

МИКРОСПОРИЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

[О.А. Щелкунова, Т.Б. Решетникова](#)

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

В статье рассматриваются вопросы этиологии, эпидемиологии и клинического течения микроспории. Приводится описание случая атипичного клинического течения микроспории у ребенка грудного возраста, где неправильная диагностика и как следствие нерациональное лечение привели к резкому ухудшению кожного процесса.

Ключевые слова: микроспория, эпидемиология, клиника, атипичное течение.

Щелкунова Ольга Александровна — старший лаборант, очный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, e-mail: selena-slim@mail.ru, рабочий телефон: 8 (383) 225-07-43

Решетникова Татьяна Борисовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, e-mail: sadv@km.ru, рабочий телефон: 8 (383) 225-07-43

По распространенности микроспория занимает второе место после микозов стоп. Неблагополучная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости микроспорией в Российской Федерации неоднократно была отмечена в исследованиях целого ряда авторов [1]. Рост показателей заболеваемости микроспорией в большинстве субъектов Российской Федерации сказался на среднестатистических данных в целом по стране (43,7 в 2008 г., рост 45,6 в 2009 г. на 100 000 соответствующего населения). В ряде других федеральных округов показатель заболеваемости микроспорией также превышал среднероссийский уровень, в том числе в Приволжском (55,9 в 2009 г. против 53,0 в 2008 г.), Южном (54,5 в 2009 г. против 51,5 в 2008 г.), Центральном (47,0 в 2009 г. против 42,3 в 2008 г.) федеральных округах [1].

На территории России наиболее часто встречается микроспория, вызываемая *Microsporum canis*. Из других дерматомицетов рода *Microsporum* актуальными в патологии человека являются *Microsporum audouinii*, *Microsporum gypsum*, *Microsporum ferrugineum* [2].

Дерматомицеты разделяют на 3 группы в зависимости от преимущественного ареала обитания: геофильные грибы — преимущественно обитают в почве и редко вызывают дерматомикозы; зоофильные — в основном являются патогенными для животных,

но могут поражать и людей; антропофильные — вызывают заболевания у людей и очень редко — у животных [3].

Клинические особенности микроспории зависят от вида возбудителя, состояния здоровья заболевшего человека, возрастных особенностей, локализации очагов поражения, глубины проникновения гриба.

При поражении гладкой кожи появляется гиперемизированное, несколько отечное, шелушащееся пятно. По периферии очага поражения, как правило, имеется гиперемизированный валик, состоящий из папулезных элементов, отграничивающий очаг, принимающий кольцевидную форму. Внутри кольца иногда возникает новый очаг, что приводит к образованию «кольца в кольце» [2].

При поражении волосистой части головы, в случае, если возбудителем является зоофильный грибок, количество очагов поражения, как правило, невелико (1–2), очаги крупные, обычно округлой формы, четко очерчены, волосы в очагах обломаны приблизительно на одной высоте (5–8 мм), имеется обильное муковидное шелушение. При поражении грибами антропофилами развивается несколько мелких округлых очажков поредения волос с обильным шелушением [2].

В последние годы многие исследователи отмечают некоторые изменения в клинической картине микроспории, появление ее стертых и атипичных форм [4]. Ее нередко путают с себорейными дерматитом, псориазом и другими заболеваниями, а неправильно подобранное лечение не приносит результатов [5].

Микроспорией преимущественно болеют дети в возрасте от 1 года до 18 лет. В последнее время стали чаще регистрироваться случаи заболевания у новорожденных и детей грудного возраста. Эти формы обычно не диагностируются, так как протекают атипично [4].



