



Дерматомикозы

Ассистент кафедры дерматовенерологии
Шишкина Марина Александровна

Эпидемиология

- Микозы (mycoses: от греч. mykes — гриб, osis — болезнь) — инфекционные болезни кожи, вызываемые патогенными грибами.
- **Эпидемиология.** В европейских странах заболеваемость населения микозами достигает 20–70 %, в России — 40 %, в том числе среди пациентов дерматологических стационаров — до 26 %. В России грибковые поражения ногтей (**онихомикозы**) регистрируются у 15–30 млн человек при средней продолжительности болезни около 10 лет; у 20–50 % населения онихомикозы диагностируются в возрасте 40–60 лет. **Микозы стоп** (руброфития и эпидермофития стоп) отмечаются преимущественно у взрослых, а **трихомикозы** (микроспория, трихофития, фавус), при которых поражаются длинные волосы, — в основном у детей в возрасте 5–12 лет. В последние годы участились «завозные» случаи микотической инфекции.

Классификация

Микозы	Локализация поражения			
	эпидермис	волосы	ногти	глубокие ткани
I. Кератомикозы				
Разноцветный лишай	+			
II. Дерматофитии				
Эпидермомикозы				
Руброфития	+	+	+	
Эпидермофития (стоп, паховая)	+		+	
Трихомикозы				
Микроспория	+	+		
Трихофития	+	+	+	
Фавус	+	+	+	
III. Кандидозы				
Кожи и слизистых оболочек	+		+	
Висцеральный	+			+
IV. Глубокие микозы				
Бластомикоз	+			+
Хромомикоз	+			+
Споротрихоз	+			+
V. Псевдомикозы				
Эритразма (поверхностное поражение)	+			
Актиномикоз (глубокое поражение)	+			+

Кератомикозы. Лишай разноцветный

- **Этиология.** Возбудителем заболевания являются факультативно-патогенные липофильные дрожжеподобные грибы рода *Malassezia furfur* (*Pityrosporum orbicularis*), поражающие роговой слой эпидермиса и входящие в состав нормальной микрофлоры кожи. Обсемененность кожных покровов здоровых людей превышает 60 %. Заразительность лишая разноцветного незначительная.
- **Патогенез.** Передача возбудителя происходит при длительном и тесном контакте с больным. Возникновению отрубевидного лишая способствуют изменения физико-химических свойств водно-липидной мантии кожи (изменение химического состава пота) и кератина рогового слоя. Они могут быть обусловлены усиленным потоотделением, а также некоторыми вегето-сосудистыми нарушениями, эндокринными расстройствами (сахарный диабет, синдром Иценко—Кушинга, ожирение, гипертиреоз и др.), иммуносупрессивными состояниями (ВИЧ-инфекция, лейкозы, туберкулез и др.). Заболевание встречается преимущественно в регионах с повышенной влажностью и жарким климатом.



Кератомикозы. Лишай разноцветный

- **Клиническая картина** представлена округлыми перифолликулярными невоспалительными пятнами диаметром до 1 см. Сливаясь, пятна образуют крупные очаги (величиной с ладонь и более). Такие очаги имеют фестончатые очертания и могут занимать обширные участки кожного покрова, локализуясь на коже груди, спины, шеи, боковых по верхностей туловища, верхних конечностей. Реже высыпания появляются на других участках кожных покровов, не поражая ладони и подошвы. Вначале пятна без четких границ, светло-розовой окраски, затем высыпания становятся более очерченными и изменяют цвет — от светло-коричневого («кофе с молоком») до темно-бурого. Различные оттенки пятен у одного и того же больного дали повод назвать заболевание разноцветным лишаем. При легком поскабливании поверхность очагов начинает шелушиться отрубевидными чешуйками (симптом Бенъе; отсюда второе название этого заболевания — отрубевидный лишай). После инсоляции на фоне общего загара пятна регрессируют, оставляя после себя очаги депигментации (псевдолейкодерма). Субъективные ощущения отсутствуют. Течение отрубевидного лишая длительное, с тенденцией к рецидивированию. У детей и престарелых людей заболевание, как правило, не возникает.



Кератомикозы. Лишай разноцветный

- **Диагноз.** Диагностика отрубевидного лишая основывается на клинической картине, обнаружении грибов (*Malassesia furfur*) при микроскопическом исследовании, а также положительной пробе Баль-цера (при смазывании очагов 5% настойкой йода из-за разрыхленного рогового слоя грибом пятна окрашиваются интенсивнее) — желтом свечении очагов поражения под люминесцентной лампой Вуда.
- **Дифференциальный диагноз** проводят с розовым лишаем, вторичным сифилисом, в том числе сифилитической лейкодермой, витилиго, себорейным дерматитом.
- **Лечение.** При ограниченных высыпаниях втирают кератолитические и фунгицидные средства. Более эффективны 1% тербинафин (крем/спрей). При распространенных высыпаниях проводят обработку по методу Демьяновича (3–5-кратная обработка). При склонности заболевания к рецидивам рекомендовано назначение системных антимикотических препаратов — итраконазола (орунгал) или кетоконазола (низорал).
- **Профилактика** отрубевидного лишая состоит в лечении фоновых заболеваний, потливости, гигиеническом уходе за кожей, обработке нательного и постельного белья.

