

АТИПИЧНАЯ МИКРОСПОРИЯ: «ТРАНСФОРМИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ». СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Антонова С.Б.¹, Уфимцева М.А.¹, Бочкарев Ю.М.¹

¹ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия, e-mail: ant-sveta13@rambler.ru

В обзоре литературы представлены современные исследования, посвященные клиническим проявлениям микроспории у детей. Авторами указано, что микроспория – высококонтагиозное грибковое заболевание кожи, волос, реде ногтей, поражающее чаще детей в возрасте от 2 до 7 лет, однако в статье указано, что в последние годы наблюдается рост числа случаев заболевания у новорожденных, а также взрослых. В обзоре отмечено, что помимо типичной клинической картины наблюдаются атипичные ее варианты. Описаны клинические проявления атипичных форм, таких как волчаночноподобная, инфильтративно-нагноительная (глубокая), псориазиформная, по типу асбестовидного лишая, розацеаподобная, себорейная, трихофитоидная, трансформированная, фолликулярная, экссудативная (экссудативно-воспалительная). Авторами представлен случай из практики – описан больной с «трансформированным вариантом» микроспории на фоне длительного применения комбинированных глюкокортикостероидов. Отмечается важность настороженности в отношении микроспории дерматовенерологов и педиатров.

Ключевые слова: *Microsporum canis*, атипичные формы микроспории, трансформированный вариант.

ATYPICAL MICROSPORIA "TRANSFORMED VERSION". CASE STUDY

Antonova S.B.¹, Ufimtseva M.A.¹, Bochkarev Y.M.¹

¹Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia, e-mail: ant-sveta13@rambler.ru

The literature review presents the current research on clinical manifestations of microsporia in children. The authors stated that microsporia - highly contagious fungal infection of the skin, hair and nails less, affecting most children aged 2 to 7 years, however, the article pointed out that in recent years there has been growth in the number of cases in infants and adults. The review noted that in addition to the typical clinical picture observed atypical variants of microsporia. Describe the clinical manifestations of atypical forms, such as lupus-like, infiltrative-suppurative (deep), psoriasiform, by type depriving asbestiform, rosacea-like, seborrheic, trichophytoid, transformed, follicular, exudative (exudative-inflammatory). The authors present a case of practice - described a patient with a «transformed version» of microsporia against the background of the prolonged use of corticosteroids combined. The importance of vigilance against microsporia dermatologists and pediatricians.

Keywords: *Microsporum canis*, atypical forms of microsporia, transformed version.

Микроспория – высококонтагиозное грибковое заболевание, поражающее кожу, волосы, редко ногти, вызываемое патогенными грибами рода *Microsporum*. Микроспорией болеют преимущественно дети в возрасте от 2 до 7 лет, в последнее время увеличилась регистрация заболевания у новорожденных и взрослых [3; 7].

Известно более 20 видов гриба *Microsporum*, которые в зависимости от ареала обитания и способа передачи инфекции разделяют на три группы: антропофильные (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. rivalieri*, *M. langeronii*), зоофильные (*M. canis*, *M. distortum*, *M. nanum*, *M. persicolor*), геофильные (*M. gypseum*, *M. cookeii*, *Keratynomyces ajelloii*).

Microsporum canis (син. *felineum*, *lanosum*, *equinum*) – зоофильный гриб, наиболее частый возбудитель микроспории человека в России, природным резервуаром являются кошки (чаще котята), реже собаки, больной человек. Заражение происходит при контакте с

больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью. К редким источникам инфекции относят мышей, кроликов, хомяков, морских свинок, лошадей, домашних свиней, овец, а также домашних птиц.

Инкубационный период при зоонозной микроспории составляет от 5 до 7 дней, при антропонозной – до четырех недель. Клинические особенности микроспории зависят от вида возбудителя, возраста больного, его сопутствующей патологии, локализации микотических очагов. Выделяют микроспорию гладкой кожи, микроспорию гладкой кожи с поражением пушковых волос, микроспорию волосистой части головы или микроспорию других волосистых участков кожного покрова (жесткие волосы верхней губы, подбородка, ресниц, бровей, лобка, половых губ), микроспорию ногтевых пластинок.

При зоонозной микроспории гладкой кожи первичным морфологическим элементом является воспалительное шелушащееся пятно или папула. По мере разрастания гриба из мелких милиарных папул на гладкой коже формируются очаги с периферическим гиперемизированным валиком, возвышающимся над уровнем кожи. Очаг принимает кольцевидную форму, очаги мелкие, в диаметре от 0,5 до 3 см. При экссудации помимо папул по периферии очага возможны везикулы, образуются корочки. В центре очага грибы лизируются, по периферии возможна аутоинокуляция, вследствие чего очаг приобретает ирисоподобную форму «кольцо в кольце» (iris).

