

МИКРОСПОРИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.И. Ерзина, О.Н. Позднякова

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Микроспория — это дерматофития, проявляющаяся поражением волос, чрезвычайно редко ногтей и вызываемая грибами рода *Microsporum*. Она относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям микотической этиологии в педиатрической практике. В России ежегодно регистрируется до 100 тыс. больных этой дерматофитией. Имеются определенные тенденции в изменении этиологической структуры микроспории в течение XX века. До середины минувшего столетия преимущественно регистрируемыми возбудителями на территории Европы и в ряде регионов России были грибы-антропофилы (*M. ferrugineum*). В начале 60-х годов основным возбудителем микроспории в нашей стране стал зоофильный гриб *Microsporum canis*.

Ключевые слова: микроспория, дети, клиническое течение.

Ерзина Екатерина Игоревна — заочный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», врач-дерматовенеролог, e-mail: sonik_83@list.ru

Позднякова Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 363-06-60

Актуальность исследования. Микроспория относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям микотической этиологии в педиатрической практике. В России ежегодно регистрируется до 100 тыс. больных этой дерматофитией [1]. Имеются определенные тенденции в изменении этиологической структуры микроспории в течение XX века. До середины минувшего столетия преимущественно регистрируемыми возбудителями на территории Европы и в ряде регионов России были грибы-антропофилы (*M. ferrugineum*). В начале 60-х годов основным возбудителем микроспории в нашей стране стал зоофильный гриб *Microsporum canis* [2].

Микроспория — это дерматофития, проявляющаяся поражением волос, чрезвычайно редко ногтей и вызываемая грибами рода *Microsporum*.

В Европе, США и южноамериканских странах, в Японии, Израиле, Катаре, Кувейте, Арабских Эмиратах, а также нашей стране микроспория, вызванная *Microsporum canis*,

является доминирующим микозом с поражением гладкой кожи и волос в детском возрасте.

Из более чем 20-ти видов грибов рода *Microsporum* в патологии человека большее или меньшее значение имеют 11. Самым распространенным возбудителем микроспории является зоофильный гриб *Microsporum canis*, синонимы: *M. lanosum*, *M. felineum* (собачий, пушистый, кошачий). Вторым по частоте в нашей стране является антропофильный гриб *M. ferrugineum* (син. *M. japonicum*, *M. aureum* (ржавый)), крайне редко встречается геофильный гриб — *Microsporum gypseum* [3].

Основными животными, участвующими в сохранении и передаче инфекции, являются кошки, особенно котята (70–80 %), реже собаки. Заражение этим микозом возможно (3–10 %) и от больного микроспорией человека. В домашних условиях через постельное белье, полотенце, одежду, головные уборы, уборочный инвентарь, подстилки для животных и предметы ухода за ними. Источником инфицирования новорожденных может стать детская коляска, оставленная на ночь в подъезде дома и облюбованная кошками. В парикмахерских — машинки для стрижки волос, ножницы, расчески, пеньюары, бигуди, фены. В детских учреждениях — игрушки, полотенца, головные уборы, белье, книги.

Заболеваемость микроспорией неодинакова в течение года. Подъем начинается в июне, нарастает в августе, сентябре, достигает пика в октябре, ноябре, затем снижается до минимума к апрелю. Сезонные колебания заболеваемости микроспорией обусловлены эпизоотиями микоза у кошек (в основном котят) и собак, а также увеличением контакта детей с ними в летний период. Длительный контакт с животными при несоблюдении санитарно-гигиенических правил создает возможность инфицирования микроспорией [4].

Антропонозная микроспория, обусловленная ржавым микроспорумом, передается только от больного человека к здоровому непосредственно при контакте с ним или опосредовано через зараженные предметы ухода и обихода. Эта микроспория контагиознее зоофильной. Прежде, при ее широком распространении описывались эпидемические вспышки в детских домах, интернатах, школах.

Инкубационный период при зоонозной микроспории 5–7 дней, при антропонозной он может растягиваться до 4–6-ти недель. Клинические особенности микроспории зависят от вида возбудителя, состояния здоровья заболевшего человека, возрастных особенностей, локализация очагов поражения, глубины проникновения гриба.

