преждение распространения ИППП, снижение медицинских, социальных и экономических последствий путем совершенствования методов эпидемиологического надзора и повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Разработанная специалистами диспансера Программа позволила в условиях нестабильного финансирования поэтапно решать вопросы обеспечения лекарственными средствами, современными тест-системами специализированные учреждения области. В рамках реализации программных мероприятий проведена модернизация материально-технической базы серологических лабораторий кожно-венерологических диспансеров, обеспечивающая уменьшение продолжительности и трудоемкости проведения исследований, снижение цены и улучшение качества получаемых результатов.

В 2009 г. в практику диспансера впервые внедрена высокоэффективная методика серодиагностики сифилиса, основанная на принципе линейного ИФА — иммуноблоттинга.

В ГУЗ «СОКВД» систематически проводятся тематические «круглые столы» для пациентов.

В диспансере трудятся 75 высококвалифицированных врачей (из них трое являются кандидатами медицинских наук), в т.ч. 11 врачей-лаборантов и 70 человек среднего медицинского персонала.

В течение многих лет руководителями Саратовского областного кожно-венерологического диспансера были видные организаторы здравоохранения: Н.И. Окунь, А.Э. Файн, Н.Н. Ардентов.

Таким образом, за 90-летний период деятельности дерматовенерологической службы в Саратовской области сформировалась мощная сеть кожно-венерологических диспансеров в крупных городах и венкабинетов в сельских районах, что позволяет оказывать в полном объеме профилактическую и лечебно-диагностическую помощь населению, а также добиваться значительного снижения уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными болезнями кожи.

Библиографический список

1. Ардентов Н.Н. 40 лет работы Саратовского облвендиспансера // Научные труды Саратовского кожно-венерологического диспансера. Саратов, 1963. С. 3–24.

2. Ужанский Г.В. Борьба с венерическими болезнями в Саратове и Саргубернии // Сарат. вестн. здравоохран. 1922. № 4. С. 44–46.

3. Завьялов А.И. К истории кожно-венерологических диспансеров и их роли в становлении дерматовенерологической службы в России // Сарат. науч.-мед. журнал. 2006. № 3. С. 81–86.

4. Годичное заседание Саратовского дерматосифилидологического общества имени А. Fournier 14 января 1923 года // Сарат. вестн. здравоохран. 1923. № 5/6. С. 115–116.

5. Государственный архив Саратовской области (ГАСО). Ф. Р.–2317. Оп. 1. Св. 1.

6. Окунь Н.И. Отчет о полугодовой работе (сентябрь — февраль 24 г.) венерологического диспансера // Сарат. вестн. здравоохран. 1924. № 4/5. С. 76–83.

7. Окунь Н.И. Этапы развития диспансерной работы // Венерол. и дерматол. 1929. № 7. С. 78–81.

8. Завьялов А.И., Якупов И.А. Вклад сотрудников Нижне-Волжского краевого научно-практического венерологического института (г. Саратов) в развитие отечественной венерологии // Сарат. науч.-мед. журн. 2005. № 4. С. 149–153.

9. Государственный архив Российской Федерации. Ф. А-482. Оп. 47. Д. 8348. Л. 51.

10. Завьялов А.И., Нуштаев И.А., Никольский А.В. Дерматологи в годы войны // Бюл. Национального НИИ обществ. здоровья. М., 2005. С. 104–105.

11. Конъюнктурный обзор деятельности кожно-венерологических учреждений Саратовской области за 1964 год. Саратов, 1964. 67 с.

12. Завьялов А.И., Оркин В.Ф., Моррисон А.В. Современные проблемы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи и подростков // Здоровый образ жизни для всех возрастов: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Саратов, 2007. С. 83–85.

Translit

1. Ardentov N.N. 40 let raboty Saratovskogo oblvendispansera // Nauchnye trudy Saratovskogo kozhno-venerologicheskogo dispansera. Saratov, 1963. S. 3–24.

2. Uzhanskij G.V. Bor»ba s venericheskimi boleznjami v Saratove i Sargubernii // Sarat. vestn. zdravoohran. 1922. № 4. S. 44–46.

3. Zav'jalov A.I. K istorii kozhno-venerologicheskih dispanserov i ih roli v stanovlenii dermatovenerologicheskoj sluzhby v Rossii // Sarat. nauch.-med. zhurnal. 2006. № 3. S. 81–86.