При поражении волосистой части головы *M. canis* возникают единичные, маловоспалительные высыпания с муковидным шелушением, в затылочной, теменной, височных областях, округлой формы, четко очерченные, в диаметре от 1 до 5 см. Волосы в очагах тусклые, разрежены или обломаны на одном уровне 4-6 мм. При люминесцентной диагностике определяется характерное изумрудное свечение. По периферии первичных крупных очагов наблюдаются мелкие высыпания от 0,5 до 2 см. При антропонозной микроспории высыпания склонны к слиянию, приобретают полициклические очертания, часто располагаются на границе волосистой части головы и гладкой кожи. Воспаление и шелушение менее выражено, волосы в очагах не обломаны, сохраняют свою длину.

При онихомикозе, вызванном грибами рода *Microsporum*, поражаются единичные ногтевые пластинки, как правило, этому способствуют травмы [4]. Наиболее распространенным клиническим проявлением микроспорийного онихомикоза является дистальный подногтевой онихомикоз, ониходистрофия и проксимальный подногтевой онихомикоз [8; 15]. В наблюдении *M. Skerlev et al.* (2010) больные онихомикозом, вызванным *M. canis*, получали системную глюкокортикостероидную терапию по поводу сопутствующей патологии, в то время как у других пациентов была диагностирована ВИЧ-

инфекция. По мнению авторов, поражение ногтей при микроспории у больных связано не с вирулентностью штамма дерматофита, а с измененным иммунным статусом больных [18].

В последние годы наряду с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории описываются атипичные варианты, которые могут протекать в виде стертых, малосимптомных форм, проявляющихся очагами с нечеткими границами, с неярко выраженной воспалительной картиной, слабым шелушением. Авторы указывают, что такие проявления ошибочно принимают за себорейный дерматит, стерптодермии, аллергический дерматит, хроническую трихофитию [10; 11]. Другие исследователи отмечают, что у больных микроспория сопровождается значительным отеком и эритемой при слабовыраженном шелушении, ошибочно диагностируется розовый лишай, центробежная эритема Дарье, многоформная экссудативная эритема, эритема Афцелиуса-Липшютца, синдром Свита [3; 20].

Исследователями описаны редкие, в том числе глубокие формы микроспории, клинически проявляющиеся инфильтрацией, нагноением. При локализации на волосистой части головы высыпания сходны с инфильтративно-нагноительной трихофитией типа *kerion Celsii* или глубокими формами пиодермии [9; 18].

Единой общепринятой классификации атипичных форм микроспории в литературе не разработано. Среди атипичных форм микроспории, которые составили 3,2%, Н.Н. Мурашкин и др. (2010) выделили псориазоформный, себорейный, волчаночноподобный, экссудативно-воспалительный варианты, а также микроспорию с нетипичной локализацией [2]. О.И. Касымов и др. (2010) трихофитоидную, себорейную, экссудативную, инфильтративную, инфильтративно-нагноительную микроспорию отнесли к атипичным формам с поражением волосистой части головы. Для микроспории гладкой кожи характерны такие атипичные варианты, как abortивная, эритематозно-отечная, папуло-сквамозная, отечная. Согласно данным исследователей, доля атипичных форм зооантропонозной микроспории составила 42,2% [1].

И.В. Тихоновская (2010) в 6,2% случаев наблюдала атипичную форму микроспории волосистой части головы у детей, а именно инфильтративную, инфильтративно-нагноительную, экссудативную, трихофитоидную и себорейную [5]. Е.С. Шмелькова (2010) наблюдала 48 больных с атипичными формами микроспории волосистой части головы и гладкой кожи, описав инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, трихофитоидную и себорейную [7].

На основании литературных данных представляем клинические проявления атипичных форм микроспории.

Форма с атипичной локализацией - пограничная зона роста волос на голове, в области ушной раковины, заушной складки, в области века с вовлечением бровей, ресниц, очаги в подмышечных, паховой областях, промежности. При атипичной локализации очагов в патологический процесс вовлекаются волосы, поэтому даже при единичных элементах показана системная антимикотическая терапия.

Волчаночно-подобная форма. При локализации очагов на лице высыпания имитируют дискоидную красную волчанку; характеризуется очагами с нечеткими границами и явлениями субатрофии в центре высыпаний [11; 12; 16].

