

# Трихофития

В осенний период наблюдается сезонное повышение заболеваемости заразными кожными заболеваниями, в частности грибковым заболеванием кожи - трихофитией.

Путь передачи любой формы трихофитии – контактный. Это означает, что для заражения инфекцией необходимо прикоснуться к людям, животным или каким-либо поверхностям, на которых имеются споры грибка рода Трихофитон. Передача грибков может происходить как при прямых, так и при опосредованных контактах. Прямой контакт предполагает соприкосновение с кожей больного человека или животного и здорового человека. А опосредованный контакт предполагает заражение через использование общих предметов обихода (полотенца, расчески, мочалки и т.д.) или прикосновение к различным поверхностям, на которых могут быть споры грибка (например, стены в скотниках, сено, корма для животных, кресла и диваны, на которых сидят кошки или собаки и т.д.). Однако даже если при прямом или опосредованном контакте на коже окажутся грибки-возбудители трихофитии, это не означает, что человек обязательно заболеет, поскольку для развития инфекционного заболевания необходимо, чтобы патогенные микробы проникли в кожный покров. Ведь при простом попадании грибка на кожу он будет просто уничтожен иммунной системой или смыт с ее поверхности при умывании. Таким образом, для того, чтобы человек заболел трихофитией, необходимо не просто попадание грибка на кожный покров, но и наличие предрасполагающих факторов, которые позволят попасть в клетки кожи и вызвать развитие инфекции.



Трихофития помимо общепринятого медицинского названия имеет историческое и широко распространенное наименование – стригущий лишай. Данное образное название было дано заболеванию врачами прошлых столетий, которые были не в силах выявить возбудителя инфекции, а могли лишь очень подробно описать его внешние признаки и постараться вылечить имеющимися препаратами. А поскольку при трихофитии происходит обламывание волос у самых корней, вследствие чего они выглядят, как подстриженные, то врачи назвали заболевание образно и емко – стригущий лишай. Однако по мере развития технологий врачи научились выявлять и различать возбудителей различных инфекций, в том числе и стригущего лишая. В результате удалось установить, что совершенно одинаковые проявления стригущего лишая могут вызываться двумя видами болезнетворных грибков – Trichophyton и Microsporum. Тогда было принято решение, что заболевание, вызываемое грибами Trichophyton, будет называться трихофитией, а Microsporum – соответственно микроспорией. Однако поскольку симптомы и течение трихофитии и микроспории практически одинаковые, то за этими двумя инфекциями осталось прежнее общее название – стригущий лишай.

Поверхностная трихофития гладкой кожи чаще всего развивается у детей и обычно локализуется на лице, шее, предплечьях и туловище, хотя теоретически, может развиваться на любом участке кожного покрова. При этом у одного человека может быть несколько очагов. Очаги всегда округлой формы, имеют четкую, хорошо видимую и несколько возвышающуюся границу, отделяющую их от остальной поверхности кожи. Граница очага может быть представлена валиком из пятен или узелков, покрытых корочками. Внутри очага кожа окрашена бледнее, чем на границе и может шелушиться. Окраска очагов трихофитии обычно ярко-красная или красно-розовая. Из-за шелушения возможно появление легкого или умеренно зуда. Очаги трихофитии на гладкой коже имеют тенденцию к слиянию, вследствие чего могут образовывать большие по площади поражения причудливой формы.

Поверхностная трихофития волосистой части головы может быть мелкоочаговой и крупноочаговой, когда волосы отламываются и образуют проплешины, соответственно, малого или большого размеров. Помимо размеров, каких-либо отличий между крупно- и мелкоочаговой трихофитиями нет. Очаги инфекции без четкой границы, с неровным контуром и неправильной округлой формой. На волосистой части головы может одновременно иметься один или несколько очагов поражения. У взрослых мужчин очаги трихофитии также могут располагаться на лице в области усов и бороды. Внутри очага на коже видны белесоватые отрубевидные чешуйки, покрывающие кожу в

промежутках между отломками волос. На границе очага могут находиться пузырьки или пустулы, а также корочки. Внутри очага трихофитии волосы поражены только частично, вследствие чего они становятся более редкими, то есть, теряют прежнюю густоту, но не образуют сплошной проплешины. Некоторые волосы обломаны на уровне 1 – 2 мм от поверхности кожи и имеют неправильную форму, напоминающую знаки препинания, например, крючки, запятые, вопросительные знаки и т.д. Такие отломки волос называют пеньками. Очаги поражения практически не беспокоят человека, поскольку не вызывают каких-либо тягостных симптомов, помимо ухудшения внешнего вида. В редких случаях очаги трихофитии на голове умеренно или слабо чешутся. Без лечения трихофития может спонтанно самоизлечиваться у мужчин или переходить в хроническую форму у женщин.

Инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы может протекать по типу глубокой формы. При характерном течении на коже головы имеются крупные очаги с резкой и хорошо видимой границей. Кожа головы в очагах красная, плотная, утолщенная и покрытая гнойными сочащимися корочками. На первый взгляд создается впечатление, что под корочками у человека находится один большой гнойник. Однако, если корочки удалить, то станет очевидно, что гной сочится из каждого волосяного фолликула, оказавшегося в очаге поражения. Такая картина выделения гноя из каждого отдельного фолликула напоминает вытекание меда из пчелиных сот, поэтому данную форму - инфильтративно-нагноительную трихофитию также называют "медовые соты Цельса" (kerion Celci). Если очаг характерной инфильтративно-нагноительной трихофитии располагается в области бороды или усов у мужчин, то он, как правило, имеет относительно небольшой размер, но проявления и течение такие же, как и на волосистой части головы. При течении трихофитии по типу глубокой формы очаги также резко очерчены, отечны, утолщены и окрашены в красный цвет. Внутри очага также видны многочисленные корки, из-под которых сочится гной. При надавливании на очаг человек ощущает сильную болезненность. Часто инфекция вызывает недомогание, повышение температуры, головную боль, а также болезненность и увеличение лимфатических узлов. В редких случаях инфильтративно-нагноительная трихофития протекает только с покраснением, отеком и уплотнением очагов без выделения гноя (примерно 20% случаев). При длительном течении трихофитии без лечения может развиваться рубцевание очага со стойким облысением.

Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи характеризуется образованием красной бляшки с четкими краями, резко отграниченной от остальной части здорового кожного покрова. Бляшка имеет округлую форму, она отечна, уплотнена и покрыта чешуйками различной формы. Внутри очага имеется большое количество пустул и гнойных корочек. Бляшка трихофитии медленно увеличивается в размерах, достигая порой 5 см и более в диаметре.

Профилактика трихофитии, так же как микроспории, заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных этим заболеванием. Необходимы периодические медосмотры в детских учреждениях. Обязательно обследуются родственники и контактировавшие с больным лица. При зоонозной трихофитии особое внимание следует уделять домашним животным (коровы, телята), поскольку именно они часто служат источником инфекции, они должны быть в обязательном порядке вакцинированы от дерматомикозов.

Нужно свести к минимуму возможные контакты с больными животными, людьми и предметами, с которыми они могли контактировать. Чтобы добиться этого, рекомендуется выполнять следующие правила:

- использовать только личные расчески, мочалки, полотенца, мыло и другие предметы личной гигиены и повседневного применения;
- не надевать чужую одежду и обувь;
- каждый раз после возвращения с улицы или прикосновения к домашним животным мыть руки с мылом;
- производить различные манипуляции с домашним скотом в перчатках;
- посещать салоны красоты и парикмахерские, в которых соблюдаются правила обработки и дезинфекции инструментов.