

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	7
РАЗДЕЛ I. МИКОЗЫ КОЖИ, ВОЛОС, НОГТЕЙ, ВЫЗВАННЫЕ ДЕРМАТОМИЦЕТАМИ	9
Глава 1. Этиология дерматомикозов	11
1.1. Патогенез	15
1.2. Диагностика	18
Глава 2. Антимикотические препараты	28
2.1. Системные антимикотические препараты	33
2.2. Наружные антимикотические средства	35
2.2.1. Наружные имидазольные препараты	35
2.2.2. Наружные антимикотики, содержащие аллиламины	40
2.2.3. Наружные полиеновые антимикотические препараты.	43
2.2.4. Наружные антимикотические препараты других групп лекарственных средств	44
2.2.5. Наружные антимикотические препараты сложного состава	45
2.2.6. Традиционные антимикотические наружные препараты	48
Глава 3. Микозы волосистой части головы	50
3.1. Микроспория	53
3.1.1. Микроспория антропонозная	55
3.1.2. Микроспория зооантропонозная	56
3.1.3. Микроспория геофильная	57
3.2. Трихофития	62
3.2.1. Поверхностная трихофития.	63
3.2.2. Инфильтративно-нагноительная (глубокая) трихофития	66
3.2.3. Лечение поверхностной и глубокой трихофитий	69
3.3. Фавус	71
3.4. Профилактика	76
3.5. Пьедра (узловатая трихоспория, узловатый трихомикоз).	77

Глава 4. Микозы бороды	79
Глава 5. Микоз гладкой кожи	84
Глава 6. Микоз паховых складок	90
Глава 7. Микозы стоп и кистей	93
Глава 8. Онихомикозы	98
Глава 9. Микоз стоп, обусловленный <i>T. interdigitale</i>	118
Глава 10. Микоз, обусловленный <i>T. rubrum</i>	121
Глава 11. Микоз стоп у больных с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей	127
Глава 12. Микоз стоп у больных сахарным диабетом 2-го типа	129
12.1. Профилактика микоза стоп	136
12.2. Памятка для больного сахарным диабетом 2-го типа по предупреждению поражения стоп	137
Глава 13. Поверхностные микозы у ВИЧ-инфицированных больных	139
Глава 14. Черепицеобразный микоз (токело)	143
Глава 15. Черный тропический микоз	146
Список литературы	148
РАЗДЕЛ II. МИКОЗЫ КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, НОГТЕЙ, ВЫЗВАННЫЕ ДРОЖЖЕВЫМИ ГРИБАМИ	
Глава 16. Инфекция, вызванная <i>Malassezia</i> (малассезиоз)	155
16.1. Разноцветный лишай (отрубевидный лишай)	158
16.2. <i>Malassezia</i> -фолликулит	162
16.3. Себорейный дерматит	163
16.4. Участие грибов <i>Malassezia spp.</i> в патогенезе атопического дерматита	169
16.5. Лечение малассезиозов	170
Глава 17. Кандидоз	174
17.1. Кандидоз слизистых оболочек	177
17.1.1. Кандидоз слизистых оболочек полости рта	177
17.1.2. Кандидозный вульвовагинит	181
17.1.3. Кандидозный баланит, баланопостит	190
17.2. Кандидоз кожи	192
17.3. Кандидоз ногтевых валиков и ногтей	198
17.4. Диссеминированный кандидоз	201

17.5. Врожденный кандидоз кожи	203
17.6. Хронические кандидозы кожи и слизистых оболочек	204
17.7. Кандидоаллергия кожи и слизистых оболочек	212
РАЗДЕЛ III. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МИКОЗЫ	215
Глава 18. Другие микозы	217
РАЗДЕЛ IV. МИКОГЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ	221
Глава 19	223
Список литературы	235
Предметный указатель	240

ВВЕДЕНИЕ

Микозы — это инфекционные заболевания, вызываемые грибами, которые широко распространены в природе. Грибы вместе с бактериями принимают участие в разложении животных и растительных остатков. Подавляющее большинство видов грибов — сапрофиты. Небольшая часть грибов патогенна для человека и животных. Из микозов кожи наиболее часто встречаются кандидоз и микозы стоп. В последнее время отмечается рост числа заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, из которых ведущее место занимает кандидоз. Рост заболеваемости кандидозом мочеполовых органов представляет опасность как для плода, так и для новорожденного. Рецидивы кандидозного вульвовагинита способствуют снижению качества жизни женщин.

