

## Случай микроспории у пациента пожилого возраста

Вислобоков А.В.

Медицинский институт ФГБОУ ВПО Орловский государственный университет

Представлен анализ заболеваемости микроспорией в Орловской области. Приведено клиническое наблюдение больной старше 60 лет, страдающей микроспорией волосистой части головы.

Ключевые слова: микроспория; заболеваемость.

### A CASE WITH MICROSPORIA IN AN ELDERLY PATIENT

Vislobokov A.V.

Medical Institute, Orel State University, 302026, Orel, Russia

The incidence of microsporia in the Orel region is analyzed. A clinical case is presented: a female patient over 60 years of age, suffering from microsporia of the hairy part of the head.

Key words: microsporia; disease incidence.

Микроспория – контагиозная дерматофития, поражающая волосистую часть головы, гладкую кожу с вовлечением или без поражения пушковых волос, чрезвычайно редко ногтей, вызываемая различными видами грибов *Microsporum*.

Грибы рода *Microsporum* устойчивы к повреждающим факторам внешней среды, а также к различным противогрибковым препаратам. Данные грибы сохраняют жизнеспособность в волосах до 10 лет, в кожных чешуйках до 7 лет. Поэтому среди заболеваний микотической этиологии у человека по распространенности микроспория занимает второе место после микозов стоп.

Первое описание возбудителя микроспории принадлежит австро-венгерскому ученому D. Gruby (1843 г.), однако причинно-следственная связь между обнаружением микромицетов и развитием определенной клинической картины установлена немного позже в работах французского дерматолога R.J.A. Sabouraud (1864–1938) (цит. по [4]).

В настоящее время описано более 20 видов представителей рода *Microsporum*. Но для клиницистов наибольшее значение имеют следующие виды грибов: *M. canis* (син. пушистый) – наиболее часто регистрируемый в России возбудитель микроспории. Он относится к повсеместно распространенным в мире зоофильным грибам, вызывает дерматофитии у животных. Основными животными, участвующими в сохранении и передаче человеку инфекции, являются кошки (в 70–80% случаев). Также возможно заражение этим микозом от больного микроспорией человека, чаще детей (в 2% случаев), и от почвы (0,7%) [5, 6].

*M. ferrugineum* (син. ржавый) – антропофильный возбудитель, распространенный в Азии, Восточной Европе, Центральной Африке, редко встречается в России, передается только от больного человека к здоровому при контакте с ним или опосредованно через зараженный предмет. Эта микроспория конта-

гиознее зоофильной, но встречается реже.

Распространение преимущественно зоофильных или антропофильных возбудителей определяет эпидемиологические особенности развития инфекционного процесса. Так, для зооантропонозной микроспории не свойственно хроническое течение в отличие от микроспории, обусловленной антропофильными грибами. Кроме того, микроспорию чаще регистрируют в городах, где заболеваемость среди бродячих животных достигает 50%. По данным общероссийских эпидемиологических исследований, микроспория стоит на третьем месте среди всех дерматофитий и имеет высокий удельный вес среди всех микозов [3]. По данным Орловского областного кожно-венерологического диспансера, в Орловской области за период 2008–2012 гг. удельный вес микроспории среди всех микозов в 2008 г. составил 23,6%, в 2009 г. – 32,9%, в 2010 г. – 45,9%, в 2011 г. – 25,1%, в 2012 г. – 31,7%.

В последние годы по Российской Федерации заболеваемость микроспорией колеблется от 49 до 51,8 случая на 100 000 населения. Болеют микроспорией преимущественно дети до 13 лет. Среди пациентов, страдающих этим микозом, 97% – дети в возрасте от 3 до 11 лет [1]. Это связано с гормональной перестройкой и активной работой половых желез. В пубертатный период качественно изменяется состав кожного сала, в нем накапливаются свободные жирные кислоты с высоким содержанием углерода, которые отличаются выраженной противогрибковой активностью. Кроме того, у взрослых качественно изменяется кератин в волосах. Эти особенности приводят к чрезвычайно редкому поражению длинных и щетинистых волос у взрослых. Очаги микоза у них локализируются лишь на гладкой коже с возможным поражением пушковых волос, особенно у молодых женщин. Микроспория может локализоваться и на волосистой части головы у лиц с недостаточной естественной резистентностью, связанной с

Сведения об авторе:

Вислобоков Андрей Витальевич – доктор мед. наук, профессор (hmellor@mail.ru).

