УДК: 616.5-002.828-07-08

**Особенности течения поверхностных тропических микозов**

*Гончарова И.Н., Черникова Л.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

***Ключевые слова:*** *поверхностные тропические микозы, течение, диагностика, лечение*

Грибковые заболевания кожи (син. микозы) являются одними из наиболее распространенных заболеваний в жарких странах. Данные заболевания в странах с жарким и тропическим климатом имеют свои особенности, знания которых необходимы и отечественным врачам дермато-венерологам, и врачам смежных специальностей, и иностранным студентам медицинских вузов для будущей практической деятельности в своих странах [1].

Каждый год в высшие учебные заведения Украины приезжают учиться все больше иностранных студентов. Согласно данным Министерства образования и науки, молодежи и спорта Украины, ежегодный прирост иностранных студентов составляет 10%, а в целом в украинских ВУЗах учится более 60 тысяч студентов из других стран.

В Минобразования называют топ-3 стран, которые направляют студентов в Украину. Лидирует Туркменистан, на втором и третьем местах — Азербайджан и Индия.

В Украину приезжают учиться из самых разных стран мира. Всего география стран, из которых едут студенты, насчитывает около 129 государств. Самые востребованные у иностранцев профессии - инженер, врач, экономист и финансист.

Сейчас всего в Украине учатся студенты из Туркменистана (10 тыс. 452), Китая (3 тыс. 180), Индии (2 тыс. 627), Иордании (1тыс. 943), Марокко (1тыс.189) и стран Афррики. Получают образование в Украине много студентов из Турции (1 тыс. 400), Молдовы (885), Сирийской Арабской Республики (936), Ирана (679), Ливан (459) и Туниса (463) и другие.  
Также за украинскими знаниями едут из Вьетнама (369), Пакистана (162) и Малайзии(6).  
По данным Департамента образования и науки Харьковской облгосадминистрации, в 2015/16 учебном году в высших учебных заведениях Харькова учились больше 21000 иностранных студентов из 117-ти стран мира. Количество иностранных студентов, обучающихся в ВУЗах Харькова с каждым годом возрастает. Больше всего студентов-иностранцев – из 39 государств Азии (17574 чел.), 46 государств Африки (3169 чел.) и 23-х государств Европы (1114 чел.). Поэтому изучение особенностей клинического течения, диагностики и лечения поверхностных микозов тропических стран является актуальным.

Микозы являются одними из наиболее распространенных заболеваний в тропических и субтропических странах. Ряд заболеваний были подробно описаны в различных источниках глубокой древности. Употребляемые в настоящее время в микологии некоторые термины берут свое начало из языков и наречий коренных жителей различных жарких стран [1, 2, 3].

Большая распространенность грибковых заболеваний в жарких странах может быть объяснена рядом причин.

Пути эволюции дерматомикозов в тропических странах [1]:

* Ведущими из них являются необычайно богатый растительный мир, высокая температура окружающей среды и большая влажность. В подобных климатических условиях такие неприхотливые организмы, как грибы (особенно в области мацерированных кожных складок), находят благоприятные условия не только для роста, но и для перехода их из сапрофитного состояния в патогенное.
* Тесный контакт человека с животным миром (некоторые виды грибов, попав на кожу человека от животных, не только адаптировались к новому хозяину, но и стали для него паразитами).
* Характер жизни и быта коренного населения стран (обычай смазывать волосы различными маслами, молочнокислыми продуктами, что способствует более легкому возникновению грибковых заболеваний (пьедра и др.). В условиях жаркого климата на волосах создаются термостатические условия для роста грибов.
* Обычай носить теплые головные уборы в виде различных национальных повязок женщинами и мужчинами.
* Социально-экономические факторы (низкий санитарно-гигиенический уровень быта, материальная необеспеченность, недоступность квалифицированной медицинской помощи).

Перечисленные выше климатометеорологические условия, характер растительного и животного мира и другие факторы находят отражение на клинике грибковых заболеваний кожи, придав им определенное своеобразие.

К группе поверхностных тропических микозов относятся грибковые заболевания, при которых патологический процесс локализуется в пределах эпидермиса. К ним относятся пьедра, черепицеобразный микоз, шимбери и тропический черный, белый и желтый лишаи [1, 2, 4, 5].