В последние десятилетия тактика лечения ониомикозов существенно изменилась.

В настоящее время наблюдаются значительные успехи в изучении природы возбудителей микозов кожи и ее придатков: картирован геном и изучены факторы патогенности большинства грибов, разработаны и совершенствуются молекулярные методы изучения возбудителей — полимеразная цепная реакция (ПЦР), гибридизация нуклеиновых кислот, анализ кариотипа и др., в практике дерматолога появились новые антимикотические препараты. Однако, несмотря на успехи диагностики и лечения микозов, нарастает устойчивость выделенных грибов к антимикотическим препаратам, ранее чувствительных к ним, что осложняет исход проводимой терапии.

При попадании в организм человека грибы вызывают следующие группы заболеваний:

- 1) микозы, которые подразделяются на следующие группы по вирулентности и патогенности возбудителей:
 - обусловленные патогенными грибами;
 - вызванные условно-патогенными грибами;
- 2) микогенная аллергия;
- 3) микотоксикозы;
- 4) мицетизм (отравление ядовитыми грибами).

По глубине поражения микозы подразделяют следующим образом:

1) **поверхностные микозы:**

- микозы кожи, слизистых оболочек, ногтей, вызванные дрожжевыми грибами;

- микозы кожи, волос, ногтей, вызванные дерматомицетами;
- микозы кожи, ногтей, вызванные недерматомицетами (плесневыми) грибами;
- 2) **подкожные микозы** (хромобластомикоз, споротрихоз, мицетома и др.);
- 3) **глубокие микозы** (бластомикоз, кокцидиоидоз, гистоплазмоз, криптококкоз, аспергиллез и др.).

В зависимости от свойств грибов, путей попадания инфекции в организм человека, индивидуальных особенностей хозяина микотическая инфекция может локализоваться поверхностно, подкожно или вызывать системное поражение. При поверхностных микозах грибы поражают эпидермис и придатки кожи: волосы и ногти. В зависимости от наличия воспалительной реакции кожи поверхностные микозы можно подразделить на две группы:

- 1) кератомикозы, при которых грибы паразитируют в роговом слое и не вызывают никакого или почти никакого воспаления;
- 2) дерматомикозы, при которых грибы провоцируют воспалительную реакцию.

Глава 3

МИКОЗЫ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Микоз волосистой части головы — это поражение волос и кожи волосистой части головы дерматомицетами родов *Microsporum*, *Trichophyton*. При распространении инфекции эти грибы поражают гладкую кожу и ногти. Распространенность возбудителей микоза волосистой части головы в мире различна (табл. 3.1). В России, как и в Европе, основным возбудителем является *M. canis*.

Первоначально грибы внедряются в роговой слой эпидермиса, окружающий волосяной фолликул, откуда проникают в волос. Вокруг волоса формируется слегка отечное эритематозное пятно, которое постепенно увеличивается в размерах, захватывая все большие участки кожи волосистой части головы. Воспалительные изменения в очагах поражения выражены слабо. Дерматомицеты по-разному поражают волосы, что является основным диагностическим признаком микоза (табл. 3.2).

Различают два типа поражения: *ectothrix* и *endothrix*. Для *ectothrix* характерно основное нахождение спор снаружи волоса, для *endothrix* — внутри волоса. *Ectothrix* подразделяется на мелкоспоровый (размер спор — 2–3 мкм) и крупноспоровый (размер спор — 5–10 мкм). Мелкоспоровый *ectothrix* характерен только для грибов рода *Microsporum*, крупноспоровый *ectothrix* — для грибов рода *Trichophyton*.

Источники грибов представлены в табл. 3.3.

