

УДК 616-036.22:616.05

*Е.Е.Нусипов<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Казахский медицинский университет непрерывного образования,  
г. Алматы, Казахстан

## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОФИТИЯМИ АТИПИЧНОЙ (ПАХОВОЙ) ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО СТРАНАМ БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ И БЫВШЕГО СНГ (обзор)

### АННОТАЦИЯ

Проведен обзор исследований по проблеме паховой дерматофитии в странах ближнего зарубежья и бывшего СНГ. Рассмотрены возможные варианты течения и диагностики паховой дерматофитии и определены этиологические факторы заболевания. Данные взяты из публикаций Российской Федерации, Кыргызстана, Узбекистана, Таджикистана, Туркменистана, Армении. Дерматофития в паховой области может протекать изолированно, поражая лобковую область, и с сопутствующим поражением крупных складок кожи и туловища. Возбудителями заболевания, как правило, выступают грибы видов: *Epidermophyton*, *Trichophyton*, так и *Microsporum*. Установлено, что в России при грибковом поражении кожи преобладают грибы *Microsporum Canis* и *Trichophyton Rubrum*, а в соседних республиках южнее Казахстана, где развито разведение сельскохозяйственных животных, доминирующим возбудителем при паховой дерматофитии являются грибы вида *Trichophyton Verrucosum*.

**Ключевые слова:** дерматофития, паховая локализация, дерматофиты, распространённость.

Дерматофитии на сегодняшний день представляют актуальную медицинскую и социальную проблему.

**Цель данного обзора** – изучение заболеваемости дерматофитиями атипичной (паховой) локализации по странам ближнего зарубежья и бывшего СНГ. Заболеваемость грибковыми поражениями кожи и придатков принимает тенденцию широкого распространения и, по разным источникам, составляет 10-43,5 % [1-3]. На долю дерматофитий атипичной (паховой) локализации приходится 0,36-16,48 % [1,4,24,25]. Само название "паховая дерматофития" является обобщенным и включает в себя сходные по клинической картине поражения кожи, возбудителями которых являются различные патогенные и условно-патогенные грибы [24, 25]. Первые публикации, посвященные паховой дерматофитии, приходятся на конец XIX в., когда заболевание кожи в паховой области описывали как экзему или герпетическое поражение. Лишь в начале XX в. французский дерматолог и миколог R. Sabouraud смог установить возбудителя, именовав его

*Epidermophyton-floccosum* [5]. В дальнейшем были выделены другие грибы: *Trichophytonrubrum*, *Trichophyton-mentagrofritis*, которые могли быть причиной возникновения паховой дерматофитии, так и поражали кожу при другой локализации. Некоторые исследователи к паховой дерматофитии приравнивают вовлечение в патологический процесс область лобка, возбудителями которой являются дерматофиты *Trichophyton Verrucosum* [7,20,21]. К самостоятельным возбудителям дерматофитии паховой локализации также относятся зооантропофильные грибы из рода микроспорум, которые вызывают инфильтративно-нагноительную микроспорию кожи лобка и половых губ [6]. Такое течение и локализация болезни могут вызывать инфицирование сексуальных партнеров. Эта форма микроспории увеличилась с 1976 г. в более чем 10 раз [6].

Таким образом, на сегодняшний день, говоря о возбудителях дерматофитии паховой локализации, нельзя с точностью определить, какой возбудитель является причиной заболевания. Следует только отметить наиболее рас-

пространенные грибы при паховых микозах. Большинство публикаций, посвященных дерматофитиям, относят к поражениям кожи стоп и ногтевых пластин. Намного меньше освещается проблема дерматофитии при другой локализации, в частности паховой, распространенность которой увеличивается [2].

Проведен обзор литературы из стран ближнего зарубежья и бывшего СНГ Республики Казахстан по проблеме дерматофитии паховой локализации. Найдены 48 близких по тематике публикаций, из них непосредственно с темой паховой дерматофитии 7 статей, 4 из них обобщающих и 3 статьи – об исследовании клинико-эпидемиологических и этиологических особенностей паховой дерматофитии [7,21,22]. Как видно, проведенных работ на эту тему мало, что возможно, связано с незначительным количеством случаев дерматофитий с паховой локализацией и, как следствие, спокойной эпидемиологической обстановкой. Несмотря на это, результаты анализа найденных статей позволили провести определенные расчеты и сделать выводы по распространенности паховой дерматофитии.