4. Godichnoe zasedanie Saratovskogo dermatosifilidologicheskogo obshhestva imeni A. Fournier 14 janvarja 1923 goda // Sarat. vestn. zdravoohran. 1923. № 5/6. S. 115–116.

5. Gosudarstvennyj arhiv Saratovskoj oblasti (GASO). F. R.–2317. Op. 1. Sv. 1.

6. Okun' N.I. Otchet o polugodovoj rabote (sentjabr'–fevral' 24 g.) venerologicheskogo dispansera // Sarat. vestn. zdravoohran. 1924. № 4/5. S. 76–83.

7. Okun' N.I. Jetapy razvitija dispansernoj raboty // Venerol. i dermatol. 1929. № 7. S. 78–81.

8. Zav'jalov A.I., Jakupov I.A. Vklad sotrudnikov Nizhne-Volzhskogo kraevogo nauchno-prakticheskogo venerologicheskogo instituta (g. Saratov) v razvitie otechestvennoj venerologii // Sarat. nauch.-med. zhurn. 2005. № 4. S. 149–153.

9. Gosudarstvennyj arhiv Rossijskoj Federacii. F. A-482. Op. 47. D. 8348. L. 51.

10. Zav'jalov A.I., Nushtaev I.A., Nikol'skij A.V. Dermatologi v gody vojny // Bjul. Nacional»nogo NII obshhestv. zdorov»ja. M., 2005. S. 104–105.

11. Kon'junkturnyj obzor dejatel'nosti kozhno-venerologicheskih uchrezhdenij Saratovskoj oblasti za 1964 god. Saratov, 1964. 67 s.

12. Zav'jalov A.I., Orkin V.F., Morrison A.V. Sovremennye problemy profilaktiki infekcij, peredavaemyh polovym putem, sredi molodezhi i podrostkov // Zdorovyj obraz zhizni dlja vseh vozrastov: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. Saratov, 2007. S. 83–85.

УДК: 616.516:615.831–08 (045)

Клинический случай

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ МИКРОСПОРИИ И ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ

К.А. Куляев *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент;* ***А.Ю. Епифанова*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент;* ***И.О. Каткова*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент;* ***А.В. Каракаева*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант;* ***Н.А. Слесаренко*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук;* ***М.Г. Еремина*** *— ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент;* ***В.А. Давтян*** *— клиника кожных и венерических болезней, врач;* ***Н.Н. Колпакова*** *— клиника кожных и венерических болезней, врач.*

CLINICO-DIAGNOSTIC CASES OF INFILTRATIVE-SUPPURATVE MICROSPORIA AND KERION IN PARALLELS

K.A. Kulyaev *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, assistant;* ***A.U. Epifanova*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, assistant;* ***I.O. Katkova*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, assistant;* ***A.V. Karakaeva*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and veneral diseases, Post-graduate student;* ***N.A. Slesarenko*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, Professor, Doctor of Medical Science;* ***M.G. Eremina*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, assistant;* ***V.A. Davtyan*** *— clinic skin and venereal diseases, doctor;* ***N.N. Kolpakova*** *— clinic skin and venereal diseases, doctor.*

Дата поступления — 30.08.2013 г. Дата принятия в печать — 17.10.2013 г.

Куляев К.А., Епифанова А.Ю., Каткова И.О., Каракаева А.В., Слесаренко Н.А., Еремина М.Г., Давтян В.А., Колпакова Н.Н. **Клинико-диагностические параллели инфильтративно-нагноительной микроспории и глубокой трихофитии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 601–604.**

Представлен случай глубокой трихофитии, относящиеся к редко встречающимся инфекционным дерматозам. Приведены сложности в дифференциальной диагностики инфильтративно-нагноительной микроспории и глубокой трихофитии.

Ключевые слова: глубокая трихофитии, инфильтративно-нагноительной микроспория.

Kulyaev K.A., Epifanova A.U., Katkova I.O., Karakaeva A.V., Slesarenko N.A., Eremina M.G., Davtyan V.A., Kolpakova N.N. **Clinico-diagnostic cases of infiltrative-suppurative microsporia and kerion in parallels // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 601–604.**

This article presents a case of kerion relating to the rarely seen infectious dermatoses. There are the differences in differential diagnostics of infiltrative-suppurative microsporia and kerion.

Key words: kerion, infiltrative-suppurative microsporia.

