

УДК 616.5-002.828-02-092-08-084

С. Д. Ахмедова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

### ТРИХОМИКОЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Исследована заболеваемость трихомикозами у 126 пациентов за 2012 год на базе детского кожно-венерологического диспансера №3 города Баку. Проведен анализ анамнестических, эпидемиологических, терапевтических и профилактических аспектов трихомикозов у детей. Доказано, что тщательный сбор анамнеза, своевременное выявление источников и контактов зараженных детей с проведением профилактических мероприятий в очагах инфекции, интегрирование работников дерматовенерологической и санитарно-эпидемиологической службы по профилактике трихомикозов, усиление мер по соблюдению санитарно-гигиенических норм в спортивных секциях – являются важными факторами для снижения заболеваемости трихомикозами.

**Ключевые слова:** микроспорум, трихофитон, дети, гризеофульвин.

В группу трихомикозов объединены микроспория, трихофития, фавус. Несмотря на повсеместное распространение трихомикозы чаще всего регистрируются в детском возрасте, преимущественно от 4 до 14 лет. Грибы поражающие волос, делятся на два основных типа: *endotrix* и *ektotrix* [2]. Первый тип характеризуется тем, что элементы гриба растут преимущественно внутри волоса, не вызывая резкой воспалительной реакции со стороны кожи [1,3]. Грибы, поражающие волос по типу *ektotrix*, растут преимущественно вокруг волоса и в эпителии внутреннего волосяного влагалища. Для типа *endotrix* характерно быстрое внедрение прорастающего гриба в волос, которое происходит в центре фолликула или в корневой части волоса. Здесь мицелий быстро развивается и распадается на споры; волос приобретает сходство с „мешком, заполненным орехами” [4,5]. Для типа *ektotrix*, которому свойственны быстрые темпы развития, характерно размножение мицелия гриба в волосе и вокруг него, в волосяном фолликуле. Гриб чехлом окружает волос, плотно заполняет его фолликулярную часть.

В Азербайджане особую предрасположенность к поражению волосистой части головы имеют *Microsporum audouinii*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton schonleinii*. Клиническая картина микозов волосистой части головы вызванная зоофильными грибами (*ektotrix*) протекает в виде инфильтративно-нагноительных форм, антропофильными грибами (*endotrix*) в виде поверхностных слабовоспалительных поражений. *Поверхностная трихофития волосистой части головы (Trichophytia superficialis capitis)* возникает, как правило, у детей в возрасте от 6-12 лет. Основными возбудителями являются антропофильные грибы *T. tonsurans* и *T. violaceum*.

*Микроспория волосистой части головы (Microsporia capillitii)* отмечается почти исключительно у детей, взрослые больные составляют лишь 10 – 12%. Заражение детей чаще всего происходит в возрасте от 1 до 13, реже 15 лет. Возбудителями заболевания могут являться как антропофильные (*M. audouinii*, *M. ferrugineum* и др.), так и зоофильные (*M. canis*, реже *M. distortium*) грибы. Источники заражения и пути передачи инфекции при микроспории, вызванной антропофильными грибами, такие же, как при поверхностной трихофитии волосистой части головы, однако по контагиозности микроспория значительно превосходит трихофитию. Основными источниками заражения людей зоофильными микроспорами являются больные кошки и собаки. Человек заражается при непосредственном контакте с больным животным (до 80% всех случаев заражения) или через предметы, загрязненные волосами или чешуйками кожи, содержащими *M. canis*. Заражение зоофильными микроспорами людей непосредственно друг от друга наблюдается редко (3 – 4% случаев).

Микоз гладкой кожи может проявляться разнообразно, протекать остро или хронически. Острые формы микоза гладкой кожи вызываются антропофильными трихофитонами (*T. violaceum*, *T. tonsurans*) или антропофильными и зоофильными микроспорами (*M. audouinii*, *M. ferrugineum*, *M. canis*). Хронический микоз гладкой кожи может быть обусловлен *T. violaceum*, *T. tonsurans* (хроническая трихофития гладкой кожи) или *T. rubrum* (рубромикоз).

