**Микроспория**

Среди дерматофитий микроспория является наиболее распространенным заболеванием, так как ее возбудитель обладает значительной вирулент¬ностью и широко распространен в почве, на растениях и у животных.

Этиология. Грибы, вызывающие микроспорию, принадлежат к ант-ропофильному и зооантропофильному видам. Этим обусловлены две клинические разновидности — поверхностная и инфильтративно-наг-ноительная микроспория.

Эпидемиология. Заражение антропофильными микроспорумами происходит при непосредственном контакте с больными или через вещи и предметы обихода, инфицированные грибами.

Патогенез. Преимущественные заболевания микроспорией детей объясняются дисбалансом гуморально-клеточных факторов иммунитета, недостаточной концентрацией бактерицидных компонентов сыворотки крови и снижением уровня фунгистазы в волосяных фолликулах у де¬тей до 14—15 лет.

Клиническая картина. При инфильтративно-нагноительной микро¬спории на волосистой части головы возникают крупные единичные отеч-но-инфильтративные очаги с четкими границами округлой или овальной формы, окруженные несколькими мелкими (дочерними) очажками вследствие аутоинокуляции. На очагах поражения все волосы обломаны на уровне 6-8 мм. На обломках видны муфточки или чехлики, состоящие из спор гриба и плотно покрывающие остатки обломанных волос. Кожа вокруг обломков застойно-гиперемирована, часто покрыта значительным количеством плотно прилегающих серых асбестовидных чешуек или чешуйко-корок. Глубокая нагноительная микроспория типа kerion сопровождается лихорадкой, недомоганием, лимфаденитом.Поражение гладкой кожи проявляется эритематозно-сквамозными высыпаниями правильно округлой или овальной формы с четкими грани¬цами. На валикообразно приподнятых краях с более выраженной отеч¬ностью можно видеть папуловезикулы, пустулы, серозно-гнойные корки, чешуйки. Центр очагов всегда несколько менее гиперемирован, часто в стадии разрешения. В этих случаях очаги приобретают кольцевидную форму. В период обострения процесса в центре очагов воспаление активи¬зируется, и тогда возникают ирисоподобные формы вписанных друг в дру¬га окружностей. При множественном распространении очаги сливаются (рис. 39). Поражение пушковых волос и фолликулов гладкой кожи прояв¬ляется лихеноидными папулами с гиперкератозом устьев фолликулов.На гладкой коже очаги хорошо контурируются, нередко образуя фигуры причудливых очертаний. Ржавый микроспорум нередко поражает изолированно гладкую кожу с поражением пушковых волос, что затрудняет излечение.

Поверхностная микроспория обусловлена антропонозным гри¬бом М. ferrugineum. На волосистой части головы процесс проявляет¬ся эритематозно-шелушащимися очагами неправильных очертаний с нечеткими краями. Волосы обла¬мываются высоко, на разных уров¬нях, но на поверхности очагов сохраняется значительное коли¬чество видимо здоровых волос. Обломки волос окружены плотно прилегающим футляром из спор гриба. Вокруг материнского очага вследствие отсева всегда видны мелкие элементы в виде розовато-ливидных мелких фолликулярных лихеноидных папул или эритема-тозно-сквамозных пятен.

При раздражении первичных очагов микоза нерациональной терапией или при повышенной реактивности организма на внедрение гри¬бов могут появляться вторичные аллергические высыпания — микиды.

Чаще микиды наблюдаются при трихофитии и микроспории, когда заболевание обусловлено зооантропофильными грибами. Микиды могут быть поверхностными (лихеноидными, эритематозными, эритемато-сквамозными, везикулезными) и более глубокими (узловатыми). Они локализуются как вблизи от очагов микоза, так и на большом отдале¬нии. Во вторичных высыпаниях обнаружить элементы гриба не удается. Клинико-морфологически дерматомикиды могут напоминать скарла-тино- и кореподобную сыпь, парапсориаз, розовый лишай и т.д. Появление дерматомикидов может сопровождаться головной болью, недомоганием, слабостью, повышением температуры и др.

Диагностика. Поражение гладкой кожи и волосистой части головы при всех формах микроспории выявляется на основе клинической симптоматики с учетом результатов микологического микроскопичес¬кого исследования, а также с использованием флюоресценции в лучах лампы Вуда.

Лечение. Наиболее эффективным средством лечения больных мик¬роспорией остается фунгистатический антибиотик гризеофульвин. Его назначают внутрь из расчета 22 мг/(кг-сут) 3 раза в день с чайной ложкой растительного масла до первого отрицательного анализа на грибы, затем в той же дозе 2 нед через день и еще 2 нед 2 раза в неделю.

Одновременно с приемом антибиотика внутрь проводится наружное лечение: волосы на голове сбривают 1 раз в неделю. Применяют кремы или мази (кетоконазол, бифоназол, клотримазол, оксиконазол или чере¬дование аппликаций 10% серно-3% салициловой мази со смазыванием очагов 2% спиртовой настойкой йода). Лечение обычно продолжается от 4 до 6 нед.