

بررسی فراوانی عفونتهای درماتوفیتوزیس در نقاط مختلف بدن و عوامل اتیولوژیک آن

حسین معلائی *

یکی از مشکلات و معضلات بهداشتی در مناطق محروم، درماتوفیتوزیس (کچلی) است که توسط قارچهای درماتوفیت ایجاد می‌شود. در این پژوهش، از ۱۵۷ بیمار مراجعه‌کننده به تنها آزمایشگاه قارچ‌شناسی زاهدان و مشکوک به ضایعات قارچی، در طول زمستان سال ۱۳۷۳ نمونه‌گیری بعمل آمد. از این تعداد، در آزمایش مستقیم ۴۲/۷ درصد مثبت و در کشت ۵۴ مورد (۳۴/۲ درصد) مثبت شده‌اند. نتایج کشت در جنس مذکر، ۶۸/۹ درصد و در جنس مؤنث ۱۱/۱ درصد مثبت بود. در این پژوهش، بالاترین موارد درماتوفیتوزیس مربوط به کچلی سر، ۳۳ مورد (۶۱ درصد) و کمترین مورد مربوط به کچلی ناخن بود که هیچ موردی مشاهده نشد و بالاترین فراوانی نوع، کچلی سر در گروه سنی ۹-۰ سال (۷۸/۸ درصد) مشاهده شد. درماتوفیت‌هایی که در این پژوهش جدا شده‌اند؛ عبارت بودند از ترایکوفیتون متاگروفایتس ۱۹ کلنی (۳۵/۵ درصد)، ترایکوفیتون روبروم ۱۰ کلنی (۱۸/۵ درصد)، اپیدرموفایتون فلوکوزوم ۹ کلنی (۱۶/۵ درصد)، ترایکوفیتون و روکوزوم ۷ کلنی (۱۳ درصد)، میکروسپوروم کانیس ۴ کلنی (۷/۴ درصد) و ترایکوفیتون ویولاسئوم ۳ کلنی (۵/۵ درصد)، ترایکوفیتون شوئن لاینی ۲ کلنی (۳/۶ درصد).

واژه‌های کلیدی: درماتوفیتوزیس، ترایکوفیتون، میکروسپوروم.

* کارشناس ارشد قارچ‌شناسی - عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

مقدمه

یکی از بیماریهایی که توسط قارچهای بیماریزا ایجاد می‌شود، درماتوفیتوزیس است که نقاط مختلف بدن را مبتلا می‌کند و فراوانی عفونتهای درماتوفیتوزیس و عوامل ایجادکننده آن، در نقاط مختلف، به دلیل شرایط جغرافیایی خاص خود تفاوت دارد. در کشور ما، با توجه به شرایط اقلیمی و اکولوژیکی ویژه که شرایط را برای رشد و نمو گونه‌های مختلف درماتوفیتها مساعد می‌نماید؛ اطلاع از میزان شیوع بیماری و شناخت عوامل درماتوفیتی و تعیین گونه‌های غالب در نواحی مختلف از نظر بهداشت و طب پیشگیری اهمیت فراوانی دارد. از آنجا که در استان سیستان و بلوچستان، تاکنون مطالعه جامعی در این مورد صورت نگرفته است و این استان به علت مرزی بودن و محرومیت، از وضعیت بهداشتی نامناسبی برخوردار است و نیز به علت اینکه تعداد قابل توجهی از جمعیت آن را مهاجرین افغانه تشکیل می‌دهد؛ به علت وضعیت اقتصادی پایین و شرایط بد بهداشتی، انجام این مطالعه ضروری بنظر رسید و به علت مرکزیت، تمام مراکز درمانی پوست در شهرستان زاهدان قرار داشت، این پژوهش که یک مطالعه توصیفی است، در آن جا صورت گرفت.

هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی عفونتهای درماتوفیتوزیس در نقاط مختلف بدن و تعیین فراوانی عوامل اتیولوژیک آن در افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی پوست شهرستان زاهدان می‌باشد.

روش پژوهش

در این پژوهش، از روش نمونه‌برداری آسان استفاده شد و چون تنها مرکز قارچ‌شناسی پزشکی، آزمایشگاه مرکزی زاهدان بود و تمام بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک پوست بیمارستان خاتم‌الانبیاء، درمانگاهها و مطبهای سطح شهر به این مرکز مراجعه می‌کردند؛ لذا نمونه‌های مورد پژوهش، افراد مراجعه‌کننده به مرکز قارچ‌شناسی زاهدان بودند.

از حاشیه ضایعات پوستی تمام بیمارانی که ۳-۲ روز قبل از مراجعه، استحمام نکرده بودند و ۱۰-۷ روز قبل از مراجعه، هیچ داروی ضد قارچی به صورت سیستمیک و یا موضعی مصرف نکرده بودند. بوسیله اسکالپل استریل به روش اسکرابینگ نمونه‌برداری انجام شد. ابتدا توسط قیچی استریل موها را از سر کوتاه نمودیم و سپس نمونه‌برداری انجام گردید.

آزمایش مستقیم

مقداری از نمونه‌ها را برای آزمایش مستقیم، بر روی لام تمیز قرار دادیم و برای شفاف نمودن پوسته‌ها و تراشه‌های ناخن از محلول ۲۰٪ KOH و برای مو، از محلول لاکتوفنل استفاده شد. بدین ترتیب که یک یا دو قطره از محلول KOH ۲۰٪ یا لاکتوفنل را روی آن ریخته و ۱۵-۱۰ دقیقه بعد، آن را به آرامی گرم کردیم به طوری که محلول شفاف‌کننده به جوش نیاید و سپس در زیر میکروسکوپ ابتدا با عدسی ۱۰ و سپس ۴۰ مشاهده نمودیم.

روش کشت نمونه‌ها

تمام نمونه‌های مورد پژوهش را در دو محیط سابورودکستروزآگار+ کلرامفنیکل (SC) و مایکوبیوتیک آگار در درون لوله‌ها کشت دادیم و در دو درجه حرارت ۲۷ و ۳۷ انکوبه نمودیم. لوله‌ها هر ۴-۳ روز از نظر رشد قارچ بررسی شده و در مواردی که رشدی مشاهده نمی‌شد؛ به مدت ۶ هفته نگهداری نموده و در صورت منفی بودن کنار گذاشته می‌شد و نیز جهت دقت بیشتر برای قارچهایی که اسپورزایی ضعیفی دارند؛ در محیط سیب‌زمینی، هویج، دکستروزآگار کشت داده شدند. تمام نمونه‌هایی که در این محیطها رشد نمودند؛ به روش ذیل تشخیص داده شدند.

روش تشخیص درماتوفیتها

ابتدا همه آنها را به روش Ridal (۱) در روی لام کشت دادیم و در مورد ایزوله‌هایی که اسپورزایی ضعیفی داشتند، از محیط سیب‌زمینی- هویج و دکستروز آگار استفاده شد و برای تشخیص دقیق ترایکوفیتونها، آنها را در محیط‌های ترایکوفیتون آگار که بر اساس نیاز ترایکوفیتون به اسیدهای آمینه ساخته شده است، کشت داده شد.

برای تشخیص افتراقی ترایکوفیتون متاگروفاتیس از ترایکوفیتون روبروم آنها را در محیط اوره کشت دادیم که ترایکوفیتون متاگروفاتیس به علت داشتن اوره‌آز قادر به تغییررنگ محیط در مقابل ترایکوفیتون روبروم است و همچنین از آزمون سوراخ کردن مو (۱) استفاده نمودیم که ترایکوفیتون متاگروفاتیس دارای قابلیت سوراخ کردن مو می‌باشد؛ در حالیکه ترایکوفیتون روبروم این قابلیت را ندارد.

