© Міщій О. В., 2025
УДК 616.5-002.2-053.2:615.281
DOI 10.11603/1681-2727.2025.3.15599

О. В. Міщій

МІКРОСПОРІЯ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

КНП «Чортківська ЦМЛ»

Грибкові захворювання шкіри та її додатків є актуальною проблемою медицини. Вони поширені переважно серед дітей. Мікроспорія частіше перебуває у сфері практики лікарів-дерматологів, рідше – лікарів-інфекціоністів.

Описано випадок мікроспорії волосистої частини голови у дитини 6 років з проявами вогнищевого випадіння і обламування волосся та формуванням множинних лусочок. Здійснено курс лікування гризеофульвіном всередину і шампунем кетоконазолу. У зв'язку з їх неефективністю та гепатотоксичністю гризеофульвіну, після їх відміни призначено курс тербінафіну, що завершилось клінічним видужанням.

Ключові слова: *мікроспорія, діагностика, лікування.*

Актуальність поширення дерматомікозів серед дітей і дорослих зростає з кожним роком. Дерматофіти, як представники виду нитчастих грибів, є одними зі збудників цих захворювань.

Мікроспорія належить до висококонтагіозних грибкових захворювань шкіри, волосся та рідше нігтів. Збудниками є гриби роду *Microsporum*, в Україні та більшості країн Європи – найчастіше зоофільні гриби *Microsporum canis* і *Microsporum lanosum*. Менш поширений антропофільний тип мікроспорії, який спричиняється *Microsporum ferrugineum*, що розповсюджений переважно в Китаї та Японії. Спори та фрагменти міцелію грибів можуть тривало зберігатися у зовнішньому середовищі (у ґрунті – до 2 міс., у шерсті – близько 7 років). Зараження людини у 80-85 % випадків відбувається внаслідок безпосереднього контакту з хворими тваринами (кішки, собаки та інші) [1–3].

У розвитку мікроспорії важливу роль відіграє стан імунної системи організму людини. Доведено, що у пацієнтів із порушенням Т-клітинної ланки імунітету (зменшення відносної кількості загальних Т-лімфоцитів) частіше виникають ураження патогенними грибами. Рецидивні грибкові інфекції є однією з підстав для обстеження хворих на ВІЛ-інфекцію [2].

Клінічні особливості мікроспорії волосистої частини голови такі: поодинокі вогнища з чіткими контурами; тьмяний колір волосся в ділянці ураження; волосся обламане на рівні 3-4 мм від шкіри; наявні лусочки, що міцно прикріплені до поверхні шкіри; ознаки запалення в місці ураження незначні.

Діагностичний підхід до пацієнтів із підозрою на мікроспорію включає лабораторне та інструментальне обстеження, а саме: загальний аналіз крові й сечі, біохімічні дослідження функції печінки, мікроскопічний аналіз на патогенні гриби, огляд вогнищ ураження під люмінесцентною лампою Вуда (поява світіння характерного зеленого кольору) [1].

Хворих лікують комплексно із застосуванням системних і місцевих антимікотичних засобів. Основними препаратами для системної антимікотичної терапії є гризеофульвін і тербінафін. У США та більшості країн Європи на сьогодні найефективнішим антимікотиком при мікроспорії, обумовленій *M. canis,* є гризеофульвін. Він випускається у формі таблеток, суспензії та в мікророзмірній формі, що дозволяє використовувати препарат дітям з масою тіла менше 25 кг. Гризеофульвін краще всмоктується після приймання жирної їжі. Однак у верхніх шарах епідермісу він з'являється лише через 1 міс. від початку лікування, тому тривалість терапії не повинна бути меншою ніж 4 тиж, а в нігтьові пластинки взагалі не проникає. Порівняння лікування хворих із мікроспорією волосистої частини голови тербінафіном і гризеофульвіном засвідчило кращі результати використання тербінафіну, особливо в дітей, що дозволяє скоротити курс лікування [2, 4, 5].

Лише місцева протигрибкова терапія, без застосування системних антимікотичних препаратів, не є ефективною через недостатнє проникнення діючої речовини у волосяні фолікули та унеможливлення впливу на вогнища субклінічної інфекції [5].

Наводимо власне спостереження.

Пацієнтка З. О., 6 років, учениця 1 класу, 11.09.2024 р. звернулась із мамою за медичною допомогою у КНП «Чортківська ЦМЛ» зі скаргами на вог-

нищеве випадіння волосся на голові, яке раптово почалося день тому.

Об'єктивно. Загальний стан задовільний, свідомість ясна, шкіра та слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Серце і легені в нормі. Живіт не болючий при пальпації. Патологічних неврологічних ознак немає. Маса тіла 25 кг.

Епідеміологічний анамнез. Дитина вакцинована відповідно до календаря профілактичних щеплень. У будинку, де проживає хвора, є домашня кішка.

Status lokalis. На потиличній частині голови справа візуалізується кругла ділянка розміром 4×6 см з обламаним волоссям на висоті 3–4 мм від рівня шкіри, вкритої численними лусочками. Краї незначно припідняті (фото 1).

Консультант дерматолог запідозрив мікроспорію. При огляді вогнища ураження лампою Вуда виявлено специфічне світіння зеленого кольору.

Загальний аналіз крові та біохімічні показники відповідають віковій нормі.