Первыми рассмотрим более многочисленные литературные данные из России, в частности статьи, в которых имеются расчеты по основным параметрам распространенности паховой дерматофитии, а также области крупных складок и атипичной локализации (без уточнения паховой области). В 2012-2013 гг. в

50 регионах РФ проведено многоцентровое исследование. Установлено, что 53,1 % дерматологов диагностируют микозы крупных складок как "эпидермофития паховая" (B35,6). Следовательно, в этот раздел входят поражения и других локализаций, например межъягодичные складки, аксиллярные, пахово-мошоночные у мужчин, под молочными железами – у женщин, между нависающей нижней частью живота и лобком у склонных полноте людей [12]. С другой стороны, большинство дерматологов соотносят локализацию микозов крупных складок с диагнозом нетривиально. В 25 % случаев как другие уточненные поверхностные микозы кожи (B 36,8) и 21,9 % как кандидоз других локализаций (B 37,8). В целом поражение паховых складок при микозах крупных складок кожи отмечалось в 91,5 % случаев [12]. В литературе также описываются дерматофитии атипичной локализации. Обычно это касается микроспорий, которые локализуются в большинстве случаев в паховой области, иногда коже лица, на бровях.

Рассмотрим по отдельности данные имеющихся публикаций. По г. Москве выявленная доля дерматофитий паховой локализации составляет 0,36 %. Частота других клинических форм в зависимости от локализации по МКБ 10: дерматофития туловища B 35,4-0,37 % [8-10]. В 95,3 % случаев выявлен грибок *Microsporum Canis*.

Таблица 1

Доля дерматофитий паховой локализации по регионам РФ из публикаций

Регион	Период исследования	Численность исследованных больных	Средний возраст, лет (диапазон)	Численность, %		Доля дерматофитий с локализацией, %		
				мужчины	женщины	в паховой области	в крупных складках	с атипичной локализацией
г. Москва	2005-2012	100	–	–	–	0,36		
г. Рязань	2010	496	18-86	49,1	50,9		2	
г. Барнаул	2011-2012	130	1-80	49	51		3	
Алтайский край	2011	4594	14-57	43	57		2,8	
Пермский край	2012-2013	4460	–	44,8	55,2	–	–	–
Свердловская область	2014	570	8-14	–	–	12		
Амурская обл. г. Благовещенск	2003-2007	1198	20-40	48,75	51,25	4,5	–	–
Республика Башкорстан	2008-2009	1531	1-80					16
Итого							3,6	

По данным за 2010 г. (г. Рязань) в исследовании приняли участие 2754 больных, из них у 496 чел. выявлено грибковое поражение кожи. Доля дерматофитии крупных складок кожи составила 2 % из всех поверхностных микозов кожи. Доля дерматофитии гладкой кожи (В 35,4) – 18 % [11]. В Барнауле за 2011-2012 гг. обследовано 468 пациентов, у 130 из них диагностирован микоз кожи. Доля дерматофитии крупных складок кожи составила 3 %, микоз гладкой кожи (В 35,4) – 22 % [28]. По всему Алтайскому краю доля дерматофитии крупных складок составила 2,8 %, микоз гладкой кожи (В35,4) – 3,9 %. При бактериологическом посеве превалировал *Microsporum Canis* в 22,4 %, затем *Trichophyton Rubrum* в 18,2 % случаев [29]. В Пермском крае из 4460 исследованных точных данных по дерматофитии паховой локализации нет, но доля дерматофитий гладкой кожи (В35,4) составляет 50,4 % всех случаев.

Из дерматофитов больше *Microsporum Canis* – в 73,3 % случаев [30]. В Амурской области (г. Благовещенск) проведен анализ по дерматомикозам из 1198 амбулаторных карт за период 2003-2007 гг. Средний возраст исследованных – 20-40 лет, гендерные показатели: мужчин 48,75 %, женщин 51,25 %, доля паховой дерматофитии – 4,5 %, доля поражения гладкой кожи (В35,4) – 71,3 % [13,19,24]. Показатели *Microsporum Canis* и *Trichophyton Rubrum* 15,6 и 13,4 % соответственно. Самые многочисленные исследования в Республике Башкортостан. Анализ случаев заболеваемостью дерматофитиями выявил, что Башкортостан стоит на первом месте среди других регионов Российской Федерации. При чем самый высокий показатель по дерматофитии атипичной локализации 16 % [14-18]. Там наблюдалось наибольшая доля *Trichophyton Rubrum* 45 %.