**ПЬЕДРА (УЗЛОВАТЫЙ** **ТРИХОМИКОЗ)**

Узловатый трихомикоз (Trichomycosis nodosa) - разновидность тропического кератомикоза, характеризующаяся появлением на волосах преимущественно подмышечной области мягких узелковых элементов, имеющих тенденцию окружать их муфтообразно на большом протяжении. Узловатый трихомикоз чаще наблюдается в тропических и субтропических странах, отличающихся особенно высокой влажностью.

Синонимы: тропический трихомикоз, подмышечный трихомикоз, лепотрикс, трихокардиаз, хромотрихомикоз

Этиология. Возбудитель — плесневый гриб *Piedraia hortai* (черная пьедра), *Trichosporum giganteum, Trichosporum cerebriforme* (белая пьедра) и др.

Эпидемиология. Путь передачи — контактно-бытовой. Предрасполагающие

факторы: тропический климат, несоблюдение гигиены волос, их загрязнение мучной и сахарной пылью, смазывание волос растительным маслом, мытье головы кисломолочными продуктами, ношение тесных головных уборов, повязок, сдавливающих волосы, заколок, брошей и т. п.

Часто заболевание возникает на фоне ослабления организма после перенесенных тяжелых общесоматических заболеваний.

Узловатый трихомикоз наблюдается только у взрослых на волосах в области подмышечных ямок. В редких случаях описаны поражения волос в области лобка, груди, шеи, ягодичных складок и бедер. На волосах указанных областей начинают возникать небольшие белесовато-матового цвета, иногда с сероватым или желтоватым оттенком мягкие узелки. Они быстро разрастаются по длине волос и, сливаясь, муфтообразно окружают его почти на всем протяжении рыхлой, клейковатой массой колонии гриба. В зависимости от пигментообразующих свойств гриба колонии могут иметь различный цвет: от белесовато-матового, серого до оранжевого, красного и даже коричневого. При этих разновидностях подмышечного трихомикоза у больных часто оказывается окрашенным в соответствующий цвет и нательное белье. Пораженные волосы становятся неровными, хрупкими, а при грубом мытье могут обламываться. На концах пораженных волос отмечаются небольшие колбообразные утолщения. Возможны продольные расщепления волос. Так как культура грибка не проникает в волосяные фолликулы, воспалительные явления на коже отсутствуют. Пораженя ногтей не отмечено. Заболевание носит хронический характер и каких-либо субъективных беспокойств не причиняет [1, 2, 4].

Диагностика. При микроскопическом исследовании волос в препаратах, обработанных щелочью, обнаруживаются короткие ветвящиеся нити мицелия без ячеек и кокки, расположенные группами. При бактериоскопических исследованиях видны нити мицелия и мозаично расположенные споры. На среде Сабуро рост колоний, напоминающих культуру *Achorion (Trichophyton) Schonleinii*.

Дифференциальный диагноз проводится с ложной пьедрой и гнидами головных вшей. Ложная пьедра вызывается бактериями, для дифференциальной диагностики необходимо культурное исследование. Яйца головных вшей (гниды) имеют серовато-белый цвет и плотно приклеиваются к волосам. Заболевание сопровождается сильным зудом, появлением расчесов, осложняется вульгарным импетиго, фолликулитами, иногда фурункулами.

Лечение. Голову ежедневно моют горячим раствором сулемы (1:1000–1:2000), 0,01% сулемовым уксусом или 2% раствором салициловой кислоты с последующим тщательным вычесыванием из волос частым гребнем отслаивающихся узелков и повторным промыванием волос горячей водой с мылом; желательно сбривание волос. Применяют местные антимикотики в виде растворов, кремов, мазей, аэрозолей, шампуней.

Из профилактических мер рекомендуется соблюдение гигиены тела, протирание подмышечных ямок, особенно у предрасположенных к потливости лиц, гигиеническими лосьонами, одеколоном, сбривание волос. Прогноз - благоприятный.

**ЧЕРЕПИЦЕОБРАЗНЫЙ МИКОЗ**

Черепицеобразный микоз (хронический фигурный дерматомикоз, тропический ихтиоз, токело и др.) распространен в тропических странах с высокой влажностью.

Синонимы: тропический круговидный микоз, шелушащийся лишай, хронический фигурный дерматомикоз, тропический ихтиоз, герпес Мансона и др.

Этиология. Возбудитель — *Trichophyton concentricum.*

Заболевание характеризуется появлением на туловище и конечностях коричневого цвета небольших умеренно шелушащихся пятен, превращающихся в результате своеобразного эксцентрического роста в наслаивающиеся черепицеобразно друг на друга чешуйки, образующие фигуры типа округлых кокард.

