

doi: 10.17116/klinderma201615310-16

Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области

С.Б. АНТОНОВА¹, М.А. УФИМЦЕВА²

¹МАУ «Детская городская клиническая больница №9», Екатеринбург, Россия, 620134; ²ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия, 620028

Представлены эпидемиологические данные по заболеваемости микроспорией в Свердловской области, описаны клинические случаи с атипичными и редко встречающимися формами микроспории у детей.

Ключевые слова: заболеваемость микроспорией, атипичные клинические формы микроспории.

Clinical and epidemiological features of microsporia in the Sverdlovsk region

S.B. ANTONOVA, M.A. UFIMCEVA

Children's City Clinical Hospital №9, Ekaterinburg, Russia, 620134; Ural State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg, Russia, 620028

The article presents epidemiological data on the incidence of microsporia in the Sverdlovsk region, including clinical cases with atypical and rare forms of microsporia in children.

Keywords: microsporia incidence, atypical clinical forms of microsporia.

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости микроспорией в Российской Федерации (РФ) неблагоприятная — интенсивный показатель в течение последних 5 лет варьирует от 40,6 до 49,8 случаев на 100 тыс. населения, при этом заболеваемость микроспорией у детей находится в диапазоне от 211,3 до 255,7 (в 2013 г. достигла 239,2) на 100 тыс. детского населения [1]. Профилактика данного микоза заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных. Затрудняют своевременную постановку диагноза редко встречающиеся, а также атипичные клинические формы, что сопряжено с диагностическими ошибками и распространением заболевания.

Цель исследования — выявить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области.

Материал и методы

Анализ уровня и динамики заболеваемости микроспорией в Свердловской области осуществляли на основании данных форм государственной статистической отчетности, утвержденных Минздравом РФ и Госкомстатом РФ №9 «Сведения о заболева-

ниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой» и №34 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой». Анализ уровня и динамики заболеваемости микроспорией в РФ осуществляли на основании официальных статистических данных «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи» за период 2007—2013 гг. [1].

Особенности клинических проявлений представлены на основании одномоментного когортного проспективного (параллельного) исследования, которое включало изучение данных оригинальной стандартизованной анкеты, состоящей из 31 показателя, с участием 317 детей, больных микроспорией, получавших обследование и лечение в поликлиническом отделении МАУ ДГКБ №9 в течение 2 лет (с 01.02.13 по 31.01.15). Диагноз микроспории основывался на данных клинической картины и был подтвержден данными дополнительных исследова-

ний (люминесцентная диагностика, микроскопическая диагностика, культуральное исследование) в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВиК) по ведению больных микроспорией (2013) [2].

Результаты

Заболеваемость микроспорией в Свердловской области с 2007 по 2013 г. находится на стабильно высоком уровне, варьируя от 30,9 до 42,8 на 100 тыс. населения (**рис. 1**). В возрастной структуре заболеваемости микроспорией преобладают дети 0—14 лет — на их долю приходится 73% заболеваемости.

Заболеваемость микроспорией детского населения (0—14 лет) Свердловской области с 2007 по 2013 г. несколько ниже общероссийских показателей: показатель находится в диапазоне от 145,9 до 205,7 на 100 тыс. населения, оставаясь на стабильно высоком уровне (**рис. 2**).

Основным возбудителем микроспории на территории Свердловской области в 99,6% случаев является *Microsporum canis*, лишь в 0,4% случаев — *M. gypsum* и *M. equinum*.

Отмечается увеличение удельного веса редких источников заражения микроспорией (до 9,4% случаев), среди которых морские свинки, шиншиллы, хомяки.

В последнее время в субъектах РФ активно развиваются массовые виды физкультуры и спорта, в том числе контактные, такие как греко-римская борьба, самбо, карате. В течение изучаемого периода в Свердловской области зарегистрировано пять эпидемиологических очагов микроспории в спортивных секциях греко-римской борьбы, два очага в спортивных секциях самбо. Анализ показал, что 72,7% больных микроспорией, инфицировавшихся в спортивных секциях, — дети-мигранты, прибывшие из стран ближнего зарубежья, а именно Киргизии, Узбекистана, Таджикистана.

Установлено увеличение удельного веса (до 9,2%) атипичных клинических форм микроспории, которые врачами-педиатрами, спортивными врачами, медработниками детских коллективов, загородных оздоровительных лагерей, домов-интернатов были приняты за паховую эпидермофитию, себорейный дерматит, стрептодермию, аллергический дерматит, псориаз.

Атипичные клинические формы микроспории у детей

На **рис. 3** представлен больной микроспорией гладкой кожи атипичной локализацией. Мальчик занимается в секции греко-римской борьбы, болен в течение недели. Высыпания ограниченные, асимметричные, с локализацией в левой заушной склад-



Рис. 1. Заболеваемость микроспорией в РФ и Свердловской области (2007—2013).