Таблица 3.1. Распространенность основных возбудителей микоза волосистой части головы

Возбудители	Европа	Азия	Северная Америка	Южная Америка	Африка	Австралия
<i>M. canis</i>	+	+	+	+	+	+
<i>M. ferrugineum</i>	+	+			+	
<i>M. audouinii</i>	+	+	+		+	
<i>T. violaceum</i>	+	+		+	+	
<i>T. tonsurans</i>	+	+	+	+		+
<i>T. schoenleinii</i>	+	+				
<i>T. verrucosum</i>	+	+				
<i>T. mentagrophytes</i>	+	+	+		+	
<i>T. soudanense</i>					+	
<i>T. yaoundei</i>					+	
<i>T. gourvilii</i>					+	

Таблица 3.2. Типы поражения волос дерматомицетами

Тип поражения волоса	Возбудитель	Флюоресценция пораженных волос под лампой Вуда
Мелкоспоровый <i>Ectothrix</i>	<i>M. canis.</i> <i>M. ferrugineum.</i> <i>M. audouinii</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Светло-зеленая. • Изумрудно-зеленая. • Светло-зеленая
Крупноспоровый <i>Ectothrix</i>	<i>T. verrucosum.</i> <i>T. mentagrophytes</i>	- -
<i>Endothrix</i>	<i>T. violaceum.</i> <i>T. tonsurans.</i> <i>T. soudanense</i>	- - -
<i>Ectoendothrix</i>	<i>T. rubrum</i>	-
Фавозный тип поражения	<i>T. schoenleinii</i>	+ Бледная зеленовато-серая

Таблица 3.3. Источники дерматомицетов, вызывающих микоз волосистой части головы

Возбудители	Больной человек	Животные	Почва
<i>Microsporium species</i>	<i>M. ferrugineum.</i> <i>M. audouinii</i>	<i>M. canis</i> (кошки, собаки, кролики). <i>M. distortum</i> (кошки, собаки)	<i>M. gypseum.</i> <i>M. nanum</i>
<i>Trichophyton species</i>	<i>T. rubrum.</i> <i>T. violaceum.</i> <i>T. tonsurans.</i> <i>T. schoenleinii.</i> <i>T. soudanense.</i> <i>T. yaoundei.</i> <i>T. gourvilii</i>	<i>T. verrucosum</i> (крупный рогатый скот, мышевидные грызуны). <i>T. mentagrophytes</i> (мелкий скот). <i>T. simii</i> (обезьяны). <i>T. gallinae</i> (куры, петухи). <i>T. equinum</i> (лошади)	

Клинические проявления дерматомикоза волосистой части головы зависят от этиологии. Для антропонозной инфекции характерны незначительные воспалительные явления, в отличие от микозов, вызванных зоонозными или геофильными грибами, для которых характерны острые воспалительные явления, керион. Дерматомицеты, вызывающие различные клинические типы поражения кожи волосистой части головы, представлены в табл. 3.4.

Таблица 3.4. Грибы, вызывающие различные типы поражения кожи волосистой части головы

Типы поражения			
Воспалительный	Невоспалительный	«Черноточечный»	Фавус
<i>M. canis.</i> <i>M. distortum.</i> <i>M. gypseum.</i> <i>M. nanum.</i> <i>T. verrucosum.</i> <i>T. violaceum.</i> <i>T. tonsurans.</i> <i>T. schoenleinii</i>	<i>M. canis.</i> <i>M. audouinii.</i> <i>M. ferrugineum.</i> <i>T. tonsurans</i>	<i>T. violaceum.</i> <i>T. tonsurans</i>	<i>M. gypseum.</i> <i>T. schoenleinii.</i> <i>T. violaceum</i>

Одни и те же грибы могут вызывать разные типы поражения. Дерматомицеты вызывают следующие заболевания волосистой части головы: микроспорию, поверхностную трихофитию, инфильтративно-нагноительную (глубокую) трихофитию, фавус.

3.1. МИКРОСПОРИЯ

Микроспория — это микоз кожи, волосистой части головы, очень редко ногтей, возбудителями которого являются следующие группы грибов рода *Microsporum*: антропонозные (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*), зоонозные (*M. canis*, *M. distortum*), геофильные (*M. gypseum*, *M. nanum*). При микроскопии пораженного волоса обнаруживаются мелкие споры внутри волоса, расположенные группами, мозаично и снаружи в виде муфты из спор (рис. 3.1). В кожных чешуйках — септированный мицелий.

