

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет
им. проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
им. проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф.
Карачева Ю.В.

Реферат

Микроспория

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
Федоренко К.Н.

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева Ю. В.

Красноярск 2019

Рецензия

Актуальность заявленной темы реферата в дерматовенерологии очевидна. Подобную обоснованность выбора темы автор реферата дала в вводной части. Ординатор раскрыла суть изучаемой проблемы, поставила цель, обратив внимание на предпосылки изучаемой темы. Приведены различные точки зрения в этиологии и патогенезе. Подробно рассмотрена проблема изучения данной темы в медицине.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, план-оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников, ссылки в соответствии со стандартами.

Содержание изложенного материала логично и грамотно.

Рекомендуемая оценка реферата 5 (отлично).

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю. В.

Подпись: 

Оглавление

Введение.....	стр.3
Этиология и патогенез	стр.3
Клиника.....	стр.3
Диагностика.....	стр.4
Лечение и профилактика.....	стр.5

Введение

Микроспория – это микотическое заболевание кожи, волос и ногтевых пластин. Возбудителем микроспории является кератиофильный плесневый грибок рода *Microsporum*, который паразитирует в ороговевших субстратах. На сто тысяч человек приходится около 50-70 случаев болезни. Микроспория имеет сезонный характер. Ее инкубационный период составляет 4-6 недель и заканчивается появлением на коже красного и отеочного пятна. В дальнейшем появляются новые элементы, имеющие типичную форму колец. Установить диагноз микроспории помогает дерматоскопическое и люминесцентное исследование, выявление нитей мицелия в соскобе с гладкой кожи. Лечение сводится к местному и общему применению антимикотических препаратов.

Микроспория – это микотическое заболевание кожи, волос и ногтевых пластин. Возбудителем микроспории является кератиофильный плесневый грибок рода *Microsporum*, который паразитирует в ороговевших субстратах. На сто тысяч человек приходится около 50-70 случаев болезни. Микроспория носит сезонный характер, и большинство случаев заболевания приходится на конец лета и начало осени, это связано с выведением потомства у кошек и других животных.

Этиология и патогенез

Поскольку возбудитель микроспории широко распространен в природе, то инфицирование возможно повсеместно, но в регионах с жарким и влажным климатом микроспорию диагностируют чаще. Передается инфекция контактным путем или же через предметы, обсемененные спорами грибка. Дети в возрасте 5-10 лет чаще болеют микроспорией, при этом среди мальчиков заболеваемость в пять раз выше, чем среди девочек. Взрослые редко болеют микроспорией, в случае же заражения болезнь практически всегда самоизлечивается благодаря наличию органических кислот в волосе, которые подавляют рост мицелия.

Входными воротами для возбудителя микроспории являются микротравмы кожи; сухость, наличие потертостей и омозолелостей тоже повышают вероятность инфицирования, так как здоровая кожа без повреждений не доступна для инокуляции грибка. Вирулентность микроспории низкая, а потому при своевременном мытье рук даже обсемененных спорами, заболевание не наступает. Частые контакты с землей, дикими животными, потливость рук и нарушения химического состава секрета потовых и сальных желез повышают вероятность возникновения микроспории. В почве споры возбудителя микроспории сохраняются от одного до трех месяцев.

При внедрении гриб начинает размножаться и поражает волосяной фолликул, после чего инфекция распространяется на весь волос, что приводит к разрушению кутикулы волоса, между чешуйками которой и скапливаются споры гриба. В результате мицелий микроспории полностью окружает волос, плотно заполняет луковицу и формирует вокруг волоса чехол.

Клиника

Микроспория, вызванная антропофильным типом грибка, имеет инкубационный период от 4-х до 6-ти недель, после чего на гладкой коже появляется отеочное красное пятно, возвышающееся над поверхностью, оно имеет четкие очертания и постепенно увеличивается в размере. Далее очаги поражения выглядят как ярко

выраженные кольца, которые состоят из узелков, пузырьков и корочек. Кольца обычно вписаны одно в другое или пересекаются, иногда имеют тенденцию к слиянию. Диаметр колец при микроспории колеблется от 0,5 до 3 см, а их количество редко достигает пяти.

У детей и молодых женщин при микроспории возможна ярко выраженная воспалительная реакция и небольшое шелушение очагов поражения. У пациентов, которые склонны к атопическим дерматитам, микроспорию не удается своевременно диагностировать, так как грибок нередко маскируется под проявления дерматита, а терапия гормональными препаратами лишь усиливает симптоматику и провоцирует дальнейшее распространение микроспории.

