**Эпидермифития** — контагиозное грибковое заболевание поверхностных слоев гладкой кожи и ногтевых пластинок, вызываемое грибами рода эпи-дермофитонов. Волосы не поражаются. Различают эпидермофитию крупных складок, или паховую, и эпидермофитию стоп.

Эпидермофития крупных складок, или эпидермофития паховая Этиология. Возбудитель — гриб Epidermophyton inguinale Sabouraud (Е. bloccosum).

Эпидемиология. Заражение происходит в банях, при пользовании общей ванной, мочалками. Возбудитель может попадать к человеку через общее белье, клеенки, подкладные судна, термометры, полотенца, губки. В спортзалах — через маты и спортивный инвентарь.

Патогенез. Заболеванию способствуют повышенная потливость пахо-во-бедренных складок и подмышечных впадин, особенно у тучных людей и больных диабетом, увлажнение кожи компрессами. Чаще болеют муж¬чины, дети и подростки болеют редко.

Клиника и течение. Очаги поражения локализуются в бедренно-мошо-ночных складках, на внутренней поверхности бедер, лобке, в подмышеч¬ных впадинах. Иногда патологический процесс может распространяться на кожу груди, живота (между складками кожи у тучных лиц), на кожу под молочными железами у женщин и т.д. Сначала появляются красные воспалительные шелушащиеся пятна диаметром до 1 см. В результате их периферического роста образуются крупные овальные очаги с гипере-мированной, мацерированной поверхностью и приподнятым отечным краем, иногда покрытым пузырьками, корками и чешуйками (рис. 32). В дальнейшем очаги могут сливаться друг с другом, образуя обширные, имеющие «географические» очертания участки поражения до 10 см и более. Центр очагов постепенно бледнеет и слегка западает. По краям имеется бордюр из отслаивающегося мацерированного эпидермиса. Больных беспокоит легкий зуд, который в периоды обострения усили¬вается. Начинается заболевание, как правило, остро, но затем принима¬ет хроническое течение и может длиться многие месяцы и годы с перио¬дическими обострениями (особенно в жаркое время года и при сильном потоотделении). В прошлом авторы по сходству клинической картины с экземой называли это заболевание «окаймленной экземой» {eczema marginatum).

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании типичной клини¬ческой картины, локализации процесса, острого начала, хронического

течения, нахождения нитей септи-рованного мицелия при микроско-пировании соскоба с поверхности очагов (для исследования лучше брать отслаивающийся эпидермис по периферии поражения). С эрит-размой дифференцируют на осно¬вании разницы в клинической кар¬тине и течении. Поверхностные дрожжевые поражения, имеющие сходную клиническую картину, отличают по данным микроскопии соскоба с поверхности оча¬гов, а рубромикоз — по данным культурального исследования.

Лечение. Применяют кремы кетоконазол, клотримазол, оксикона-зол, тербинафин, эконазол, циклопирокс и др. 2 раза в сутки в течение 3-5 нед. При острых воспалительных явлениях целесообразно исполь¬зование комбинированных мазей, состоящих или противогрибковых и кортикостероидных препаратов: микозолон, травокорт и др.

Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, устранении повышенной потливости, дезинфекции белья и одежды.