Синонимы: тропический круговидный микоз, шелушащийся лишай, хронический фигурный дерматомикоз, тропический ихтиоз, герпес Мансона и др.

Факторы, которые предрасполагают к заболеванию: несоблюдение гигиены тела, повышенная влажность, мацерация и разрыхление эпидермиса. Черепицеобразный микоз особенно контагиозен среди взрослых. Дети болеют значительно реже. Возможными путями заражения могут быть как непосредственный контакт с больным, так и предметы обихода, особенно постельное и нательное белье.

Клиническая картина: процесс локализуется на туловище, разгибательных поверхностях конечностей, ягодиц и реже на других участках тела. Ладони, подошвы и большие складки свободны от высыпаний. Волосы и ногти не поражаются. Заболевание начинается с появления на туловище небольших невоспалительных, светло-коричневого цвета пятен округлых или овальных очертаний. Затем пятна приобретают темный оттенок и становятся насыщенно коричневыми. По мере эксцентрического роста и увеличения размеров в центре каждого пятна появляется шелушение. Отторжение чешуек бывает неполным. Они, оставаясь плотно прикрепленными по периферии колец, у внутреннего края, наоборот, приподнимаются, как бы нависая над центром. Вскоре в центре шелушащейся зоны после отпадения чешуек начинает проглядывать островок клинически почти нормальной кожи, который, увеличиваясь в размерах, становится отчетливо видимым. На месте клинически нормальной кожи вновь возникает маленькое светло-коричневое пятно, которое в свою очередь, так же как и первоначально появившееся пятно, проделывает тот же цикл развития. Через несколько месяцев после инфицирования кожа больного оказывается покрытой множеством округлых бляшек, состоящих из эксцентрически расположенных нежных колец шелушения. Часто их сравнивают с песчаными барханами побережья, оборочками жабо. Снаружи чешуйки довольно плотно прирастают к коже, с внутренней стороны они, наоборот, несколько приподнимаются и, свободно нависая, находят одна на другую наподобие черепиц крыши или чешуи рыб. Процесс может захватывать значительные участки тела. Кожные покровы имеют вид, напоминающий песчаные барханы. При распространении процесса на стопы возможно появление гиперкератоза и трещин, которые могут причинять боль при ходьбе.

Волосы при черепицеобразном микозе в патологический процесс не вовлекаются, грибы не проникают в волосяные луковицы и не поражают их. Ногти могут утолщаться, деформироваться, изменяться в цвете и быть повышенно ломкими [1, 4, 5].

Для черепицеобразного микоза характерен выраженный зуд кожи, который особенно усиливается в жаркие дни, после потения, приема алкоголя, соленой пищи и даже купания в морской воде. Зуд кожи может способствовать развитию пиодермий и возникновению экзематозной реакции.

Заболевание протекает упорно, носит хронический характер и может продолжаться долго, даже десятки лет. Со стороны общего состояния организма отклонений нет.

Диагностика основывается на типичной клинической симптоматике. При микроскопическом исследовании в чешуйках удается обнаружить густую сеть ветвящихся нитей мицелия со спорами.

Лечение. Показаны ежедневные теплые ванны с дальнейшей обработкой пораженных участков пемзой. Применяют системные и местные антимикотики (Ломексин, Екзифин, Ламизил дермгель, спрей, крем), кератолитические жидкости и мази (Керасал, Лоринден А и др.) При распространенных процессах можно провести лечение по методу Демьяновича. При развитии пиококковых осложнений применяются антибиотики, смазывание анилиновыми красителями. По показаниям – общеукрепляющие средства, витамины. Профилактические меры сводятся к соблюдению гигиены тела и борьбе с повышенной потливостью.

Заболевание хроническое, упорное и склонно к рецидивам.

**ШИМБЕРИ**

Шимбери (chimberi) - тропический микоз, клинически напоминающий черепицеобразный микоз, но с преимущественной локализацией на лице и, реже, на туловище и конечностях.

Предполагаемый возбудитель: *Endodermophyton roquettei Fonseca*.

Заболевание встречается у взрослых и значительно реже у детей. Содействуют заболеванию несоблюдение гигиены тела, повышенная потливость, наличие сопутствующих тяжелых инфекционных и паразитарных болезней, а также высокая влажность.

