и венерол. — 1992. — № 3. — С.43-46.
8. Simaljakob M. Skutilova E. Mykotickou infekcie v detskom veku //Bratisl. Lek. Listy. — 1995. — Vol. 96, № 3. — P.122-126.
9. Yan L., Wen H., Wei X. Granulomatous trichophytosis rubrum. Report of 2 cases // Bulletin of Human Medical University. -1997. — Vol. 22, № 6. — P.556-559.
10. Weinstein A., Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections // Amer. Fam. Physician. — 2002. — Vol. 65, № 10. — P. 2095-2102.
11. Акимов В.А. Изменение показателей прямого счёта бактерий в культурах и прудовой воде при различном pH // Микробиология. — 1975. — Т. 44, Вып.1. — С.163-165.
12. Волова Т.Г., Терешкова Г.М., Калачёва Г.С., Сальников М.В. Влияние pH среды на рост и физиологию водородоокисляющих бактерий // Микробиология. — 1986.- Т.55, Вып.5. — С.745- 749.
13. Арифов С.С., Абидова З.М. Терининг замбургули касаликлари. — Тошкент: «OFSET — PRINT», 2004.- 135 бет.
14. Цой М.Р. Клинико-экспериментальное обоснование применения некоторых антимикотиков в лечении трихофитии у детей: Автореф. дис... канд. мед.наук. — Ташкент, 1999. — 16 с.
15. Ваисов А.Ш., Аллаева М.Д. Экспериментальное изучение эффективности антимикотиков и препарата «Вобэнзим» при лечении трихофитии // Новости дерматовенерол. и репродуктив. здоровья. — 2004. — №4. — С.37-39.

Поступила в редакцию журнала 18.03.09

Рецензент: В.Г. Корнишева