Структура заболеваемости микроспорией по Орловской области за 2008–2012 гг.

Год	Всего случаев		Доля микроспорий среди всех микозов, %	Из них сельских жителей		Заболеваемость на 100 000 детского населения (от 0 до 14 лет)
	абс.	из них детей до 14 лет		абс.	%	
2008	277	256	23,6	86	31	224,6
2009	342	307	32,9	115	33,6	269
2010	323	312	45,9	125	38,6	273,2
2011	310	281	25,1	111	35,8	245,6
2012	334	307	31,7	130	38,9	268,4

недостаточным сало- и потоотделением, нарушением процессов пролиферации и десквамации эпителия и нервно-сосудистыми нарушениями, особенно на фоне приема медикаментов с иммуносупрессивным действием [2, 4].

Цель исследования – проанализировать эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в регионе, а также привести интересный клинический случай.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с микроспорией, получавших лечение в Орловском областном кожно-венерологическом диспансере (ООКВД) и форм статистической отчетности №34,4 (№9) за период 2008–2012 гг. Доля микроспории среди всех микозов колеблется от 23,6 до 45,9% (см. таблицу). Основная заболеваемость зарегистрирована в крупных городах и населенных пунктах области. Среди больных микроспорией сельских жителей было около  $\frac{1}{3}$ , но с динамикой к увеличению с 31% в 2008 г. до 38,9% к 2012 г.

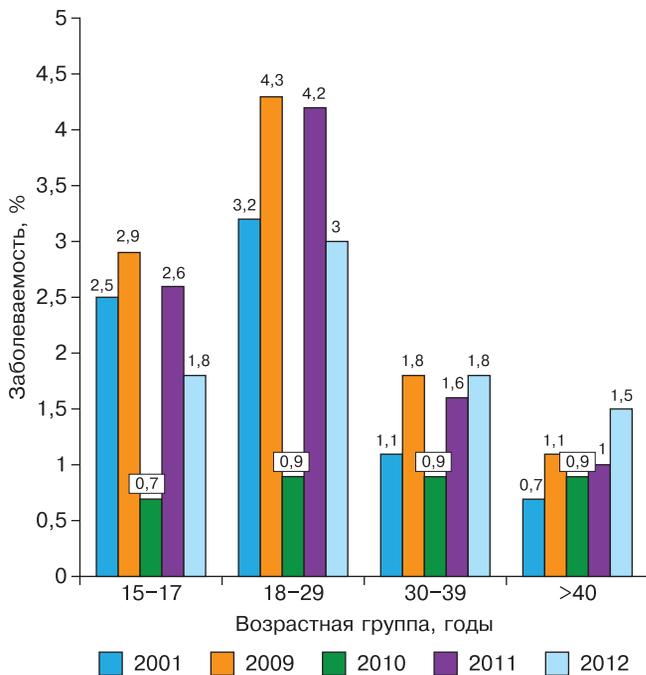


Рис. 1. Заболеваемость микроспорией в возрастных группах от 15 лет и старше населения Орловской области.

По-прежнему наблюдается высокий удельный вес больных детей от 0 до 14 лет в структуре заболеваемости микроспорией. В 2008 г. он составил 92,4%, в 2009 г. – 89,8%, в 2010 г. – 96,6%, в 2011 г. – 90,6%, в 2012 г. – 91,9%. На территории России заболеваемость микроспорией в 2002–2003 гг. составила 243,4–237,1 случая на 100 000 детского населения [1]. По Орловской области этот показатель колебался



Рис. 2. Мицелий микроспорума (эндотрикс). Ув. 10.

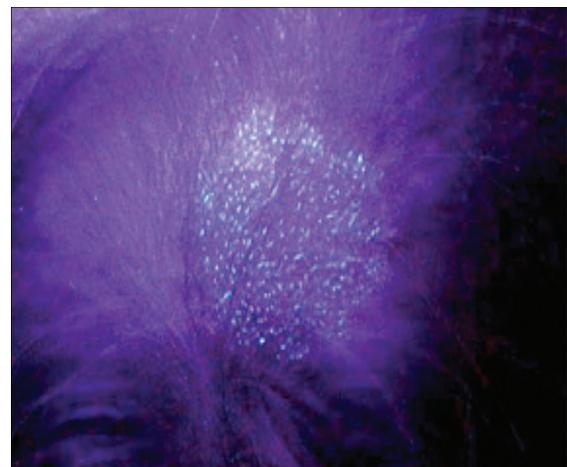


Рис. 3. Зелено-желтое (фосфорное) свечение очагов в лучах лампы Вуда.