برای تشخیص افتراقی میکروسپوروم کانیس از میکروسپوروم ژیسٹوم آنها را در محیط دانه برنج کشت دادیم که میکروسپوروم کانیس قادر است در محیط دانه برنج رشد نماید و بعد از یک هفته پیگمان زرد ایجاد کند ولی میکروسپوروم ژیسٹوم قادر به رشد در محیط دانه برنج حتی بعد از دو هفته نمی‌باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش، از ۱۵۷ بیمار مشکوک به ضایعات قارچی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی پوست زاهدان، در طول زمستان ۱۳۷۳، نمونه‌گیری به عمل آمد و از این تعداد ۱۱۴ نفر (۷۴/۵ درصد) مذکر و ۴۳ نفر (۲۵/۵ درصد) مؤنث بودند.

نمونه‌های مورد پژوهش در آزمایش مستقیم، ۹۰ نفر (۵۷/۳ درصد) منفی و ۶۷ نفر (۴۲/۷ درصد) مثبت بودند (جدول ۱) و در نتایج حاصل از کشت نمونه‌ها، ۱۰۳ نفر (جدول ۲) (۶۵/۶ درصد) منفی و ۵۴ نفر (۳۴/۴ درصد) مثبت بودند (جدول ۲) و نتایج در آزمایش مستقیم و کشت در ۱۱۱ نفر (۷۰/۷ درصد) منفی و ۴۶ نفر (۲۹/۳ درصد) مثبت بود (جدول ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک جنس بر حسب نتایج آزمایش مستقیم

جمع		مؤنث		مذکر		جنس آزمایش مستقیم
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	+
۴۲/۷	۶۷	۲۵/۳۷	۱۷	۷۴/۶	۵۰	-
۵۷/۳	۹۰	۲۸/۹	۲۶	۷۱/۱	۶۴	جمع
۱۰۰	۱۵۷	۲۷/۴	۴۳	۷۲/۶	۱۱۴	

طبق جدول شماره ۴ در بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی پوست زاهدان ۶۷ نفر (۴۲/۷ درصد) در گروه سنی ۹-۰ و ۳۶ نفر (۲۳ درصد) در گروه سنی ۱۹-۱۰ سال و ۳۰ نفر (۱۹/۲ درصد) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و ۱۰ نفر

جدول ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک جنس بر حسب نتایج کشت

جمع		مؤنث		مذکر		جنس نتایج کشت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۴/۴	۵۴	۲۰/۱	۹	۴۱/۲	۴۵	+
۶۵/۶	۱۰۳	۷۰/۹	۳۴	۵۸/۳	۶۹	-
۱۰۰	۱۵۷	۲۷/۴	۴۳	۷۲/۶	۱۱۴	جمع

جدول ۳: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک جنس بر حسب نتایج آزمایش مستقیم و کشت

جمع		مؤنث		مذکر		جنس کشت نتایج آزمایش مستقیم
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۹/۳	۴۶	۱۶/۳	۷	۳۴/۲	۳۹	+
۷۰/۷	۱۱۱	۸۳/۷	۳۶	۶۵/۸	۷۵	-
۱۰۰	۱۵۷	۲۷/۴	۴۳	۷۲/۶	۱۱۴	جمع

جدول ۴: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک جنس و نتایج کشت بر حسب گروه‌های سنی