Таблица 2

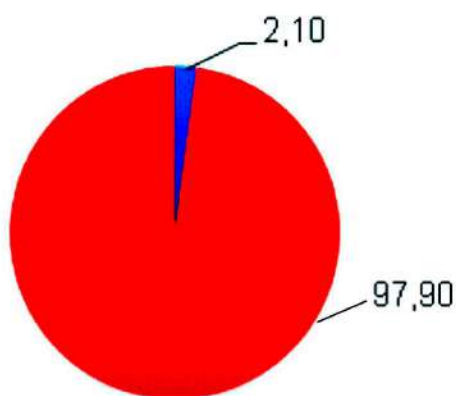
Доля видов дерматофитов, распространенных в регионах РФ, по публикациям

Регион	Численность исследованных пациентов	T Rubrum %	T Mentagrophytes %	T Violaecium %	T Tonsurans %	T Verrucosum %	M Canis %	M Gypseum %	M Xanthodes	M Ferrugineum %	E Floccosum %	C. Albicans и Candida %	Aspergillus %	Fusarium %	Mucor %	Др. грибы %	Нет роста %
г. Москва	1967,00	0,50	3,10	0,20	0,20	0,30	95,30	0,30			0,10						
Амурская область	1012,00	13,40					15,60	2,90									68,10
Республика Башкортостан	1262,00	45,00	1,20	0,10	0,20	4,90	31,00				0,20	9,80	1,20	0,20	0,20	6,00	
Свердловская область	684,00						87,27		12,70	0,03							
Алтайский край, г. Барнаул	4594,00	18,20	4,10		2,90		22,40			2,40	3,50					18,20	28,30
Пермский край	2249,00				2,50		73,30	6,20				3,40				14,60	
<b>Итого</b>	<b>11768,00</b>	<b>13,1</b>	<b>2,25</b>	<b>0,05</b>	<b>1,65</b>	<b>0,57</b>	<b>48,40</b>	<b>1,48</b>	<b>0,73</b>	<b>0,93</b>	<b>1,4</b>	<b>1,69</b>	<b>0,12</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>21,60</b>	<b>5,85</b>

Из таблиц видно, что суммарная доля паховых дерматофитий из исследованных случаев в РФ равна примерно 3,6 %. Однако, по данным многоцентрового исследования "Асклепий", проведенного в Российской Федерации в 2009-2010 гг., доля дерматофитий с локализацией в паховой области колеблется от 1,79 % (г. Москва) до 16,48 % (г. Брянск) [24]. Из всех грибов лидирующее место занимает *Microsporum Canis* 48,4 %.

В отношении других соседних с Казахстаном странах выявлено следующее. В Узбекистане (рис.1) изучена заболеваемость дерма-

томикозами за 1996-2005 гг. и было зарегистрировано 2038 пациентов, из них поражение кожи в лобковой области отмечено у 248 чел., что составляет 12 % случаев [20]. По другим источникам, 178 пациентов с зоофильной трихофитией с локализацией поражения в лобковой области в г.Андижане. Из них мужчины превалировали (70,8 %). Самая многочисленная возрастная группа 16-25 лет – 69,2 %, 26-30 лет – 20,7 % и возбудитель передавался в 77 % случаев половым путем. При посеве 23 образцов культивирован *Trichophyton Faviforme* [21].



■ T Mentagrophytes % ■ T Verrucosum %

Рис. 1. Распространенность видов грибов в Республике Узбекистан

По результатам другого исследования в клинике НИИ дерматологии (г. Ташкент), из 286 пациентов с трихофитией и локализацией

процесса в лобковой области при бактериологическом посеве, основным возбудителем определен Trichophyton Verrucosum 97,9 % [22].

Таблица 2

Доля видов дерматофитов, распространенных в регионах СНГ, по публикациям

Страна	п исследованных пациентов											
Кыргызстан												
Узбекистан												
Таджикистан												
Туркмения												
Армения												

Таблица 3

Доля дерматофитий паховой локализации по странам ближнего зарубежья

Страна бывшего СНГ	Численность исследованных пациентов, чел.	T Rubrum %	T Mentagrophytes %	T Violaceum %	T Tonsurans %	T Verrucosum %	T Terrastre	T Gallinae	M Canis %	M Gypseum %	E Floccosum %	Др. грибы %
Кыргызстан	107,00	25,00				52,20			2,20		20,60	
Узбекистан	286,00		2,10			97,90						
Таджикистан	295,00		38,10			61,9						
Туркменистан	11954,00			2,53	0,06	31,90	0,01	0,01		26,90		38,60
Армения	*										90,40	9,60

В исследовании по Республике Кыргызстан (рис. 2) с 2009 по 2012 г. наблюдались 107 пациентов с паховой дерматофитией. Мужчин с этой патологией было больше (65,4%). В возрастной категории преобладали пациенты 18-

25 лет (59,8%), 26-35 лет (31,8%), основным в передаче инфекции был половой путь (74,7%). В 52,2% случаев выделенным дерматофитом был *Trichophyton Verrucosum* [7].

