

Трихофітія волосистої частини голови у дорослих

Е.О. Мурзіна, С.В. Возіанова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Дерматологічні захворювання налічують більше 3000 нозологій. Тому для встановлення правильного діагнозу важливу роль відіграють не тільки отримані знання при навчанні, а й щоденна практика: чим більше бачиш, тим більше знаєш. **Мета дослідження:** привернути увагу лікарів загальної практики–сімейної медицини, що іноді клінічний перебіг дерматологічного захворювання нетиповий, не відповідає характерній клінічній картині. Особливо це стосується захворювань, які зазвичай характерні у дитячому віці, зокрема, мікози волосистої частини голови у дорослих пацієнтів, які тривалий час бувають не діагностовані завдяки своїй нетиповій клінічній картині та негативним лабораторним дослідженням.

Матеріали та методи. Мікози волосистої частини голови викликають декілька грибів роду Мікроспорум та Трихофітум. Клінічна картина цих захворювань досить типова. За наявності мікроспорії: округлі, відмежовані осередки ураження, поверхня вкрита висівкоподібними лусочками сірувато-білого кольору на тлі незначної еритеми. Найхарактернішою ознакою є суцільне обламування волосся у вогнищах ураження на висоті 3–5 мм або 6–8 мм над шкірою (залежно від збудника захворювання): уражене волосся оточене муфтою – сірувато-білим нальотом. Крім цього, наявність зеленого світіння у променях лампи Вуда остаточно переконає лікаря, що це мікроспорія. Клінічна картина у разі трихофітії теж більш-менш характерна: на волосистій частині голови спочатку з'являються поодинокі, а потім множинні ізольовані вогнища ураження діаметром 1–2 см з неправильними обрисами, нечіткими межами, без тенденції до злиття. Шкіра у вогнищах ураження трохи набрякла й гіперемована, вкрита висівкоподібними лусочками сірувато-білого кольору, волосся обламується на висоті 2–3 мм над поверхнею шкіри або біля кореня. Лікар загальної практики–сімейної медицини достатньо швидко встановить діагноз. У разі появи вогнищ відсутності волосся на шкірі волосистої частини голови у дорослих пацієнтів лікарю важко ототожити «дитяче» захворювання у дорослої людини.

Результати. У статті наведений випадок трихофітії волосистої частини голови у жінки похилого віку, якій протягом 5 міс не був встановлений правильний діагноз, що призвело до збільшення розмірів ураження до величезних розмірів і значно погіршило якість її життя.

Заключення. Проведення ретельного диференційного діагнозу, виключення усіх можливих дерматологічних патологій дає можливість зупинитися на такому нехарактерному захворюванні для осіб похилого віку, як мікози волосистої частини голови та призначити адекватне лікування.

Ключові слова: дерматологічні захворювання, сімейний лікар, трихофітія волосистої частини голови, лікування.

Сімейний лікар – лікар загальної практики, багато-профільний фахівець. Лікар загальної практики–сімейної медицини може самостійно вирішити до 80% проблем хворих на етапі первинної допомоги, включаючи лікування у домашньому або денному стаціонарі, проведення профілактичної роботи з населенням. Якщо хворий потребує допомоги фахівця вузького профілю, сімейний лікар не повинен бути пасивним спостеріга-

чем, а має активно втручатися у процеси діагностики та лікування, зокрема таких шкірних хвороб, як піддермії, вірусні та паразитарні захворювання шкіри. Саме сімейний лікар може першим запідозрити передракові захворювання шкіри, новоутворення, псоріаз, екзему, atopічний дерматит, сифіліс або захворювання, що передаються статевим шляхом, та своєчасно направити до фахівця для підтвердження діагнозу і подальшого лікування.

Інколи виникає питання у встановленні діагнозу, а відповідно, у призначенні терапії, коли шкірне захворювання має неklasичну клінічну картину та перебіг або зустрічається у нехарактерній віковій категорії. Наприклад, виявлення шкірного захворювання у дорослого, яке характерне для дитячого віку. Зокрема, це стосується мікозів волосистої частини голови.

Мікози волосистої частини голови спричинюють декілька грибів роду Мікроспорум та Трихофітум. Мікроспорію викликає переважно зоофільний гриб *M. canis* та антропофільний *M. ferrugineum*, який є контагіознішим. Основне джерело *M. canis* – це кішки й собаки. Збудник передається при безпосередньому контакті, також можливе ураження через предмети й речі, забруднені ураженими грибом лусочками та волоссям. Джерело *M. ferrugineum* є тільки хвора дитина.

Мікроспорія – зазвичай захворювання дитячого віку, яке діагностують у дітей віком 4–11 років. Розвиток захворювання спричинюють гіповітаміноз, імунодефіцитний стан, недотримання правил особистої гігієни. Інкубаційний період становить 3–7 днів.