Микроспория — наиболее частый дерматомикоз детского возраста, подъем заболеваемости которым отмечается в осенне-зимний период. Частота встречаемости микроспории среди взрослых колеблется от 8 до 12%. В основном болеют женщины молодого возраста, подростки. Волосы у взрослых практически не поражаются этими грибами, что можно объяснить наличием фунгистатических органических кислот в волосах. Чаще у взрослых встречается микроспория гладкой кожи. В последнее время эта инфекция стала встречаться у детей первых месяцев жизни.

M. canis — наиболее частый возбудитель микроспории. Источник — больные котята, кошки, собаки, реже — человек. Заражение может происходить и опосредованным путем, через предметы, загрязненные патологическим материалом (игрушки, расчески, головные уборы, постель). Клинические проявления микроспории у животных характеризуются участками обломанных волос, располагающихся на морде, наружной поверхности ушных раковин, передних, реже — задних лапах. У котят может быть универсальное поражение, характеризующееся обильным выпадением обломанных волос и сопровождающееся общими явлениями. С наступлением холодного периода года у половозрелых кошек происходит самоизлечение, только у кошек рыжей масти продолжает сохраняться свечение пораженных волос. У части клинически здоровых кошек отмечается миконительство, которое можно выявить только при

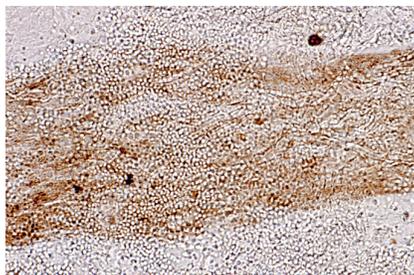


Рис. 3.1. Микроскопия волоса, пораженного по типу мелкоспорового *T. ectothrix*

помощи люминесцентной лампы Вуда. Например, выявляется зеленоватое свечение только кончиков усов. Поэтому осмотр животного у ветеринарного врача обязательно должен включать и люминесцентную диагностику.

Попав в почву с пораженными волосами или чешуйками, *M. canis* сохраняет жизнеспособность и вирулентность в течение 1–3 мес. Благоприятные для грибов климатические условия (достаточная влажность, температура, рассеянный солнечный свет) способствуют вегетации возбудителя, увеличивают возможность заражения им животных и людей. В летне-осенний период года в средней климатической зоне имеются благоприятные для выживаемости и вегетации *M. canis* условия. Это диктует проведение дезинфекционных мероприятий в местах обычного пребывания бездомных животных.

Нередко встречается внутрисемейное распространение инфекции. Заражение происходит от одного животного. При тесном бытовом контакте возможна передача зоонозной микроспории от заболевшего члена семьи.

Отмечается сезонная и многолетняя цикличность эпидемических подъемов. Сезонные подъемы концентрируются во второй половине года, на которую приходится 80% годовой заболеваемости, что связано с подъемом заболеваемости микроспорией среди животных, приплодами у кошек и более частым контактом детей с животными. Подъем начинается в конце лета, пик приходится на октябрь–ноябрь, снижение до минимума наступает в марте–апреле. Возникновение в городах, населенных пунктах эпизоотий микроспории котят и кошек приводит к эпидемическим вспышкам инфекции среди детей.

Основными периодами в многолетней заболеваемости микроспорией являются интервалы 4,5 года и 9 лет, что, вероятно, обусловлено периодической активностью Солнца и зависимой от нее планетарной магнитной возмущенностью верхних слоев атмосферы. От периодической активности Солнца зависят коллоидно-осмотический характер биологических жидкостей, проницаемость биологических мембран, меняющаяся вирулентность микроорганизмов, их способность к репродукции и др.

Антропонозную микроспорию вызывает *M. ferrugineum*, который является высоковирулентным возбудителем. Основной источник его — человек. Этот грибок может быть причиной эпидемической вспышки микроспории в детском коллективе. Пути передачи инфекции: прямой — при тесном бытовом контакте и опосредованный — через

предметы, бывшие в употреблении у больного (предметы личной гигиены, головные уборы, расчески и др.). Эпидемические очаги инфицирования: внутри семьи, детские сады, школы, парикмахерские, лечебно-профилактические учреждения (психиатрические больницы, специализированные детские дома, интернаты).