جمع		مؤنث				جمع		مذکر				جنس گروه سنی
		نتایج کشت -		نتایج کشت +				نتایج کشت -		نتایج کشت +		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۷/۲	۱۶	۳۲/۳	۱۱	۵۵/۶	۵	۴۴/۷	۵۱	۲۹	۲۰	۶۸/۹	۳۱	۰-۹
۱۸/۶	۸	۱۴/۷	۵	۳۳/۳	۳	۲۴/۵	۲۸	۳۳/۳	۲۳	۱۱/۱	۵	۱۰-۱۹
۲۵/۵	۱۱	۲۹/۴	۱۰	۱۱/۱	۱	۱۶/۷	۱۹	۱۸/۸	۱۳	۱۳/۳	۶	۲۰-۲۹
۹/۴	۴	۱۱/۷	۴	۰	۰	۵/۳	۶	۸/۷	۶	۰	۰	۳۰-۴۰
۹/۳	۴	۱۱/۷	۴	۰	۰	۸/۸	۱۰	۱۰/۱	۷	۶/۷	۳	> ۴۰
۲۱/۲	۴۳	۲۱/۶	۳۴	۵/۷	۹	۱۰۰	۱۱۴	۴۳/۹	۶۹	۲۸/۶	۴۵	جمع

در گروه سنی ۳۰-۳۹ و ۱۴ نفر در گروه سنی بالاتر از ۴۰ بودند و با توجه به جدول شماره ۴، نمونه‌های کشت داده شده از نظر نتایج کشت مثبت، در افراد مذکر ۳۱ نفر (۶۸/۹ درصد) در گروه سنی ۰-۹، ۵ نفر (۱۱/۱ درصد) در گروه سنی ۱۰-۱۹ سال، ۶ نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال و ۳ نفر (۶/۷ درصد) در گروه سنی بالاتر یا مساوی ۴۰ سال قرار داشتند و از همین نظر در افراد مؤنث ۵ نفر (۵۵/۶ درصد) در گروه سنی ۰-۹ سال، ۳ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه سنی ۱۰-۱۹-

۱۰ سال، ۱ نفر (۱۱/۱ درصد) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال مثبت بودند. در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال در افراد مذکر و در گروههای سنی ۳۹-۳۰ و بالاتر یا مساوی ۴۰ در افراد مؤنث موارد مثبت مشاهده نشد.

جدول شماره ۵ توزیع فراوانی انواع بالینی درماتوفیتوزیس را نشان می‌دهد و بالاترین موارد، در کچلی سر ۳۳ مورد (۶۱ درصد) مشاهده گردید و هیچ مورد کچلی ناخن دیده نشد؛ از انواع بالینی درماتوفیتوزیس در گروه سنی ۹-۰ سال، بالاترین میزان شیوع را داشت که در این گروه سنی کچلی سر با (۷۸/۸ درصد) بالاترین میزان فراوانی را داشت و کچلی تنه (۶۶/۷ درصد) و کچلی صورت ۷۵ درصد و کچلی اندامها ۵۷/۱ درصد فراوانی‌های بعد از آن را تشکیل می‌دادند.

جدول ۵: توزیع فراوانی نسبی انواع بالینی عقونت درماتوفیتی بر حسب سن در افراد مبتلای مراجعه کننده به مراکز درمانی پوست زاهدان در زمستان ۷۳

انواع بالینی	سن		۰-۹		۱۰-۱۹		۲۰-۲۹		۳۰-۳۹		= ۴۰		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کچلی سر	۲۶	۷۸/۸	۶	۱۸/۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۳	۳۳	۰/۶۱
کچلی تنه	۲۶	۶۶/۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۳۳/۳	۳	۵/۵
کچلی کشاله ران	۰	۰	۰	۰	۵	۴۱/۴	۰	۰	۲	۲۸/۶	۲	۲۸/۶	۷	۰/۱۳
کچلی اندامها	۴	۵۷/۱	۱	۱۴/۳	۲	۲۸/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷	۰/۱۳
کچلی صورت	۳	۷۵	۱	۲۵/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۷/۵
کچلی ناخن	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰

جدول ۶: توزیع فراوانی نسبی عوامل درماتوفیتی افراد مبتلای مراجعه کننده به مراکز درمانی پوست زاهدان در زمستان ۷۳

