**Микроспория** (Microsporia) вызывается грибами рода Microsporum. В нашей стране известны два основных вида возбудителя данного заболевания: антропофильный ржавый микроспорум (М. ferrugineum), паразитирующий только на коже человека, и зооантропофильный пушистый, кошачий, собачий микроспорум (М. lanosum), паразитирующий на коже животных и человека. Мицелий гриба вначале растет в фолликуле, на поверхности волоса, затем проникает в него. Очаги поражения при микроспории локализуются на волосистой части головы, гладкой коже; ногти пальцев кистей поражаются очень редко.

Микроспорией болеют преимущественно дети. С наступлением половой зрелости она самопроизвольно излечивается. У взрослых микроспория бывает очень редко. Заболевание передается при прямом контакте с больным ребенком (или с животным) либо через инфицированные грибками предметы, вещи (расчески, ножницы, головные уборы и т. п.).

При заражении антропофильными грибами на волосистой части головы возникают множественные очаги мелкопластинчатого шелушения неправильных очертаний, склонные к слиянию и образованию крупных очагов. Они располагаются в основном в краевой зоне роста волос. Волосы в очагах обламываются, но не все. Их пеньки (обломки) имеют различную длину. Часто очаги распространяются и на прилегающие участки гладкой кожи (область лба, висков, шеи), где принимают округлые очертания и вид розово-красных колец, овалов с более бледным центром либо вписанных одна в другую розово-красных окружностей или крупных полициклических фигур (при слиянии отдельных очагов).

При инфицировании зооантропофильными микроспорумами (М. lanosum) на волосистой части головы образуются единичные, довольно крупные, округлые, резко очерченные бледно-розовые очаги (с трех-, пятикопеечную монету и крупнее), покрытые серовато-белыми асбестовидными чешуйками. Почти все волосы в очаге обламываются приблизительно на одном уровне (5— 8 мм от поверхности кожи). Оставшиеся волосы-пеньки (обломки) имеют серовато-белый цвет, обусловленный цветом чешуек, образованных спорами гриба, покрывающими их как бы чехликом или “муфтой” (“чехол” Адамсона). Около одного крупного очага часто появляются мелкие шелушащиеся очажки (1—2) с обломанными волосами. Иногда в очагах развиваются острые воспалительные явления с инфильтрацией и нагноением. В таких случаях на конечностях и туловище могут возникать аллергические кожные сыпи (микроспориды).

Для диагностики формы микроспории, помимо учета клинических симптомов, большое значение имеют результаты эпидемиологического анализа, а также микроскопического и бактериологического исследований патологического материала. Люминесцентный метод исследования, сущность которого заключается в выявлении зеленоватого свечения волос (пораженные волосы в лучах люминесцентной лампы Вуда светятся зеленым светом), характерного для обоих видов микроспории, помогает подтвердить наличие микроспории.

Гистопатология микроспории не отличается от таковой при подостром или хроническом дерматите.

!!!!!!!!!!!!!!!!! На гладкой коже лица, открытых участков конечностей, реже на туловище очаги имеют почти округлую, овальную или полициклическую (результат слияния) форму. Край их образуют тесно прилегающие друг к другу розово-красные узелки величиной с булавочную головку, пузырьки, коричневые корочки, в связи с чем он имеет вид розово-красного воспалительного валика. В центре очагов отмечается шелушение и гиперемия выражена слабее. У большинства больных детей (до 90 *%)* поражаются пушковые волосы.

Лечение микроспории проводится, как и трихофитии; только при первой в случае поражения волосистой части головы суточная доза гризеофульвина должна быть 22 мг/кг массы тела. Ослабленным детям назначают еще пирогенал, иммуноглобулин, витамины A, Bi, С.