Введение. В настоящее время грибковые заболевания кожи и ее придатков занимают одно из ведущих мест в дерматологической практике [1]. Среди заболеваний микотической этиологии выделяется, в частности, заболеваемость зооантропонозными дерматомикозами [2].

Микроспория — инфекционное заболевание, протекающее с поражением кожи и ее придатков, вызванное патогенными грибами рода Microsporum [3]. Микроспория относится к наиболее часто встречающимся грибковым заболеваниям в педиатрической практике. Заболеваемость микроспории в России, странах Европы и США превосходит заболеваемость трихофитией [4]. Наиболее частым возбудителем микроспории в России является зоофильный гриб Microsporumcanis, вторым по частоте встречаемости — антропофильный гриб Microsporumferrugineum [3]. Грибковые заболевания, вызванные Microsporumcanis, чаще регистрируется в конце лета и начале осени. Основным источником инфекции являются кошки, реже собаки. Заражение происходит в результате непосредственного контакта с больными животными или при соприкосновении с предметами, загрязненными шерстью животных. По глубине поражения кожи выделяют поверхностную и инфильтративно-нагноительную микроспорию. В настоящее время отмечается тенденция к учащению встречаемости инфильтративно-нагноительных форм микроспории [5, 6]. Причиной увеличения регистрации данной формы микотической патологии, по мнению авторов, является наличие изменений в иммунном статусе больных и в нарушении характера иммунного реагирования на антигены грибов возбудителей, а не усиление факторов патогенности инфекционных агентов [7].

Трихофития — грибковое заболевание кожи и ее придатков, вызываемое патогенными грибами рода Trichophyton.Основным возбудителем трихофитии в настоящее время является антропофильный гриб Trichophytontonsurans, реже встречается Trichophytonviolaceum. Заражение происходит при контакте с больным человеком, а также через предметы обихода. Антропофильные возбудители являются причиной развития у человека поверхностной и хронической трихофитии. Зоофильная трихофития встречается главным образом у сельских жителей. Носителями гриба Trichophytongypseum обычно служат грызуны (мыши, крысы). Инфицирование человека в основном происходит при контакте с пылью, сеном, загрязненными пораженной грибом шерстью мышей, а также при непосредственном контакте с животным. Трихофития, вызванная Trichophytongypseum, регистрируется чаще в осеннее время. Основным резервуаром гриба Trichophyton Verrucosum в природе является крупный рогатый скот. Однако в настоящее время заражение от крупного рогатого скота происходит гораздо реже вследствие его вакцинации. Трихофития, вызванная Trichophyton Verrucosum, чаще наблюдается с декабря по март. Зоофильные возбудители вызывают у человека развитие инфильтративно-нагноительных форм трихофитии [8]. Следует отметить, что грибы обладают способностью вызывать бурную воспалительную реакцию только при непосредственном переносе их от больных животных к человеку. Впоследствии, при передаче грибковой инфекции от человека к человеку, зоофильные трихофитоны обусловливают клиническую картину поверхностной формы трихофитии [9].

Диагностика микроспории и трихофитии основана на клинических проявлениях заболевания, микроскопическом и культуральном исследовании, дополнительно используют люминесцентную диагностику.

Материал и методы. В связи с редкой встречаемостью приводим наблюдение инфильтративно-нагноительной формы трихофитии волосистой части головы.

Больная А., 8 лет, житель села Новоросляевка-Дергачевского района Саратовской области, поступила с жалобами на резко болезненные высыпания красного цвета с обильным гнойным отделяемым на коже волосистой части головы.

Из анамнеза известно: ребенок болен в течение 15 дней, когда после контакта с теленком (семья проживает в частном доме и во дворе содержит крупный рогатый скот) на коже волосистой части головы по-

Ответственный автор – Каткова Ирина Олеговна
Адрес: г. Саратов, ул. Челюскинцев, 68, кв. 8.
Тел.: 89372291929
E-mail: meduniv@sgmu.r

явились округлые очаги красного цвета. В течение 5 дней количество высыпаний увеличилось, возникла болезненность в области эффлоресценций. Лечилась в районной ЦРБ по поводу пиодермии наружными средствами (анилиновыми красителями и мазями с антибиотиками).

В связи с остротой патологического процесса на коже родители обратились за помощью в ККБ СГМУ им. В. И. Разумовского, куда девочка и была впоследствии госпитализирована.