Условно можно выделить микроспорию волосистой кожи головы, микроспорию гладкой кожи туловища и конечностей, обращая внимание на вовлечение в патологический процесс не только пушковых, но и жестких волос ресниц, бровей, подмышечных и паховых областей, области лобка, а также верхней губы и подбородка у мужчин. При зоонозной микроспории на коже волосистой части головы появляются в типичных случаях единичные 1 или 2 маловоспалительные очаги, достигающие до 3–5 см в диаметре, правильной округлой или округло-овальной формы, имеющие четкие границы. Волосы в очагах тусклые, сероватые, все обломаны на одном уровне на высоте 4–6 мм, как бы подстрижены. Под лампой Вуда напоминают только что скошенный луг, подстриженный газон и светятся зеленым светом [5].

В типичных случаях антропонозной микроспории, вызванной ржавым микроспорумом, очаги микоза располагаются в краевых зонах, пограничных с волосистой кожей головы, захватывая ее и переходя на гладкую кожу лица и шеи. Из-за склонности к слиянию очаги микоза отличаются большей величиной по сравнению с зооантропонозной микроспорией

и полициклическими очертаниями. Не слившиеся очаги обычно более мелкие, округлые. Воспалительные явления и шелушение в них выражены меньше. У большинства пораженных волос отсутствуют чехлики, а сами волосы в основном не обламываются, длина их сохраняется. Пораженная кожа пограничных участков лица и шеи обычно бледно-розового цвета с небольшим шелушением. На гладкой коже очаги антропонозной микроспории часто имеют ирисоподобный вид (кольцо в кольце).

Наряду с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории в последние годы нередко наблюдаются атипичные ее варианты. В одних случаях воспалительные явления в очагах микоза минимальны, границы очагов поражения нечетки, шелушение незначительное. Обычно такие проявления микроспории рассматриваются как себорейный дерматит, себореиды, стрептодермия [6].

Диагностика микроспории должна включать оценку клинической картины заболевания; обязательное полноценное микологическое исследование (включая КОН-тест и культуральное исследование — посев на среду Сабуро); при поражении волосистой части головы, ресниц, бровей и пушковых волос, ногтей — осмотр под лампой Вуда. Лампа Вуда представляет собой источник ультрафиолетовых лучей, которые проходят через стекло, импрегнированное окисью никеля. Впервые в дерматологической практике была применена в 1925 году Margarot и Devezе. Осмотр под лампой Вуда должен проводиться в полностью затемненной комнате. Наружное использование пациентом настойки йода, анилиновых красителей, различных мазей может затруднить проведение исследования. Имеются описания нефлюоресцирующих вариантов *M. canis*, *M. audouinii* и *M. gypseum* [7].

Грибы рода *Microsporum* поражают только растущие волосы (в фазе анагена), образуя неправильную мозаику из мелких спор вне стержня волоса (поражение волоса по типу «ectothrix»). Редко встречающийся этиологический фактор, вызывающий микроспорию волосистой части головы, в ряде случаев затрудняет постановку правильного клинического диагноза.

Материалы и методы. Под наблюдением с 2008 по 2011 год находилось 1683 ребенка и подростков с микроспорией волосистой части головы и гладкой кожи. Из них при культуральном исследовании у 1677-ми (99,6 %) возбудителем явился *M. canis*, у семи (0,4 %) *M. ferrugineum*. В клинической картине при зоонозной микроспории волосистой части головы у 397-ми детей очаги имели диаметр до 3–5 см, иногда с мелкими отсевами по периферии, правильно-округлой формы с четкими границами, явления воспаления выражены слабо, поэтому кожа в очагах окрашена в бледно-розовый цвет. Волосы в очаге все обломаны, выступали над уровнем кожи на 4–6 мм, покрыты серовато-белыми асбестовидными чешуйками. При поражении гладкой кожи наблюдались эритематозно-сквамозные очаги округлой, овальной формы, покрытые сероватыми чешуйками с четкими границами, края очагов несколько выступали над уровнем кожи и представляли собой микровезикулы и серозные корочки. Размеры очагов были различные — от точечных до 3–4 см в диаметре и более. Под лампой Вуда наблюдалось зеленое свечение. В 80-ти случаях наблюдалась атипичная клиническая картина в виде себорейного дерматита и стрептодермии.

У семи детей, страдающих антропонозной микроспорией, преобладали очаги более крупных размеров, диаметром до 10 см с четкими, но прерывистыми контурами, располагались на волосистой части в височно-теменной области с переходом на соседние участки гладкой кожи. Волосы в очагах были сохранены. Свечение под лампой Вуда отсутствовало. Во всех случаях диагноз был подтвержден комплексным лабораторным обследованием (микроскопия, бактериологический посев).