Микозы стоп

- **Этиология.** Наиболее частыми возбудителями микозов стоп являются красный трихофитон (*Trichophyton rubrum*), а также межпальцевый трихофитон (*Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*); более редкое название заболевания — *epidermophyton floccosum*.
- Распространению микозов стоп способствует пользование общественными банями, плавательными бассейнами, душевыми установками: чешуйки со стоп больных, попадая на решетки, полы, скамьи, в условиях повышенной влажности могут не только длительное время сохраняться, но и размножаться (особенно на неокрашенных деревянных предметах). Грибковая колония появляется на участках с нарушением целостности эпидермиса, однако продвижение ее вглубь ограничивают защитные факторы макроорганизма (фагоцитоз нейтрофилами, ненасыщенный трансферрин плазмы, комплемент), поэтому дерматофиты никогда не проникают дальше базальной мембраны. Оптимальными условиями для роста грибов являются влажная нейтральная или слабощелочная среда, низкая температура (до 30 °C). Вместе с тем дерматофиты устойчивы к УФ-лучам, но гибнут при высокой температуре. Возможна передача инфекции при пользовании (без дезинфекции) общей обувью, полотенцами для ног, мочалками, а также предметами ухода за ногтями и кожей стоп.

Микозы стоп

- **Патогенез.**

Внедрению в область стоп и развитию грибов способствуют экзо- и эндогенные факторы.

- К экзогенным факторам относятся повышенная потливость стоп, потертости, ношение носков из синтетики, тесной или не по сезону теплой обуви (что приводит к мацерации рогового слоя стоп), несоблюдение правил личной гигиены.
- Эндогенные факторы обусловлены нарушением микроциркуляции в нижних конечностях и обмена веществ, эндокринной патологией, гиповитаминозом, повышенной потливостью, плоскостопием.

В настоящее время микоз стоп, вызванный *Trichophyton rubrum*, — самое распространенное грибковое заболевание у взрослых (**руброфития стоп** — *rubrophytia plantarum*), реже встречается **эпидермофития стоп** (*epidermophytia plantarum*). Вызывает межпальцевый трихофитон, обладающий выраженным аллергизирующим эффектом, поэтому у таких больных чаще возникают интертригинозные и дисгидротические формы заболевания, сопровождающиеся вторичными высыпаниями (микидами), — отличие от руброфитии стоп, при которой в клинической картине преобладают сквамозно-гиперкератотические формы. Характерным отличием руброфитии от эпидермофитии стоп является также возможность диссеминации патологического процесса на ладони и другие участки кожного покрова.



Клиническая картина.

- Различают три основные формы микозов стоп: сквамозно-гиперкератотическую, интертригинозную и дисгидротическую. Существует также **стертая форма**, проявляющаяся минимальными симптомами в самом начале заболевания в виде незначительного шелушения между пальцами и на подошвах.
- При **сквамозно-гиперкератотической форме** на слабо гиперемизированном и лихенифицированном фоне отмечается шелушение свода стоп. Постепенно подошвенные поверхности утолщаются, процесс распространяется на боковые поверхности стоп и пальцев. Могут наблюдаться гиперкератотические наслоения по типу ороговелостей с образованием мешающих при ходьбе болезненных трещин. Кожный рисунок усилен, кожные борозды покрыты мелкими муковидными или отрубевидными чешуйками. Шелушение в кожных бороздах придает коже «припудренный» вид. Этот клинический симптом особенно выражен при руброфитии стоп.
- При **интертригинозной форме** поражаются межпальцевые складки, чаще — между III, IV и V пальцами стоп. Такая локализация объясняется тесным расположением этих пальцев, большим давлением обуви на эти участки, усиленной влажностью. На фоне выраженной гиперемии появляются мацерированные (мокнущие) участки белесовато-серого цвета с резкими границами в виде узкой бахромки отслоившегося рогового слоя и глубокие болезненные трещины. По периферии иногда образуются пузырьки с последующим формированием эрозий.

Клиническая картина

- **Дисгидротическая форма** характеризуется сгруппированными пузырьками с толстой крышкой и прозрачным содержимым на своде и боковых поверхностях стоп. На своде стоп пузырьки просвечивают через роговой слой, напоминая разваренные зерна риса. Увеличиваясь в размере, они превращаются в пузырь. При слиянии близко расположенных пузырьков формируются крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета с обрывками покрышек эпидермиса по краям. Высыпания располагаются на неизменной коже. Очаг поражения всегда имеет четкие границы. По периферии очагов образуются новые пузырьки. Характерна односторонность поражения, однако в дальнейшем процесс может перейти и на другую стопу. При развитии острой формы поражения присоединяются яркая гиперемия, отечность, большое количество пузырьков и пузырей, что придает картине сходство с острой дисгидротической экземой. Возможно присоединение бактериальной инфекции с образованием пустул, лимфаденита, лимфангита, лихорадки.
- Субъективно при микозах стоп отмечаются умеренный зуд, при интертригинозной и дисгидротической формах — зуд, жжение, иногда болезненность.



Микоз стоп

- **Диагноз** устанавливают с учетом анамнестических данных, клинических проявлений, результатов микроскопического и культурального исследования.
- **Лечение.** При мокнущей и остро-воспалительных явлениях лечение проводят по принципам лечения экземы: используют примочки с 0,25% раствором нитрата серебра, 1% раствором резорцина, 2% раствором борной кислоты, тушированием анилиновыми красителями; внутрь назначают антигистаминные препараты. После ликвидации везикуляции и мокнутия назначают противовоспалительные и фунгистатические пасты с дегтем, серой, а затем — официнальные антимикотические наружные средства (мази и кремы). При гиперкератозе проводят отслойку кератолитическими средствами, а при присоединении бактериальной инфекции используют местные комбинированные препараты, содержащие антибиотики, ГКС и противогрибковые средства. Кроме того, в качестве патогенетического лечения применяют сосудистые препараты, витамины группы В, проводят терапию сопутствующих заболеваний. При неэффективности используют системные антимикотические препараты.

Онихомикозы

- **Этиология.** Основными возбудителями являются дерматофиты, в том числе *Trichophyton rubrum*, на долю которого приходится 80–90 % всех случаев онихомикоза в России, и *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* (10–20 %).
- **Патогенез.** Проникновению грибов предшествуют повреждения ногтя и окружающих тканей различного генеза (травма), ношение тесной обуви, нарушение периферического кровообращения в конечностях (варикозный симптомокомплекс, болезнь Рейно и др.), эндокринные заболевания, иммуносупрессивное состояние.
- В зависимости от локализации поражения ногтевой пластинки патогенные грибы проникают в ноготь (из ногтевых валиков либо из гипонихия).