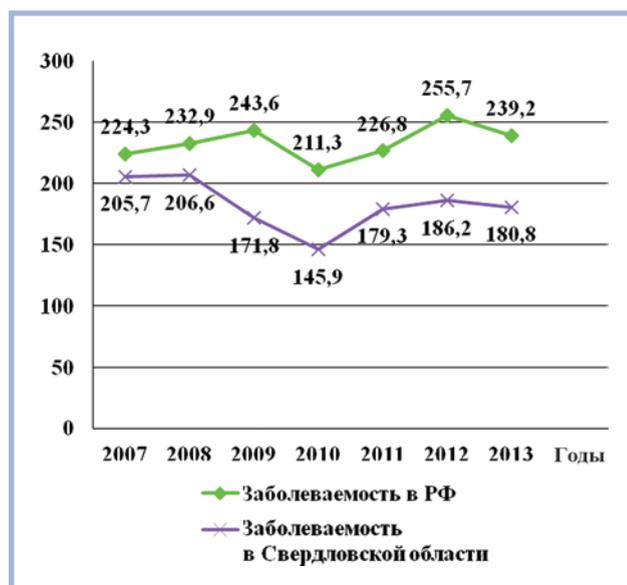


Рис. 2. Заболеваемость микроспорией детей (0—14 лет) в РФ и Свердловской (2007—2013).

ке, в пограничной зоне роста волос, розового цвета, с нечеткими границами, выраженным мелкопластинчатым шелушением. Люминесцентная диагностика положительная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия, споры гриба в пушковом волосе. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*. Приведенное наблюдение представляет интерес в связи с редким путем инфицирования — при занятии контактным видом спорта, а также как случай микроспории с атипичной локализацией. По данным Т.В. Медведевой (2012), атипичная локализация высыпаний (такая как пограничная зона роста



Рис. 3. Атипичная локализация высыпаний при микроспории в пограничной зоне роста волос.



Рис. 4. Атипичная локализация высыпаний при микроспории в паховой области.

волос на голове, заушная складка, область века с вовлечением бровей, ресниц, паховая область, промежность, межъягодичная складка) требует особых подходов к лечению, в том числе, назначения системной антимикотической терапии [3].

На рис. 4 представлен больной микроспорией, источник заражения не выявлен. Высыпания в левой пахово-бедренной складке, розового цвета, с четкими границами, с инфильтрированным венчиком по периферии, диаметром от 0,5 до 2,0 см. Лю-

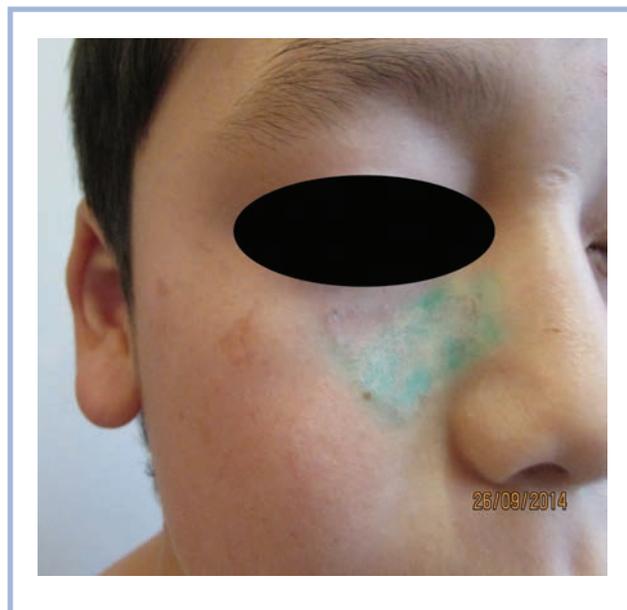


Рис. 5. Волчаночно-подобная форма микроспории.

минесцентная диагностика отрицательная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*. Н.Н. Мурашкин (2010) указывает, что при локализации очагов в паховой области у подростков заражение может происходить при сексуальных контактах, а также при совместном использовании предметов личной гигиены, что необходимо учитывать при проведении противоэпидемических мероприятий [4].

На рис. 5 представлен больной с волчаночно-подобной формой микроспории. Кожный процесс ограниченный, асимметричный. На лице (преимущественно слева) наблюдается люпус-подобный очаг розового цвета в диаметре до 2,0 см, с нечеткими границами и явлениями субатрофии. Люминесцентная диагностика положительная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек выявлены нити мицелия. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*.

Мы наблюдали инфильтративно-нагноительную форму микроспории у девочки 6 лет, имитирующую инфильтративно-нагноительную форму трихофитии типа *kerion Celsii* в виде возвышающегося очага на волосистой части головы в теменной области слева, диаметром около 3 см, с выраженной инфильтрацией и множественными пустулами, при этом волосы были склеены гнойными корками. При снятии корок определялись зияющие устья волосяных фолликулов с выделениями гнойного характера (рис. 6). Люминесцентная диагностика отрицательная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporon*. При культуральном исследовании наблюдался рост



Рис. 6. Инфильтративно-нагноительная форма микроспории.



Рис. 7. Себорейная (себорейная) форма микроспории.

M. canis. Особенностью данного клинического наблюдения является атипично протекающая микроспория (инфильтративно-нагноительная), отрицательная люминесцентная диагностика, а также поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporon* при микроскопии.

Себорейная форма микроспории была установлена у двух больных. Девочка 2 лет, больна в течение 3 нед, источник заражения — котенок. При осмотре на коже волосистой части головы наблюдались множественные очаги без четких границ, с выраженным мелкопластинчатым шелушением на эритематозном фоне (рис. 7). Люминесцентная диагностика положительная. При микроскопическом исследова-



Рис. 8. Вариант себорейной формы микроспории по типу асбестовидного лишая.

нии кожных чешуек обнаружены нити мицелия и поражение волоса по типу *Microsporium ectothrix*. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*. Своеобразие данного клинического наблюдения заключается в том, что высыпания при данной форме микроспории имитируют себорейный дерматит и при несвоевременной диагностике поражается значительная поверхности кожного покрова, что и произошло в данном клиническом случае (см. рис. 7).

У мальчика 9 лет мы наблюдали вариант себорейной микроспории волосистой части головы. На коже волосистой части головы (в правой теменной области) очаг разреженных волос, покрытый множеством склеивающихся между собой себорейных чешуек, которые маскировали обломанные волосы, а также затрудняли проведение люминесцентной диагностики, нами был расценен как вариант по типу асбестовидного лишая (рис. 8). Люминесцентная диагностика при первичном осмотре была отрицательная, лишь после назначения терапии, в том числе наружной, и отхождения себорейных корок в лампе Вуда мы наблюдали характерное зеленоватое свечение волос в очаге. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и поражение волоса по типу *Microsporium ectothrix*. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*. Особенностью данного клинического наблюдения является отсутствие обломанных волос в очаге, а также затруднение проведения люминесцентной диагностики из-за наличия себорейных корок.

Псориазиформная форма микроспории, установленная у троих больных, характеризовалась очагами на гладкой коже, напоминающими псориазные бляшки, инфильтрированные, покрытые серебристыми чешуйками (рис. 9). Данные клинические проявления более характерны для поверхностной стадии инфильтративно-нагноительной трихофитии [5].



Рис. 9. Псориазиформная форма микроспории гладкой кожи левого коленного сустава.

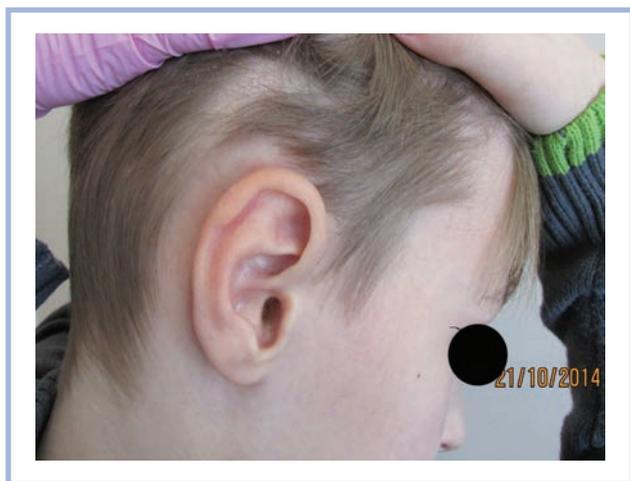


Рис. 10. Трихофитоидная форма микроспории.

Трихофитоидная форма микроспории исследователями описывается как антропонозная форма микоза, клинически сходная с антропонозной трихофитией. Для данного клинического варианта характерны очаги на волосистой части головы без четких границ, с отрубевидным шелушением без выраженного инфильтрата и воспалительного компонента, коротко обломанными волосами на уровне до 4 мм (рис. 10).

По данным исследователей [5, 6], розацеаподобная форма чаще вызывается зоофильными грибами, в том числе *M. canis*, характеризуется высыпаниями на лице, как правило, является следствием использования топических кортикостероидов. Мы наблюдали пациента 9 лет с розацеаподобной формой микроспории. Мальчик занимается в секции греко-римской борьбы, болен в течение 1,5 мес, для его лечения родители применяли мазь синаflan. При



Рис. 11. Розацеа-подобная форма микроспории.

