

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ

Усубалиев М.Б., Калыбекова Г.М., Касымова А.Ж., Ибраимова А.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра дерматовенерологии,
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В данной статье приводятся клинико-эпидемиологические и этиологические особенности паховой дерматофитии.

Ключевые слова: паховая дерматофития, клиника, эпидемиология.

ЧУРАЙ АЙМАГЫНДА ЖАЙГАШКАН ДЕРМАТОФИТИЯ ИЛДЕТИНИН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Усубалиев М.Б., Калыбекова Г.М., Касымова А.Ж., Ибраимова А.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
тери жана венерологиялык оорулар кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Макалада чурай аймагында жайгашкан дерматофития илдетинин клиникалык-эпидемиологиялык жана этиологиялык өзгөчөлүктөрү чагылдырылган.

Негизги сөздөр: чурай аймагында жайгашкан дерматофития, клиника, эпидемиология.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL AND ETIOLOGICAL CHARACTERISTICS THE INGUINAL DERMATOPHYTOSIS

Usubaliev M.B., Kalybekova G.M., Kasymova A.J., Ibraimova A.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
department dermatology and venerology
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: This article describes the clinical and epidemiological and etiological characteristics the inguinal dermatophytosis.

Key words: the inguinal dermatophytosis, epidemiology, clinic.

Введение. Паховая дерматофития является собирательным термином, который объединяет во многом клинически схожие поражения кожи, вызываемые различными патогенными и условно-патогенными грибами [4]. Наиболее распространенными возбудителями паховых микозов являются *Epidermophyton floccosum*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *T. rubrum*, *T. verrucosum*. Грибы рода *Candida* и плесневые грибы значительно реже могут самостоятельно приводить к развитию заболевания и обычно обнаруживаются в ассоциации с дерматофитами [5].

Заражение паховой дерматофитией происходит при непосредственном контакте с больным или через предметы, бывшие в употреблении у больного (подкладные судна, клеенки, мочалки, белье, термометры) [3].

Клиническая картина заболевания зависит от вида возбудителя. Классический возбудитель паховой дерматофитии *Epidermophyton floccosum* в настоящее время в некоторых регионах вытесняется зоофильными грибами, особенно рода *Trichophyton*, в связи с чем, отмечается изменение клинической картины с острым течением и преобладанием нагноительных форм микоза [1,2,6].

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических и этиологических особенностей паховой дерматофитии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 107 больных, страдающих паховой дерматофитией лечившихся амбулаторно и стационарно в РЦДВ с 2009 по 2012 г. Для постановки диагноза использованы КОН микроскопия и

Таблица 1

Заболеваемость паховой дерматофитией в разных возрастных группах

Возраст, лет	Количество больных					
	М		Ж		всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
18-25	37	34,6	27	25,2	64	59,8
26-35	24	22,4	10	9,4	34	31,8
36-45	7	6,5	-	-	7	6,5
46-55	2	1,9	-	-	2	1,9
всего	70	65,4	37	34,5	107	100

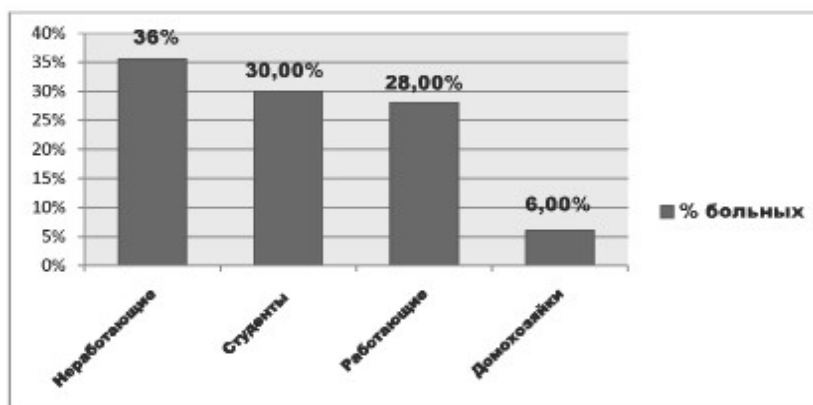


Рис. 1. Распределение пациентов паховой дерматофитией по социальному статусу.

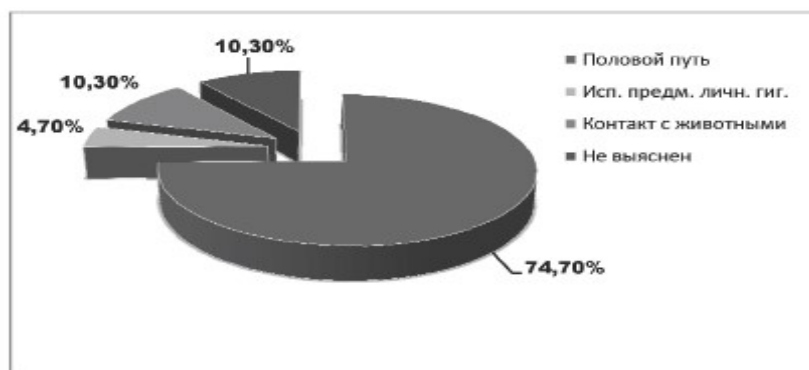


Рис. 2. Пути передачи паховой дерматофитии.