ОНИХОМИКОЗ

- Ногтевые пластинки поражаются при руброфитии (преимущественно все ногти стоп, иногда и кистей) и эпидермофитии (лишь ногти I и V пальцев стоп). Поражение ногтей может быть дистальным (начинается от свободного края), дистально-латеральным (вовлекается и боковая поверхность ногтевой пластинки), проксимальным (начинается в области полулуния ногтя белого пятна), тотальным (поражением всей ногтевой пластинки) и поверхностным (белым). При поверхностном поражении ногтя заболевание начинается с появления на поверхности пластинки полосок и пятен, постепенно захватывающих весь ноготь.
- Выделяют нормотрофический, гипертрофический и атрофический типы онихомикоза.



Онихомикозы

- При **гипертрофическом** типе ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза. Ногти становятся тусклыми, желтовато-серого цвета, разрыхленными у свободного края, иногда могут крошиться.
- **Атрофический** тип онихомикоза характеризуется значительным разрушением и истончением ногтя с изъеденным свободным краем, а также отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа, покрытого наслоением сухих крошащихся масс, и образованием пустот.
- При **нормотрофическом** типе сохраняются нормальная форма и толщина ногтя без ногтевого гиперкератоза, но отмечается утолщение в углах пластинки за счет скопления роговых масс, изменяется цвет ногтевых пластинок, появляются полосы желтоватого и белого цвета в толще ногтя.



НОРМОТРОФИЧЕСКИЙ



ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ



АТРОФИЧЕСКИЙ

Онихомикозы

- **Лечение.** При выборе метода лечения учитывают степень и тип поражения ногтевых пластинок, а также наличие сопутствующих заболеваний. Поражение ногтей обычно предусматривает применение системных антимикотических средств (тербинафин, итраконазол, кетоконазол, флуконазол), однако при поражении единичных ногтей с дистального или боковых краев в пределах $1/3$ – $1/2$ пластинки излечение возможно с помощью наружных противогрибковых средств и чисток.
- Медицинскую обработку ногтей путем аппаратной чистки проводят после предварительного (на 2-е сутки) наложения кератолитических пластырей (обычно уреапласт с мочевиной) для удаления ногтевых пластинок. Чистку ногтевого ложа выполняют до полного отрастания здоровых ногтей. В дальнейшем обнаженное ложе обрабатывают разнообразными антимикотическими средствами — мазями, кремами, лаками.
- После удаления ногтевой пластинки в течение 1-й недели ложе обрабатывают солкосериловой мазью с добавлением 3% кетоконазола (низорала). В амбулаторных условиях при небольшом числе пораженных ногтей можно рекомендовать ежедневное их механическое стачивание в течение длительного времени с последующим пропитыванием фунгицидными жидкостями (салициловая кислота и чистый йод — по 1 г, димексида — 30 мл), лаками «Лоцерил», «Батрафен».
- Первые контрольные микологические исследования (микроскопия и посев) в процессе лечения онихомикоза кистей проводят через 6 нед., при онихомикозе стоп — через 12 нед.

Микоз гладкой кожи

- **Этиология и патогенез.** Микоз гладкой кожи (mycosis cutis glabrae) вызывают антропофильные и зоофильные грибы рода *Trichophyton* и *Microsporum*; он наблюдается при руброфитии, трихофитии и микроспории.
- Инфицирование гладкой кожи происходит при непосредственном контакте с больным микозом человеком или животным, через предметы обихода и вещи, инфицированные грибом, а также восходящим путем из очагов онихомикоза в результате лимфогематогенного распространения грибов или простого переноса руками. Развитию заболевания способствуют заболевания внутренних органов, патология эндокринной и нервной систем, длительное применение антибиотиков, цитостатических препаратов и ГКС.
- Руброфития гладкой кожи вызывается *Trichophyton rubrum*. Различают эритематозно-сквамозную и фолликулярно-узелковую формы.



Микоз гладкой кожи

- **Руброфития** чаще встречается на ягодицах, бедрах и голених, но может локализоваться на любых участках тела, включая кожу лица. Для нее характерно наличие розовых или красно-розовых с синюшным оттенком пятен округлых очертаний с четкими границами. На поверхности пятен обычно присутствуют мелкие чешуйки, по их периферии проходит прерывистый валик, состоящий из папул, пузырьков, корочек и чешуек (эритематозно-сквамозная форма). Пятна изначально небольших размеров, склонны к центробежному росту; сливаясь, они образуют обширные очаги с фестончатыми очертаниями, занимающие обширные области кожного покрова.
- Иногда при руброфитии в пределах эритематозно-сквамозных очагов появляются сгруппированные папулы и пустулы и вовлекаются пушковые волосы (фолликулярно-узелковая форма). Волосы утрачивают естественный блеск, становятся тусклыми.



Микоз гладкой кожи

- **Микроспорию гладкой кожи** вызывают в основном зоофильный гриб *Microsporum (M.) canis* и антропофильный — *Microsporum (M.) ferrugineum*.
- Клинически она проявляется пятнами со слабовыраженной реакцией: розовые шелушащиеся, округлых очертаний, диаметром 0,7–2 см, с четкими границами. По мере их роста центральная часть пятен светлеет за счет разрешения воспалительных явлений, а по периферии обнаруживается приподнятый валик из пузырьков, корочек и чешуек. В дальнейшем в центре таких кольцевидных элементов может образоваться новое кольцо (двойное, тройное) — по типу «кольца в кольце» (iris). Высыпания быстро распространяются по коже (особенно после мытья). Очаги поражения чаще локализуются на туловище, лице, верхних конечностях.