نوع بالینی	عامل قارچی		T.capitis		T.capitis		T.capitis		T.capitis		T.capitis		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ترایکوفیتون دنباله دار	۱۳	۳۹	۲	۲۸/۵	۲	۲۵	۲	۲۸/۵	۰	۰	۰	۰	۱۹	۳۵/۵
روبروم	۵	۱۶	۲	۸/۵	۲	۲۵	۲	۸/۵	۰	۰	۰	۰	۱۰	۱۸/۵
ترایکوفیتون و روکوزوم	۵	۱۶	۱	۳۳/۳	۱	۱۲/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷	۱۳
اییدرموفیتون فلوکوزوم	۴	۱۳	۳	۴۳	۲	۲۵	۳	۴۳	۰	۰	۰	۰	۹	۱۶/۵
ترایکوفیتون و یولاسنوم	۲	۶/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۵/۵
ترایکوفیتون شن لایینی	۱	۳	۱	۳۳/۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۳/۶
میکروسپورم کنیس	۲	۶/۵	۱	۳۳/۳	۱	۱۲/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۷/۴
جمع	۳۲	۵۹/۳	۳	۵/۶	۷	۱۳	۷	۱۳	۸	۱۴/۸	۴	۷/۴	۵۴	۱۰۰

فراوانی درماتوفیتوبایی که از انواع بالینی درماتوفیتوزیس جدا شده است؛ در جدول شماره ۶ نشان داده شده است که فراوانی کلنیهای جدا شده، عبارت بودند از ترایکوفیتون متاگروفاطیس ۱۹ کلنی (۳۵/۵ درصد)، ترایکوفیتون روبروم ۱۰ کلنی

۱۸/۵ درصد، اپیدرموفیتون فلوکوزوم ۹ کلنی (۱۶/۵ درصد)، تریکوفیتون وروکوزوم ۷ کلنی (۱۳ درصد)، میکروسپوروم میکروسپوروم کانیس ۴ کلنی (۷/۴ درصد)، تریکوفیتون ویولاسئوم ۳ کلنی (۵/۵ درصد) و تریکوفیتون شوئن لاینی ۲ کلنی (۳/۶ درصد).

تعداد درماتوفیتها از کچلی سر، ۳۲ کلنی (۵۹/۳ درصد)، کچلی پا، ۸ کلنی (۱۴/۸ درصد)، کچلی کشاله ران، ۷ کلنی (۱۳ درصد)، کچلی ریش ۷ کلنی (۷/۴ درصد) و از کچلی بدن، ۳ کلنی (۵/۶ درصد) جدا گردید.

در بین درماتوفیتهای جدا شده تریکوفیتون وروکوزوم، تریکوفیتون ویولاسئوم، تریکوفیتون شوئن لاینی و میکروسپوروم کانیس تنها از جنس مذکر جدا شد و گونه‌های غالب در جنس مذکر علاوه بر گونه‌های فوق، اپیدرموفیتون فلوکوزوم ۸۸/۹ درصد، تریکوفیتون متاگروفایتس ۷۳/۶ درصد و تریکوفیتون روبروم ۷۰ درصد گونه‌های غالب را تشکیل می‌دادند و گونه‌های غالب در جنس مؤنث، تریکوفیتون روبروم ۳۰ درصد، تریکوفیتون متاگروفایتس ۲۶/۳ درصد و اپیدرموفیتون فلوکوزوم ۱۱/۱ درصد بودند.