Заболевание начинается с появления на коже лица, шеи, передней поверхности грудной клетки и, реже, на других участках мелких невоспалительных (гриб паразитирует только в роговом слое) серебристо-буроватых пятен. В результате периферического роста они сливаются и образуют крупные, округлой формы, слабо шелушащиеся пятна. В процессе эволюции чешуйки в центральной части пятен отпадают и выявляется депигментация [1, 2, 4, 5].

При шимбери в патологический процесс, кроме гладкой кожи, могут вовлекаться и ногти. Ногти теряют нормальный блеск, становятся тусклыми, деформируются и легко обламываются.

Диагностка шимбери вызывает затруднения ввиду сходства его клиники с другими тропическими кератомикозами. Прибегают к культуральной диагностике. При шимбери колонии гриба напоминают фавус и имеют вид мучнисто-белых бляшек с радиарно разветвляющими щелями. Микроскопически обнаруживаются нити мицелия с небольшими колбообразными вздутиями и концевыми хламидоспрорами.

Лечение как при черепицеобразном микозе.

Прогноз более благоприятный, чем при черепицеобразном микозе.

**ТРОПИЧЕСКИЙ ЧЕРНЫЙ ЛИШАЙ** (Tinea nigra tropicum) – разновидность тропического кератомикоза, характеризующаяся появлением на ладонях и подошвах шелушащихся темно-коричневого или черного цвета пятнистых высыпаний [1, 2, 3, 5 ].

Синонимы: черный кератомикоз ладоней, эпидермальный кладоспориоз, черный лишай, черный микроспороз.

Возбудителем заболевания являются плесневый гриб *Exophiala werneckii*.

Заболевание контагиозно и может встречаться у нескольких членов одной семьи. Предрасполагают к заболеванию повышенная потливость, несоблюдение гигиены тела.

Тропический черный лишай чаще встречается у взрослых. Заболевание начинается с появления небольших темно-коричневых невоспалительных шелушащихся пятен, склонных к периферическому росту. В результате их слияния могут образовываться более крупные (до нескольких сантиметров в диаметре) пятна. На поверхности пятен слабо выраженное шелушение. Дифференциальную диагностику проводят с меланомой, пигментными невусами, лентиго.

Лечение. Быстрый и хороший результат наблюдается при применении различных кератолитических мазей и местных антимикотиков.

Меры профилактики сводятся к соблюдению личной гигиены и борьбе с повышенной потливостью.

Прогноз благоприятный.

**ТРОПИЧЕСКИЙ БЕЛЫЙ ЛИШАЙ** (Tinea albigenas. Alba tropicum) – грибковое заболевание кожи, характеризующееся появлением на конечностях полиморфных высыпаний, оставляющие в процессе своей эволюции очаги стойкой депигментации полициклических очертаний.

Возбудителем белого тропического лишая считается гриб Trichophyton albicans Nieuwenhuis. Путь передачи — контактно-бытовой. Предрасполагающими к заболеванию факторами являются несоблюдение гигиены тела, повышенная потливость, мацерация кожи в условиях повышенной влажности окружающего воздуха. Чаще заболевает население Юго-Восточной Азии [1, 2].

Заболевание начинается с появления чаще всего на ладонях, подошв и, реже, предплечий и голеней небольших зудящих эритематозно-папулезных высыпаний, превращающихся быстро в пузырьки. Прозрачное содержимое их становится мутным и серозно-гнойным.

Характерным признаком расположения сыпи является ее бессистемность и полное отсутствие тенденции к кольцевидному расположению. Через время часть папул может рассасываться, некоторые вскрываются с образованием эрозий, окруженных серебристо-белым ободком отслоенного эпидермиса. Через несколько месяцев, а иногда и лет на местах первоначальных высыпаний начинают проявляться мелкие, но стойкие очаги депигментации. В результате медленного, но неуклонного роста они могут сливаться, образуя на общем темном фоне кожи пестрый рисунок. Процесс полного развития ахромии завершается к 4-5 году после начала заболевания. У части больных одновременно с развитием ахромии на подошвах на фоне ксероза возникает гиперкератоз, иногда появляются болезненные, долго не заживающие трещины. Кроме кожи, в патологический процесс могут вовлекаться и ногти. Они теряют блеск, становятся тусклыми, могут деформироваться и легко обламываются.

Характерным признаком тропического белого лишая, отличающим его от других поверхностных микозов, кроме зуда, является и отчетливо выраженная склонность сыпи к симметричному расположению.