Несмотря на совершенствование методов диагностики и терапии микотических поражений волосистой части головы, практические врачи сталкиваются с трудностями в ведении данного контингента больных. Ошибки в диагностике трихомикозов являются одной из главных проблем. В литературе обсуждаются разные методы лечения трихомикозов [6]. Несмотря на наличие имидазольных препаратов, в педиатрической практике их назначение разрешено с 12 лет. Однако, препаратом выбора остается гризеофульвин, так как на практике он эффективнее тербинафина [7].

**Целью** работы было изучение клинических особенностей течения трихомикозов.

**Материал и методы исследования.** В 2012 году в стационаре инфекционного отделения Детского кожно-венерологического диспансера №3 города Баку зарегистрировано 126 детей в возрасте от 3 до 16 лет, страдающих трихомикозами, а также сочетанными формами трихомикозов и гладкой кожи. Проведено

микроскопическое исследование патологического материала: с волос взятых из очагов поражения, а также с чешуек с пораженной поверхности гладкой кожи. Одновременно проводили бактериологическое изучение исследуемого материала. Далее посев материала производили на среде Сабуро и инкубировали при 37° в течение 7-15 дней одновременно в аэробных условиях по общепринятому методу. Выделенные культуры идентифицировали до вида. Микробиологические исследования патологических материалов, взятых у больных проводили на кафедре микробиологии и иммунологии АМУ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Микроспория обусловленная *M. Ferrugineum*, диагностирована у 31 больного, характеризовалась наличием на волосистой части головы 1 – 2 крупных правильно округлой или овальной формы, резко ограниченных, не имеющих тенденции к слиянию очагов. Кожа в области этих очагов была слегка гиперемирована, немного отечна и густо покрыта серовато – белыми, отрубевидными чешуйками. Все волосы в очагах поражения были обломаны на высоте 4 – 6 мм над уровнем кожи и выглядели коротко подстриженными. Обломанные волосы имели серовато – белый цвет, были тусклыми за счет наличия на каждом из них чехла из спор гриба. По краю очагов поражения волосы легко выдергивались.

Микроспория, вызванная *M. adouini*, диагностирована у 25 больных. При этом, было характерно наличие одного большого очага и вокруг него – нескольких мелких. Очаги имели неправильную форму, нечеткие границы, часто сливались между собой. Они располагались в краевой зоне волосистой части головы и нередко распространялись на гладкую близлежащую кожу в виде фигурных высыпаний (дуг, колец, концентрических кругов и т. п.). Гладкая кожа на пораженных участках имела розовый цвет и покрыта небольшим количеством мелких чешуек. Скопление чешуек отмечалось, главным образом в устьях пушковых волос.

Глубокая трихофития волосистой части головы (*керюн Цельса*) диагностирована у 41 пациента и была вызвана зоофильными трихофитонами (*T. mentagrophytes* и *T. verrucosum*), у 29 больных была обусловлена антропофильными (*T. schonleinii*). Заражение детей происходило, как правило, при непосредственном контакте с больным животным, реже через различные предметы, на которых имеются пораженные грибами волосы и чешуйки больных животных, а также в спортивных секциях по контактному виду спорта (каратэ, самбо, айкидо и др). Клинически эта форма характеризовалась инфильтратом полушаровидной или бугристой формы. Инфильтрат достигал размеров 6-8см в диаметре, имеет ярко-красный или синюшный цвет и резко очерченные границы. Количество очагов достигало нередко 5-6 у одного больного. Поверхность инфильтратов была покрыта глубокими пустулами и обломанными волосами. Со временем инфильтрат размягчался и покрывался гнойно-геморрагическими корками. После их удаления выявляются мелкие фолликулярные отверстия, напоминали медовые соты (*kerion*). При сдавливании инфильтрата из отверстий, как через сито, выделялись капли густого гноя. С корками и гноем легко отторгались пораженные волосы. Больные дети жаловались на болезненность в очагах поражения, так как, за счет всасывания продуктов распада грибов, пиококков и лизированных тканей наступала интоксикация организма, нередко развивался болезненный регионарный лимфаденит.

В связи с возрастным аспектом наблюдаемых, единственным доступным системным препаратом являлся гризеофульвин, при микроспории в расчете 20-22 мг, 18-20 мг на кг веса на 2-3 приема ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, с последующим снижением дозировки.