Рис. 4. Больная Б. Микроспория волосистой части головы, антропонозная форма.

*a* – множественные очаги алопеции размером от 1,5 до 6 см на волосистой части головы в теменной, затылочной, височных областях с равномерным обламыванием волос на одном уровне; *б* – в лобно-теменной и затылочной областях множественные очаги алопеции размером от 1,5 до 3 см.

от 224,6 случая в 2008 г. до 273,2 случая в 2010 г. на 100 000 детского населения (см. таблицу).

Структура заболеваемости в других возрастных группах следующая: количество больных в возрастных группах старше 30 лет ничтожно мало и составляет в среднем около 1–1,5% от всех зараженных, но в группе старше 40 лет этот показатель ежегодно увеличивается (рис. 1). Эта тенденция, на наш взгляд, в последующие годы может стать постоянной.

Приводим редкий клинический случай.

Больная Б., 60 лет, находилась на стационарном лечении в микологическом отделении ООКВД в сентябре 2012 г. с диагнозом микроспории волосистой части головы антропонозной формы.

При поступлении предъявляла жалобы на очаговое выпадение волос на голове. Считает себя больной около 2 нед. Свое заражение связывает с посещением парикмахерской. Из сопутствующей патологии отмечает ревматоидный полиартрит, по поводу которого принимает поддерживающую дозу преднизолона 15 мг в сутки. При обследовании в микологическом кабинете поликлиники ООКВД в соскобах из очагов был выявлен мицелий микроспорума (рис. 2), а также наблюдалось зелено-желтое (фосфорное) свечение очагов в лучах лампы Вуда (рис. 3).



Рис. 5. Больная Б. Микроспория волосистой части головы (зоонозная форма). Множественные очаги алопеции размером от 3 до 7 см на волосистой части головы в теменной, затылочной и височной областях с равномерным обламыванием волос на одном уровне.

Клинический анализ крови: гемоглобин 126 г/л, эритроциты  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , цветовой показатель 0,9, лейкоциты  $6 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные 1%, сегментоядерные 54%, эозинофилы 2%, лимфоциты 22%. Клинический анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность 1014, реакция кислая, глюкозы и белка нет, плоский эпителий 1–3 в поле зрения, лейкоциты 1–3 в поле зрения. ДС-НФА-ВИЧ-АГ-АТ-скрин (ДС); RW – отрицательные. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л, аланинаминотрансфераза 0,23 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза 0,3 ммоль/л, С-реактивный белок +++, общий белок 67 г/л, билирубин 11,4 ммоль/л, креатинин 0,067 ммоль/л.

В объективном статусе пациентки на волосистой части головы в лобно-теменной, затылочной, височных областях наблюдаются множественные (19) очаги алопеции размером 1,5–6 см, имеющие четкие границы, с равномерным обламыванием волос на одном уровне до 2 мм. Кожа в очагах слабо гиперемирована, покрыта мелкими серыми чешуйками (рис. 4, а, б).

Проведена терапия: антимикотик – гризеофульвин в дозировке 20 мг на 1 кг массы тела, 8 таблеток в сутки (до 3 отрицательных анализов), с уменьшением дозы в 2 раза через 2 нед после каждого отрицательного анализа. Эпидемия волос в очагах. На 4-й день лечения была проведена отслойка эпидермиса в очагах мазью Ариевича в половинной концентрации. Наружно: 5% раствор йода, 1% крем тербизил.

При последующем наблюдении в очагах отмечен рост волос, свечение отсутствует. В трех последующих соскобах мицелий гриба не выявлен. Выписана с клиническим выздоровлением.

С 27 августа по 20 сентября 2013 г. больная вновь находилась на лечении в микологическом отделении ООКВД с аналогичным диагнозом: микроспория волосистой части головы, зоонозная форма. Повторное заражение произошло после контакта с животным. При обследовании в соскобах из очагов был выявлен мицелий пушистого микроспорума, а также наблюдалось специфическое свечение в лучах лампы Вуда. В объективном статусе больной (рис. 5) на волосистой части головы в затылочно-теменной области наблюдались участки алопеции размером 3–7 см в диаметре, с четкими границами и равномерным обламыванием волос у корня.

Проведена терапия системным и местным фунгицидным и фунгистатическим препаратами. Выписана с клиническим выздоровлением.

