**Трихофитии (trichophytiae**). В группу трихофитии включены поверх¬ностная трихофития (волосистой части головы, ногтей и гладкой кожи), хроническая трихофития с поражением волос, гладкой кожи и ногтей и инфильтративно-нагноительная трихофития.

Этиология. Возбудители поверхностной и хронической трихофитии — антропофильные грибы, поражающие гладкую кожу, волосы и ногти.

Эпидемиология. Инфицирование антропофильными грибами Tr. en¬dothrix происходит при непосредственном контакте больных со здоро¬выми (прямой путь) или через предметы, бывшие в употреблении у больных.

Клиника и течение. Различают поверхностную трихофитию волосис¬той части головы, гладкой кожи и ногтей.

Поверхностная трихофития волосистой части головы может быть мелкоочаговой и крупноочаговой. После короткого инкубационного периода (6—7 дней) возникают очаги без резких воспалительных явлений, с неровными, нечеткими границами, неправильной округлой формы, покрытые белесоватыми отрубевидными чешуйками. По периферии очагов иногда могут располагаться пузырьки, пустулы, корочкию Субъективных жалоб больные не предъявляют. Без лечения заболевание может длиться годами и перехо-дить в хроническую трихофитию (у женщин) или самоизлечиваться (чаще у мужчин).

Поверхностная трихофития гладкой кожи чаще возникает на коже лица, шеи, предплечий и туловища, хотя может наблюдаться и на любых других участках кожи. Очаги хорошо очерчены, несколько приподняты над уровнем кожи, округлых или овальных очертаний, имеют по краям небольшой пятнистый или узелковый валик, на котором могут быть мелкие пузырьки и корочки . В центре очага происходит раз¬решение патологического процесса, поэтому он более бледно окрашен и шелушится. Сливаясь между собой, очаги образуют причудливый рису¬нок. Субъективно возможен нерезкий зуд. В процесс могут быть вовле¬чены пушковые волосы, что затягивает излечение. Поверхностной три¬хофитией гладкой кожи болеют преимущественно дети.

Трихофития ногтей. распространяется на всю пластинку, которая утолщается, становится рыхлой, крошится, приоб¬ретает серовато-грязный цвет. Отмечается подногтевой гиперкератоз.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Поверхностную три¬хофитию волосистой части головы приходится дифференцировать прежде всего с микроспорией и фавусом волосистой части головы. Реша¬ющими в диагностике трихофитии являются низко обломанные волосы («пеньки»), значительное количество сохранившихся волос в очагах, от¬сутствие склонности очагов к слиянию, а также расположение спор\_гриба внутри волоса (endothrix). Себорейная экзема и себорея кожи головы отличаются отсутствием ограниченных очагов, не сопровождаются пора¬жением волос, как трихофития, вызывают зуд и более выраженные вос¬палительные явления.

Дифференцировать поверхностную трихофитию гладкой кожи с мик¬роспорией гладкой кожи по клиническим проявлениям практически невозможно, так как воспалительная реакция и конфигурация очагов однотипны.

Диагноз легко установить при исследовании пораженных волос мик¬роскопически с помощью люминесценции, а также культурально.

Поражение на гладкой коже приходится дифференцировать с розо¬вым лишаем, себорейной экземой, кольцевидными формами псориаза. При трихофитии границы очагов резкие, четкие, по периферии есть отечный гиперемированный валик с пузырьками и корочками на нем, нити мицелия гриба.

Лечение больных трихофитией можно проводить как в стационаре, так и амбулаторно. При отсутствии противопоказаний назначают гризе-офульвин внутрь из расчета 12,5 мг/(кг\*сут) (но не более 1 г) взрослым.

Наружно для гладкой кожи или волосистой части головы (ее бреют 1 раз в неделю) применяют кремы или мази (кетоконазол, бифоназол, клотримазол, оксиконазол или чередование аппликаций серно-салици-ловой мази\* с 2% спиртовой настойкой йода — утром смазывание йодом, вечером мазью). Лечение обычно продолжается от 4 до 6 нед.