Из 126 пациентов у 83 микоз был ассоциирован с посещением спортивных секций по контактному виду спорта. У 25 пациентов в анамнезе отмечен контакт с домашними животными, у остальных 18 пациентов эпидемиологически отмечен семейный анамнез. Представленные данные свидетельствуют о том, что детский возраст является очень уязвимым при трихомикозах. Несмотря на редкость инфильтративно-нагноительной формы трихофитии в нашем исследовании эта форма трихомикоза наблюдалась в 55% случаев. Причиной инфильтративно-нагноительного течения глубокой трихофитии у детей являлись не только особенности возбудителей, но и сопутствующая пиококковая микрофлора. Без проведения соответствующего культурального исследования можно только предположительно отнести грибок, вызвавший трихомикоз к роду *Trichophyton* или *Microsporum*. Проведение неполноценного микологического исследования способствует ошибкам в диагностике трихомикозов и приводит к неэффективности лечения основного заболевания, назначению нерациональной топической стероидной терапии.

#### Заключение

Тщательный сбор анамнеза, своевременное выявление источников и контактов зараженных детей с проведением профилактических мероприятий в очагах инфекции, интегрирование работников дерматовенерологической и санитарно-эпидемиологической службы по профилактике трихомикозов, усиление мер по соблюдению санитарно-гигиенических норм в спортивных секциях – являются важными факторами для снижения заболеваемости трихомикозами. Бактериологическая диагностика, культуральные исследования – являются важным подспорьем для практикующих врачей во избежание терапевтических ошибок и в повышении эффективности антифунгальной терапии.

#### Литература

1. Медведева Т.М. Ошибки в диагностике и лечении трихомикозов./ Т.М. Медведева, Л.М. Леина, Т.С. Богомазова // Клинический дерматолог и венеролог 2003.- № 1.- С. 19 – 21.
2. Медведева Т.В. Трихомикозы.- история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении./ Т.В.Медведева, Л.М.Леина, Г.А.Чилина [и др.] // Клинический дерматолог и венеролог 2011.- № 6.- С. 4 – 8.

3. Потекаев Н.С. Ламизил.- 10 лет в России./ Н.С. Потекаев, Н.Н. Потекаев, В.М. Рукавишников // - М.: Медицинская книга.- 2003.- 96 с.
4. Потекаев Н.Н. Ошибки диагностики трихофитии у детей./ Н.Н.Потекаев, И.М.Корсунская, И.Я. Климова [и др.] // Клин дерматол и венерол - 2003.- №1.- С. 19 – 21.
5. Разнатовский К.И. Дерматомикозы. СПб.- / К.И. Разнатовский, А.Н. Родионов, Л.П. Котрехова // Издательский дом СПбМАПО - 2006.- 184 с.
6. Romano C. Tinea incognita in Italy.- a 15 – year survey./ C. Romano, E. Maritati, C. Gianni // Mycoses - 2006.- Vol.49.- № 5.- P.383 – 387.
7. Tey H.L. Meta – analysis of randomized, controlled trials comparing griseofulvin and terbinafine in the treatment of tinea capitis. / H.L. Tey, A.S. Tan, Y.C. Can // J Am Acad Dermatol - 2011.- Vol.64.- №4.-P. 663 – 670.

#### Реферати

##### ТРИХОМИКОЗИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА Ахмедова С.Д.

Вивчена захворюваність трихомікозами у 126 пацієнтів за 2012 рік на базі дитячого шкірно-венерологічного диспансеру №3 міста Баку. Проведений аналіз анамнестичних, епідеміологічних, терапевтичних та профілактичних аспектів трихомікозів у дітей. Доведено, що ретельний збір анамнезу, своєчасне визначення джерел і контактів інфікованих дітей з проведенням профілактичних заходів у вогнищах інфекції, інтегрування працівників дерматовенерологічної і санітарно-епідеміологічної служби з метою профілактики трихомікозів, посилення заходів з дотримання санітарно-гігієнічних норм в спортивних секціях – є важливими факторами для зниження захворюваності на трихомікози.

**Ключові слова:** мікроспорум, трихофітон, діти, гризеофулвін.

Стаття надійшла 1.11.2013 р.

##### TRICHOMYCOSIS IN INFANCY: DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS Ahmedova S.D.

In 2012 in the hospital of infectious department of Children's Dermatovenerology Dispensary №3 of Baku, there were registered 126 children between 3 – 36 years, suffering from trichomycosis, and the mixed forms of trichomycosis and smooth skin. Without holding the appropriate cultural research it is only presumably possible to attribute fungus, causing trichomycosis to the race of Trichophyton or Microsporium. Bacteriological diagnostics, cultural researches are the important aid for practicing doctors to evade therapeutic mistakes and to increase the effectiveness of antifungal therapy.

