

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский 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 Юлия  
Викторовна

Реферат  
Микроспория

Выполнила:  
ординатор 2 года обучения  
Мозговая Анастасия Евгеньевна

Проверила:  
Зав. Кафедрой:  
д.м.н., проф. Карачева Юлия  
 Викторовна

Красноярск, 2020

Оглавление	
Введение.....	4
Этиология.....	4
Классификация.....	4
Клиника.....	5
Диагностика.....	6
Лечение.....	7
Список литературы.....	8

## Введение

Микроспория (стригущий лишай) – это грибковое заболевание высококонтагиозное заболевание, наиболее распространенное у детей, при котором поражается гладкая кожа, волосы (пушковые и длинные) и ногти.

Среди грибковых заболеваний кожи микроспория является наиболее распространенной инфекцией после микоза стоп. Основную массу больных составляют дети, имеющие тесный контакт с животными. У взрослых при заболевании поражается только гладкая кожа.

## Этиология

Наиболее часто выделяемыми возбудителями микроспории являются грибы *Microsporum canis*, которые относятся к повсеместно распространенным в мире зоофильным грибам, вызывающим дерматофиты у кошек (особенно у котят), собак, кроликов, морских свинок, хомяков, в более редких случаях — у обезьян, тигров, львов, диких и домашних свиней, лошадей, овец, серебристо-черных лисиц, кроликов, крыс, мышей, хомяков, морских свинок и других мелких грызунов, а также домашних птиц. Заражение происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью.

*Microsporum audouinii* — распространенный антропофильный возбудитель, который может вызывать у человека преимущественно поражение волосистой части головы, реже — гладкой кожи. Чаще болеют дети. Возбудитель передается только от больного лица к здоровому непосредственно при контакте или опосредовано через зараженные предметы ухода и обихода. Для микроспории характерна сезонность. Пики выявляемости микроспории наблюдаются в мае—июне и в сентябре—ноябре. Возникновению заболевания могут способствовать различные эндогенные факторы: химизм пота, состояние эндокринной и иммунной систем. Кроме того, у детей имеются недостаточные плотность и компактность кератина клеток эпидермиса и волос, что также способствует внедрению и развитию грибов рода *Microsporum*.

## Классификация

- микроспория, обусловленная антропофильными грибами *Microsporum audouinii*, *M. ferrugineum*;
- микроспория, обусловленная зоофильными грибами *M. canis*, *M. distortum*;
- микроспория, обусловленная геофильными грибами *M. gypseum*, *M. nanum*.

По глубине поражения выделяют:

- поверхностную микроспорию волосистой части головы;
- поверхностную микроспорию гладкой кожи (с поражением пушковых волос, без поражения пушковых волос);
- глубокую нагноительную микроспорию.

## Клиника

*Microsporum canis* поражает волосы, гладкую кожу, очень редко — ногти; очаги заболевания могут располагаться как на открытых, так и на закрытых частях тела. Инкубационный период заболевания составляет 5—7 дней. На гладкой коже очаги поражения имеют вид отежных возвышающихся эритематозных пятен с четкими границами, округлыми или овальными очертаниями, покрытых сероватыми чешуйками. Постепенно пятна увеличиваются в диаметре и по их периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. У 80—85% больных в инфекционный процесс вовлекаются пушковые волосы. Могут поражаться брови, веки и ресницы.

При микроспории гладкой кожи субъективные ощущения отсутствуют, иногда больных может беспокоить умеренный зуд. При микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начальном периоде заболевания на месте внедрения патогенного гриба возникает очаг шелушения. В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов — отсевов размером от 0,3— 1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4—5 мм.

Наряду с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории в последние годы нередко наблюдаются атипичные ее варианты. К ним относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), розацеаподобную, псориазиформную и себориодную (протекающую по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную, экссудативную формы, а также «трансформированный» вариант микроспории (при видоизменении клинической картины в результате применения топических кортикостероидов).

