



**З.Р. ХИСМАТУЛЛИНА, Н.Х. ШАРАФУТДИНОВА, С.Р. ГАБДУЛЛИНА**  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

УДК 616-035.7

## Ошибки в диагностике зооантропонозных микотических инфекций

**Хисматуллина Зарема Римовна**

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии  
г. Уфа, ул. Чернышевского, д. 104, кв. 110, тел. (3472) 78-24-35, e-mail: hzr07@mail.ru

*Авторы приводят собственные наблюдения поздней диагностики зооантропонозных дерматофитий и неадекватной терапии микозов. Обсуждаются вопросы клинического патоморфоза и отсутствия знаний клинических проявлений микоза врачами общей практики как основные причины диагностических ошибок.*

**Ключевые слова:** зооантропонозная дерматофития, клиника, диагностика.

**Z.R. HISMATULLINA, N.H. SHARAPHUTDINOVA, S.R. GABDULLINA**  
Bashkir State Medical University, Ufa

## Errors in the diagnosis of zooanthroponotic mycotic infections

*The authors give their own observations of late diagnosis zooanthroponotic dermatophytosis and inadequate treatment of mycoses. The issues clinical pathomorphosis and lack of knowledge of the clinical manifestations of mycosis general practitioners as the main causes of diagnostic errors.*

**Keywords:** zooanthroponotic dermatophytosis, clinic, diagnosis.

Целью данного исследования стал анализ ошибок при диагностике зооантропонозных дерматофитий. Как свидетельствуют результаты проведенного анализа, диагностические ошибки при обследовании поступивших больных в РКВД за 2000-2010 гг. были допущены при осмотре 46 больных зооантропоножными микотическими инфекциями. Наибольший процент диагностических ошибок (96%) составили пациенты с зооантропонозной трихофитией. Результаты проведенного исследования показали, что наибольшее число ошибок (74%) допустили дерматовенерологи, меньше — терапевты (10%), педиатры (9%) и хирурги (7%). Большая часть ошибок обусловлена невнимательным осмотром больных, отсутствием знания диагностических критериев заболеваний, а также навыков сбора эпидемиологического анамнеза.

### Приводим наши наблюдения

Больная Н., 46 лет, жительница Уфы. Обратилась на кафедру дерматовенерологии БГМУ по поводу высыпаний на правой руке. При сборе анамнеза выявлено, что в августе больная находилась в сельской местности у родственницы, где имелся больной «лишаем» теленок. К моменту обраще-

ния длительность заболевания составила 1 месяц, в течение которого больной выставлялись диагнозы — аллергический дерматит, нейродермит, микробная экзема. Назначалось лечение в виде наружных гормональных мазей, эффекта от которых не было, хотя (со слов больной) очаг иногда бледнел. Лабораторные методы исследования на грибы не проводились. На момент осмотра на коже тыльной стороны лучезапястного сустава имелся инфильтрированный очаг розового цвета размером 4,5x5 см в диаметре. В очаге имелись чешуйки, единичные эрозии и фолликулярные папулы, по периферии очага — незначительный инфильтрированный венчик. Больную беспокоил легкий зуд. При микроскопическом исследовании чешуек с очага обнаружены нити мицелия, а в пушковом волосе — грибы с поражением по типу *Tr. ectothrix macroides*. При посеве выделена культура *Tr. verrucosum*. Выставлен диагноз: инфильтративная трихофития гладкой кожи правого предплечья. Больная была госпитализирована в РКВД. Излечение наступило после местного применения антимикотического препарата.

Незнание клинических особенностей зооантропонозной трихофитии — наиболее частые причины ошибок терапевтов,

педиатров и хирургов. Вследствие неправильной трактовки хирургами клинических проявлений глубоких форм трихофитии волосистой части головы дважды было рекомендовано неоправданное хирургическое вмешательство в одной из центральных районных больниц (ЦРБ) республики. Приводим одно из наших наблюдений, когда неправильная постановка диагноза и соответственно неадекватное лечение повлекли за собой утяжеление заболевания.

Больной А., 9 лет, житель села. Поступил в микологическое отделение РКВД с диагнозом: инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. Из анамнеза установлено, что мальчик болеет около двух месяцев. При первых признаках заболевания (очаг был размером с фасоли) родители показали ребенка хирургу ЦРБ, где был выставлен диагноз «фолликулит» и назначены перевязки с бальзамическим линиментом (линимент Вишневского). На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось (количество пустул и гнойных корок увеличилось, появилось гнойное отделяемое, размеры очага значительно увеличились). Ребенка повторно показали хирургу, который назначил антибиотики внутримы-

шечно, наружно — анилиновые красители. Хирургом было отмечено, что в случае неэффективности терапии будет проведено оперативное вмешательство. Через два месяца после начала заболевания ребенок был консультирован дерматологом, который направил его в РКВД. При поступлении у больного было нарушено общее состояние — повышение температуры тела, жалобы на головную боль, слабость, озноб. При осмотре на волосистой части головы имелся опухолевидный очаг поражения размером 8,2x7 см в диаметре. Устья волосяных фолликул в очаге были расширены, из них выделялся гной, волосы частично выпали, оставшиеся легко удалялись (kerion Celsii). Были увеличены региональные лимфатические узлы. При микроскопическом исследовании на грибы в волосах с очага поражения обнаружены споры гриба по типу *Tr. ectothrix*, культурально выделен *Tr. verrucosum*. Установлен источник заражения — больной теленок в домашнем хозяйстве. После проведенной терапии (гризеофульвин, эпиляция волос, фунгицидные мази) все клинические симптомы заболевания были купированы, на месте очага сформировалась рубцовая атрофия.

## УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

### Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

- Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).
- Текст статьи должен быть в формате .doc, но не .docx.
- Резюме на 8-10 строк на русском и английском языках должно отражать полученные результаты, но не актуальность проблемы.
- Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.
- Цитирование литературы источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции.

**Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.**