Геофильную микроспорию вызывает *M. gypseum*. Основным резервуаром инфекции является почва, однако грибы могут находиться и на растениях, и в воде. Наиболее интенсивное развитие грибов отмечено на глубине 5–25 см от поверхности почвы. Гриб высокоустойчив к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды: *M. gypseum* выдерживает воздействие высоких (55 °С) в течение 55 мин и низких (-18 °С) температур более 1,5 мес, а также воздействие прямых солнечных лучей (при температуре 40 °С) в течение 1 ч, сохраняя жизнеспособность и патогенные свойства. Для развития грибов наиболее благоприятен летне-осенний период года. В эксперименте этот гриб патогенен для животных, что обуславливает возможность заражения в естественных условиях как животных, так и человека. Этой инфекцией болеют дети и взрослые, имеющие контакт с землей.

3.1.1. Микроспория антропонозная

Возбудитель — *M. ferrugineum*.

Инкубационный период — до 1,5 мес. На коже волосистой части головы *M. ferrugineum* вызывает только невоспалительный клинический тип поражения. Локализация — пограничная зона роста волос в виде множественных мелких очагов без четко очерченных границ. Очаги увеличиваются в размере за счет периферического роста, сливаются между собой, образуя очаги полициклических очертаний с валикообразным краем. Поверхность их слегка гиперемирована, с умеренным шелушением. Волосы в очаге частично обломаны на разном уровне. Пеньки волос высотой 4–8 мм окружены белой муфтой из спор гриба. Часть волос не поражена, и очаг скрыт под волосами, что делает поражение похожим на поверхностную трихофитию. Под люминесцентной лампой Вуда отмечается изумрудно-зеленое свечение пораженных волос.

На открытых участках кожного покрова возникают множественные округлой формы эритемато-сквамозные очаги с валикообразным краем. Нередко очаги имеют вид колец, вписанных друг в друга, напоминающих *iris* (радужку), что обусловлено повторным развитием воспалительного процесса.

3.1.2. Микроспория зоантропонозная

Возбудитель — *M. canis*.

Инкубационный период — 1–2 нед, после чего на месте заражения появляется очаг шелушения. В первые дни после заражения возбудитель локализуется в устье волосяного фолликула. К концу недели на волосистой части головы появляются 1–2 крупных круглых или овальных четко очерченных очага с гиперемией и муковидным шелушением. Все волосы в очаге обломаны на одном уровне (5–8 мм) и выглядят как бы подстриженными. Обломанные волосы белые из-за муфты из спор, легко выдергиваются. При поражении ресничного края появляются гиперемия и шелушение кожи по краю век. Ресницы обламываются. Под люминесцентной лампой пеньки волос светятся светло-зеленым.

Формы поражения кожи волосистой части головы при микроспории:

- 1) воспалительные формы поражения: инфильтративная, нагноительная, экссудативная;
- 2) невоспалительные формы поражения: трихофитоидная, себорейная, псориазиформная, волчаночноподобная и «трансформированная» форма микроспории в результате применения топических глюкокортикоидов.

При *инфильтративной форме* микроспории очаг возвышается над окружающей кожей, гиперемирован. Волосы чаще обломаны ниже — на уровне 3–4 мм. При этой форме вокруг пеньков волос слабо выражена муфта из спор гриба.

При *нагноительной форме* на фоне выраженного воспаления и инфильтрации формируются узлы синюшно-красного цвета, поверхность которых покрыта пустулами. При надавливании на очаг из фолликулярных отверстий выделяется гной. Этот симптом — *kerion Celsi* (медовые соты, симптом описал Цельс в I в до н.э.) — встречается при инфильтративно-нагноительной трихофитии и инфильтративно-нагноительной форме микоза, обусловленного *T. rubrum*. Сопровождается нагноительная форма симптомами интоксикации. Формированию как инфильтративной, так и нагноительной форм микроспории способствуют нерациональная терапия, позднее обращение к врачу.