بحث

در این تحقیق، مشخص شد که تعداد مواردی که از نظر آزمایش مستقیم مثبت بودند؛ ۶۷ مورد (۴۲/۶ درصد) و تعداد مواردی که در کشت مثبت بودند؛ ۵۴ مورد (۳۴/۳ درصد) بود و به علت کم بودن ماده تلقیح در کشت استفاده شده می‌باشد. در این پژوهش، میزان شیوع ابتلاء عفونت قارچی در افراد مذکر ۲۸/۷ درصد و در افراد مؤنث ۵/۷ درصد بود. و این حالت ممکن است به علت این که افراد مذکر بیشتر در محیط خارج و با عوامل اتیولوژیک برخورد دارند و در همچنین به علت تماس بیشتر آنها با دام و حیوان باشد؛ لذا در این گروه تریکوفیتون وروکوزوم، تریکوفیتون ویولاسئوم، تریکوفیتون شوئن لاینی و میکروسپوروم کانیس گونه‌های غالب را در بین گونه‌های جدا شده تشکیل می‌دادند و چون خانمها کمتر با دام در تماس هستند و کمتر در بیرون می‌باشند؛ لذا موارد حیوان دوست از آنها جدا نشد. بیشترین میزان شیوع درماتوفیتوزیس در گروه سنی ۰-۹ سال، ۲۳ درصد بود و در گروه سنی ۳۰-۳۹ هیچ گونه درماتوفیتی جدا نشد و در گروه سنی ۰-۹ بالاترین میزان شیوع را، کچلی سر با ۷۸/۸ درصد داشت و به علت تغییر ترکیب اسیدهای چرب موجود در سر، میزان کچلی سر کمتر باید باشد به طوری که در گروه سنی ۲۰ سال به بالا، فقط یک مورد جدا شد. بالا بودن میزان شیوع در کودکان گروه سنی ۰-۹، عدم رعایت موازین بهداشتی می‌باشد. این نتیجه با نتایج تحقیقی که خسروی در سال ۱۳۷۲ در تهران انجام داد، مطابقت دارد (۲).

در این بررسی، شایع‌ترین نوع بالینی عفونت درماتوفیتوزیس، کچلی سر ۶۱ درصد و شایع‌ترین عامل درماتوفیتوزیس، تریکوفیتون متاگروفایتس با ۳۵/۵ درصد بود.

مشابه این تحقیق در عربستان سعودی انجام شده است که شایع‌ترین نوع بالینی عفونت درماتوفیتوزیس کچلی سر بود و شایع‌ترین سن گرفتاری گروههای سنی ۰-۹ سال می‌باشد و شایع‌ترین عامل اتیولوژیک میکروسپوروم کانیس گزارش شد (۳) و نیز در کویت، مشابه این تحقیق انجام شده است و عفونت درماتوفیتوزیس در پسران، از شیوع بالاتری برخوردار بود و عوامل اتیولوژیک شایع را میکروسپوروم کانیس، تریکوفیتون ویولاسئوم و تریکوفیتون روبروم گزارش نمودند (۴). نتایج این تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر تقریباً مشابه است و دلیل آن شرایط جوی تقریباً یکسان می‌باشد. در این تحقیق عوامل شایع درماتوفیتی به ترتیب تریکوفیتون متاگروفایتس ۳۵/۵ درصد، تریکوفیتون روبروم ۱۸/۵ درصد، اپیدرموفیتون فلوکوزوم ۱۶/۵

درصد، ترایکوفیتون وروکوزوم ۱۳ درصد، میکروسپوروم کانیس ۷/۴ درصد، ترایکوفیتون ویولاسئوم ۵/۵ درصد و ترایکوفیتون شوئن لاینی ۲ درصد بود.

در پژوهش مشابهی که در مشهد، و در سال ۱۳۷۲ توسط ناصری انجام شد، شایع‌ترین عوامل درماتوفیتوزیس به ترتیب ترایکوفیتون وروکوزوم، ترایکوفیتون ویولاسئوم و در درجه بعدی، ترایکوفیتون متاگروفایتیس و اپیدرموفیتون فلوکوزوم گزارش شد (۵) و همین بررسی در سال ۱۳۶۸، توسط عزیزی در یزد انجام شد و ترایکوفیتون ویولاسئوم، ترایکوفیتون وروکوزوم و میکروسپوروم کانیس به عنوان شایع‌ترین عامل درماتوفیتوزیس معرفی شد (۶). در سال ۶۵، قجری در چابهار نظیر چنین پژوهشی انجام داد و ترایکوفیتون ویولاسئوم را به عنوان شایع‌ترین عامل کچلی سر گزارش نمود (۷).

