



ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Доцент кафедры дерматовенерологии,
к.м.н. Сердюкова Е.А.



Микозы или грибковые заболевания КОЖИ

- ▣ Инфекционные заболевания кожи, которые вызываются паразитарными грибами
- ▣ Относятся к числу распространенных болезней кожи и слизистых оболочек, уступая по частоте встречаемости только пиодермиям
- ▣ Грибы относятся к низшим споровым бесхлорофильным организмам растительного происхождения
- ▣ Некоторые группы грибов в различной степени патогенные для человека
- ▣ Облигатно-патогенные грибы (22 вида трихофитонов, 16 видов микроспорумов и 1 вид эпидермофитона) играют большую роль в развитии микозов.
- ▣ Условно-патогенные (плесневые грибы: мукоры, аспергиллы, пенициллы) могут вызывать развитие микозов при предрасполагающих условиях
- ▣ *Монопатогенные* грибы, которые могут вызывать микотическую патологию или только у животных (зоофильные), или только у человека (антропофильные)
- ▣ *Полипатогенные* или зооантропофильные, способны вызывать заболевания у человека и животных



- Инфицирование грибковым заболеванием происходит:
 - при прямом контакте с почвой, растениями, больными животными или людьми
 - опосредованно – через предметы, бывшие в употреблении у больных (*обувь, одежда, предметы обихода (коврики в ванной, мочалки, маникюрные принадлежности и др.)*), при посещении спортивных залов, бань, саун, бассейнов

Провоцирующие факторы

Экзогенные

- ▣ вирулентность возбудителя
- ▣ состояние кожных покровов (ссадины, трещины в межпальцевых складках, обусловленные потертостью)
- ▣ высокая температура
- ▣ повышение рН
- ▣ плохое высушивание кожи после водных процедур
- ▣ личная гигиена (заражение через предметы личной гигиены, личные вещи (одежда, обувь))

Эндогенные

- ▣ наличие сопутствующей патологии (эндокринные, чаще сахарный диабет, иммунные нарушения, генодерматозы, заболевания крови)
- ▣ гиповитаминозы
- ▣ иммунодефициты
- ▣ нарушения микроциркуляции кожи (асстройства кровообращения при сосудистых заболеваниях конечностей)
- ▣ длительная терапия антибиотиками, глюкокортикоидами, цитостатиками
- ▣ повышенная потливость или сухость кожи
- ▣ анатомические особенности (узость межпальцевых складок, плоскостопие)
- ▣ снижение местного иммунитета (в основном в слизистых оболочках. Условно патогенные микроорганизмы защищают слизистые и контролируют уровень патогенных)
- ▣ Возраст (в подростковом периоде все проходят половое созревание, сопровождающееся гормональными перепадами и нарушением функции сальных желез. Пожилые люди подвержены различным заболеваниям, которые зачастую снижают иммунитет)

Классификация

Кератомикозы – группа заболеваний, при которых происходит поражение только рогового слоя эпидермиса и кутикулы волоса

- ▣ Клинически проявляются невоспалительными пятнами и шелушением за счет разрыхления рогового слоя эпидермиса
- ▣ Включены отрубевидный (разноцветный) лишай, узловатая трихоспория

Дерматомикозы поражают все слои кожи, а также придатки кожи (волосы и ногти)

- ▣ Клинические проявления микозов этой группы характеризуются воспалительными пятнами.
- ▣ К дерматомикозам относят: эпидермофитию, рубромикоз, трихофитию, микроспорию и фавус онихомикоз).

Кандидозы кожи и слизистых оболочек вызываются грибами рода *Candida* и характеризуются поражением чаще складок кожи, слизистой оболочки полости рта и гениталий, внутренних органов.

Глубокие микозы с системным поражением кожи и внутренних органов

- ▣ (кокцидиодоз, гистоплазмоз, бластомикозы, споротрихоз, хромомикоз, кладоспориоз, пенициллез, аспергиллез)

Псевдомикозы

- ▣ Эритразма
- ▣ актиномикоз

Отрубевидный лишай

- ❑ Малоконтагиозное хроническое заболевание людей преимущественно молодого и среднего возраста, которое характеризуется поражением рогового слоя эпидермиса и слабовыраженной воспалительной реакцией
- ❑ Возбудителем отрубевидного лишая являются факультативно патогенный липофильный дрожжеподобный гриб рода *Malassezia*
- ❑ Около 90% людей являются носителями сапрофитной формы этого гриба
- ❑ Возникновению заболевания способствует первичные или вторичные (на фоне приема цитостатиков, системных глюкокортикостероидов) иммунодефициты, усиленное потоотделение, себорея, некоторые эндокринные расстройства (синдром Иценко – Кушинга, сахарный диабет), замедленное физиологическое отшелушивание кожи, изменение физико-химических свойств водно-липидной мантии кожи , химического состава пота
- ❑ Под воздействием данных предрасполагающих факторов сапрофитная непатогенная форма трансформируется в патогенную и вызывает заболевание у человека.
- ❑ Заболевание встречается во всех географических зонах, но чаще в регионах с жарким климатом и повышенной
- ❑ Инкубационный период колеблется от 2-3 недель до 1,5-2 месяцев.