Инфильтративно-нагноительная форма микроспории чаще всего имитирует инфильтративно-нагноительную трихофитию типа *kerion Celsi* и характеризуется значительно возвышающимся очагом с выраженной инфильтрацией и множественными пустулами. В очаге волосы склеиваются гнойными корками, при снятии которых определяются зияющие устья волосяных фолликулов с гнойным отделяемым. Нередко заболевание сопровождается региональным лимфаденитом [18]. У лиц пожилого возраста заподозрить микоз волосистой части головы сложнее, тем более если он протекает в атипичной форме. Так, *C. Chia et al.* (2013) приводят наблюдение трех пожилых больных микозом волосистой части головы, имитирующим пиодермию на волосистой части головы [14].

Себорейная форма. Очаги локализуются на волосистой части головы и гладкой коже, имитируют себорейный дерматит. При данной форме микроспории очаги с нечеткими границами, характерно мелкопластинчатое шелушение на гиперемизированном фоне, при несвоевременной диагностике поражается обширная площадь кожного покрова [10; 17].

Форма по типу асбестовидного лишая. Вариант себорейной формы микроспории волосистой части головы характеризуется очагами с разрежением или выпадением волос, появлением множества склеивающихся между собой себорейных чешуек, корочек, которые затрудняют проведение люминесцентной диагностики.

Псориазиформная форма микроспории. Очаги на гладкой коже напоминают псориазические бляшки, с инфильтрацией, покрыты серебристыми чешуйками. Данная форма микоза более характерна для поверхностной стадии инфильтративно-нагноительной трихофитии [12; 17].

Трихофитоидная форма наблюдается при антропонозной микроспории, клиническая картина имитирует антропонозную трихофитию: очаги на волосистой части головы с отрубевидным шелушением, с нечеткими границами, инфильтрация и воспалительный компонент слабо выражены, волосы коротко обломаны на уровне до 4 мм.

Исследователи описывают *розацеаподобную форму* микоза лица, чаще вызываемую зоофильными грибами: *Tr. mentagrophytes* или *M.canis* [13; 17]. Клиническая картина микроспории изменяется вследствие использования топических кортикостероидов и характеризуется очагами гиперемии на лице, гигантских размеров, с четкими границами, слабым шелушением, поверхностной атрофией.

Фолликулярная форма. Характеризуется очагами на волосистой части головы, с разреженными волосами, в очагах на гиперемированном фоне множественные фолликулярные пустулы, которые напоминают фолликулит бактериальной этиологии [10]. *S. Tangjaturonrusamee et al* (2011) приводят наблюдение взрослого, больного микроспорией волосистой части головы, у которого заболевание проявлялось диффузным облысением и фолликулярными пустулами в очагах, имитируя подрывающий фолликулит Гоффманна [19].

Экссудативная форма. Очаги микроспории при данной форме ярко гиперемированы, отечны, в очагах видны везикулы. Данная форма протекает с самого начала с экссудативным компонентом, мокнутием, часто сопровождается диссеминацией процесса. Чешуйки в очаге пропитываются экссудатом, склеиваются между собой, при их снятии обнаруживается влажная поверхность.

«*Трансформированный вариант*» микроспории наблюдается при нерациональном лечении топическими глюкокортикостероидами или комбинированными топическими препаратами, содержащими глюкокортикостероид, антибиотик, антимикотик [6]. Данная форма микроспории является результатом самолечения или диагностической ошибки, допущенной врачом.

Приводим наше наблюдение «трансформированного варианта» микроспории.

Мальчик, 2 года. Мать ребенка обратилась к педиатру с жалобами на высыпания в области правой боковой поверхности шеи, сопровождающиеся незначительным зудом. Со слов матери, сыпь появилась за 5 дней до обращения. Врачом диагностирован атопический дерматит, рекомендованы антигистаминные препараты, сорбенты, наружно – цинковая мазь. Данная терапия продолжалась в течение 2 месяцев. При обращении к дерматовенерологу (через 2 месяца) по направлению педиатра микологическое исследование не проведено, установлен диагноз «Аллергический дерматит», рекомендован комбинированный кортикостероид, содержащий бетаметазон, гентамицин, клотримазол. Через 6 месяцев от начала заболевания пациента у матери ребенка появились три пятна в правой лопаточной области. Женщина обратилась к дерматовенерологу, проведено микроскопическое исследование с очагов, выявлены нити мицелия, споры гриба в пушковом волосе. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. Canis*. При осмотре ребенка – кожный процесс представлен очагом гигантских размеров, розового цвета, охватывающий правую

лопаточную область, проксимальный отдел плеча с переходом на кожу шеи, лица и волосистой части головы, с четким периферическим валиком неравномерно розово-синюшной окраски, слабовыраженным шелушением (рисунок). Источник заражения не выявлен. Люминесцентная диагностика отрицательная, при микроскопии выявлены нити мицелия, споры гриба в пушковом волосе. При культуральном исследовании наблюдался рост *M. Canis*.