Микроспория волосистой части головы встречается у детей в возрасте от 5 до 12 лет, и к моменту полового созревания бесследно проходит. Это феномен связан с изменением химического состава кожного сала и появления в нем и в составе волоса органических кислот, которые губительны для грибка. У детей с рыжими волосами микроспория практически не встречается.

Очаги поражения располагаются на макушке, на теменной и височных областях, обычно микроспория кожи головы проявляется в виде 1-2 крупных очагов до 5 см в диаметре с отсевами по бокам более мелких. На месте поражения возникает шелушащийся участок, так как сначала грибок поражает только устья волосных луковиц. При внимательном осмотре можно заметить белые кольцевидные чешуйки, которые окружают волос как манжетка. Через неделю микроспория распространяется и на волосы, они становятся ломкими и хрупкими. Волосы обламываются на расстоянии 4-6 мм от кожи головы, и участок поражения выглядит как постриженный. Пеньки волос покрыты спорами гриба и кажутся припорошенными пудрой серовато-белого цвета. При поражении микроспорией приглаженные волосы не восстанавливают свое изначальное положение, потому что теряют упругость и эластичность. Кожа головы при микроспории отечна, слегка гиперемирована, ее поверхность покрыта серовато-белыми чешуйками.

Нагноительная форма микроспории клинически проявляется мягкими по консистенции узлами, которые расположены на синюшно-красной коже. Поверхность узлов покрыта многочисленными гнойничками. При надавливании на инфильтрат через отверстия выделяются капельки гноя. Нагноительные формы микроспории возникают при позднем обращении за медицинской помощью, нерациональной терапии и самолечении, а также при наличии серьезных сопутствующих заболеваний, которые снижают защитные свойства организма.

Диагностика

Данных клинического осмотра и наличия в анамнезе контакта с животными достаточно, чтобы дерматолог мог заподозрить микроспорию. При дерматоскопии и микроскопии соскоба обнаруживается мицелий и характерные для микозов изменения волос и кожи. Но проявления микроспории и трихофитии при обычной микроскопии идентичны, посредством этого лабораторного исследования можно лишь подтвердить наличие грибкового заболевания, но не установить точный диагноз.

Культуральная диагностика микроспории путем посева с последующим выявлением возбудителя более информативна, но требует больше времени, хотя с ее помощью можно установить не только вид, но и род грибка, а также подобрать максимально эффективные препараты для лечения. Люминесцентное исследование позволяет быстро осмотреть как больного микроспорией, так и контактных лиц. Мицелий грибка светится зеленым свечением, но причина этого

феномена не изучена. На ранних стадиях микроспории свечение может отсутствовать, так как волосы еще не достаточно поражены. Однако, при удалении волоса и последующем исследовании в корневой части свечение наблюдается даже в конце инкубационного периода. Люминесцентный метод позволяет выявить возбудителя микроспории у больного и контактировавших с ним, а также оценить результативность терапии.

Лечение и профилактика

В лечении микроспории в зависимости от тяжести поражения применяют местную и общую противогрибковую терапию. Местно применяют кремы, мази и эмульсии с противогрибковыми препаратами - тербинафин и другие, в зависимости от возраста пациента и от физиологического состояния. Следует учитывать, что некоторые противогрибковые препараты даже местного применения при беременности и в период лактации нужно использовать с осторожностью. Мази и спреи нового поколения, применяющиеся для обработки очагов микроспории, не оставляют на коже и одежде жирных пятен, что позволяет пациентам чувствовать себя комфортно во время лечения.

Если имеется ярко выраженная воспалительная реакция, то применяют комбинированные препараты, которые содержат противогрибковые и гормональные компоненты. Чередование аппликаций с мазями и обработка йодными растворами, если нет поражения кожи, оказывает хороший терапевтический эффект. Микроспория, осложненная вторичной инфекцией, хорошо поддается лечению мазью, в состав которой входят бетаметазон, гентамицин и клотримазол. При глубоких поражениях применяются препараты, содержащие диметилсульфоксид.

Профилактика микроспории заключается в регулярном осмотре детей в детских садах для выявления больных, в ограничении контактов с бродячими животными и в соблюдении личной гигиены. Приобретение домашних животных без осмотра ветеринара может привести к внутрисемейным вспышкам микроспории, что требует более внимательного подхода к их покупке.