Мікроскопічне дослідження епітеліального зішкребку (аналіз № 371356 від 12.09.2024 р.): виявлено міцелій грибів роду Microsporum.

Також було здійснено ветеринарний огляд домашньої кішки, яка живе у помешканні хворої. Згідно з даними клінічного огляду, люмінесцентної діагностики та мікроскопічного дослідження шкірних покривів тварини, патогенних грибів не виявлено.

Фото 1. Уражена ділянка волосистої частини голови хворої З. О. 11.09.2024 р.

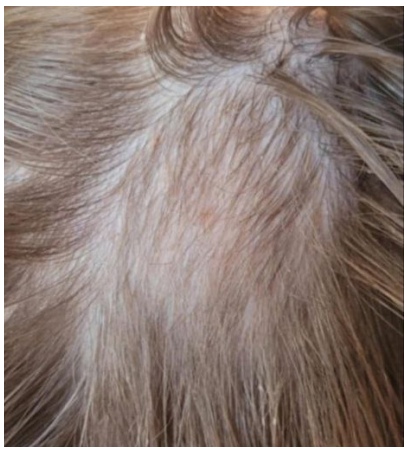
Кінцевий діагноз: Мікроспорія волосистої частини голови, спричинена Microsporum.

Призначено лікування: гризеофульвін по 1 табл. 2 рази на день (125 мг) та шампунь кетоконазолу. Через 4 тиж застосування гризеофульвіну клінічного покращення не спостерігалося. Повторне мікроскопічне дослідження епітеліального зішкребку підтвердило наявність міцелію грибів роду Microsporum.

Зважаючи на відсутність клінічного ефекту та гепатотоксичність гризеофульвіну при тривалому застосуванні (дані повторного біохімічного дослідження: підвищення рівня аспартатамінотрансферази вище норми в сироватці крові), вирішено замінити цей препарат на тербінафін (ламікон) по ½ табл. на день (0,25 г) протягом 14 днів, спрей тербінафін 2 рази на день місцево.

Через 2 тиж використання тербінафіну спостерігали регресію висипу в ураженій ділянці, зникнення лусочок і припинення обламування волосся (фото 2А). При повторному мікроскопічному дослідженні епітеліального зішкребку патогенних грибів не виявлено. Протягом наступних двох місяців волосяний покрив відновився (фото 2Б).

А



Б

Фото 2. Ця ж хвора через 2 тиж після лікування тербінафіном (А) і ще через 2 міс. (Б).

Таким чином, мікроспорія залишається актуальною проблемою у сучасній медицині. Діагностичний підхід, який включає об'єктивне обстеження, показники аналізу крові та дані мікроскопії ураженої ділянки, є запорукою швидкої постановки діагнозу та відповідного лікування. Вплив антимікотичних препаратів на патогенних грибів і досі залишається важливою темою для сучасних досліджень. Гризеофульвін і тербінафін є препаратами вибору при мікроспорії волосистої частини голови. Зважаючи на відсутність клінічного ефекту при застосуванні гризеофульвіну та виявлений синдром цитолізу гепатоцитів, доцільною була заміна його на тербінафін. Двотижневе його застосування показало ефективність за відсутності побічних ефектів.

Література

1. Savchak, V. I. (2005). Skin disease in the practice of a family doctor [in Ukrainian]. TDMU «Ukrmedknyha».

2. Lavrushko, S. I. (2019). Modern comprehensive treatment of microsporia. *Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology, 2*(73), 37–42.

3. Denysenko, O. (2016). Microsporia in children (features of skin and scalp lesions). Retrieved from https://www.bsmu.edu.ua/blog/4752-mikrosporiya-u-ditey/

4. Lavrushko, S. I. (2018). Modern views on the treatment of microsporia in children taking into account the etiology, pathogenesis and features of the clinical course of dermatosis. *Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology, 4*(71), 16–22.

5. Treat, J. R. (2024). Tinea capitis: Management. UpToDate. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/tinea-capitis-management

MICROSPOROSIS OF THE SCALP

O. V. Mishchii

Municipal Non-Profit Enterprise «Chortkiv Central City Hospital»

SUMMARY. Fungal infections of the skin and its appendages remain a relevant issue in modern medicine. These conditions are predominantly seen in children. Microsporiasis is more commonly managed by dermatologists and less frequently by infectious disease specialists.

This article presents a case of scalp microsporiasis in a 6-year-old child, characterized by localized hair loss, hair shaft breakage, and the formation of multiple scales. The initial treatment included oral griseofulvin and ketoconazole shampoo. However, due to their ineffectiveness and the hepatotoxicity of griseofulvin, these therapies were discontinued. Subsequently, a course of terbinafine was prescribed, which resulted in complete clinical recovery.

Key words: *microsporiasis, diagnosis, treatment.*

Відомості про автора:

Міщій Ольга Володимирівна – лікарка інфекційного відділення КНП «Чортківська центральна міська лікарня»; e-mail: olamisij@gmail.com

Information about the author:

Mishchii Olha – Doctor of the infectious Diseases Department of the Chortkiv Central Municipal Hospital; e-mail: olamisij@gmail.com

Конфлікт інтересів: немає.

Author has no conflict of interest to declare.

Отримано 26.06.2025 р.