К *атипичной* локализации относится инфильтративно-нагноительная микроспория кожи лобка. Ввиду атипичности локализации и течения такая форма микроспории не сразу диагностируется. Особенности анатомического строения данной области способствуют быстрому фор-

мированию глубоких, чрезвычайно болезненных инфильтратов, появлению осложнений в виде лимфаденитов и аллергических высыпаний, возникновению симптомов интоксикации.

Экссудативная форма микроспории волосистой части головы характеризуется выраженной гиперемией, отечностью, располагающимися на этом фоне пузырьками. Серозный экссудат пропитывает чешуйки, склеивает их между собой, образуя плотные корки, при удалении которых обнажается влажная, эрозированная поверхность очага. Эта форма микроспории чаще развивается у детей дошкольного возраста, имеющих светло-русые волосы, после длительного применения йодной настойки. Вышеуказанные формы микроспории сопровождаются увеличением регионарных лимфатических узлов, лимфаденитом.

При *трихофитоидной форме* микроспории на волосистой части головы имеются многочисленные мелкие очаги со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, волосы обломаны на уровне 1–2 мм над уровнем кожи. Наряду с пеньками встречаются здоровые волосы. Эта форма микроспории встречается у детей старше 10 лет, которым длительно проводилось самолечение очагов.

При *себорейной форме* микроспории на волосистой части головы отмечаются очаги разрежения роста волос, покрытых желтоватыми чешуйками, после удаления которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос. К развитию атипичных форм микроспории приводят несвоевременная диагностика, неадекватная терапия, что способствует дальнейшему изменению клинической картины, хронизации процесса, развитию в дальнейшем рубцовой алопеции и распространению инфекции.

3.1.3. Микроспория геофильная

Возбудитель — *M. gypseum*.

Основным резервуаром этой инфекции является почва, однако грибы могут находиться и на растениях, и в воде. Наиболее интенсивное развитие грибов отмечено на глубине 5–25 см от поверхности почвы. Гриб высокоустойчив к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Этой инфекцией болеют как дети, так и взрослые, имеющие контакт с землей. Дети обычно заражаются во время летних каникул.

Микроспория волосистой части головы характеризуется поверхностным характером поражения. Очаги мелких размеров, одиночные, округлой формы в виде слегка гиперемированных пятен с припод-

нятыми краями. В очаге поражения отмечается умеренное наслоение чешуек сероватого или серовато-желтого цвета. Пораженные пеньки прочно сохраняются в фолликулах. Пеньки волос — 6–8 мм, свечение — светло-зеленое, иногда может отсутствовать. Воспалительные типы поражения кожи волосистой части головы: инфильтративная, нагноительная.

К невоспалительным типам относится *сквамозная форма*.

Инфильтративная форма микроспории характеризуется следующими признаками: одиночные очаги овальной или неправильной формы с четкими границами располагаются преимущественно в теменной и височных областях. Кожа гиперемирована, инфильтрирована. Очаги покрыты плотно сидящими чешуйками сероватого цвета и серозно-гнойными корочками. Волосы склеены в пучки, обломаны, серовато-белого цвета. Обломки волос высотой 5–7 мм. На пораженных очагах среди обломанных волос встречаются длинные здоровые волосы.

При *нагноительной форме* микроспории очаги поражения представляют собой полушаровидные образования мягкой консистенции, возвышающиеся над поверхностью кожи, покрытые гнойно-кровянистыми корками. Кожа инфильтрирована, устья волосяных фолликулов расширены. Волосы в очаге расшатаны, склеены в пучки, легко удаляются пинцетом.

При *сквамозной форме* микроспории очаги располагаются в затылочной области, неправильной формы с нечеткими границами. Очаги поражения состоят из отдельных мелких участков шелушения, частично сливающихся между собой. Воспалительные явления отсутствуют. Имеется обильное наслоение чешуек серовато-белого или серовато-желтого цвета, легко отделяющихся от кожи и кровоточащих при снятии. Свечения волос под люминесцентной лампой не отмечается. Поражение волоса — по фавозному типу. Заболевание при всех формах продолжается 4–5 нед.