Микоз гладкой кожи

- **Трихофития гладкой кожи** может быть поверхностной, хронической и инфильтративно-нагноительной; изолированной или сочетаться с поражением волосистой части головы. Локализуется преимущественно на открытых участках кожного покрова: лицо, шея, предплечья, а также туловище. Возбудители — антропофильные грибы *Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*. Инфицирование происходит при непосредственном контакте с больным или через головные уборы, нательное и постельное белье, расчески, машинки для стрижки волос и другие предметы и вещи, употреблявшиеся больным. Обычно микоз передается в семье, где есть больной хронической трихофитией; возможна передача в парикмахерских, в детских учреждениях.
- Клинически поверхностная форма заболевания начинается с появления одного или нескольких пятен розово-красного цвета, округлых очертаний, с резкими границами и отека (а потому слегка выступающего) валика из мелких пузырьков, быстро ссыхающихся в корочки, и чешуек. Очаги в центре более бледно окрашены, шелушатся. Сливаясь, они приобретают причудливые очертания, иногда вид колец. Поверхностная форма трихофитии в основном характерна для детей. Без лечения заболевание иногда может длиться годами, но при наступлении полового созревания спонтанно излечивается. У некоторых больных может развиваться *хроническая трихофития гладкой кожи*, которая, как правило, наблюдается у взрослых, преимущественно у женщин (80 %), и отличается скудными клиническими проявлениями в области коленных суставов, голеней, ягодиц, реже на туловище, где располагаются слабо-воспалительные эритематозные очаги с нечеткими границами и невыраженным мелкопластинчатым шелушением.

Микоз гладкой кожи

- **Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи** встречается редко и бывает вызвана зоофильными грибами *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum* (гипсовидный бородавчатый трихофитон). Клиническая картина при данной форме заболевания отличается резко выраженными воспалительными явлениями, достигающими стадии нагноения, и коротким (до 2–3 мес.) циклическим течением, заканчивающимся полным выздоровлением без тенденции к рецидивам. На гладкой коже появляются плоские инфильтрированные бляшки с резкими границами, округлых очертаний, с отрубевидными чешуйками и изолированными папулами на поверхности, постепенно трансформирующимися в пустулезные элементы. Увеличиваясь по периферии, бляшка достигает крупных размеров и через несколько недель самопроизвольно разрешается с формированием рубца. В результате стойкого иммунитета, возникающего при инфильтративно-нагноительной трихофитии, рецидивов нет.



Микоз складок

- Микоз крупных складок встречается при руброфитии и паховой эпидермофитии.
- **Этиология и патогенез.** Возбудителем эпидермофитии паховой является *Epidermophyton floccosum*, руброфитии — *Trichophyton rubrum*. Заражение происходит через предметы обихода, используемые больным (мочалки, клеенки, термометры, белье), а также при несоблюдении правил гигиены в банях, душевых, бассейнах. Развитию заболевания способствуют повышенное потоотделение, высокая температура и влажность окружающей среды, повреждение и мацерация кожи, ожирение.
- **Клиническая картина.** При руброфитии поражаются межъягодичная, пахово-бедренные и подмышечные складки, а также складки под молочными железами. Клинически характеризуется округлыми или овальными эритематозно-сквамозными очагами насыщенно-красного цвета с полициклическими очертаниями и склонностью к периферическому росту и слиянию. Периферическая часть очагов представлена прерывисто расположенными перифолликулярными узелками и везикулами в виде валика синюшно-красного цвета. Очаги, как правило, располагаются асимметрично. Субъективно отмечается зуд.
- Паховая эпидермофития характеризуется появлением изменений на коже паховых областей, (что отражено в названии микоза), внутренних поверхностей бедер, мошонки, реже в межъягодичной, подмышечных складках и складках под молочными железами — шелушащихся розовых пятен диаметром до 1 см, которые постепенно разрастаются по периферии. Образуются крупные овальные воспалительного характера пятна красного цвета с мацерированной поверхностью в центре и приподнятым отечным краем, с пузырьками, корками и чешуйками на поверхности. При слиянии пятен формируются обширные очаги с четкими границами неправильных очертаний с более бледной центральной частью. Больных беспокоит зуд.

Микоз складок

- **Лечение.** При единичных очагах на гладкой коже лечение ограничивается наружными средствами (2–5% спиртовой раствор йода, серно-салициловая и серно-дегтярная мази, тербинафин и др.) с обязательной эпиляцией пушковых волос. При поражении крупных складок применяют топические антимикотические препараты. При распространенных и упорных процессах назначают непродолжительные курсы системных антимикотических средств: итраконазола (орунгал) или тербинафина (ламизил).
- **Профилактика** заключается в соблюдении правил личной гигиены, борьбе с потливостью. Общественная профилактика такая же, как при микозах стоп.

Микроспория в/ч головы

- **Этиология и патогенез.** Заболевание вызывают зоофильные *M. canis* (□ 95 %), значительно реже — антропофильные грибы *M. ferrugineum*. Основным источником заражения людей зоофильными грибами являются (при непосредственном контакте) кошки (особенно котята), преимущественно бродячие, реже — собаки. Заражение зоофильным грибом от человека к человеку составляет не более 2–4 %. Источником антропофильного гриба *M. ferrugineum* является только больной человек, чаще ребенок. Заражение может произойти дома, в парикмахерских, детских коллективах через предметы и вещи, загрязненные чешуйками и волосами, содержащими грибы. Микроспория встречается в основном у детей 6–14 лет, взрослые больные составляют 15–25 %. В зависимости от образования и расположения элементов гриба выделяют два типа поражения волос: при эктотриксе (ectothrix) споры гриба образуются и содержатся преимущественно снаружи волоса, при эндотриксе (endothrix) — внутри него. Инкубационный период длится 3–7 дней.