Лечение. Применяют системные антимикотики; кератолитические средства. Антибиотикотерапия при выраженной пустулизации. Местно - смазывание анилиновыми красителями. Меры профилактики идентичны таковым при других описанных выше поверхностных микозах.

Прогноз благоприятный. Развившаяся ахромия носит упорный характер.

**ТРОПИЧЕСКИЙ ЖЕЛТЫЙ ЛИШАЙ** (Tinea flava) – поверхностный микоз, характеризующийся появлением в области лица, шеи и, реже, на других участках тела небольших зудящих желтовато-оранжевого цвета пятнистых разрастаний.

Синонимы: желтый отрубевидный лишай, паразитарный ахроматоз, желтый микроспороз, желтый лишай Кастеллани и др.

Заболевание встречается исключительно в тропических и субтропических странах. Возбудителем заболевания считается Hormodendron Fontoynonti. Гриб паразитирует только в роговом слое [1, 3, 5].

Заболевание носит выраженный сезонный характер, возникает летом, особенно в сезон максимальной влажности. Заболевают не только взрослые, но и дети, среди которых могут наблюдаться даже эпидемии. Содействуют распространению заболевания теснота жилищ, несоблюдение элементарных правил гигиены. Процесс характеризуется появлением на коже лица, шеи, груди мелких, различных очертаний зудящих желтоватых с оранжевым оттенком пятен. По мере их роста они сливаются, образуя более крупные пятна, на поверхности которых наблюдается шелушение. Часто вокруг крупных пятен возникают новые мелкие (дочерние), которые могут сливаться с более старыми пятнами в один крупный диск.

Характерным признаком данного кератомикоза, отличающим его от близкого по клинической картине разноцветного лишая, является то, что он нередко поражает лицо, контагиозен для детей, а главное, в процессе регрессии оставляет депигментацию кожи, имеющую явно выраженный желтоватый, часто с оранжевым оттенком цвет [1, 2, 5].

Лечение и профилактика. Применяют системные и местные антимикотики, кератолитические жидкости и мази.

Профилактика. Для предотвращения рецидивов необходимы мероприятия по борьбе с повышенной потливостью, а также соблюдение личной гигиены.

Прогноз благоприятный.

**Выводы.** В настояшее время в результате значительного расширения международных контактов с зарубежными странами возникает потенциальная возможность завоза в нашу страну некоторых тропических кожних заболеваний. Одними из наиболее распространенных заболеваний в тропических и субтропических странах являются грибковые заболевания кожи. Данные заболевания в странах с жарким и тропическим климатом имеют свои особенности, знания которых необходимы и отечественным врачам дермато-венерологам и врачам смежных специальностей и иностранным студентам медицицинских вузов для их будущей практической деятельности в своих странах [1, 2, 3].

**Список литературы**:

1.Бабаянц Р.С. Кожные и венерические болезни жарких стран/ Р.С. Бабаянц. М.: Медицина. —1984. —384 с.

2.Magil Alan J. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease / Alan J. Magill. — Elsevier Health Sciences. – 2013. – 1190 p.

3.Руководство по инфекционным болезням / под ред. В. М. Семенова. — М.: МИА. — 2008. — C. 699-704

4.Руководство по инфекционным болезням: в 2 кн. Кн. 1 / под ред. Ю. В. Лобзина, К. В. Жданова. — 4-е изд., доп. и перераб. — СПб.: Фолиант. — 2011. — 664 с.

5.Учайкин Ф.С. Инфекционные болезни. Атлас – руководство. / Ф.С. Учайкин, О.В. Харламова, И.В. Шамилева, И.В. Полеско. М.: ГЭОТАР — Медиа. — 2010. — 384 с.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОВЕРХНЕВИХ ТРОПІЧНИХ МІКОЗІВ**.

Гончарова І. М., Чернікова Л.І.

Харьківський національний медичний університет

***Резюме*.** В статті наведені дані про етіологію, патогенез, клінічні ознаки та лікування поверхневих тропічних мікозів.

***Ключові слова:*** *поверхневі тропічні мікози, перебіг, діагностика, лікування*

**THE PECULIARITIES OF THE SUPERFICIAL TROPICAL MYCOSIS**

*Honcharova I.M., Chernikova L.I.*

*Charkiv National Medical University*

***Summary****.* In the article there are presented data on the etiology, pathogenesis, clinical manifestations and treatment of the superficial tropical mycosis.

***Key words****: superficial tropical mycoses, clinical course, diagnostics, treatment*