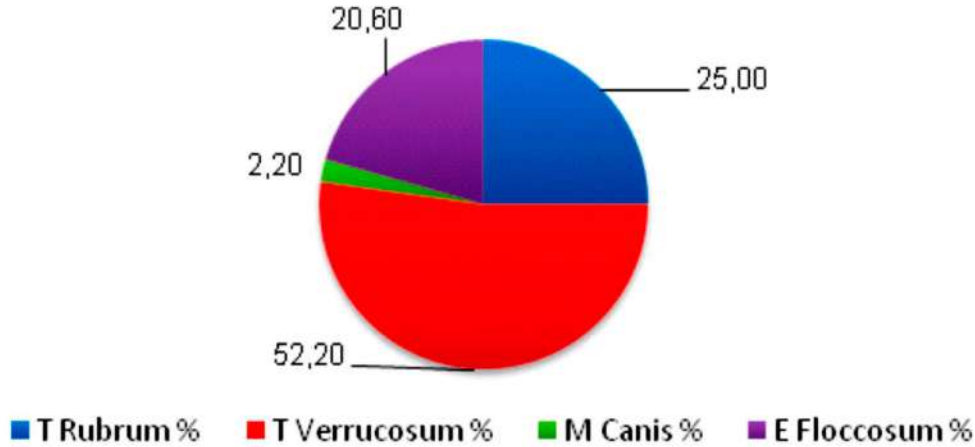


Рис. 2. Распространенность видов грибов в Кыргызстане, %

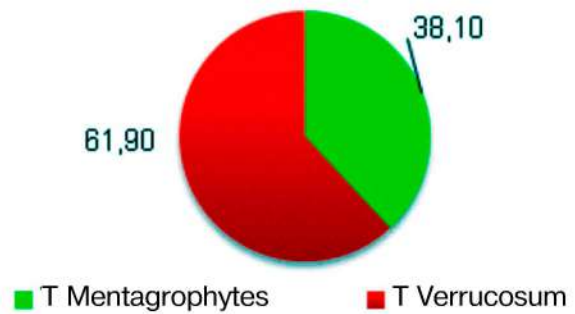
Большая работа по снижению распространенности паховой дерматофитии была проведена в Армении (рис. 3) в 1978 г. Численность мужчин в исследовании составляла 98,1%, возрастная группа 16-30 лет преобладала в 65,6% случаев. В 90,4% случаев был выделен *Epidermophyton Floccosum* [23].



Рис. 3. Распространенность видов грибов Армении, %

По Таджикистану (рис. 4) обследовано 295 пациентов с грибковым поражением кожи в 2002-2006 гг., в 60,1% случаев это были мужчины. Данных по локализации процесса нет, но с поражением гладкой кожи туловища было 17,6% из всех исследованных [26].

За период 1976-1995 гг. в Республике Туркменистан (рис. 5) пролечены 11954 больных зооантропонозной трихофитией, из них у 3809 пациентов получены данные культуральной диагностики, у 70,3% – зафиксированы поражения гладкой кожи туловища [27].



Распространенность видов грибов в Таджикистане, %

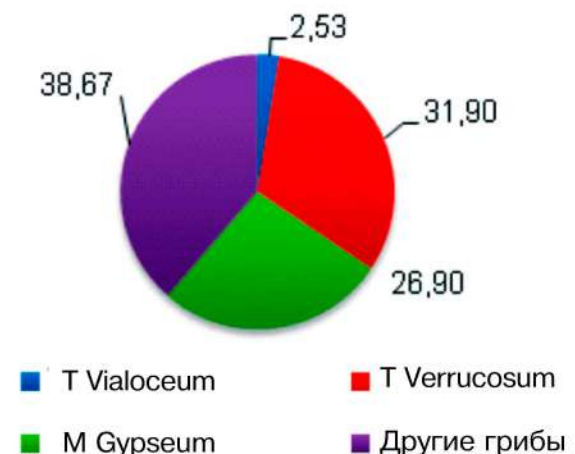


Рис. 5. Распространенность видов грибов в Туркменистане, %

**Выводы**

1. Паховая дерматофития может протекать изолированно, поражая лобковую область, а также с сопутствующим поражением крупных складок кожи и туловища, с преобладанием того или иного вида возбудителя грибкового заболевания кожи.