Микроспория в/ч головы

- **Клиническая картина**, обусловленная зоофильным *M. canis*, представлена округлыми, резко отграниченными единичными крупными (диаметром 3–5 см) пятнистыми очагами бледно-розового цвета, покрытыми сероватыми отрубевидными чешуйками (рис. 8.6). В очагах поражения отмечается обламывание волос на уровне 6–8 мм, что хорошо видно при осмотре. Основание пораженных волос окружено чехольчиком серо-белого цвета, состоящим из спор гриба, что выявляется при микроскопическом исследовании (эктотрикс).
- При микроспории, вызываемой антропофильным *M. ferrugineum*, возникают мелкие, множественные, со слабовоспалительной реакцией эритематозные очаги в краевой зоне волосистой части головы с незначительным мелкопластинчатым шелушением. Волосы в очагах поражения обламываются, но не все и на разном уровне — от 5 до 8 мм над кожей. Рядом с основными очагами могут появляться мелкие отсевы в виде пятен или папул диаметром 0,5–1 см.
- **Диагноз** микроспории обычно не вызывает затруднений и основывается на клинических, микроскопических (обнаружение грибов в волосах и чешуйках) данных, а также на зеленом свечении очагов в лучах люминесцентной лампы Вуда.

Трихофития волосистой части головы

- Выделяют поверхностную и инфильтративно-нагноительную трихофитию волосистой части головы.
- **Поверхностная трихофития**
- **Этиология и патогенез.** Возбудителем *поверхностной трихофитии* являются антропофильные грибы *Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*. Источником заболевания является больной человек; заражение происходит при непосредственном контакте с ним либо через предметы и одежду (головные уборы, расческа, машинка для стрижки, постельное белье и др.), которыми пользовался больной.
- **Клиническая картина.** Поверхностная трихофития волосистой части головы характеризуется появлением розовых пятен разного размера — диаметром от 1 см (мелкоочаговая форма) до 4 см (крупноочаговая форма) — без острых воспалительных явлений. Пятна неправильно округлых очертаний, с нечеткими границами и серо-белыми отрубевидными чешуйками на поверхности. Очаги располагаются изолированно, без тенденции к слиянию. В пределах очагов волосы обламываются на уровне 1–2 мм над кожей или у самого корня. Без лечения заболевание может длиться годами и переходить в хроническую форму, патогномичным признаком которой являются «черные точки», иногда могут наблюдаться атрофические плешинки.

Трихофития волосистой части головы



Трихофития волосистой части головы

- **Инфильтративно-нагноительная трихофития**
- Заболевание встречается чаще в сельской местности.
- **Этиология и патогенез.** Заболевание вызывают зоофильные грибы, главным образом *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* (гипсовидный трихофитон) и *Trichophyton verrucosum* (бородавчатый трихофитон). Для них характерна возможность поражения как животных (мыши, в том числе лабораторные, крысы, кролики, морские свинки, коровы, телята, лошади, овцы и др.), так и человека.
- **Клиническая картина.** В отличие от поверхностной формы трихофитии, протекающей со слабо выраженными воспалительными явлениями, инфильтративно-нагноительная трихофития характеризуется острым воспалением на коже и развитием системных явлений с вовлечением в процесс регионарных лимфатических узлов. Поражаются волосистая часть головы, область бороды и усов (паразитарный сикоз).
- **Лечение** трихомикозов проводят гризеофульвином, продолжают его до получения троекратных отрицательных результатов анализов на грибы, проводимых 1 раз в 7 дней. Причем после 1-го отрицательного анализа гризеофульвин принимают через день в течение 2 нед., после 3-го — 1 раз в 3 дня еще в течение 2 нед. В последнее время все чаще используют системные антимикотические препараты: тербинафин (ламизил) и итраконазол (орунгал).
- Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в неделю. Местно применяют 2–5% настойку йода, салицилово(2%)-серно(5%)-дегтярную (5–10%) мазь, тербинафин и другие противогрибковые мази.

Кандидоз

- Кандидоз (синоним: кандидамикоз, монилиаз) – заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, обусловленное патогенным воздействием дрожжеподобных грибов рода *Candida*.
- Грибы рода *Candida* относятся к условно- патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют главным образом в почве лугов, садов и огородов, на коре фруктовых деревьев, а также на плодах, овощах и фруктах, особенно несвежих; легко обнаруживаются на предметах домашнего обихода, в первую очередь используемых при уходе за детьми грудного возраста. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах и слизистых оболочках здорового человека; с разной частотой выделяются из экскрементов, мочи, мокроты, различных экскретов и ногтей.

Этиология

- Дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются одноклеточными растительными микроорганизмами округлой, овальной или удлинённой формы диаметром от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок, и состоят из тонких клеток.
- Клетки *C. albicans* имеют шестислойную стенку, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, центральную и несколько мелких вакуолей, ограниченных мембраной, митохондрии, крупное ядро, ограниченное ядерной мембраной. Дрожжеподобные грибы обладают способностью отпочковывать blastospores. Длительно персистируя внутри эпителиальных клеток и даже размножаясь в них, окруженные плотной микрокапсулой грибы в определенной степени защищены от воздействия лекарственных средств, что может быть причиной неэффективности лечения. Глубина внедрения элементов дрожжеподобных грибов в пораженные ткани различна. Грибы рода *Candida* – аэробы. Для питания особенно охотно усваивают сахара, чем можно объяснить их тропизм к тканям, богатым гликогеном, и частый кандидоз при сахарном диабете.

Кандидоз

- Оптимальная температура для роста грибов 21—27°C; они хорошо растут и при температуре 37°C; благоприятны для их размножения pH 5,8—6,5 и повышенная влажность: высушивание переносят хорошо; выдерживают конкуренцию со многими микроорганизмами на пищевых продуктах; при кипячении погибают в течение нескольких минут. Клиническая картина.
- Различают следующие формы кандидоза: кандидоз полости рта, кандидоз урогенитальный, кандидоз углов рта, кандидозный хейлит, кандидоз складок кожи, кандидозные онихия и паронихия, хронический генерализованный кандидоз.