При **инфильтративной** форме микроспории очаг поражения на волосистой части головы несколько возвышается над окружающей кожей, гиперемирован, волосы чаще обломаны на уровне 3—4 мм. Слабо выражен чехлик из спор гриба у корня обломанных волос. При **инфильтративно-нагноительной** форме микроспории очаг поражения обычно значительно возвышается над поверхностью кожи за счет резко выраженной инфильтрации и образования пустул. При надавливании на область поражения сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Разряженные волосы склеены гнойными и гнойно-геморрагическими корками. Корки и расплавленные волосы легко удаляются, обнажая зияющие устья волосяных фолликулов, из которых, как из сот, выделяется светло-желтого цвета гной. Инфильтративно-нагноительная форма встречается чаще других атипичных форм, иногда протекает в виде кериона Цельса — воспаления волосяных фолликулов, нагноения и образования глубоких болезненных узлов. За счет всасывания продуктов распада грибов и присоединяющейся вторичной инфекции наблюдается интоксикация организма больных, что проявляется недомоганием, головными болями, лихорадочным состоянием, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. Формированию инфильтративной и нагноительной форм микроспории способствуют нерациональная (обычно местная) терапия, серьезные сопутствующие заболевания, а также позднее обращение за медицинской помощью.

**Экссудативная** форма микроспории характеризуется выраженной гиперемией и отеком с располагающимися на этом фоне мелкими пузырьками. Вследствие постоянного пропитывания чешуек серозным экссудатом и склеивания их между собой образуются плотные корки, при удалении которых обнажается влажная эрозированная поверхность очага. При **трихофитоидной** форме микроспории процесс поражения может охватить всю поверхность волосистой части головы. Очаги многочисленные мелкие, со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, островоспалительные явления отсутствуют. Эта форма микоза может приобретать хроническое вялое течение, продолжаясь от 4—6 месяцев до 2 лет. Волосы разрежены или имеются участки очагового облысения. При **себорейной** форме микроспории волосистой части головы отмечается главным образом разреженность волос. Очаги разрежения обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос. Воспалительные явления в очагах минимальны, границы поражения нечетки.

## Диагностика

Диагноз микроспории основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований:

- микроскопического исследования на грибы (не менее 5 раз);
- осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) (не менее 5 раз);
- культурального исследования для идентификации вида возбудителя с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий.

При назначении системных антимикотических препаратов необходимо проведение:

- общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
- общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);
- биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3—4 недели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий)

## Дифференциальная диагностика

Микроспорию дифференцируют с трихофитией, розовым лишаем Жибера, себореей, псориазом.

## Лечение

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (но не более 1 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3—4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня. Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5—7 дней. Дополнительно проводится терапия местно действующими препаратами:

- циклопирокс, крем (В) 2 раза в сутки наружно в течение 4—6 недель, или
- кетоконазол крем, мазь (В) 1—2 раза в сутки наружно в течение 4—6 недель, или
- изоконазол, крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4—6 недель, или
- бифоназол крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4—6 недель, или
- 3% салициловая кислота и 10% серная мазь (D) наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром;
- серно (5%)-дегтярная (10%) мазь (D) наружно вечером.

При лечении инфильтративно-нагноительной формы изначально применяют антисептики и противовоспалительные лекарственные средства (в виде примочек и мазей (D)):

- ихтиол, мазь 10% 2—3 раза в сутки наружно в течение 2—3 дней, или
- калия перманганат, раствор 1:6000 2—3 раза наружно в сутки в течение 1—2 дней, или
- этакридин, раствор 1:1000 2—3 раза в сутки наружно в течение 1—2 дней, или
- фурацилин, раствор 1:5000 2—3 раза в сутки наружно в течение 1—2 дней. Затем лечение продолжают вышеуказанными противогрибковыми лекарственными средствами.

## Список литературы

1. Иванов О.Л. Справочник. Кожные и венерические болезни. Медицина, М., 1997 г.
2. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М.. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. «МЕДпресс-информ».М., 2008.
3. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. и др. Избранная дерматология. – Пермь, 2004.