Анализ заболеваемости микроспорией подтверждает редкость данного дерматоза у пожилых людей. Приведенный клинический случай демонстрирует возможность неоднократного заражения данным микозом пациентов любого возраста, а знание эпидемиологии может являться одним из определяющих факторов в диагностике и последующем лечении заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вислобоков А.В., Хмельницкий Р.А. Микроспория: трудности диагностики. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2010; 2: 47–9.
2. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 234–98.
3. Кубанова А.А., Кисина В.И. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей*. М.: Литтерра; 2005.
4. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. *Дерматофитии с поражением волос у детей: клиника и лечение*. М.; 2004.
5. Кубанова А.А. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации*. М.: ДЭКС-Пресс; 2008.
6. Рукавишников В.М., Моххамед Ю. *Актуальные вопросы дерматовенерологии*. Астрахань, М.; 1995: 83–9.

Поступила 23.12.13

## REFERENCES

1. Vislobokov A.V. Khmelnytsky R.A. Mikrosporiya: difficulties of diagnostics. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2010; 2: 47–9. (in Russian)

2. Skripkin Yu.K., Butov Yu.S., Ivanov O., eds. *Dermatovenerology. National management [Dermatovenerologiya. Nacional'noe rukovodstvo]*. Moscow : GEOTAR-Media; 2013: 234–98. (in Russian)
3. Kubanova A.A., Kisina V.I. *Rational pharmacotherapy of diseases of skin and infections, sexually transmitted. The management for practicing doctors [Racionalnaya farmakoterapiya zabolevaniy kozhi i infekciy, peredavaemykh polovym putem. Rukovodstvo dlya praktikujushhikh vrachey]*. Moscow: Litterra; 2005. (in Russian)
4. Korsunskaya I.M., Tamrazova O.B. *Dermatofitii with damage of hair at children: clinic and treatment [Dermatofitii s porazheniem volos u detey: klinika i lechenie]*. Moscow; 2004. (in Russian)
5. Kubanova A.A. *Dermatovenerology. Clinical recommendations [Dermatovenerologiya. Klinicheskie rekomendatsii]*. Moscow: DEKS-Press; 2008. (in Russian)
6. Rukavishnikova V.M., Mokhkamed Yu. *Topical issues of a dermatovenerology [Aktualnye voprosy dermatovenerologii]*. Astrakhan, Moscow; 1995: 83–9. (in Russian)

Received 23.12.13

## КОСМЕТОЛОГИЯ

© РОДИН А.Ю., ЗАКЛЯКОВА Т.Н., 2014  
УДК 616.53-002.2/3-085.271.4

## Применение полиненасыщенных незаменимых жирных кислот и антиоксидантов в терапии акне

Родин А.Ю.<sup>1</sup>, Заклякова Т.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России; <sup>2</sup>ГБУЗ Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер

*Представлены результаты обследования 160 пациентов с акне различной степени тяжести, с определением качества жизни, уровня перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты) и активности антиокислительной системы (каталаза, глутатионпероксидаза) методом ультрафиолетовой спектрофотометрии до лечения и после него. В лечении пациентов использовали нутрицевтики (льняное масло) и антиоксиданты (селен, токоферола ацетат). Нежелательных побочных эффектов не отмечено.*

**Ключевые слова:** акне; перекисное окисление липидов; антиокислительная система; льняное масло с селеном; токоферола ацетат.

### POLYUNSATURATED ESSENTIAL FATTY ACIDS AND ANTIOXIDANTS IN THERAPY OF ACNE

Rodin A.Yu.<sup>1</sup>, Zaklyakova T.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Volgograd State Medical University, 400131, Volgograd, Russia; <sup>2</sup>Volgograd Regional Clinical Dermatovenerological Center, 400054, Volgograd, Russia

*A total of 160 patients with acne of different severity were examined. Their quality of life was evaluated. Lipid peroxidation processes were evaluated by malonic dialdehyde and conjugated dienes, antioxidant system activity was evaluated by catalase and glutathione peroxidase, which were measured by UV spectrophotometry before and after therapy. The patients were treated by nutraceuticals (linseed oil) and antioxidants (selenium, tocopherol acetate). No unwanted side effects were recorded.*

**Key words:** acne; lipid peroxidation; antioxidant system; linseed oil with selenium; tocopherol acetate.

Сведения об авторах:

Заклякова Татьяна Николаевна – аспирант, врач-дерматолог (Zakljakova@mail.ru); Родин Алексей Юрьевич – доктор мед. наук, профессор.