Этиология и патогенез

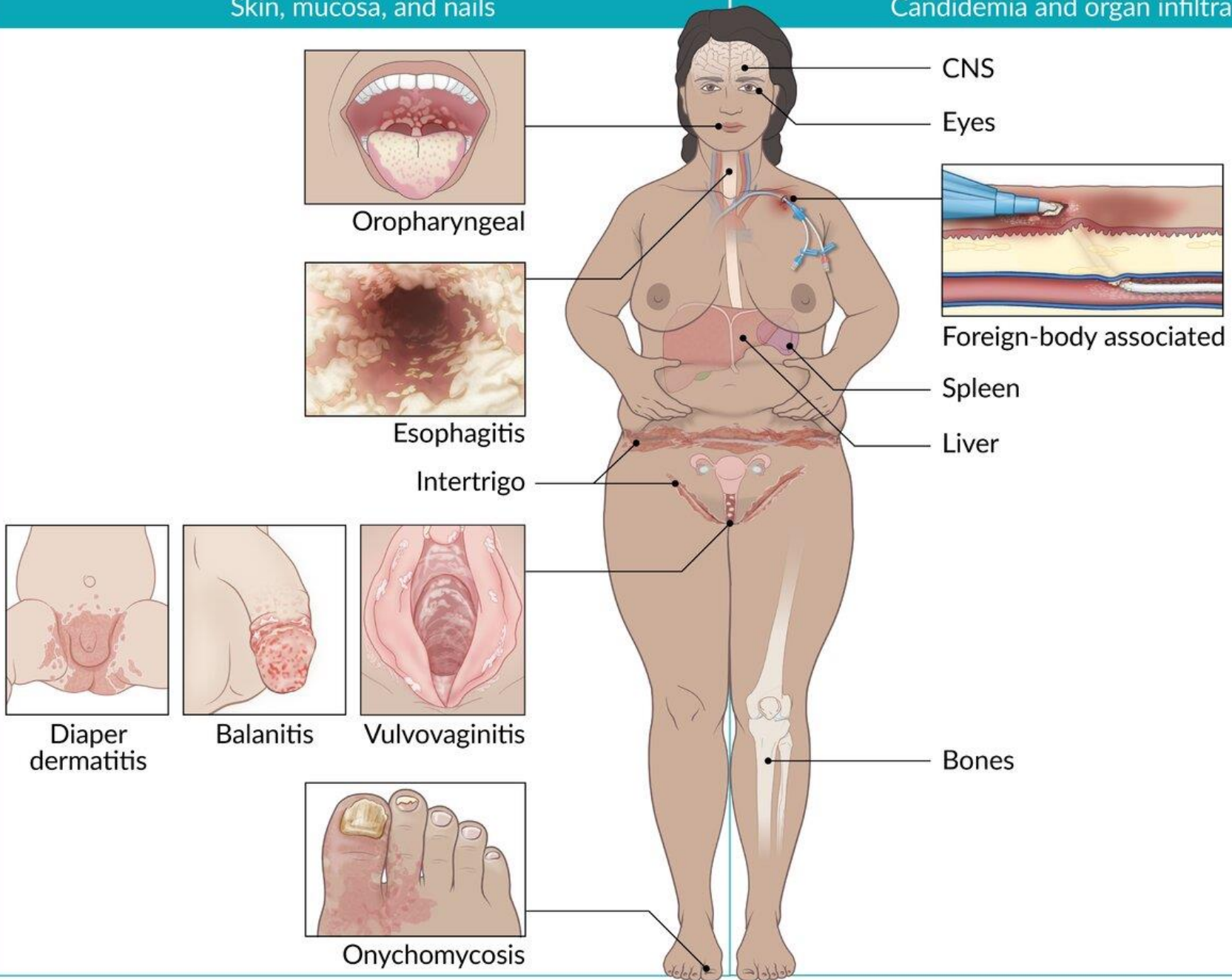
- Кандидоз может развиваться как при инфицировании извне, так и за счет собственных сапрофитов. При определенных условиях (экзогенных – механическая и химическая травмы, повышенная влажность и т. д.; эндогенных – иммунная недостаточность, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания, гиповитаминозы, общие тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков и т. д.) грибы способны приобретать патогенные свойства. При этом бластоспоры гриба начинают интенсивно размножаться, формируя наряду с почкующимися клетками многочисленные нитчатые формы (псевдомицелий). Патогенные клетки гриба прикрепляются к клеткам эпителия слизистой оболочки, внедряются в них, паразитируют в их цитоплазме и ядрах, разрушая клетку хозяина, стимулируют выработку в организме человека различных антител. Таким образом, кандидоз представляет собой у подавляющего большинства больных аутоинфекцию. Этим обстоятельством можно объяснить его многоочаговость и хроническое рецидивирующее течение.