2. В Российской Федерации доля дерматофитий с паховой локализацией составляет в

среднем 3,6 %, из грибов преобладает *Microsporum - Canis* – 48,4 %, на втором месте *Trichophyton Rubrum* (13,1 %), на третьем месте *Epidermophyton Floccosum* (1,4 %).

3. Можно предположить, что в соседних республиках (южнее Казахстана) доминирующим возбудителем паховой дерматофитии является *Trichophyton Verrucosum*, что обусловлено разведением сельскохозяйственных животных.

**ЛИТЕРАТУРА**

1 Белоусова Т.А. Паховая дерматофития: этиология, клиника, современные возможности терапии // РМЖ. – 2008. – № 23.

2 Халдин А.А., Сергеев В.Ю., Изюмова И.М. Современные представления о паховых дерматофитиях: этиология, эпидемиология, клиника и эффективная терапия. – М.: Москов. мед. акад. им. И.М. Сеченова, 2010.

3 Ахрарова Л.М. Сравнительное изучение распространенности и клинической структуры дерматомикозов в Республике Узбекистан за 20 лет (1981-2001 гг.). – Ташкент: НИИ дерматол. и венерол. МЗ.

4 Кукушкина С.В., Сергеев Ю.В., Дубровина Е.В. Поликлинические микозы // ФГБУ "Поликлиника №1" УД Президента РФ, 2013.

5 Машикеллейсон Л.Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. – М., 1960. – С. 257-290.

6 Руковшеникова В. Современные особенности клиники и лечения микроспории, 2008.

7 Усубалиев М.Б., Калыбекова Г.М., Касымова А.Ж., Ибраимова А.Д. Клинико-эпидемиологические и этиологические особенности паховой дерматофитии // Вестник КГМА им.И.К.Ахунбаева. – 2013. – № 3.

8 Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии // РМЖ. – 2011. – №21. – С. 1327.

9 Кукушкина С.В., Сергеев Ю.В., Дубровина Е.В. Поликлинические микозы // ФГБУ "Поликлиника №1" УД Президента РФ, 2013.

10 Курбатова И.В., Кирилова Н.Н. Анализ данных возбудителей дерматомикозов в Москве // КДЖД. – 2008. – № 1.

11 Ермошина Н.П., Ермошина Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности микозов кожи на амбулаторном дерматологическом приеме. Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии и инфектологии ФПДО ГУ РОККВД, 2011.

12 Соколова Т.В., Малярчук А.П., Газарян О.Л. Эпидермофития крупных складок в практике дерматолога. Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Москов. гос. ун-т пищев. производ. – М., 2014.

13 Мельниченко Н.Е. Медико-социальные аспекты дерматомикозов в Амурской области. – Благовещенск: Амурская гос. мед. акад., 2010.

14 Фахретдинова Х.С., Абсалямова Н.Н., Камалов Э.С. К вопросу эпидемиологии дерматофитий в Республике Башкортостан // Клиническая микология. – 2010. – № 1.

15 Латыпов А.Б. К вопросу о заболеваемости микозами в Республике Башкортостан. – Там же.

16 Титова Т.Н., Гуцина Р.Н., Халилова Ф.И., Язданов Ф.И., Мингазова Э.З., Мавзютов А.Р. Эпидемиология микроспории в Республике Башкортостан. – Там же.

17 Хисматуллина З.Р. Зооантропонозная трихофития в Республике Башкортостан (этиология, клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. – М., 2007.

18 Латыпов А.Б. Научное обеспечение профилактики зооантропонозной трихофитии и

совершенствование медицинской помощи больным (на примере Республики Башкортостан): автореф. дис. – Екатеринбург, 2007.

19 Мельниченко Н.Е., Платонов А.В., Иванова М.А. Эффективность лечения больных микроспорией системными антибиотиками. – Благовещенск: Амур. гос. мед. акад., 2008.

20 Хамидов Ш.А., Валиханов У.А., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Хасанова М.Т. Динамика заболеваемости дерматомикозами (кроме микоза стоп) и их структура в андижанской области за последние 10 лет. – Узбекистан: Андижан. гос. мед. ин-т, 2006.