Поражение *M. gypseum* гладкой кожи не отличается от очагов при поверхностной трихофитии. Очаги округлой или овальной формы с резко отграниченным периферическим валиком, состоящим из пузырьков, корочек с умеренными воспалительными явлениями. Микроспория может осложняться вторичной пиококковой инфекцией (импетигнизация).

Дифференциальная диагностика. Необходимо отличать микроспорию от трихофитии волосистой части головы и гладкой кожи, СД-т.

Себорейный дерматит. Поражение волосистой части головы часто сочетается с типичными высыпаниями СД-т на гладкой коже в так называемых себорейных местах: в средней части груди, спины, в заушных и носо-щечных складках, в области бровей. На волосистой части головы эритематозно-сквамозное поражение имеет нечеткие границы. При длительном течении заболевания может наступить поредение волос. Облысение обычно начинается с лобно-теменной области и на макушке. Волосы не обламываются, как при микроспории. Перхоть выражается в более или менее обильном отрубевидном шелушении кожи волосистой части головы при отсутствии воспалительных явлений.

Для подтверждения диагноза микроспории используются люминесцентное, микроскопическое и культуральное исследования.

Важное диагностическое значение имеет люминесцентный метод, который следует использовать при обследовании детей, находящихся в контакте с больными микроспорией, а также для обследования кошек и собак.

Люминесцентный метод используют для:

- определения пораженных волос;
- оценки результатов лечения;
- наблюдения за контактными лицами;
- определения наличия инфекции или миконосительства у животных.

При обследовании под лампой Вуда выявляется светло-зеленое свечение пеньков, пораженных *Microsporum canis*, и изумрудно-зеленое свечение при поражении волос *Microsporum ferrugineum*. При обследовании свежих очагов микроспории свечение волос может отсутствовать, что связано с недостаточным поражением волоса, это часто встречается у детей первых месяцев жизни. В таких случаях волосы следует эпилировать, свечение можно обнаружить в их корневой части.

Культуральное исследование патологического материала из очага поражения необходимо для установления вида возбудителя и правильного проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.

Лечение. При микроспории основными показаниями к назначению системных антимикотических препаратов являются:

- 1) поражение волосистой части головы;
- 2) распространенная микроспория гладкой кожи (3 очага и более);
- 3) поражение пушковых волос на гладкой коже, даже если это единственный очаг (микроскопически выявляются споры гриба в пушковом волосе).

При микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос проводится наружное лечение.

Из системных антимикотиков основным препаратом при лечении микроспории является антибиотик *гризеофульвин* (таблетки по 125 мг), который назначается из расчета 22 мг/кг массы тела в сутки. Гризеофульвин назначают в 3–4 приема с жирной пищей или после еды с гранулами рыбьего жира, который необходим для увеличения длительности действия препарата (содержащийся в нем α -токоферол тормозит метаболизм препарата в печени и увеличивает длительность его действия). Непрерывная терапия проводится 4–6 нед, до прекращения люминесцентного свечения пеньков волос в очаге и получения отрицательного анализа на грибы. Затем в той же дозе в течение 2 нед через день. Общий курс лечения составляет 1,5–2 мес.

Из побочных действий гризеофульвина встречаются гранулоцитопения, лейкопения, эозинофилия, токсико-аллергические высыпания. Препарат не рекомендуется назначать детям, перенесшим гепатит, страдающим заболеваниями печени, при болезнях почек, заболеваниях крови, фотодерматозах. Во время лечения 1 раз в 7–10 дней делают клинические анализы крови и мочи.

Для установления диагноза микроскопическое исследование на грибы проводится при первом обращении, затем через 14 дней от начала лечения гризеофульвином с периодичностью 4 дня до получения первого отрицательного анализа или 3 раза через каждые 3–4 дня при единичных очагах на гладкой коже без поражения пушковых волос либо 5–7 дней при поражении длинных и пушковых волос после первого отрицательного результата.