Mucocutaneous candidiasis

Skin, mucosa, and nails

Invasive candidiasis

Candidemia and organ infiltration



Кандидоз слизистой полости рта

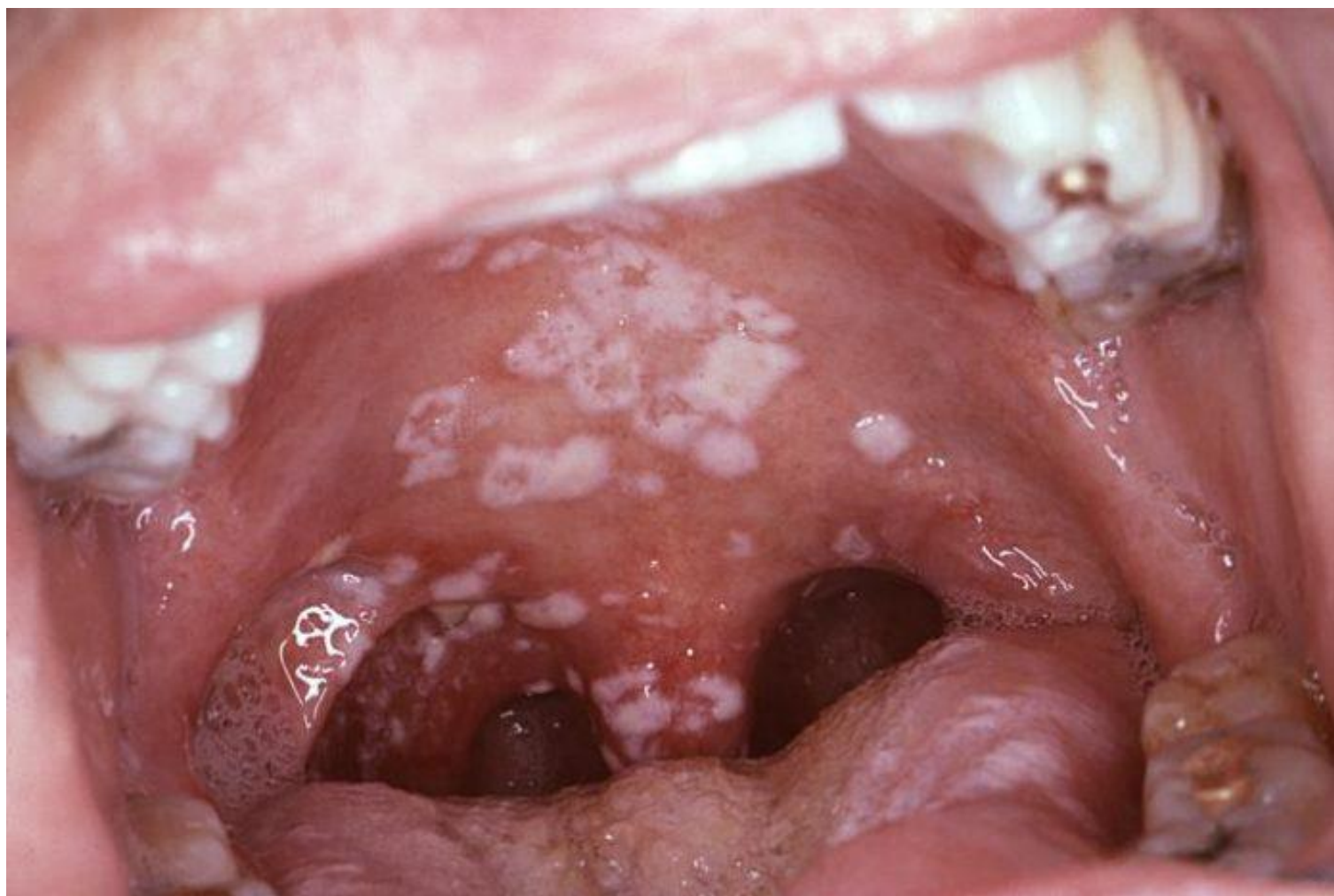
- Кандидоз полости рта (стоматит кандидозный, молочница) часто встречается у детей грудного возраста. Заболевание части возникает в первые недели жизни, как правило, у недоношенных, переносенных и ослабленных детей, а также рожденных в патологических родах. Заражение новорожденных происходит от больной матери в антенатальный (до родов), интернатальный (при прохождении плода через родовые пути) и постнатальный (до 7 дней после рождения) периоды. В последующие периоды детства источником заражения могут служить лица из окружения ребенка, предметы обихода и продукты питания. Кандидоз полости рта начинается с гиперемии и отека десен, слизистой оболочки щек, языка, реже твердого и мягкого неба, дужек и миндалин, захватывая со временем обширные участки; возможно тотальное поражение.

Кандидоз слизистой полости рта

- Затем на этом фоне появляются величиной 1—3 мм изолированно расположенные творожистые налеты беловатого цвета, состоящие из вегетации грибов. Со временем их количество возрастает, они увеличиваются в размерах и, сливаясь, образуют пленки различной величины и очертаний блестящего белого, сероватого или желтоватого цвета. Пленки относительно легко удаляются без повреждения подлежащей слизистой оболочки, сохраняющей гладкую поверхность и красный цвет. Кандидозный стоматит протекает без общих нарушений, температурных реакций, регионарного лимфаденита и субъективных ощущений. Течение болезни у детей чаще острое, реже хроническое. При хроническом течении поражение может распространиться на слизистые оболочки носа (кандидозный ринит), голосовых связок (голос становится охрипшим, возможна афония), губ, глотки, пищевода и даже желудка.

Кандидоз слизистой полости рта

- У взрослых кандидоз слизистой оболочки рта встречается значительно реже, возникает нередко под влиянием травмирования зубными протезами. Обычно он принимает хроническое течение, при котором гиперемия и отечность слизистых оболочек убывают, а налеты становятся толстыми и грубыми, напоминая порой лейкоплакии. Налеты плотно прилежат к слизистой оболочке и при удалении, что удается с известным усилием, оставляют эрозии. Язык нередко покрывается многочисленными глубокими бороздами, идущими в продольном и поперечном направлении, на дне которых при раздвигании их краев обнаруживается налет белого цвета. Язык может увеличиваться в размерах и, по выражению больных, «заполняет весь рот». Субъективно отмечают сухость во рту, жжение, усиливающееся при приеме острой и горячей пищи.