При мікроспорії волосистої частини голови, що викликана *M. canis*, формуються округлі, відмежовані вогнища ураження діаметром 2–3 см і більше. Їх поверхня вкрита висівкоподібними лусочками сірувато-білого кольору на тлі незначної еритеми. Найхарактернішою ознакою хвороби є суцільне обламування волосся в осередках ураження на висоті 3–5 мм над шкірою: уражене волосся оточене муфтою – сірувато-білим нальотом, який складається з дрібних спор гриба, що оточує волосся (ектотрикс).

При мікроспорії, спричиненій *M. ferrugineum*, на волосистій частині голови виникають множинні осередки невеликого розміру, неправильної форми з нечіткими межами. Переважна локалізація в цих випадках – крайня межа волосистої частини голови з поширенням на гладеньку шкіру. Волосся обламується на довжині 6–8 мм.

Діагноз встановлюють за клінічними проявами, даними мікроскопії, культуральної діагностики, а також зеленим світінням у променях лампи Вуда.

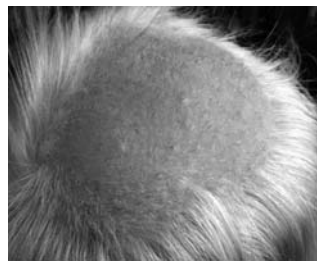
Трихофітія – контагіозна дерматофітія, що уражує гладку шкіру, волосисту частину голови, довге й пушкові волосся, нігті. Розрізняють трихофітію поверхневу й інфільтративно-нагноїну. Збудником трихофітії поверхневої (антропонозної) є антропофільні гриби *Trichophyton violaceum* та *Trichophyton tonsurans*. Джерело ураження – діти молодшого й середнього віку, які хворіють на поверхневу трихофітію; підлітки й дорослі (як правило, жінки) з хронічною трихофітією. Інфікування відбувається при безпосередньому контакті з хворим або через головні убори, натільну й постільну білизну, гребінець, машинки для стрижки волосся й інші предмети та речі, якими користувався хворий. У родинах, де є хворий на хронічну трихофітію, захворювання передається дітям. Можливе інфікування в перукарнях, дитячих садках, інтернатах,



Мал. 1. Трихофітія волосистої частини голови



Мал. 2. Інфільтративна форма трихофітії волосистої частини голови



Мал. 3. Трихофітія волосистої частини голови



Мал. 4. Трихофітія волосистої частини голови через 1 міс лікування

школах та інших дитячих закладах. Ураженню сприяє тривалий контакт із хворим, зниження імунного захисту організму, пошкодження роговий шар шкіри. Збудник захворювання може уражати не тільки шкіру.

При поверхневій трихофітії волосистої частини голови спочатку з'являються поодинокі, а потім множинні вогнища ураження діаметром 1–2 см, одне з яких значно більше за інші, має неправильні контури з нечіткими межами. Вогнища ізольовані, без тенденції до злиття. Шкіра в них трохи набрякла й гіперемована, укрита висівкоподібними лусочками сірвато-білого кольору. З часом гіперемія і набряк збільшуються, з'являються міхури, пустули, кірки, особливо по периферії. Волосся у вогнищах ураження обламується на висоті 2–3 мм над поверхнею шкіри або біля кореня. Діагноз потребує лабораторного підтвердження. При мікроскопічному дослідженні ураженого волосся спостерігається ендотрикс – спори грибів розміщені всередині волосини ланцюгами. При проведенні люмінесцентної діагностики світіння не спостерігається.

Інфільтративно-нагнійну форму трихофітії викликає зоофільний тип грибка *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* і *Trichophyton verrucosum*. Такі форми захворювання частіше зустрічаються у людей, які проживають у сільській місцевості. На волосистій частині голови з'являється інфільтрат синюшно-червоного кольору діаметром до 8 см, що виступає над рівнем шкіри. Якщо інфільтратів декілька, то при злитті вони утворюють великий гнійний конгломерат кимирних форм. При цьому запалення має чіткі межі і не поширюється на сусідні ділянки шкіри, вогнище запалення зазвичай круглої або овальної форми.

Поверхня інфільтрату трихофітії часто покривається виразками. Навколо нього є валик, що складається з бляшок, дрібних бульбашок і кірочок, що засохлі. Через деякий час навколо кожної волосини утворюється пустула, після остаточного формування якої волосся в осередку ураження розхитуються і починають випадати. З розширених волоссяних фолікулів при натисканні або випадковому натисканні виділяються крапельки, а часом і струмки гною, уражена трихофітією ділянка дуже болоча під час дотику. При інфільтративно-нагнійній формі трихофітії у процес залучається і пушкове волосся, яке на відміну від довгого волосся не обламується. Поверхня шкіри голови при трихофітії схожа на медові соти. Іноді процес може мати перебіг тільки у вигляді значної інфільтрації, що дуже змінює картину захворювання.