Прогноз при обеих формах микроспории благоприятный. Для профилактики заболевания проводят те же мероприятия, что и при предупреждении распространения трихофитии. Только при микроспории, обусловленной антропофильным микроспорумом, повторные осмотры в детских коллективах всех контактировавших с больным, а также членов его семьи проводятся каждые 5 дней в течение 5—6 недель; при вызванной зоо-антропофильным микроспорумом форме контактировавших детей осматривают 2 раза с интервалом в одну неделю. При обнаружении микроспории, обусловленной зооантропофильным возбудителем, проводят отлов бездомных кошек, собак и обследуют их с помощью люминесцентной лампы.

Микроспорию волосистой части головы необходимо д и ффе-ре и цировать от трихофитии, круговидного облысения, трихо-тилломании, трихокриптомании; при поражении микроспорией гладкой кожи — от трихофитии, фавуса гладкой кожи, псориаза, себорейной экземы.

При проведении врачебно-трудовой экспертизы взрослые, больные микроспорией (обычно гладкой кожи), по эпидпоказаниям в определенных условиях считаются временно нетрудоспособными. Если обнаруживаются единичные очаги на гладкой коже при хороших санитарно-бытовых условиях, лечение может проводиться амбулаторно. Больные с множественными очагами на гладкой коже при поражении пушковых волос, волосистой кожи головы должны лечиться в стационаре. Их выписывают из отделения после исчезновения клинических признаков заболевания и получения 3-кратного отрицательного результата микроскопического исследования, проводимого через 5—7 дней.

При микроспории гладкой кожи взрослых больных, работающих в детских коллективах, временная нетрудоспособность по эпидпоказаниям длится 2—3 недели; при поражении пушковых волос и волосистой части головы — 30—40 дней; они отстраняются от непосредственного обслуживания детей в детских учреждениях.

При соответствующих семейных, бытовых условиях и отсутствии возможности госпитализации больного ребенка, но при необходимости его изоляции от других детей, одному из родителей может быть выдан бюллетень по уходу за ним по эпидпоказаниям.

МИКРОСПОРИЯ

Микроспория (microsporia) вызывается или антропофильными грибами, паразитирующими только на человеке, или зоофильными, паразитирующими как у человека, так и у животных (чаще всего кошек и собак). И те, и другие возбудители (Microsporum) образуют вокруг волоса чехол из мелких спор, которые располагаются хаотично (мозаично). При надавливании на покровное стекло чехол распадается на отдельные кучки спор (см. рис. 20, в). Внутри волоса обнаруживаются небольшие скопления спор и септированные, ветвящиеся нити мицелия расположенные по длине волоса.

Болеют преимущественно дети, в период полового созревания заболевание обычно самопроизвольно разрешается. Микроспория бывает, как правило, поверхностной. Инфильтративно-нагноительная форма и поражение ногтей наблюдаются крайне редко.

**Микроспория гладкой кожи** практически не отличается от поверхностной трихофитии (ни клинически, ни микроскопически).

Микроспория волосистой части головы проявляется двояко. В тех случаях, когда возбудителем является зоофильный гриб, образуется 1—2 крупных, круглых или овальных, четко очерченных очага поражения, все волосы в которых обломаны на одной высоте — 5—8 мм — и выглядят поэтому как бы подстриженными (рис. ]6). Обломанные волосы имеют белый цвет за счет муфты из спор. легко выдергиваются. Кожа при этом густо покрыта муковидными чешуйками. Микроспория, вызванная антропофильным грибом, напоминает поверхностную трихофитию волосистой части головы с той лишь разницей, что волосы обламываются (не все!) более высоко и имеют белый цвет.

Диагноз. Важное дифференциально-диагностическое значение имеет зеленоватое свечение пораженных волос в лучах Вуда—ультрафиолетовых лучах кварцевой лампы, пропущенных через стекло, импрегнированное солями никеля. Люминесцентный метод следует широко использовать при обследовании детей, имевших контакт с больным микроспорией, а также кошек и собак, подозреваемых в заражении. Обследование проводят в затемненном помещении.

Лечение. Такое же, как при поверхностной трихофитии волосистой части головы. Гризеофульвин назначают в больших суточных дозах —22 мг на 1 кг массы тела (детям — не более 6 таблеток).