осмотре выявлен очаг гигантских размеров в левой щечной области, с четкими границами, с преобладанием эритемы и поверхностной атрофии, слабым шелушением (рис. 11). Люминесцентная диагностика отрицательная, при микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и споры в пушковом волосе. При культуральном исследовании роста колоний не обнаружено.

На рис. 12 представлена пациентка 8 лет с микроспорией волосистой части головы. Больна в течение 2 нед (после появления в доме котенка). При осмотре выявлен очаг в правой затылочной области, диаметром до 5 см, с четкими границами, с разреженными волосами, множественными фолликулярными пустулами, которые имитировали фолликулит бактериальной этиологии. Люминесцентная диагностика положительная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и поражение волоса по типу *Microsporum ectothrix*. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*.

Мы наблюдали девочку 8 мес с экссудативной формой микроспории (рис. 13). Больна в течение 4 нед, контактировала с котятками. Дерматовенерологом был установлен диагноз «Себорейный дерматит волосистой части головы». Осмотр под лампой Вуда и микроскопическое исследование не проводилось. В течение 3 нед мать смазывала высыпания кремом пимафуорт. В связи с отсутствием эффекта



Рис. 12. Фоликулярная форма микроспории.



Рис. 13. Экссудативная форма микроспории.

направлена в МАУ ДГКБ №9. При осмотре в правой височной и теменной областях определялись очаги гиперемии, размером 1 и 3 см, с четкими границами, мокнутием, шелушением. Чешуйки в очаге были пропитаны экссудатом, склеены, при их снятии обнаруживалась влажная поверхность. Люминесцентная диагностика отрицательная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и поражение волоса по типу *Microsporum ectothrix*. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*. Приведенное клиническое наблюдение иллюстрирует возможность инфицирования детей до 1 года, а также необходи-



Рис. 14. Трансформированная форма микроспории.

мость проведения люминесцентной и микроскопической диагностики при локализации патологического очага на волосистой части головы.

Трансформированная форма микроспории у девочки 7 лет стала результатом применения комбинированных топических кортикостероидов, назначенных по поводу аллергического дерматита. Больна в течение 2 нед (после появления в доме морской свинки). На коже правой ягодичной области определялся очаг в диаметре до 7 см, ярко-розового цвета, неправильной формы, с четкими границами, с инфильтрированным венчиком по периферии (рис. 14). Люминесцентная диагностика отрицательная. При микроскопическом исследовании кожных чешуек обнаружены нити мицелия и споры в пушковым волосе. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. canis*.

Обсуждение

Установлено, что увеличение числа больных атипичными формами способствовало диагностическим ошибкам, распространению заболевания. Кроме того, было отмечено, что в 4,2% случаев микроспория протекала малосимптомно, характеризовалась высыпаниями с нечеткими границами, минимальной воспалительной реакцией, что привело к отсроченному обращению за медицинской помощью.

Наряду с увеличением удельного веса атипичных форм микроспории выявлены другие причины, способствующие высокой заболеваемости: некачественный сбор эпидемиологического анамнеза в 9,6% случаев, недостаточное информирование врачей смежных специальностей о клинических проявлениях микроспории — в 29,0%, низкая настороженность дерматовенерологов в отношении атипичных форм заболевания — в 87,5%, а также неполно-

ценное микологическое исследование (отсутствие культурального исследования) — в 33,9% случаев.

Выводы

Сохраняется высокая заболеваемость микроспорией населения Свердловской области, в том числе детей, которая варьирует в диапазоне от 145,9 до 187,0 на 100 тыс. населения. Высокая заболеваемость микроспорией обусловлена миграцией насе-

ления, ростом удельного веса атипичных и стертых клинических форм, что требует проведения профилактических мероприятий, включающих обучение врачей смежных специальностей: педиатров, спортивных врачей, медработников детских коллективов, загородных оздоровительных лагерей, домов-интернатов, а также врачей, осуществляющих медицинское освидетельствование иностранных граждан.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи (статистические материалы)*. М. 2008, 2009, 2010, 2011, 2013.
URL: <http://www.mednet.ru> (дата обращения: 12.06.2015).
2. *Федеральные клинические рекомендации по ведению больных микроспорией. Российское общество дерматовенерологов и косметологов*. М. 2013;16.
3. Медведева Т.В., Леина Л.М., Богомолова Т.С., Чилина Г.А., Котрехова Л.П., Александрова И.Б. Микроспория: редкие клинические случаи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;4:94-101.
4. Мурашкин Н.Н., Материкин А.И. Атипичные формы микроспории в детском возрасте. *Проблемы медицинской микологии*. 2010;12:114-115.
5. Яковлев А.Б. *Микроспория, трихофития, фавус*. М. 2013;136.
6. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like Tinea incognito. *Mycoses*. 2002;45:135-137.