Кандидоз углов рта (заеда кандидозная)

- Возникает в результате распространения заболевания со слизистой оболочки рта, однако может быть изолированным; в развитии заболевания значительную роль играет недостаточность витаминов, особенно рибофлавина.
- Поражаются, как правило, оба угла рта. Слизистая оболочка в области переходной складки незначительно инфильтрирована, имеет серовато-белую окраску, в глубине складки почти всегда расположена розово-красная эрозия или трещина. Границы четкие. Поражение может распространяться на участки кожи, прилежащие к углам рта, что приводит к их инфильтрации, розово-красному окрашиванию и шелушению. По периферии очага выражена бахрома отслаивающегося рогового слоя.
- Заеды обычно наблюдаются у детей, преимущественно в возрасте от 2 до 6 лет. У взрослых встречается редко, главным образом у пожилых ослабленных женщин.

Хейлит кандидозный

- характеризуется отечностью и синюшностью красной каймы губ и скудным ее шелушением, тонкими пластинчатыми чешуйками сероватого цвета со свободно приподнятыми краями. Кожа губ истончается и собирается в нежные радиарные складки. Субъективно отмечаются небольшое жжение, иногда болезненность. Кандидозный хейлит имеет хроническое рецидивирующее течение, встречается, как правило, у детей старшего возраста и взрослых; нередко сочетается с заедами.

Кандидоз складок

- характеризуется появлением в глубине складок мелких пузырьков с тонкой дряблой покрышкой; вскоре они вскрываются с предварительной пустулизацией или без нее.
- Образовавшиеся эрозии стремительно увеличиваются в размерах и, сливаясь, формируют обширные эрозивные участки, которые могут полностью занимать соприкасающиеся поверхности складок.
- Эрозивные участки имеют малиновый цвет с синюшным или ливидным оттенком; их влажная поверхность отличается характерным лаковым блеском. Эрозии четко отграничены от окружающей здоровой кожи, проходящей по их периферии узкой бахромой отслаивающегося эпидермиса белого цвета.
- В крупных кожных складках (межъягодичной, пахово-бедренных и др.) эрозивные участки нередко чередуются с участками мацерированного эпидермиса, отличающегося белым цветом и заметным утолщением. Эрозирование и мацерация эпидермиса ограничиваются, как правило, соприкасающимися поверхностями складок. На прилежащей к основным очагам поражения здоровой коже почти всегда можно обнаружить в том или ином количестве отсевы в виде мелких пузырьков, пустул или эритематозно-сквамозных высыпаний.





Кандидозная паронихия и онихия

- Возникает в результате местной травматизации, влажности и мацерации. Вначале поражается ногтевой валик. На месте внедрения гриба, обычно у края валика, на границе с ногтем, отмечаются гиперемия и отечность, которые становятся все более интенсивными и охватывают весь валик. Клинически на этом начальном этапе он представляется розово-красным и утолщенным, на ощупь пастозным и болезненным. Со временем острые явления стихают и паронихия принимает хроническое течение, исчезает эпониhiум (ногтевая надкожица), при надавливании на ногтевой воспаленный валик появляются гнойные выделения. Ноготь становится тусклым и утолщенным, покрытым поперечными коричневатыми бороздками, крошится.



Урогенитальный кандидоз

Женщины

Субъективные симптомы:

- белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией;
- зуд, жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища;
- белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища;
- трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области;
- при рецидивирующем кандидозном вульвовагините может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.



Урогенитальный кандидоз

Мужчины

Субъективные симптомы:

- покраснение и отечность в области головки полового члена;
- зуд, жжение в области головки полового члена;
- высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- диспареуния (болезненность во время половых контактов);
- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность в области головки полового члена;
- высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- трещины в области головки полового члена.

Диагностика

- Диагноз кандидоза ставят на основании клинических данных, обнаружения при микроскопии материала с очагов собранного характерного псевдомицелия и большого количества почкующихся клеток (бластоспор) в нативных препаратах или мазках (окраска по Романовскому-Гимзе, Граму, Цилю-Нильсену). Культуральное исследование используется для уточнения видовой принадлежности грибов. Идентификация штаммов *C. albicans* проводится также с помощью ПЦР.

Лечение

- Устранение факторов, способствующих развитию кандидоза;
- Диета с ограничением углеводов, богатая белками; витамины В2, В6, С и РР.
- При легких вариантах кандидоза кожи и слизистых оболочек ограничиваются наружными лекарственными средствами: крем, суспензия пимафуцина, кремы и мази – миконазол, эконазол, клотримазол; 5—20 % растворы тетрабората натрия (бура) в глицерине, 1—2 % водные и спиртовые растворы анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, генцианвиолет), нистатиновая мазь и др. Препараты следует наносить на очаги поражения 2 раза в день (кремы и мази слегка втирать) до полного регресса клинических проявлений, затем, сократив аппликации до 1 в 2—3 дня, продолжать лечение еще 2—3 нед.
- В резистентных случаях назначают флуконазол в дозе 100-150 мг в день в течение 7 дней. Существует потенциальное взаимодействие между системными гипогликемическими агентами и флуконазолом, что требует тщательного контроля уровня сахара в крови при их одновременном применении.

Лечение урогенитального кандидоза у женщин

- натамицин, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или
- клотримазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или
- клотримазол, крем 1% 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном в течение 7-14 дней или
- итраконазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней или
- миконазол, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или
- бутоконазол, 2% крем 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном однократно или
- флуконазол 150 мг перорально однократно или
- итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней.

Лечение урогенитального кандидоза у мужчин

- натамицин, 2% крем 1-2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней или
- клотримазол, 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней или
- флуконазол 150 мг перорально однократно или
- итраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней.

Спасибо за внимание!!!

Литература

1. Кожные и венерические болезни: Справочник: Под ред. О.Л. Иванова. М.: Медицина, 1997.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Рецептурсно-терапевтический справочник дерматовенеролога. М.: Ал-маз, 2004.