Рис. 1. Поражение волосистой части головы



Рис. 2. Поражение гладкой кожи

Нами наблюдалась девочка 10 месяцев, жительница Новосибирской области, с высыпаниями в области лица, шеи, груди, спины, верхних и нижних конечностей и на волосистой части головы, со слов матери, сопровождающиеся зудом (рис. 1 и 2). Больна в течение 1,5 месяцев. Появились высыпания на коже груди, лица и волосистой части головы. Накануне ездили в гости к бабушке в деревню, где имела контакт с уличной кошкой. При обращении к дерматологу по месту жительства был выставлен диагноз «Псориаз», проводилось лечение антигистаминными препаратами и топическими стероидами. На фоне лечения наблюдалось резкое ухудшение состояния кожного процесса в виде распространения высыпаний. При осмотре на коже лица, шеи, груди, спины, верхних и нижних конечностях имелись множественные папулезные элементы и бляшки, сливающиеся между собой, в диаметре 1,0–5,0 см, округлых очертаний, с четкими границами, розового цвета, с валикообразной инфильтрацией по периферии и с серебристо-белыми чешуйками на поверхности. На волосистой части головы наблюдаются такие же сливающиеся папулезные элементы и бляшки (в диаметре 1,0–5,0 см) с выраженной эритемой и инфильтрацией, обильным мелкопластинчатым шелушением на поверхности. В ряде элементов наблюдалось западение в центре, волосы были обломаны на уровне 3–4 мм над уровнем кожи. При люминесцентном исследовании в лучах лампы Вуда выявлено характерное ярко-зеленое свечение. При микроскопическом исследовании обнаружен мицелий гриба. При культуральном исследовании получен рост *M. canis*. С учетом всех данных был установлен клинический диагноз: микроспория волосистой части головы и гладкой кожи. Было проведено лечение системным антимикотиком Гризеофульвином в суточной дозе 22 мг/кг массы тела и наружным применением крема Залаин 2 раза в день. Клиническое выздоровление, подтвержденное результатами контрольных исследований (3-кратное микроскопическое и люминесцентное), было достигнуто спустя 5 недель терапии.

Таким образом, настоящее описание микроспории у ребенка грудного возраста демонстрирует необходимость настороженности дерматолога как при сборе анамнеза, осмотре и диагностике, так и при назначении терапии больным с атипичными проявлениями микроспории.

Список литературы

1. Иванова М. А. Грибковые заболевания кожи в Амурской области и других субъектах Российской Федерации, 2008–2009 гг. [Электронный ресурс] / М. А. Иванова, А. В. Гречко, Н. Е. Мельниченко // Социальные аспекты здоровья

- населения : электронный научный журнал. — 2010. — № 15. — Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru>
2. 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.
 3. Molina D. A. Clinical, diagnostic and therapeutic aspects of dermatophytosis / D. A. Molina // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* — 2011 — Vol. 3, N 3. — P. 3–39.
 4. Степанова Ж. В. Клинические особенности и лечение микроспории в современных условиях / Ж. В. Степанова // *Вестн. дерматологии и венерологии.* — 2008. — № 6. — С. 85–88.
 5. McPherson M. E. High prevalence of tinea capitis in newly arrived migrants at an English-language school, Melbourne, 2005 / M. E. McPherson [et al.] // *Med. J. Aust.* — 2008. — Vol. 189, N 1. — P. 13–16.

MICROSPORIA AT INFANTS

O.A. Schelkunova, T.B. Reshetnikova

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

The etiology, epidemiology and clinical progress of microsporia are considered. The case with description of atypical clinical progress of microsporia at infants is presented. In this clinical case the wrong diagnostics and as consequence irrational treatment have led to sharp deterioration of dermal process.

Keywords: microsporia, epidemiology, clinic, atypical progress.

About authors:

Schelkunova Olga Aleksandrovna — senior laboratory assistant, full-time post-graduate student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University», e-mail: selena-slim@mail.ru, office number: 8(383) 225-07-43

Reshetnikova Tatyana Borisovna — doctor of medical sciences, professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University» e-mail: sadv@km.ru, office number: 8(383) 225-07-43

List of the Literature:

1. Ivanov M. A. mycotic diseases of skin in the Amur region and other subjects of the Russian Federation, 2008-2009 [the Electron resource] / M. A. Ivanov, A. V. Grechko, N. E. Melnichenko // *Social aspects of health of the population: electron scientific jour.* — 2010. — № 15. — Access mode: <http://vestnik.mednet.ru>
2. Medvedev T. V. Microsporia: etiology, epidemiology, clinic, approaches to therapy / T. V. Medvedev, L. M. Leina, T. S. Bogomolova, G. A. Chilina // *Russ. magaz. about dermal and venereal illnesses.* — 2007. — № 4. — P. 54–57.

3. Molina D. A. Clinical, diagnostic and therapeutic aspects of dermatophytosis / D. A. Molina // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* — 2011 — Vol. 3, N 3. — P. 3–39.
4. Stepanova Zh. V. Clinical features and microsporia treatment in modern conditions / Zh. V. Stepanova // *Bull. of dermatologies and venerologies.* — 2008. — № 6. — P. 85–88..
5. McPherson M. E. High prevalence of tinea capitis in newly arrived migrants at an English-language school, Melbourne, 2005 / M. E. McPherson [et al.] // *Med. J. Aust.* — 2008. — Vol. 189, N 1. — P. 13–16.