21 Хамидов Ш.А., Валиханов У.А., Киличев Р.М., Хамидов Ф.Ш., Курбонов О.Д. Инфилтративно-нагноительная трихофития необычной (лобковой) локализации. – Андижан. гос. мед. ин-т, 2006.

22 Абидова З.М., Нурматов У.Б. Клиническое течение и методы лечения зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией поражений в лобковой области. – Ташкент: НИИ дерматол. и венерол. МЗ РУз, 2009.

23 Бабаян К.Р. Ультраструктура возбудителя паховой эпидермофитии, его проникновение в кожу, клиническая картина микоза в настоящее время: автореф. дис. . канд. мед. наук. – М., 1978. – 22 с.

24 Газарян О.Л. Дифференциальная диагностика микозов крупных складок и выбор тактики лечения: автореф. дис. – М.: Моск. гос. ун-т пищев. производ., 2015.

25 Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов кожи в регионах Российской Федерации // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 4. – С. 55-64.

26 Нуралиев М.Д. Эпидемиология, особенности клиники и совершенствование терапии зооантропонозной трихофитии в условиях жаркого климата: автореф. дис. – Душанбе, 2007.

27 Реймкулыев Б.Р. Эпидемиология зооантропонозных дерматофитий в Туркменистане, влияние на неё климатогеографических особенностей и организация специализированной медицинской помощи: автореф. дис. – М., 2007.

28 Иванова Ю.А., Райденко О.В. Клинико-микологический профиль поверхностных микозов в Алтайском краевом кожно-венерологическом диспансере. Алтайский Государственный медицинский университет (кафедра дерматовенерологии); Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом. – Барнаул, 2012.

29 Иванова Ю.А. Поверхностные микозы населения Алтайского края, выявленные при проведении активных медицинских профилактических осмотров. – Алтайск: Гос. мед. ун-т. – (г. Барнаул). – 2012.

30 Новикова В.В., Кучевасова М.В., Коломойцев А.В. Структура дерматомикозов в Пермском крае: Клинико-эпидемиологический анализ // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2.

## ТҮЙІН

Мақалада жақын шетел және бұрынғы ТМД республикаларындағы шаптың дерматофитиясы мәселелері бойынша зерттеулерге шолу жасалған. Шап дерматофитиясының ағымы мен диагностикасының болжалды түрлері қаралып, аурудың этиологиялық факторлары анықталған. Мәліметтер Ресей Федерациясының, Қырғызстан, Өзбекстан, Тәжікстан, Түркменстан, Армения жарияланымдарынан алынды. Шап аймағының дерматофитиясы ұманы зақымдай отырып, тері мен дененің ірі қатпарларына жұғу арқылы тұйықталған түрде болуы мүмкін. Epidermophyton, Trichophyton және Microsporum сияқты саңырауқұлақ түрлері аурудың қоздырғыштары болып табылады. Ресей Федерациясында теріге Microsporum Canis және Trichophyton Rubrum саңырау құлақтарының жұғуы басым болса, ауылшаруашылықпен және мал өсірумен айналысатын көршілес Қазақстан Республикасында шап дерматофитиясы кезінде саңырауқұлақтың Trichophyton Verrucosum басым қоздырғыш екені анықталған.

**Түйінді сөздер:** дерматофития, шапта оқшаулану, дерматофиттер, таралуы.

### SUMMARY

In article the review of researches on a problem of an inguinal dermatofitiya in the republics of the neighboring countries and the former CIS is carried out. Possible options of a current and diagnostics of an inguinal dermatofitiya are considered and etiologichesky factors of a disease are defined. Data are taken from publications of the Russian Federation, Kyrgyzstan, Uzbekistan, Tajikistan, Turkmenistan, Armenia. Dermatofitiya in inguinal area can proceed separately, striking pubic area, and with the accompanying defeat of large folds of skin and trunk. As causative agents of a disease as a rule mushrooms of types act: Epidermophyton, Trichophyton so, and Microsporum. It is established that in the Russian Federation at fungal damage of skin mushrooms of Microsporum Canis and Trichophyton Rubrum prevail, and in the neighboring republics to the south of Kazakhstan where cultivation of farm animals is developed, the dominating activator at an inguinal dermatofitiya are mushrooms of a type of Trichophyton Verrucosum.

**Key words:** dermatofitiya, inguinal localization, dermatophytes, prevalence.