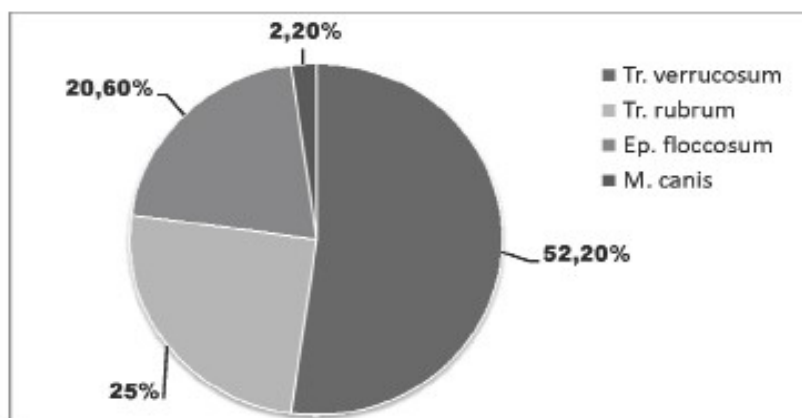


Рис. 3. Этиологическая структура паховой дерматофитии.

культуральная диагностика с использованием высокоселективной среды Сабуро с декстрозой, хлорамфениколом и циклогексимином.

Результаты и их обсуждение. Заболеваемость паховой дерматофитией в разных возрастных группах имела следующие показатели (таблица 1).

Как видно из таблицы 1 мужчин было 70 (65,4%), женщин – 37 (35,6%). Заболевание чаще встречалось у лиц в возрасте от 18 до 25 лет (59,8%), как среди мужчин, так и среди женщин. Заболеваемость в возрасте от 26 до 35 лет составил 31,8%. Средний возраст пациентов - $27 \pm 2,4$. В возрасте старше 36 лет встретился лишь у 9 больных (8,4%) и только у лиц мужского пола.

Городские жители преобладали над сельскими жителями (69,2% и 30,8% соответственно).

Как видно из рисунка 1, паховая дерматофития преобладала у неработающих (35,5%), им лишь немного уступали студенты и работающие (30,0% и 28,0% соответственно), домохозяйки составили 6,5% пациентов.

Давность заболевания была от 1-й недели до 2-х лет.

При анализе путей передачи паховой дерматофитии половой путь передачи отметили 80 (74,7%) пациентов, использование предметов личной гигиены (бритвы для бритья, чужого нижнего белья и т.п.) - 5 (4,7%), контакт с животными (с крупным рогатым скотом, собаками, кошками) – 11 (10,3%), а остальные 11 (10,3%) пациентов не смогли указать пути заражения, что отражено в рис. 2.

При анализе этиологической структуры

грибов при паховой дерматофитии, которая была выявлена при посеве у 86% больных отмечено, что наиболее частым возбудителем данного микоза явился *T. verrucosum* (52,2%), затем *T. rubrum* (25,0%), *Epidermophyton floccosum* (20,6%) и наименее часто *M. canis* (2,2%), что видно из рис. 3. Следует отметить, что при поверхностной форме паховой дерматофитии была следующая микобиота: у 19 – *E. floccosum*, у 4 – *T. verrucosum*, у 2 – *T. rubrum*. При инфильтративной форме: у 12 больных высеялся *T. verrucosum*, у 2 – *T. rubrum*. При инфильтративно-нагноительной форме: у 36 – *T. verrucosum*, 15 – *T. rubrum* и у 2 – *M. canis*.

Изолированное поражение только паховой области отмечено у 72 (67,3%) больных, у остальных наблюдались различные сочетания поражения паха со следующими участками кожи: гладкая кожа туловища и бедер – у 27 (25,2%), микоз стоп и онихомикоз – у 6 (5,6%), дерматофития волосистой части головы – у 1 (0,9%), перианальной зоны – у 1 пациента (0,9%).

Проявления паховой дерматофитии отличались разнообразием клинических форм (рис. 4).

Как видно из рисунка 4 среди наблюдаемых нами больных у 25 (23,4%) была поверхностно-пятнистая, у 14 (13,1%) – инфильтративная, у 68 (63,5%) – инфильтративно-нагноительная формы паховой дерматофитии.