Отрубевидный лишай

клиническая картина

- Характеризуется появлением на коже груди, шеи, спины, верхней части туловища, реже живота сначала мелких четко отграниченных невоспалительных пятен розового цвета
- В дальнейшем они приобретают желтовато-бурую и коричневатую окраску разные оттенки («кофе с молоком»)
- У некоторых больных может проявляться депигментированными или бледно-коричневыми пятнами
- Со временем пятна могут сливаться, формируя крупные очаги, имеющие фестончатые очертания
- На поверхности пятен отмечается шелушение, напоминающее отруби видимое отчетливо при поскабливании
- Субъективные ощущения обычно отсутствуют, но иногда больной может наблюдать небольшой зуд
- Заболевание характеризуется хроническим течением, также характерны рецидивы
- Летом под действием солнечных лучей высыпания на гладкой коже регрессируют и оставляют после себя отчетливо выделяющиеся очаги депигментации, так называемой постпаразитарной лейкодермы
- Депигментация кожи, которая подверглась поражению гриба-возбудителя вызывается веществами, которые выделяет грибок, способными тормозить образование меланина.









Диагностика отрубевидного лишая

- ▣ Типичная клиническая картина
- ▣ Проба (симптом) Бенъе – скрытое шелушение (феномен стружки)- при поскобливании пятен стеклом или ногтем появляется отрубевидное шелушение
- ▣ Проба Бальцера (смазывание раствором йода пятен с захватом окружающей здоровой кожи. Более интенсивное окрашивание пятен – положительная проба
- ▣ Использование ртутно-кварцевой лампы (лампа Вуда). Золотисто-коричневое свечение
- ▣ Микроскопия (выявление паразитарных грибов при соскобе с очагов поражения) и культуральное исследование

Лечение отрубевидного лишая

- ▣ Кератопластические средства (2% салициловый спирт 3-5% резорциновый спирт, борный спирт)
- ▣ Фунгицидные средства (кетоназол, клотримазол, бифоназол)
- ▣ Использование противогрибковых шампуней при купании в виде геля для душа
- ▣ При распространенных формах возможно назначение системных антимикотических препаратов (кетоназол, итраконазол, флуконазол)

ЭПИДЕРМОФИТИЯ КРУПНЫХ СКЛАДОК

- ▣ Возбудителем заболевания является паховый эпидермофитон (*Epidermophyton inquinale* или *Epidermophyton floccosum*)
- ▣ Заражение происходит при прямом контакте в больным человеком или через предметы, находящиеся в общем обиходе
- ▣ Чаще болеют молодые мужчины
- ▣ Локализация - паховые, пахово-бедренные, пахово-мошоночные складки, иногда межъягодичные складки
- ▣ Клиника: круглые слегка возвышенные пятна розового или красного, сопровождающие зудом.
- ▣ Валикообразный край очагов состоит из папул, пустул, пузырьков, эрозий, чешуек, корочек, иногда мокнутие
- ▣ Могут появляться высыпания на других участках кожного покрова в виде папуло-везикулезных и эритематозных элементов (эпидермофитиды, микиды, аллергиды)
- ▣ Субъективно: сильный зуд, жжение
- ▣ Заболевание имеет хроническое течение





Диагностика и лечение эпидермофитии крупных складок

Диагностика

- ▣ клиническая картина
- ▣ микроскопия чешуек с поверхности очагов

Лечение

- ▣ В острой стадии назначают холодные примочки с 2% борной кислотой, резорцином, 0,25% раствором нитрата серебра
- ▣ По мере стихания островоспалительных явлений рекомендуют фунгицидные средства
- ▣ При наличии аллергидов назначают антигистаминные препараты и гипосенсибилизирующее лечение

Эпидермофития стоп (микоз стоп)

- ❑ Распространенное заболевание часто хроническое заболевание стоп
- ❑ Возбудитель межпальцевой трихофитон (*Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*)
- ❑ Предрасполагающие факторы: ношение тесной закрытой и плохо вентилируемой обуви, повышенная потливость стоп, сахарный диабет, вегето-сосудистая дистония, хождение босиком, негигиеническое содержание кожи стоп
- ❑ Заражение происходит при наличии больных в семье, а также в банях, душах, плавательных бассейнах
- ❑ Выделяют несколько клинических форм: сквамозная, интертригинозная и дисгидротическая



(*Trichophyton interdigitale*)

Клиническая картина

- ▣ Сквамозная форма в области сводов стоп, подошв, межпальцевых промежутков отмечается нерезко выраженное муковидное или мелкопластинчатое шелушение
- ▣ Субъективно чувство сухости кожи или легкого стягивания кожи
- ▣ Интертригинозная форма в межпальцевых промежутках 4 и 5, реже 3 и 4 пальцев стоп возникает шелушение, трещины, мацерация, мокнутие
- ▣ Субъективно: зуд.



Сквамозная



Интертригинозная



Клиническая картина

- ▣ Дисгидротическая форма – на подошве, в межпальцевых промежутках стоп на фоне эритемы появляются многокамерные пузырьки с плотной крышкой, просвечивающие в виде белых зерен (саговые), напоминающих рис, при присоединении вторичной инфекции содержимое становится гнойным, отмечается отек стопы
- ▣ Пузырьки и пузыри могут вскрываться, образуя эрозии
- ▣ Субъективно: болезненность и зуд
- ▣



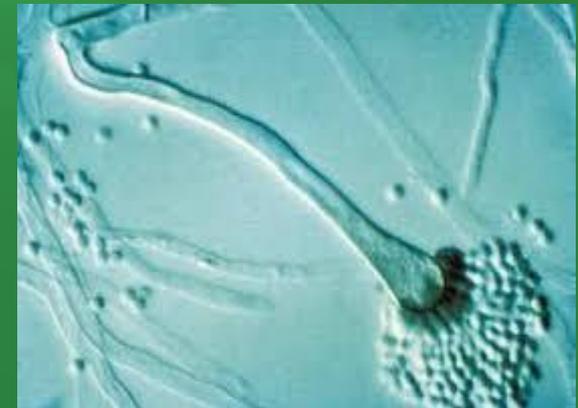
Диагностика и лечение



- ▣ *Диагностика*
- ▣ клиническая картина
- ▣ микроскопия соскобов с очагов, обрывков пузырей и ногтевых пластин
- ▣ посев на питательную среду Сабуро.
- ▣ *Лечение*
- ▣ при сквамозной форме отшелушивающие и фунгицидные средства
- ▣ при интертригинозной формах назначают р-р марганца, отшелушивающие и фунгицидные средства
- ▣ При дисгидротической эпидермофитии противовоспалительную, гипосенсибилизирующую терапию, наружно примочки с борной кислотой, ванночки с раствором марганца, фунгицидные наружные средства

РУБРОМИКОЗ

- ▣ Возбудитель рубромикоза (красный трихофитон *Trichophyton rubrum*)
- ▣ Поражает кожу, пушковые волосы и ногтевые пластинки
- ▣ Заболевание имеет хроническое течение
- ▣ Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют



Клиническая картина рубромикоза

- ▣ Начинается с межпальцевых промежутков всех пальцев, затем переходит на подошву
- ▣ Кожа подошв и ладоней инфильтрируется, становится сухой
- ▣ Кожные бороздки подчеркнуты из-за муковидного шелушения
- ▣ При поражении туловища, конечностей, лица на коже образуются очаги причудливой, фестончатой формы
- ▣ В очагах поражения отмечается эритема, инфильтрация различной интенсивности, шелушение
- ▣ При этом клинически высыпания могут напоминать экзему, псориаз, atopический дерматит
- ▣ Очаги имеют четкую прерывистую границу
- ▣ Могут поражаться ногти







Диагностика и лечение рубромикоза

▣ *Диагностика*

▣ клиническая картина

▣ микроскопия соскобов с очагов поражения и ногтей

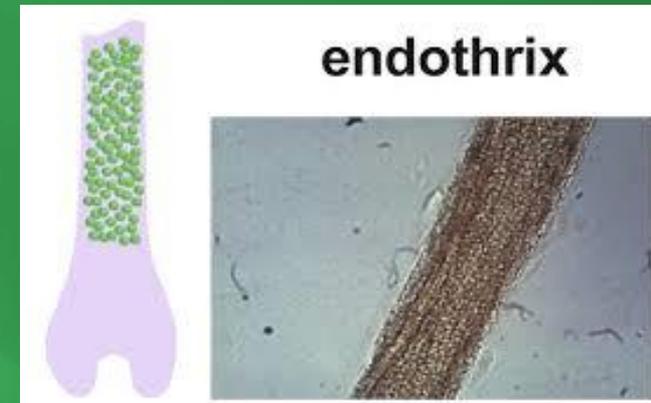
▣ *Лечение*

▣ назначение противогрибковых препаратов для наружного применения

▣ по показаниям, системные антимикотические средства

Трихофития

- ❑ Контагиозное заболевание человека и животных, которое вызывается различными видами грибов и поражает кожу, волосы и ногти
- ❑ Источник заражения :больные люди, пораженные трихофитией животные (лошади, крупный рогатый скот, свиньи, мыши, птицы и домашние животные)
- ❑ *Trichophyton endothrix* находится внутри волоса, располагаясь тяжами по всей его длине, не вызывая воспалительной реакции
- ❑ *Trichophyton ectothrix* располагается снаружи волоса , пронизывая эпителий фолликула, он вызывает воспалительную реакцию
- ❑ Различают поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную трихофитию
- ❑



Поверхностная форма

- ▣ Поражается гладкая кожа и волосистая часть головы
- ▣ На коже очаги эритемы округлой формы розового или красного цвета с шелушением на поверхности, с возвышающимся валиком, состоящим из папул, везикул, чешуек, корок
- ▣ На волосистой части головы появляются рассеянные шелушащиеся пятна розового цвета с мелкими пузырьками в диаметре до 1-2 см
- ▣ Волосы обламываются на разном уровне уровне кожи или на высоте 2-3 мм от уровня кожи, в очаге есть здоровые волосы
- ▣ Без лечения течение заболевания длительное, годами, но в период полового созревания обычно наблюдается самопроизвольное излечение
- ▣ У ряда девочек с нейро-эндокринными заболеваниями разрешения поверхностной формы в пубертате не происходит и развивается хроническая трихофития







Хроническая «черно-точечная» трихофития

- ▣ Характеризуется малосимптомностью за счет отсутствия воспалительной реакции в очагах
- ▣ Чаще у женщин
- ▣ Появляются небольшие шелушащиеся очаги обломанных на уровне кожи волос, чаще в затылочной и височных областях в виде черных точек
- ▣ Субъективные ощущения отсутствуют



Инфильтративно-нагноительная глубокая форма

- ▣ Заражение происходит от домашних животных (*крупный рогатый скот, лошади, крысы, мыши*)
- ▣ На волосистой части головы образуются инфильтрированные остро-воспалительные бляшки, на поверхности которых в центре каждого волосяного фолликула формируются абсцедирующие пустулы, гнойные корки – керион Цельса



- При надавливании на очаг из каждого волосяного фолликула выделяется гной (симптом «медовых сот» или «сита»)
- При разрешении формируется глубокий, грубый рубец вплоть до апоневроза
- Развивается рубцовая алопеция



- ▣ Поражение области бороды и усов у мужчин называется паразитарный сикоз





Микроспория

- Высококонтрагиозное (очень заразное) инфекционное заболевание гладкой кожи, волосистой части головы и ногтей, вызываемое патогенными грибами рода *Microsporum*
- Среди грибов рода *Microsporum* имеется около 20 видов (*M. distortum*, *M. rivalieri*, *M. langeronii*, *M. canis*; *M. nanum*; *M. persicolor*; *M. gypseum*, *M. cookeii* *M. cookeii* , *Keratynomyces ajelloii*), способных провоцировать микроспорию гладкой кожи, волосистой части головы
- 90% случаев возбудителем микроспории является грибок вида *Microsporum canis*
- Источниками инфекции являются больные люди, животные (кошки, собаки)
- Чаще болеют дети
- Инкубационный период при микроспории у человека составляет около 2 – 4 дней



Микроспория гладкой КОЖИ

- ▣ Характеризуется появлением розовых пятен круглой или овальной формы диаметром около 0,5 – 3 см
- ▣ В периферической зоне пятен имеются пузырьки, которые быстро подсыхают до корочек
- ▣ Центральная часть пятен покрыта чешуйкам
- ▣ Благодаря центробежному росту очагов, отдельные элементы приобретают кольцевидную форму
- ▣ Наряду со старыми очагами возникают новые
- ▣ В редких случаях внутри старых кольцевидных очагов появляются новые (форма ириса)
- ▣ Микроспория гладкой кожи клинически неотличима от поражения кожи при поверхностной трихофитии
- ▣ Ногтевые пластинки поражаются при микроспории очень редко



Микроспория волосистой части головы

- ▣ Первым признаком поражения в/ч головы является появление очагов поредения
- ▣ Структура волос в очагах поражения меняется: волосы становятся тусклыми, серыми, утолщенными и обламываются на высоте около 3 – 8 мм
- ▣ С течением времени очаги обломанных волос периферически увеличиваются придавая волосам вид подстриженных.
- ▣ Корневая часть пораженных волос окружена налетом серого цвета, который состоит из спор гриба
- ▣ При извлечении такого волоса он будет иметь вид сложенного зонтика
- ▣ Кожа в пределах очагов поражения покрыта мелкими асбестовидными чешуйками, при снятии которых обнаруживается небольшая эритема
- ▣ Микроспория волосистой части головы, обусловленная ржавым микроспорумом, характеризуется большим количеством очагов и склонностью к их слиянию, а также распространением поражения с волосистой части головы на гладкую кожу лица и шеи



Диагностика

- Диагноз микроспории волосистой части головы подтверждаются положительными результатами микроскопического исследования волос, получением культуры возбудителя и отчетливым зеленым свечением пораженных волос при люминесцентном исследовании
- Диагноз микроспории гладкой кожи подтверждается на основании обнаружения мицелия и спор в кожных чешуйках с очагов поражения и культурального исследования

Фавус (парша)

- Это редкое хроническое грибковое заболевание кожи и ее придатков, вызываемое антропофильным грибом
- В развитии болезни имеют значение хронические инфекции, авитаминоз, эндокринопатии
- Заболевание начинается в детском возрасте, но поскольку ему не свойственно самоизлечение, обнаруживается и у взрослых
- Заболевание чаще локализуется на волосистой части головы, реже поражаются ногти и гладкая кожа
- Заболевание делится на скутулярную (типичную), питириодную и импетигинозную формы.
- При скутулярной форме через 2 недели после заражения возникает зудящее красное пятно вокруг волоса, а затем формируется щиток (скутула) – основной клинический признак фавуса
- Скутула представляет собой круглое с вдавлением в центре сухое образование ярко-желтого цвета, по форме напоминающее блюдце, пронизанное в центре волосом, состоящее из элементов гриба и клеток слущенного рогового слоя, размером от нескольких миллиметров до 1 см
- Поражение может захватывать всю волосистую часть головы, при этом волосы теряют блеск, тускнеют, перекручиваются, приобретают пепельно-белый цвет, легко выдергиваются, но не обламываются
- В дальнейшем развивается рубцовая атрофия кожи, причем по краю волосистой части головы всегда остается кайма волосяного покрова шириной 1 – 2 см.
- Появляется специфический «амбарный» запах



Фавус (парша)

- При питириоидной форме фавуса типичных скутул нет либо они рудиментарны, преобладает обильное отрубевидное шелушение, возникающее на слегка гиперемированной коже.
- Более редкая импетигиозная форма характеризуется наличием на очагах поражения массивных желтого цвета «слоистых» корок, напоминающих корки при импетиго
- На гладкой коже выделяют скутулярную и сквамозную
- При скутулярной форме появляются типичные скутулы, которые могут достичь значительных размеров.
- Сквамозная форма представлена в виде ограниченных эритематосквамозных очагов, напоминающих очаги трихофитии
- На гладкой коже фавус атрофии обычно не оставляет
- Поражаются ногтевые пластинки
- Диагноз ставится на основании характерной клинической картины, характерного свечения (тусклого зеленоватого) пораженных волос в лучах лампы Вуда, а также микроскопического исследования пораженных волос и получения культуры возбудителя



Кандидоз

- ▣ Заболевание кожи, ногтей и слизистых оболочек, иногда – внутренних органов, вызываемое дрожжеподобными грибами
- ▣ Наиболее подвержены этому заболеванию младенцы, очень старые и очень больные люди

Эндогенные предрасполагающие факторы

- ▣ эндокринные заболевания
- ▣ тяжелые общие заболевания (лимфома, лейкемия, ВИЧ-инфекция)
- ▣ патологически протекающая беременность.
- ▣ Прием антибиотиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков, гормональная контрацепция

Экзогенные предрасполагающие факторы

- ▣ повышенная температура
- ▣ повышенная влажность
- ▣ химические вещества, вызывающие повреждения кожи
- ▣ микротравмы

- ▣ Инфицирование обычно происходит в родовых путях
- ▣ Доказана также возможность трансплацентарного пути заражения (врожденный кандидоз)
- ▣ Возникновение кандидоза у взрослых чаще всего связано с аутогенным суперинфицированием, но может иметь место и экзогенное инфицирование генитальной, перигенитальной областей

Разновидности кандидоза

- 1) поверхностный кандидоз (*рта, гениталий, кожи, ногтевых валиков и ногтей*)
- 2) хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей и подростков
- 3) хронический кожно-слизистый кандидоз;
- 4) висцеральный кандидоз (*поражение различных внутренних органов и систем: кандидоз глотки, пищевода и кишечника, кандидоз бронхов и легких*)
- Поверхностный кандидоз – это разновидность заболевания, которая встречается наиболее часто

По локализации поражения различают:

- 1) кандидоз слизистых оболочек и кожи (*кандидозный стоматит, кандидозный глоссит, кандидоз углов рта, кандидозный хейлит, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит*);
- 2) кандидоз кожи и ногтей (*кандидоз больших складок, кандидозные паронихии и онихии*)



Клиническая картина кандидоза

- Наиболее частой клинической формой острого кандидоза является молочница, или псевдомембранозный кандидоз
- он часто возникает у новорожденных в первые 2 – 3 недели жизни и у взрослых
- Очаги поражения обычно располагаются на слизистой щек, неба, десен
- Появляются белесовато-кремовые крошковатые налеты с гиперемизированной, реже – эрозивированной поверхностью под ними
- Субъективно: ощущение сухости слизистой, зуд, жжением, иногда в болезненность
- Часто развивается кандидоз углов рта (кандидозная заеда)
- В углах рта появляются ограниченные эрозии – трещины на слегка инфильтрированном основании, окруженные бахромкой слегка приподнятого побелевшего эпидермиса



Клиническая картина кандидоза

- Кандидозный вульвовагинит характеризуется образованием на гиперемированной слизистой оболочке вульвы и влагалища беловатого налета, появление крошковатых белых выделений, сопровождающихся мучительным зудом и жжением
- Кандидозный баланопостит характеризуется появлением на головке и внутренней плоти на фоне эритемы многочисленных мелких пустул, эрозий, с беловатыми налетами, сопровождающиеся зудом и жжением
- Кандидоз складок проявляется гиперемированными очагами с тонкостенными, часто сливающимися пустулами, эрозиями темно-вишневого цвета с блестящей поверхностью
- Кандидозная паронихия и онихия - воспаление околоногтевого валика, при надавливании на него может появиться гнойное отделяемое
- Ноготь деформируется, затем утолщается, становится тусклым, грязно-серого цвета, появляются поперечные бороздки, иногда точечные вдавления



Диагностика кандидоза

- ▣ Микроскопическое исследование мазков, соскобов, ногтей (обнаруживают в большом количестве почкующиеся клетки, псевдомицелий или истинный мицелий)
- ▣ Культуральный метод
- ▣ Обследование пациента для исключения провоцирующих факторов



Лечение кандидоза

- ▣ При массивной колонизации желудочно-кишечного тракта целесообразно назначение препаратов для подавления их роста (натамицина, леворина, нистатина)
- ▣ При кандидозном стоматите рекомендуют смазывания пораженной слизистой раствором тетрабората натрия (буры) в глицерине или раствором анилинового красителя, полиеновые антибиотики (нистатин) и производные азола в формах раствора
- ▣ При остром вульвовагините быстрый терапевтический эффект оказывают примочки и спринцевания раствором хлоргексидина или мирамистина.
- ▣ При поражении кожных складок наружную терапию проводят в зависимости от выраженности воспалительных явлений (вначале назначают примочки, а затем смазывания очагов анилиновым красителем)
- ▣ Общую противокандидозную терапию больных поверхностным кандидозом кожи и слизистых назначают при распространенном поражении складок, гладкой кожи, слизистых оболочек (флюконазол)

Онихомикоз- грибковое поражение ногтевой пластины

- Около половины пациентов, больных дерматомикозами, имеют онихомикоз.
- Изолированное инфицирование ногтевых пластинок грибами наблюдается редко
- Обычно поражение ногтя происходит вторично при распространении гриба с пораженной кожи при микозе стоп, кистей
- Возможен также гематогенный занос гриба в зону роста ногтя при травме ногтевой фаланги, а также у пациентов с эндокринными заболеваниями и иммунодефицитными состояниями

Провоцирующие факторы:

- нарушения кровообращения в конечностях
- функциональные и органические заболевания нервной системы, приводящие к нарушению трофики тканей
- эндокринные заболевания
- иммунодефицитные состояния
- некоторые хронические кожные заболевания, для которых характерны расстройства рогообразования и дистрофии ногтевых пластинок
- механическая и химическая травмы ногтевых пластинок и дистальных отделов конечностей
- отморожение и ознобление



Клиническая картина ОНИХОМИКОЗА

- ▣ Клинически проявляется изменением цвета и структуры ногтевых пластинок
- ▣ Ногтевой валик не поражается
- ▣ *Гипертрофическая форма* ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, приобретает желтоватую окраску, крошится, края ее становятся зазубренными
- ▣ *Нормотрофическая форма* изменяется цвет (желтоватый или белый) структура не изменяется
- ▣ *Атрофическая форма* характеризуется значительным истончением, отслоением ногтевой пластинки от ногтевого ложа, образованием пустот или частичным ее разрушением



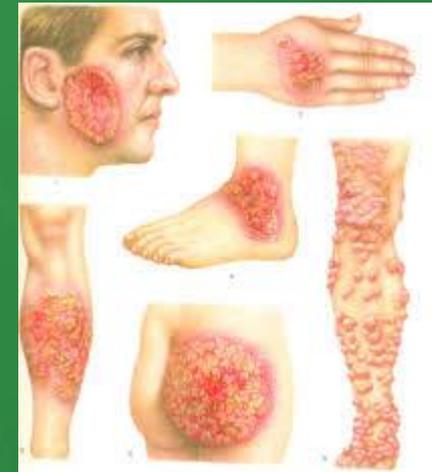
Диагностика и лечение ОНИХОМИКОЗА

- ❑ Диагноз ставят на основании характерной клинической картины и лабораторных данных
- ❑ Микроскопического исследования пораженных ногтевых пластин
- ❑ Культуральное исследование
- ❑ Лечение: применение противогрибковых лаков (*лоцерил, батрафен*)
- ❑ Системная терапия проводится при тотальном поражении ногтей: итраконазол (*орунгал*), тербинафин (*ламизил, экзифин*) и флуконазол (*дифлюкан, микосист, флюкостат*)



Глубокие микозы

- ▣ Грибы, вызывающие глубокие микозы, относятся к различным родовым и видовым группам
- ▣ Многие из них диморфные: во внешней среде они существуют в виде мицелия, а в очагах поражения – в паразитарной (тканевой) форме, которая по морфологии резко отличается от мицелиальной формы
- ▣ Поражают дерму и более глубокие мягкие ткани, костную ткань и внутренние органы
- ▣ К этой группе относят **гистоплазмоз, бластомикоз, паракокцидиоз, кокцидиоз, эндемический пенициллиоз**
- ▣ К наиболее опасным глубоким микозам относятся кокцидиоз и гистоплазмоз, вызывающие тяжелые поражения кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, нередко заканчивающиеся гибелью больного
- ▣ Другие глубокие микозы вызываются условно-патогенными грибами
- ▣ Тяжесть их течения зависит от степени распространенности и состояния реактивности организма больного.
- ▣ Распространены в регионах с тропическим и субтропическим климатом
- ▣ Глубокие микозы, особенно с поражением внутренних органов, требуют назначения общей противогрибковой терапии (итраконазола, флуконазола, амфотерицина В).



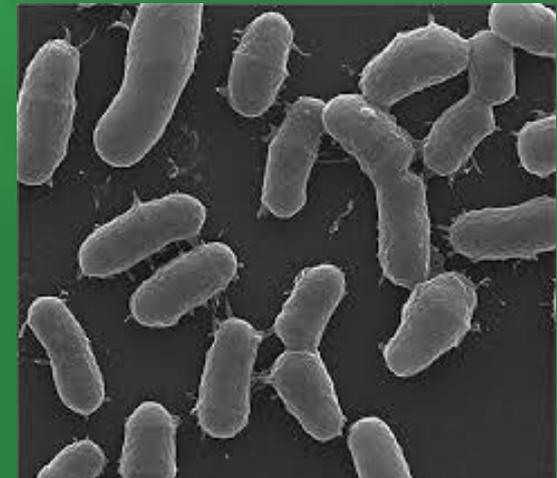
Псевдомикозы

- ▣ К этой группе относятся поверхностные (эритразма) и глубокие (актиномикоз) заболевания негрибковой природы
- ▣ **Эритразма**
- ▣ **Актиномикоз**



Эритразма – псевдомикоз

- ▣ Возбудитель – коринебактерия (*Corynebacterium minutissimum*)
- ▣ Исторически относится к группе кератомикозов, т.к. возбудитель поражает роговой слой
- ▣ Малозаразительна
- ▣ Провоцирующие факторы: сахарный диабет, ожирение, повышенная потливость, несоблюдение правил личной гигиены, иммунодефициты
- ▣ Чаще встречается у взрослых, мужчин