**Key words:** microsporium, trichopytia, children, griseofulvin.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК617.764.1+617.7-089.243]-08

#### І.М. Безкоровайна ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

##### ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМА СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ТРИВАЛИЙ ЧАС КОРИСТУЮТЬСЯ М'ЯКИМИ КОНТАКТНИМИ ЛІНЗАМИ

Згідно даних літератури синдром сухого ока зустрічається, на сьогодні у 30 – 45% населення, причому контактні лінзи часто є причиною розвитку вторинного синдрому «сухого ока». Виявлено в основній групі: у 17 (85%) пацієнтів ознаки синдрому сухого ока різного ступеня вираженості. В контрольній групі ці симптоми спостерігалися лише у 5 (23%) пацієнтів. При проведенні функціональних проб: в основній групі тест Ширмера -  $7,51 \pm 1,03$  мм; проба Норна -  $6,0 \pm 1,5$  с; в контрольній групі тест Ширмера склав в середньому  $12 \pm 0,73$  мм, а проба Норна  $23 \pm 1,2$  с. Для корекції виявлених змін в основній групі призначено очну емульсію циклоспоруину по 1 краплі 2 рази на день на протязі не менше 3-х місяців. Через 2 місяці використання в основній групі тест Ширмера  $10,12 \pm 1,4$  мм, а проба Норна до  $15,1 \pm 1,1$  с. Враховуючи, що режим використання препарату двічі на день, пацієнти змогли повернутися до користування контактними лінзами, продовжуючи інстиляції препарату до надягання та після зняття лінзи.

**Ключові слова:** синдром сухого ока, контактні лінзи, циклоспорин.

Синдром сухого ока – це патологічний стан, який проявляється недостатнім зволоженням ока та його оболонок. Згідно даних літератури цей симптомокомплекс зустрічається, на сьогодні у 30 – 45% населення [1,2]. Контактні лінзи є поширеним і ефективним засобом оптичної корекції аномалій рефракції у всьому світі [6]. Однак за даними багатьох авторів, контактні лінзи часто є причиною розвитку вторинного синдрому «сухого ока» [1,3]. Через це щорічно значне число пацієнтів відмовляється від носіння контактних лінз внаслідок дискомфорту, однією з основних причин якого і є дисфункція слізної плівки. Наслідками носіння контактних лінз та виниклої дисфункції слізної плівки є: поява симптомів синдрому «сухого ока», таких як почуття стороннього тіла, печії, сухості в очах, можливе зниження зору, розвиток запальних ускладнень і непереносимості контактних лінз [4]. Виникненню цього процесу сприяють механічний вплив лінзи на рогівку, виснаження компенсаторних механізмів рефлекторної регуляції сльозопродукції та секретії ліпідів чи муцину при тривалому впливі подразнення, зниження чутливості рогівки і порушення нейрорефлекторного механізму сльозовиділення, а також тривалий гіпоксичний стрес і можливий розвиток запалення [1]. Значну роль у виникненні та посиленні клінічних проявів синдрому «сухого ока» відіграють фактори зовнішнього середовища, пов'язані з професійною діяльністю пацієнта [7]. Функціональні та клінічні ознаки симптоматичного «сухого ока» виявляються практично у кожного третього пацієнта, що користується контактними лінзами і має порушення цілісності епітелію рогівки [5].

**Метою** роботи було визначення ефективності лікування порушень сльозопродукції і вплив на стан рогівки у пацієнтів, що довгостроково користувалися м'якими контактними лінзами.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами обстежено 42 пацієнта у віці від 18 до 40 років з гіперметропією від +3,0 до 7,5 дптр та міопією від -1,5 до -10,5 дптр. Пацієнти були розділені на 2 групи: основна група - 20 осіб, які тривалий час користувалися м'якими контактними лінзами для корекції патології рефракції і пред'являли суб'єктивні скарги на «сухість», печію і «відчуття стороннього тіла» в очах, зниження зорової працездатності через нестабільність гостроти зору; контрольна група - 22 пацієнта, що не