با توجه به نتایج این تحقیق، که بالاترین میزان شیوع در کودکان زیر ۹ سال و در محصلین بیش از سایر افراد بود؛ لذا جهت کاهش میزان شیوع این بیماری، آموزش بهداشت فردی و رعایت بهداشت توصیه می‌گردد که باید به صورت جدی و گسترده در سطح مدارس و آموزشگاهها انجام گیرد و نیز باید با هماهنگی با مدارس، محصلین به مراکز درمانی معرفی شوند تا درمان لازم صورت پذیرد. امید است با انجام این تحقیق و با توجه به نتایج بدست آمده، مسؤولین مربوطه تصمیمات بهتری جهت پیشگیری از این بیماری اتخاذ نمایند و اقدامات مناسبی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

لازم است از زحمات آقایان دکتر مهدی صائب نصرت‌آبادی، دکتر نصرتی، خانم دکتر رحمانی، آقای دکتر تقی ناصرپور فریور و سایر همکاران که با این جانب همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

Abstract

Study of the Prevalence of Dermatophytosis Infections in Different Body Spots and Their Etiology

Dermatophytosis is one of the common health problems in areas deprived of health facilities . 157 patients , suspected for fungal injuries , referring to the Mycology Labratory in Zahedan were selected for sampling during the 1373 winter . 42.7% of the subjects were found to be positive in direct examination, and 34.2% were positive in culture . The culture results were 68.9% and 11.1% for males and females respectively . The most prevalent infection was tinea.capitis and the least common was tinea.ungium ; the highest prevalence of the former (78.8%) was found in the age group of 0 to 9 years . Dermatophytheses isolated in this research were trichophyton.mentagrophytes (35.5%) , trichophyton.rubrum (18.5%) , epidermophyton.flocosum (16.5%) , trichophyton.verucosum (13%) , microsporum.canis (7.4%) , trichophyton.violaceum (5.5%) and trichophyton.shenlini (3.6%) .

Key Words : *Dermatophytosis ; Trichophyton ; Microsporum .*

منابع

- 1- Rippon . Medical Mycology . 1988 .
 - 2 - khosravi , A . , Dermatophytoses in Jran , Medical Journal of Islmic Republic of Iran , 4(7) , 235 - 56 .
 - 3 - Al - sogair , S. M. , Moawad , M. K. & AlHumaidan. Y. M. Fungal in fection as a Causes of skin disease in the Eastern Province of saudai Arabia; Prevailing fungi & Patlern of in fection . Mycoses . 1991 , 34 : 333-7.
 - 4 - Karaoui , R. , Selim . M. And Mausa, A. Incidence of Dermatophytosis in Kuwait , Sabouradia : Journal of Medical and Veterinary Mycology , 1979 , 71 : 131-7 .
- ۵ - ناصری علی ، بررسی و مطالعه بیماریهای قارچی سطحی و جلدی در مراجعین به درمانگاههای پوست مشهد: پایان نامه دوره کارشناسی ارشد ، تهران : دانشکده تربیت مدرس ، ۱۳۷۲ .
- ۶ - عزیزی محمود، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- ۷ - قجری علی ، زینی فریده ، ۱۳۶۸ ، بررسی اپیدمیولوژیکی و قارچ شناسی کچلی سر در مدارس و مهد کودکهای بندر چابهار - مجله بهداشت ایران ، سال هیجدهم ، شماره ۴-۱ ، صفحات ۱-۱۱ .
- ۸ - روشهای عملی در قارچ شناسی پزشکی ترجمه علیرضا خسروی