Поверхностно-пятнистая паховая дерматофития характеризовалась наличием одного или нескольких очагов поражений, которые имели округлую, овальную или неправильные формы (в виде географических карт), четкую границу, бледно-розовую

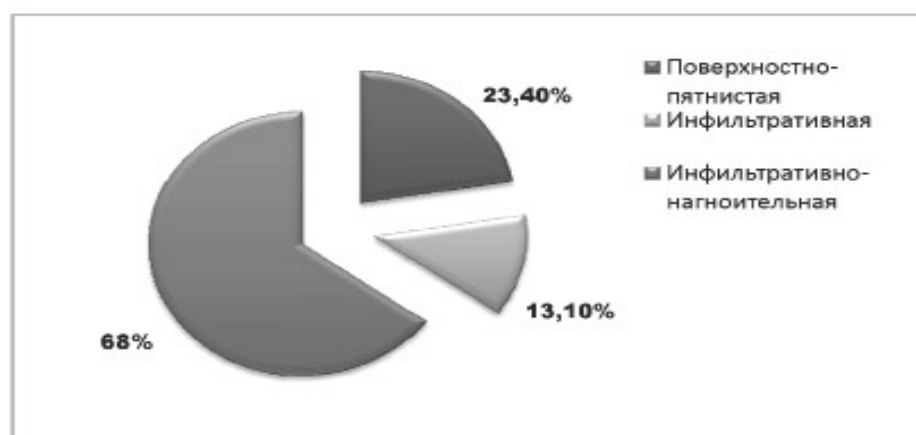


Рис. 4. Распределение больных паховой дерматофитией в зависимости от клинической формы.



Рис. 5. Больная Т. Поверхностно-пятнистая форма паховой дерматофитии, вызванная *T. verrucosum*.



Рис. 6. Больная А. Инфильтративная форма паховой дерматофитии, вызванная *T. verrucosum*.



Рис 7. Больной М. Инфильтративно-нагноительная форма паховой дерматофитии, вызванная *T. rubrum*.

окраску, с валикообразно приподнятым краем. На поверхности очагов наблюдали мелкопластинчатое шелушение, более выраженное по краевому валику, папулы, везикулы, также серозного характера корочки (рис. 5). Субъективно – в очагах отмечался зуд.

У одного больного отмечался распространенный очаг поверхностно-пятнистой паховой дерматофитии, охватывающий кожу гениталий, пахово-мошоночных, пахово-бедренных складок, с переходом на кожу ягодиц и бедер, при этом по периферии очагов имелся возвышающийся непрерывный валик, состоящий из папул и чешуек.

При инфильтративной форме паховой дерматофитии в следствия слияния участков поражения образовывался очаг причудливых очертаний, занимающий всю паховую область. Очаг слегка возвышался над уровнем кожи, имел четкие, валикообразно приподнятые края, инфильтрированную, гиперемизированную поверхность (рис. 6). В центре очага отмечали невыраженное шелушение, а также имелось множество мелкопапулезных элементов. У 6 больных пальпировали увеличенные паховые узлы. Субъективно – зуд, чувство жжения и легкая болезненность.

У троих больных отмечался инфильтративная форма паховой дерматофитии с поражением паховой области с переходом на промежность, бедра и кожу живота.

Инфильтративно-нагноительная паховая дерматофития характеризовалась наличием резко отграниченного очага, возвышающего над уровнем здоровой кожи, с выраженными островоспалительными явлениями в виде отека, яркой гиперемии и инфильтрации (рис. 7). На поверхности имелись множественные пустулы с обильным гнойным отделяемым и гнойно-геморрагическими корками. Волосы были склеены в кучки, паховая лимфаденопатия отмечалась у 56 больных, в очагах субъективно – чувство жжения, болезненность.

У 11 женщин процесс захватывал кожу больших половых губ, у 3 из них с переходом на кожу внутренней поверхности бедер в виде инфильтративных очагов. У 8 мужчин отмечался также распространенный процесс с

переходом на кожу бедер, у 12 на кожу живота, также в виде инфильтративных очагов, реже – инфильтративно-нагноительных.

У одной больной отмечалось инфильтративно-нагноительная форма в волосистой части головы и паховой области одновременно.

Таким образом, при анализе этиологической структуры паховой дерматофитии выявили преобладание зоофильного гриба *T. verrucosum* (52,2%), далее был *T. rubrum* (25,0%), *Epidermophyton floccosum* (20,6%) и *M. canis* (2,2%). Чаще болели лица молодого возраста от 18 до 35 лет (91,6%), что связывается путями передачи данной патологии (половой путь передачи составил 74,7%). Клиническая картина зависела от вида возбудителя и чаще встречались инфильтративно-нагноительные формы болезни (68,0%).

Литература:

1. Абидова З.М. Клиническое течение и методы лечения зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией в лобковой области / З.М. Абидова, У.Б. Нурматов // Проблемы медицинской микологии. – 2009. – Том 11, №2. – С. 31-36.
2. Рукавишникова В.М. О микроспории у взрослых / В.М. Рукавишникова, О.А. Козюкова // Успехи медицинской микологии. – 2006. - №8. – С. 210-212.
3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин. М.: Медицина. – 2005. – 688 с.
4. Халдин А.А. Современные представления о паховых дерматофитиях: этиология, эпидемиология, клиника и эффективная терапия / А.А. Халдин, В.Ю. Сергеев, Изюмова И.М. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. - №5. – С. 103-106.
5. Халдин А.А. Клинико-этиологическая эффективность 1% спрея ламизил при лечении грибковых поражений крупных складок / А.А. Халдин, В.Ю. Сергеев, Изюмова И.М. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. - №1. – С. 51-56.
6. Aly R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infection / R. Aly // J. Am. Acad. Dermatol. – 1994. – Vol. 31, # 3. – P. 21-25.