Если имеются противопоказания к назначению гризеофульвина или лечение этим препаратом неэффективно, то показано проведение системной антифунгальной терапии препаратом из группы аллиламинов — тербинафином по следующей схеме: при массе тела ребенка до 20 кг — 62,5 мг (1/4 таблетки по 250 мг), от 20 до 40 кг — 125 мг (1/2 таблетки по 250 мг), более 40 кг — 250 мг 1 раз в сутки вне зависимости от приема пищи. Однако данные дозы нередко бывают малоэффективными. Из побочных действий следует указать на незначительные боли в животе, чувство переполнения в желудке. Соблюдение диеты позволяет уменьшить явления метеоризма. Препарат назначают в среднем на 4–6 нед до прекращения свечения волос в очаге, после

чего проводят 3-кратное контрольное микологическое исследование патологического материала из бывших очагов поражения.

Во время лечения 1 раз в 7–10 дней следует исследовать клинические анализы крови и мочи. Так как после месячного курса лечения нередко сохраняется свечение пеньков в очаге, то следует терапию тербинафином проводить одновременно с наружным лечением очагов. Обязательно бреют волосистую часть головы 1 раз в 5–6 дней с последующим мытьем головы шампунем, содержащим антимикотик (кетоназол и др.), оставляя его на 5 мин. В упорных случаях, когда системная антимикотическая терапия неэффективна, показана ручная эпиляция волос в очаге.

При лечении тербинафином первое микроскопическое исследование на грибы необходимо проводить после разрешения клинических проявлений и при отсутствии свечения волос под люминесцентной лампой Вуда.

При инфекции, вызванной *Microsporum spp.*, самым эффективным антимикотиком является гризеофульвин. При инфекции, вызванной *Trichophyton spp.*, эффективнее тербинафин.

Перед назначением антифунгальной терапии показано тщательное обследование детей на глистную инвазию, так как сроки клинико-этиологического излечения находятся в прямой зависимости от сроков выявления глистной инвазии и проведения дегельминтизации.

Традиционно наружное лечение микозов волосистой части головы заключается в проведении йодно-мазевой терапии. Утром очаги на волосистой части головы обрабатывают 2% спиртовым раствором йода с последующим нанесением (5%) салициловой кислоты + серы (Серно-салициловая мазь*) (2%) или одного из наружных синтетических антимикотиков (миконазол — 1 раз в день, сертаконазол — 1–2 раза в день, тербинафин — 2 раза в день, нафтифин — 2 раза в день и др.). Для усиления кератолитического действия наружного лечения целесообразно современные антимикотики сочетать с салициловой кислотой + серой (Серно-салициловая мазь*). Часто применение йодной настойки более 1 раза в сутки приводит к развитию дерматита, что затрудняет и удлиняет сроки лечение микроспории.

При выраженной воспалительной реакции в очаге показано назначение комбинированных препаратов, содержащих, помимо антимикотика, глюкокортикоиды [дифлукортолон + изоконазол (Травокорт*)]

При присоединении вторичной пиококковой инфекции показан бетаметазон + гентамицин + клотримазол (Акридерм ГК^а) или бетаметазон + гентамицин + клотримазол (Тридерм^а).

Критерии излеченности: клиническое выздоровление, отсутствие свечения волос в очаге и 3-кратные отрицательные анализы на грибы из очагов с 5–7-дневным интервалом.

Сроки диспансерного наблюдения после проведенного курса лечения:

- 1) при поражении волосистой части головы, ресниц, бровей, пушковых волос — 2,5 мес;
- 2) при поражении гладкой кожи без вовлечения в процесс пушковых волос — 1 мес.

После перенесенной микроспории с поражением волос первый осмотр проводится через 2 нед, затем дважды через 4 нед.

После перенесенной микроспории гладкой кожи без вовлечения пушковых волос первый осмотр необходимо проводить через 10 дней, второй — через 20 дней, далее больного снимают с учета.

3.2. ТРИХОФИТИЯ

Код по МКБ-10 — В.35.

Трихофития — высококонтагиозный дерматомикоз кожи, волос и ногтей, вызываемый грибами рода *Trichophyton*.

Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes var. gypsum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных.

Инкубационный период при антропонозной трихофитии составляет от 5 до 7 дней, при зооантропонозной — от 1–2 нед до 1,5–2 мес.

Классификация:

- поверхностная трихофития гладкой кожи;
- поверхностная трихофития волосистой части головы;
- хроническая трихофития гладкой кожи;
- хроническая трихофития волосистой части головы;
- инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи;
- инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы.