

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК  
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

# СРС на тему: Трихофития

**Проверила: Нурушева С.М.**

**Выполнила: Токен Акбаян**

**Факультет: ОМ**

**Группа: 060/01**

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Трихофития – высококонтагиозная дерматофития поражающая гладкую кожу, волосистую часть головы длинные и пушковые волосы и ногти, вызываемая грибами рода *Trichophyton*.



## Классификация:

- поверхностная трихофития гладкой кожи;
- поверхностная трихофития волосистой части головы;
- хроническая трихофития гладкой кожи;
- хроническая трихофития волосистой части головы;
- инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи;
- инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы.

Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных.

При антропофильной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами (головные уборы, расчески, ножницы, постельные принадлежности, полотенце, белье, машинки для стрижки и т.д.). Возможна передача возбудителя заболевания при несоблюдении санитарно-гигиенических требований в парикмахерских, детских садах, интернатах, школах, спортивных залах.

Зооантропонозной трихофитией чаще болеют сельские жители. Основным источником заражения этим микозом являются животные: крупный рогатый скот - при фавиформной трихофитии; мелкие дикие, домашние и лабораторные животные - при гипсовидной трихофитии. Более подвержены заражению молодые особи животных, являющиеся частым источником заражения.

Для возникновения трихофитии имеет значение общее состояние макроорганизма. Как поверхностная, так и инфильтративно-нагноительная формы микоза чаще развиваются у детей и взрослых, страдающих различными соматическими заболеваниями, со сниженным иммунитетом и эндокринной патологией.

При поверхностной трихофитии грибы могут распространяться гематогенным путем и поражать любой орган. При отсутствии терапии заболевание переходит в хроническую форму.

Пик заболеваемости наблюдается в зимнее время года, что связано с эпизоотиями у домашних животных, прежде всего у крупного рогатого скота.

## Клиническая картина

Инкубационный период при антропонозной трихофитии составляет от 5 до 7 дней, при зооантропонозной - от 1–2 недель до 1,5–2 месяцев.

Клинические особенности трихофитии зависят от вида возбудителя, состояния соматического здоровья человека, возраста больного, локализации очагов поражения, глубины проникновения гриба.

Антропофильные грибы обычно вызывают поверхностную и хроническую трихофитию, зоофильные - поверхностную, инфильтративную и нагноительные формы, которые последовательно переходят одна в другую и рассматриваются как различные стадии одного и того же процесса.

Антропонозную трихофитию можно условно разделить на:

- поверхностную трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи головы, гладкой кожи туловища и конечностей, с возможным вовлечением в патологический процесс как пушковых, так и жестких волос ресниц, бровей, верхней губы и подбородка у мужчин, а также подмышечных, паховых областей и области лобка;
- хроническую трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи туловища, конечностей и ногтей.

При зооантропонозной трихофитии выделяют поверхностные, инфильтративные и нагноительные формы, а по локализации - зооантропонозную трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи лица, туловища, конечностей, редко встречающиеся онихомикозы.

Различают, кроме того, типичные и атипичные варианты той и другой трихофитии.

При *поверхностной антропонозной трихофитии волосистой кожи головы* выделяют мелкоочаговую и крупноочаговую формы. При мелкоочаговой поверхностной трихофитии наблюдаются мелкие шелушащиеся очаги округлых или неправильных очертаний с расплывчатыми нечеткими границами. Воспалительные явления выражены незначительно. Поверхность очагов покрыта белесоватыми чешуйками. Здоровые волосы в очагах разрежены за счет того, что больные волосы обломаны на высоте 1-2 мм над кожей. Пораженные волосы тусклые, серого цвета. Могут обламываться на уровне кожи и тогда имеют вид «черных точек». Иногда очаги поверхностной трихофитии имеют более крупные размеры.

*Поверхностная антропонозная трихофития гладкой кожи.* Очаги могут локализоваться на любых участках кожи, но чаще - на открытых: лице, шее, предплечьях и плечах. Они обычно представлены эритематозными пятнами округлых или овальных очертаний, четко очерченными за счет периферического гиперемированного валика с наличием узелков, пузырьков и корочек, центральные части очагов обычно бледнее и шелушатся. Очаги нередко сливаются в фигуры причудливых очертаний. Зуд отсутствует или незначительный. При локализации очагов поверхностной трихофитии в области бровей, ресниц, верхней губы, подбородка очаги обычно мелкие, шелушащиеся с небольшими воспалительными явлениями и наличием

*Хроническая антропонозная трихофития волосистой кожи головы.* Для всех больных характерно наличие участков атрофии различной величины и формы и основного симптома заболевания - обломанных волос в области поражения. Чаще всего волосы обламываются на уровне кожи, напоминая комедоны (симптом «черных точек»). Однако иногда пораженные волосы обламываются в глубине волосяного фолликула. Различают три типа поражения волосистой кожи головы: а) мелкие шелушащиеся очаги четких очертаний, почти без воспалительных явлений с обилием мелких атрофических плешинок и обломанных волос, либо на высоте 1-2 мм над уровнем кожи, либо на уровне кожи в виде «черных точек»; б) диффузное шелушение волосистой кожи головы, симулирующее себорею и маскирующее атрофические очаги и обломанные волосы, включенные в чешуйки; в) отсутствие каких-либо видимых изменений кожи волосистой части головы с наличием небольшого количества атрофических очагов и единичных «черных точек».

*Хроническая антропонозная трихофития гладкой кожи.* Очаги микоза располагаются чаще всего симметрично, представлены эритематозными пятнами с синюшным оттенком, шелушащимися по всей поверхности, зудящими, без четких границ, периферического валика, пузырьков, гнойничков, корочек. Пушковые волосы поражаются часто.

*Нагноительная форма трихофитии волосистой кожи головы* характеризуется усилением гиперемии в очагах поражения, появлением множественных фолликулитов и перифолликулитов, которые сливаются в один общий массивный инфильтрат. Очаги микоза нагноительной трихофитии локализируются на волосистой части головы, верхней губе и подбородке в виде опухолевидных образований (фолликулярный абсцесс) правильных округлых очертаний, рельефно поднимающихся над уровнем кожи с бугристой мокнущей поверхностью, покрытой гноем и корками. Консистенция вначале плотноватая, затем тестоватомягкая. Кожа в очаге резко воспалена, насыщенно-красного или багрово-синюшного цвета, болезненна при пальпации. Устья волосяных фолликулов расширены, из них выделяется гной, склеивающий волосы. Поверхность очага покрыта грубыми гнойно-кровянистыми корками. Волосы в очагах поражения расшатаны и легко удаляются. Нередко вокруг основного очага появляются единичные фолликулиты, дающие начало новым очагам. Из-за слияния и периферического роста очаги нагноительной трихофитии могут достигать значительной величины.



*Инфильтративная форма.* Для этой формы трихофитии характерны резко очерченные, возвышающиеся над уровнем кожи очаги поражения, округлой или овальной формы, единичные или множественные, склонные к слиянию в обширные участки поражения с причудливыми, фестончатыми, гирляндобразными очертаниями. В пределах очагов кожа гиперемирована, отечна, инфильтрирована, покрыта фолликулярными папулами, везикулами, быстро превращающимися в пустулы, содержимое которых ссыхается в корочки. При выраженной пустулизации пораженные участки кожи полностью покрываются гнойно-кровянистыми корочками. Часто вовлекаются пушковые волосы, при этом окружающая их перифолликулярная ткань воспаляется и образуются остеофолликулярные пустулы. В очагах поражения, локализованных на волосистой части головы, области верхней губы и подбородка, пораженные волосы обламываются в виде «пеньков», при расположении очагов микоза в области бровей и на веках могут поражаться волосы бровей и ресниц, также обламываясь в виде «пеньков». Диссеминация микоза чаще наблюдается у детей, особенно обширные очаги локализуются обычно на коже спины. Диссеминации способствует мытье с растиранием очагов мочалкой. На границе крупных сливных очагов поражения по располагаются мелкие и крупные «отсевы» поверхностной или инфильтративной формы трихофитии.

*Поверхностная форма зооантропонозной трихофитии* начинается с появления одного или нескольких эритемато-сквамозных пятен округлой или овальной формы, резко отграниченных от окружающей кожи. В несколько инфильтрированном и приподнятом крае очагов располагаются фолликулярные узелки, мелкие везикулы, быстро ссыхающиеся в поверхностные корочки. В свежих очагах обломанные волосы не всегда обнаруживаются. Постепенно очаги увеличиваются в размерах за счет периферического роста, в них наблюдаются воспалительные явления и инфильтрация, и процесс переходит в инфильтративную форму. Изредка микотический процесс длительно протекает по типу пятнистой формы, приобретая черты хронической трихофитии.

*Нагноительная трихофития гладкой кожи.* На гладкой коже, преимущественно тыла кистей, предплечий и шеи, появляются круглые или овальные очаги резко выраженного воспалительного характера, покрытые фолликулярными пустулами, возвышающимися над уровнем кожи. Массивные инфильтраты развиваются быстро и сопровождаются значительной болезненностью. При надавливании на очаги поражения из них выделяется обильный гной. При нагноительной трихофитии нередко наблюдается увеличение регионарных лимфоузлов, недомогание, головные боли, снижение аппетита, лихорадка, лейкоцитоз, ускорение СОЭ и другие симптомы интоксикации, связанные с всасыванием гноя, продуктов жизнедеятельности грибов и бактерий.

# Диагностика

Диагноз трихофитии устанавливается на основании комплекса клинических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями:

- микроскопическим исследованием на грибы (не менее 5 раз);
- культуральным исследованием для идентификации вида возбудителя.

Дополнительная диагностика при назначении системных антимикотических препаратов:

- общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
- общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);
- биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели), (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

# Лечение

## Цели лечения

- клиническое излечение;
- отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах микроскопического исследования на грибы, проводимого с интервалами 5-7 дней.

Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами:

- циклопирокс, крем (В) 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель или
- кетоконазол крем, мазь (В) 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель
-

## **Профилактика**

Профилактические мероприятия при трихофитии включают санитарно-гигиенические, в т. ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные (профилактическая и очаговая дезинфекция).

Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских учреждениях и учреждениях здравоохранения и др.

Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях и т.д.

**Спасибо за  
внимание!!!**