Из перенесенных ранее заболеваний: ОРВИ, гастродуоденит, реактивный панкреатит. Кожные заболевания у родственников отсутствуют.

При осмотре кожные покровы обычного цвета, влажность и эластичность сохранена. Патологический процесс на коже имеет островоспалительный, многоочаговый характер, локализуется на коже волосистой части головы, в затылочной, теменных и височных областях. Высыпания представлены множественными полушаровидными, флюктуирующими узлами синюшно-красного цвета, размером до 4 см в диаметре, бугристая поверхность которых покрыта пустулами конической формы и гнойно-геморрагическими корками. Устья волосяных фолликулов резко расширены и заполнены гнойным содержимым,при надавливании на поверхности появляются фокусно расположенные обильные капели гноя, похожие на капли меда при вскрытии медовых сот (симптом «медовых сот Цельзия»). Волосы в очагах поражения обломаны на высоте 2–3 мм, а часть расшатана и легко удаляется. В теменной области часть волос выпала. При пальпации выраженная болезненность. Затылочные лимфатические узлы увеличены в размерах, плотной консистенции, болезненные при пальпации (рис. 1, 2).

Из результатов дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови (ОАК): эритроциты $4,9*10^{12}$/л, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $19,4*10^{9}$/л, тромбоциты $299*10^{12}$/л, СОЭ 54 мм/час.

За пределы нормы выходят два показателя ОАК: лейкоцитоз $19,4*10^{9}$/л и СОЭ 54 мм/час.

Общий анализ мочи (ОАМ): удельный вес 1020, сахар отр., белок отр., лейкоциты 0–2 в поле зрения. Без патологии.

Биохимический анализ крови: ГГТ 22,3/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, АЛТ 12,1/л, АСТ 26,2/л, белок общий 73 г/л, альбумин 44 г/л, креатинин 73,4/л, мочевина 6,6/л, общий билирубин 18,4/л, прямой билирубин 5,0/л, ревматоидный фактор отр., С-реактивный белок-отр.

В соскобе на грибы с очагов поражения найдены споры и мицелий гриба.

Посев из пустул на флору роста не дал.

При осмотре в лучах лампы Вуда волосистой части головы специфического свечения за микроспорию нет.

Дифференциальный диагноз проведен с инфильтративно-нагноительной формой микроспории и пиодермией.

Высыпания у ребенка возникли на волосистой части головы и имели специфическую клиническую картину, да и соскоб на грибы показал наличие спор и мицелия, что могло бы натолкнуть на мысль о развитии у больной инфильтративно-нагноительной формы микроспории. Но анамнестические данные и отсутствие изумрудного свечения в лучах лампы Вуда не соответствуют данному диагнозу.

Рис. 1. До лечения

Рис. 2. До лечения

Диагноз пиодермии отвергнут в связи с несоответствием клинической картины патологического процесса на коже у нашей больной ни с одной из форм данной группы заболеваний. Полученные результаты посева содержимого из пустул (посев роста не дал) подтвердили опровержение данного диагноза.

После дифференциальной диагностики выставлен окончательный диагноз: «Трихофития волосистой части головы, инфильтративно-нагноительная форма».

Результаты. Больной проводилось следующее лечение: системные антимикотики (Tab. Griseofulvini в дозе 16 мг/кг в сутки;), антибактериальные препараты широкого спектра действия (Sol. Lincomycinihydrochloride 30 % — 1,0 в/м 2 р/с; Sol. Ceftriaxoni 2,0 в/м 1р/с;), витаминные препараты (Sol. VitB12 150у в/м 1 р/с), биостимулирующие средства (Sol. Immunali по 1,5 мл внутрь 3 р/с), наружное лечение (Cr. Lamisil 2 р/д; Spr. Termicon 2 р/д; T-ra Jodi 2 % 2 р/д).

Под влиянием терапии кожный процесс регрессировал медленно. С началом назначенной терапии болезненность в области высыпаний уменьшилась. На коже волосистой части головы узлы уменьшались в размерах, приобретали буроватый цвет, гнойное

Рис. 3. После лечения

Рис. 4. После лечения

отделяемое уменьшалось. На поверхности пустулы ссохлись в гнойные корки. Через 2 недели после начала терапии был получен первый отрицательный результат обследования на грибы. Постепенно патологические высыпания на волосистой части головы разрешились с формированием рубца (рис. 3, 4).

После получения трех отрицательных результатов обследования на грибы пациентка была выписана из стационара.

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение интересно в связи с редкой встречаемостью инфильтративно-нагноительной формы трихофитии, сложностью диагностики на амбулаторном этапе, проведением дифференциального диагноза. Позднее у двоюродного брата нашей пациентки была диагностирована трихофития гладкой кожи, что свидетельствует о высокой контагиозности заболевания и о необходимости профилактики зоонозной трихофитии, которая заключается в выявлении и лечении больных животных и проведении дератизации.

Заключение. Данное клиническое наблюдение интересно в связи с редкой встречаемостью инфильтративно-нагноительной формы трихофитии, сложностью дифференциальной диагностики на амбулаторном этапе. Кроме того, тяжесть патологического процесса, его влияние на общее состояние больной, возможное развитие впоследствии косметического дефекта доказывают необходимость ранней диагностики и назначения адекватного лечения.

Конфликт интересов отсутствует.

Библиографический список

1. Ерзина Е.И., Позднякова О.Н. Современные особенности эпидемиологии микроспории и трихофитии у детей // Медицина и образование в Сибири. 2012. № 1.

2. Щелкуноова О.А., Решетникова Т.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии // Сибирское медицинское обозрение. 2012. Т. 73, № 1.

3. Медведева Т.В., Леина Л.М., Богомолова Т.С., Чилина Г.А. Микроспория: этиология, эпидемиология, клиника, подходы к терапии // Рос. журн. кожн. и вен. бол. 2007. № 4. С. 54–57.

4. Хисматулина З.Р. Случай зоонтропонозной трихофитии, устойчивой к лечению гризеофульвином // Вестник дерматологии и венерологии. 2005. № 6.

5. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. М., 2005.

6. Кушваг Р.К. С., Гуарро Х. Биология дерматофитов и других кератинофильных грибов // Проблемы медицинской микологии. 2000. Т. 4, № 4.

7. Медведева Е.А., Медведев Ю.А., Терегулова Г.А., Фахретдинова Х.С. Современные проблемы изучения зооантропонозных дерматомикозов // Проблемы медицинской микологии. 2002. Т. 4, № 2.

8. Машкиллейсон А.Л., Кулешова Л.М., Соловьев А.М. Инфильтративно-нагноительная и поверхностная трихофития (описание случаев) // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. № 2.

9. Потекаев Н.Н. Трихофития // Медицина для всех. 2001. № 2.

Translit

1. Erzina E.I., Pozdnjakova O.N. Sovremennye osobennosti jepidemiologii mikro-sporii i trihofitii u detej // Medicina i obrazovanie v Sibiri. 2012. № 1.

2. Shhelkunoova O.A., Reshetnikova T.B. Covremennye kliniko-jepidemiologicheskie osobennosti mikrosporii i trihofitii // Sibirskoe medicinskoe obozrenie. 2012. T. 73, № 1.

3. Medvedeva T.V., Leina L.M., Bogomolova T.S., Chilina G.A. Mikrosporija: jetiolo-gija, jepidemiologija, klinika, podhody k terapii // Ros. zhurn. kozhn. i ven. bol. 2007. № 4. S. 54–57.

4. Hismatulina Z.R. Sluchaj zoontroponoznoj trihofitii, ustojchivoj k lecheniju grizeoful»vinom // Vestnik dermatologii i venerologii. 2005. № 6.

5. Korsunskaja I.M., Tamrazova O.B. Dermatofitii s porazheniem volos u detej. M., 2005.

6. Kushvag R.K. S., Guarro H. Biologija dermatofitov i drugih keratinofil»nyh gri-bov // Problemy medicinskoj mikologii. 2000. T. 4, № 4.

7. Medvedeva E.A., Medvedev Ju.A., Teregulova G.A., Fahretdinova H.S. Sovremen-nye problemy izuchenija zooantroponoznyh dermatomikozov // Problemy medicinskoj mikologii. 2002. T. 4, № 2.

8. Mashkillejson A.L., Kuleshova L.M., Solov»ev A.M. Infil»trativno-nagnoitel»naja i poverhnostnaja trihofitija (opisanie sluchaev) // Vestnik dermatologii i venerologii. 1998. № 2.

9. Potekaev N.N. Trihofitija // Medicina dlja vseh. 2001. № 2.