У літературі можна знайти випадки ураження грибками волосистої частини голови у людей похилого віку. У будинку для людей похилого віку в Бельгії був зареєстрований спалах мікозу волосистої частини голови серед її мешканців. Середній вік хворих – 86 років, більшість з них були жінки. При мікологічному дослідженні був виявлений *M. canis*, але механізм передачі інфекції від пацієнта до пацієнта досить не встановлений.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ми спостерігали випадок ураження шкіри волосистої частини голови у жінки 76 років, яка звернулася за медичною допомогою на кафедру дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика у березні 2016 року.

Жінка вважає себе хворою з жовтня 2015 року, коли на шкірі волосистої частини голови з'явилось вогнище випадіння волосся діаметром до 2 см. Жінка звернулася до сімейного лікаря, який направив її на ретельне обстеження до шкірно-венерологічного диспансеру за місцем проживання для дослідження на паразитарні гриби та для проведення культуральної діагностики. Але результати дослідження нічого не дали. Паразитарні гриби не виявлені. Світіння в променях лампи Вуда не спостерігалось. Діагноз не був встановлений, але призначено лікування протимікотичними мазями. Лікування протягом 2 тиж не принесло результату.

Вогнище ураження поступово збільшувалось. Жінка звернулася до іншого дерматовенеролога, де був встановлений діагноз «трихотіломанія». Призначено традиційне лікування, яке також не дало покращення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При об'єктивному обстеженні у березні 2016 року (хвороба тривала вже 5 міс) спостерігали на шкірі волосистої частини голови вогнище ураження круглої форми діаметром майже 14 см, шкіра насичено-рожевого кольору, у центрі його волосся майже не було, ближче до периферії – обламане на 2–5 мм, а на переході у здорову шкіру – на 2–3 см. Відзначали наявність щільної інфільтрації всього вогнища ураження, виступ над сусідніми тканинами був майже 2–3 мм. Лущення відсутнє, навіть неможливо було взяти лусочки для проведення мікологічного дослідження. Нігіті пацієнтки без змін.

Для лабораторного дослідження були взяті волосся з вогнища ураження, які доволі міцно трималися. Мікроскопічно: виявлені спори грибів. Посів результатів не дав.

Після проведення консилиуму та ретельної диференційної діагностики був встановлений діагноз «мікоз шкіри волосистої частини голови». Призначений гризеофульвін 1 г на день протягом 1 міс та зовнішня терапія: 5% спиртова настоянка йоду та 33% сірчана мазь. А також гоління голови раз на тиждень.

Через 1 міс було проведено повторний огляд. Пацієнтка лікування переносить добре. Під час лікування робили культуральне дослідження волосся – результат негативний.

Шкіра у вогнищі ураження звичайного кольору, спостерігається активний ріст волосся. Лусочок не має. Інфільтрація відсутня.

Результат лікування оцінений як задовільний. Пацієнтці призначені дослідження: загальний аналіз крові та кров на біохімічні показники роботи печінки.

Вживання гризеофульвіну продовжено ще на 2 тиж, потім 2 тиж по 1 г через день та 2 тиж 2 рази на тиждень.

ВИСНОВКИ

Мікози волосистої частини голови – це захворювання не тільки дитячого та підліткового віку. Таки випадки ураження грибами шкіри волосистої частини голови в осіб похилого віку нерідкісне явище.

Необхідно пам'ятати, що картина захворювання не завжди відповідає традиційній, загально прийнятій, може значно відрізнятися. Також мікроскопічне та

культуральне дослідження може не давати позитивних результатів, особливо у разі проведення невідповідне лікування.

Тому проведення ретельного диференційного діагнозу, виключення усіх можливих інших дерматологічних патологій дає можливість зупинитися на такому нехарактерному захворюванні для осіб похилого віку, як мікоз волосистої частини, голови та призначити адекватне лікування.

Трихофитии волосистой части головы у взрослых Э.А. Мурзина, С.В. Возианова

Дерматологические заболевания насчитывают более 3000 нозологий. Поэтому для установления диагноза дерматоза требуются не только полученные знания при обучении, а также ежедневная практика: чем больше видишь, тем больше знаешь.

Цель исследования: напомнить и обратить внимание врачей общей практики – семейной медицины, что иногда клиническое течение дерматологических заболеваний нетипично, не соответствует характерной клинической картине. Особенно это касается патологических состояний, которые обычно проявляются в детском возрасте, в частности, микозов волосистой части головы у взрослых пациентов, которые длительное время не диагностируются из-за своей нетипичной клинической картины и отрицательных лабораторных исследований.