Микроспория гладкой кожи. «Трансформированный» вариант

Таким образом, атипичные формы микроспории могут имитировать хронические дерматозы и требуют настороженности в отношении данного дерматомикоза не только дерматовенерологов, но и педиатров.

Список литературы

1. Касымов О.И., Максудова М.Н. Особенности клинического течения зооантропонозной микроспории // Проблемы медицинской микологии. – 2008. – Т. 10. – № 2. – С. 49.
2. Мурашкин Н.Н., Материкин А.И. Атипичные формы микроспории в детском возрасте // Проблемы медицинской микологии. – 2010. – Т. 12. – № 2. – С. 114-115.
3. Потеев Н.С., Плиева Л.Р., Шкребец С.В. Микроспория взрослых // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 4. – С. 19-21.

4. Рукавишникова В.М. Микозы стоп. – Изд 2-е, перераб. и доп. - М. : Эликс Ком, 2003. – С. 332.
5. Тихоновская И.В. Клинический полиморфизм микроспории волосистой части головы у детей // Проблемы медицинской микологии. – 2008. – Т. 10. – № 2. – С. 84.
6. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных микроспорией / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. - М., 2013.
7. Шмелькова Е.С. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспории // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2010. – № 3. – С. 99-102.
8. Яковлев А.Б. Микроспория, трихофития, фавус : пособие для врачей. – М. : Новик, 2013. – С. 37.
9. Ang C.C., Tay Y.K. Inflammatory tinea capitis: non-healing plaque on the occiput of a 4-year-old child // Ann. Acad. Med. Singapore. – 2010. – Vol. 39 – № 5. – P. 412-414.
10. Ansar A., Farshchian M., Nazeri H., Ghiasian S.A. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran: A 16-year study // Med Mycol J. – 2011. – Vol. 52. – № 1. – P. 25-32.
11. Atzori L., Aste N., Aste N., Pau M. Tinea faciei due to *Microsporum canis* in children: a survey of 46 cases in the District of Cagliari (Italy) // *Pediatr Dermatol.* – 2012. – № 4. – P. 409-413.
12. Atzori L., Pau M., Aste N., Aste N. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy) // *Int J Dermatol.* – 2012. – № 4. – P. 410-415.
13. Calcaterra R., Fazio R., Mirisola C., Baggi L. Rosacea-like tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes* var. *Mentagrophytes* // *Acta Dermatovenerol Croat.* – 2013. – Vol. 21. – № 4. – P. 263-264.
14. Chia C.1., Dahl M.V. Kerion mimicking erosive pustular dermatosis in elderly patients // *Cutis.* – 2013. – Vol. 91. - № 2. – P. 73-77.
15. Martínez E., Ameen M., Tejada D., Arenas R. *Microsporum* spp. onychomycosis: disease presentation, risk factors and treatment responses in an urban population // *Braz J Infect Dis.* – 2014. – Vol. 18. – № 2. – P. 181-186.
16. Nicola A., Laura A., Natalia A., Monica P. A 20-year survey of tinea faciei // *Mycoses.* – 2010. – № 6. – P. 504-508.
17. Romano C., Maritati E., Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey // *Mycoses.* - 2006. – Vol. 49. – № 5. – P. 383-387.

18. Skerlev M., Miklić P. The changing face of *Microsporum* spp infections // *Clinics in Dermatology*. – 2010. – № 28. – P. 146-150.
19. Tangjaturonrusamee C., Piraccini B.M, Vincenzi C., Starace M., Tosti A. Tinea capitis mimicking folliculitis decalvans // *Mycoses*. - 2011. – Vol. 54. – № 1. – P. 87-88.
20. Viera M.H., Costales S.M., Regalado J., Alonso-Llamazares J. Inflammatory tinea faciei mimicking Sweet's syndrome // *Actas Dermosifiliogr*. – 2013. – № 1. – P. 75-76.

Рецензенты:

Кунгуров Н.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «УГМУ» Минздрава России; директор ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России, г. Екатеринбург;

Сырнева Т.А., д.м.н., профессор, главный внештатный дерматовенеролог Свердловской области, ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России, г. Екатеринбург.