Выводы. Таким образом, участилось количество случаев атипичных форм микроспории, что должно настораживать дерматолога как при сборе анамнеза, так и при постановке диагноза и назначения адекватной терапии.

Список литературы

1. Потекаев Н. С. Микроспория взрослых / Н. С. Потекаев, Л. Р. Плиева, С. В. Шкребец // Клин. дерматология и венерология. — 2008. — № 4. — С. 19–21.
2. Кениксфест Ю. В. Опыт применения отечественного атимикотика фунготербина при лечении микроспории в детском возрасте / Ю. В. Кениксфест, Ю. Б. Шайбакова // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2008. — № 4. — С. 77–80.
3. Медведева Т. В. Микроспория : этиология, эпидемиология, клиника, подходы к терапии / Т. В. Медведева, Л. М. Леина, Т. С. Богомолова, Г. А. Чилина // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2007. — № 4. — С. 54–57.
4. Яковлев А. Б. Особенности клиники поверхностных микозов в детском возрасте / А. Б. Яковлев // Практ. медицина. — 2009. — № 5. — С. 47–55.
5. Корсунская И. М. Дерматофитии с поражением волос у детей (клиника и лечение) / И. М. Корсунская, О. Б. Тамразова. — М., 2004. — 31 с.
6. Нажмутдинова Д. К. Микроспория / Д. К. Нажмутдинова, Т. В. Таха // Рус. мед. журн. — 2004. — Т. 12, № 12. — С. 696–698.
7. Сергеев А. Ю. Грибковые инфекции : руководство для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. — М., 2003. — С. 169–172.

MICROSPORIA: THE CLINICAL FEATURES AT CHILDREN AND TEENAGERS

E.I. Erzina, O.N. Pozdnyakova

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

The microsporia is dermatophytosis, characterized with lesion of hair and at very rare cases with lesion of nails and caused by *Microsporum* fungi. It is considered to be the most often occurring diseases of mycotic etiology in pediatric practice. It is annually registered up to 100 thousand patients of this dermatophytosis in Russia. There are certain tendencies in change of etiological structure of microsporia during the XX century. Fungus-antropofiles (*M. ferrugineum*) were registered as main originators on the European territory and in a number of Russian regions Up to the middle of the past century. In the early 1960th the basic originator of microsporia in our country became zoophilous fungus — *Microsporum canis*.

Keywords: microsporia, children, clinical progression.

About authors:

Erzina Ekaterina Igorevna — correspondence PG student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University

Minhealthsocdevelopment», dermatovenerologist at SBHE NR «Novosibirsk Regional dermatovenerologic dispensary», e-mail: sonik_83@list.ru

Pozdnyakova Olga Nikolaevna — doctor of medical sciences, the professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office phone: 8(383) 363-06-60

List of the Literature:

1. Potekaev N. S. Microsporia at adults / N. S. Potekaev, L. R. Plieva, S. V. Shkrebets // Clinical dermatology and venereology. — 2008. — № 4. — P. 19–21.
2. Keniksfest J. V. Experience of application domestic fungoterbine antimycotic agent at microsporia treatment at children's age / J. V. Keniksfest, J. B. Shaybakova // Rus. Journal of dermal and venereal illnesses. — 2008. — № 4. — P. 77–80.
3. Medvedev T. V. Microsporia: etiology, эпидемиология, the clinic, approaches to therapy / T. V. Medvedev, L. M. Leina, T. S. Bogomolova, G. A. Chilina // Rus. Journal of dermal and venereal illnesses. — 2007. — № 4. — P. 54–57.
4. Jakovlev A. B. Features of clinic of superficial mycoses at children's age / A. B. Jakovlev // Pract. Medicine. — 2009. — № 5. — P. 47–55.
5. Korsunskaya I. M. Dermatomycosis with lesion of hair at children (clinic and treatment) / I. M. Korsunsky, O. B. Tamrazova. — M, 2004. — 31 P. Ko
6. Nazhmutdinova D. K. Microsporia / D. K. Nazhmutdinova, T. V. Takha // Rus. Medical jour. — 2004. — V. 12, № 12. — P. 696–698.
7. Sergeev A. Y. Fungoid infections: guidance for doctors / A. Y. Sergeev, Y. V. Sergeev. — M, 2003. — P. 169–172.