Материалы и методы. Микозы волосистой части головы вызывают несколько грибов рода *Microsporum* и *Trichophyton*. Клиническая картина этих заболеваний достаточно типична. При микроспории: округлые, отделенные очага поражения, поверхность покрыта отрубевидными чешуйками серовато-белого цвета на фоне незначительной эритемы. Наиболее характерным признаком является сплошное обламывание волос в очаги поражения на высоте 3–5 мм или 6–8 мм над кожей (в зависимости от возбудителя заболевания): пораженные волосы окружены муфтой – серовато-белым налетом. Наличие зеленого свечения в лучах лампы Вуда подтвердит диагноз «микроспория». Клиническая картина при трихофитии тоже более или менее характерна: при поверхностной трихофитии волосистой части головы сначала появляются единичные, а затем множественные изолированные очаги поражения диаметром 1–2 см неправильных очертаний с нечеткими границами, без тенденции к слиянию. Кожа в очагах поражения немного отечна и гиперемирована, покрыта отрубевидными чешуйками серовато-белого цвета. Волосы в очагах поражения обламываются на высоте 2–3 мм над поверхностью кожи или у корня. Врач общей практики – семейной медицины достаточно быстро установит диагноз. При появлении очагов отсутствия волос на коже волосистой части головы у взрослых пациентов врачу трудно отождествить «детское» заболевание у взрослого человека.

Результаты. В статье приведен случай трихофитии волосистой части головы у пожилой женщины, которой в течение 5 мес не был установлен верный диагноз, что привело к увеличению поражения до огромных размеров и значительно ухудшило качество ее жизни.

Заключение. Проведение тщательного дифференциального диагноза, исключения всех возможных других дерматологических патологий дает возможность остановиться на таком нехарактерном заболевании людей пожилого возраста, как микоз волосистой части головы и назначить адекватное лечение.

Ключевые слова: дерматологические заболевания, семейный врач, трихофития волосистой части головы, лечение.

TINEA CAPITIS IN ADULT E. Murzina, S. Vozianova

Dermatological diseases have more than 3000 nosologies. Tinea capitis is the most common fungal infection in young children. It is generally uncommon in adults, presumably because of antifungal characteristics of sebum.

The objective: the disease in adults can remain not diagnosed for a long time due to the atypical clinical pattern and negative results of the laboratory tests.

Patients and methods. The predominant species are *Trichophyton tonsurans* and *Microsporum canis*. The clinical features of tinea capitis are caused by *microsporum*: patches of hair may be tinged gray which is the result of spores coating the outside of the hair shaft. Scale is almost always present, erythema is mild. The significant features are: continuous 3-5 or 6-8 mm, broken-off hairs in the lesion, green glow areas in the rays of the Wood's lamp. Tinea capitis caused by *Trichophyton* is characterized by at first solitary lesions, and then multiple isolated lesions with blurred boundaries without their fusion. Erythema and swelling are mild. «Black dots» which are short, 1-3 mm, broken-off hairs, may be noted within areas of alopecia. Diagnosing tinea capitis in children makes no problem for a family doctor, but the difficulties are encountered when diagnosing the disease in adults.

Results. The article presents the case of tinea capitis caused by *Trichophyton* in the elderly woman who hasn't been diagnosed correctly for 5 months which led to the increase of the size of lesions to huge ones and worsened drastically the quality of her life.

Conclusion. The procedure of the thorough differential diagnosing, exclusion of all other possible dermatological pathologies make it possible to narrow search and conclude with the diagnosis of the unusual for the elderly age disease, i.e. tinea capitis of the scalp and thus, prescribe an appropriate treatment.

Key words: skin diseases, family doctor, tinea capitis, treatment.

Сведения об авторах

Мурзина Эльвина Александровна – Кафедра дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03035, г. Киев, ул. Островского, 48; тел.: (067) 735-57-66

Возианова Светлана Витальевна – Кафедра дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03035, г. Киев, ул. Островского, 48; тел.: (067) 406-04-12

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Атлас грибковых заболеваний кожи и ее придатков / электронный ресурс <http://mycosis.net/>

2. Дашук А.М., Чернікова Л.І. Підготовка сімейного лікаря з дерматове-

нерології / электронный ресурс <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/10632>

3. Дитяча дерматовенерологія: підручник для студентів вищих нав-

чальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-дерматовенерологів / Л.Д. Калюжна та ін.; за заг. ред. проф. Л.Д. Калюжноі. – К.: Грамота, 2014. – 304 с.

4. Кожные болезни: Диагностика и лечение / Томас П. Хебиф; Пер. с англ.; Под общей ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 672 с.

Статья поступила в редакцию 29.06.2016