Клиническая картина эритразмы

- ▣ Появления крупных (размером до ладони и более) невоспалительных пятен кирпично-красного цвета с четкими фестончатыми очертаниями и небольшим отрубевидным шелушением
- ▣ Локализация в пахово-мошоночных, пахово-бедренных складках, в подмышечных впадинах, под молочными железами
- ▣ Субъективные ощущения отсутствуют
- ▣ Заболевание имеет хроническое, многолетнее течение с рецидивами



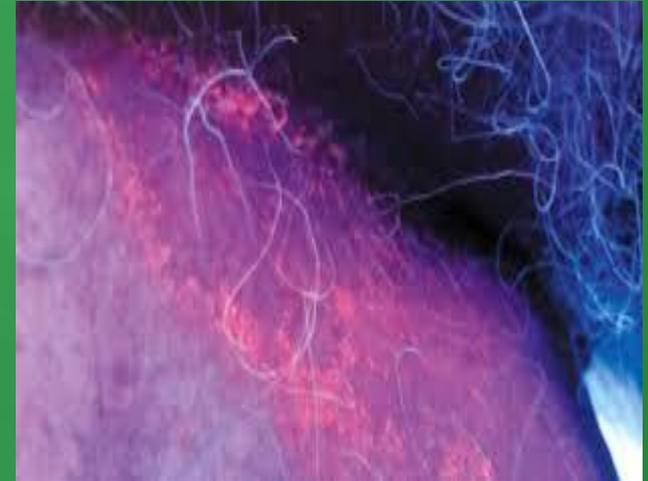
Эритразма

диагностика и лечение

Диагностика:

- ▣ клиническая картина
- ▣ микроскопия
- ▣ люминесцентный метод –

кораллово-красное свечение в лучах лампы Вуда



Лечение:

- ▣ мази с антибиотиками (эритромициновая, фуцидин)
- ▣ кератопластические средства (2 % салициловый и резорциновый спирт), противогрибковые препараты

АКТИНОМИКОЗ

- ▣ Вызывается несколькими видами актиномицетов
- ▣ Наряду с кожей могут поражаться внутренние органы
- ▣ Более чем у половины пациентов встречается шейно-лицевая форма кожного актиномикоза
- ▣ Она проявляется гуммозно-узловатыми, бугорково-уплотненными, атероматозными, абсцедирующими и язвенными высыпаниями
- ▣ В лечении длительно используют высокие дозы пенициллина и актинолизат

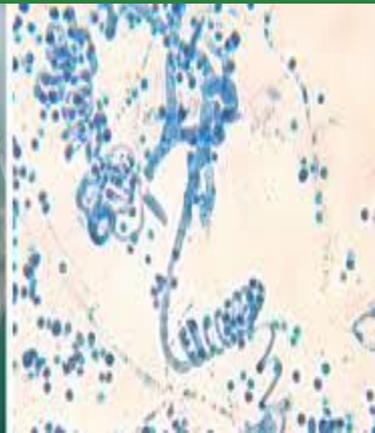


Показания для назначения системной антимикотической терапии

- ▣ 1) выявлено поражение волосистой части головы и ногтевых пластинок;
- ▣ 2) имеются распространенные очаги на гладкой коже (с поражением пушковых волос);
- ▣ 3) диагностирована инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы;
- ▣ 4) оказалась неэффективной наружная терапия;
- ▣ 5) обнаружена индивидуальная непереносимость применявшихся наружно фунгицидов.
- ▣ К противогрибковым препаратам общего действия при микроспории и трихофитии относятся гризеофульвин, тербинафин (ламизил, экзифин), итраконазол (орунгал), флуконазол (дифлюкан, микосист) и кетоконазол (низорал).

Диагностика грибковых заболеваний

- ▣ Типичная клиническая картина
- ▣ Клинические пробы (*проба Бальцера, феномен стружки или скрытого шелушения, симптом Бенъе при отрубевидном лишае*)
- ▣ Микроскопия (*обнаружение спор и мицелия паразитарного гриба в соскобе с гладкой кожи, ногтей или волос*)
- ▣ Культуральное исследование (*посев отделяемого, чешуек на питательную среду Сабуро*)
- ▣ Люминисцентный метод



Люминисцентный метод

- Использование специальной лампы с фильтром Вуда
- это оптический излучатель в длинноволновом диапазоне ультрафиолетовой части светового спектра, с длиной волны не более 400 нм. Лампа излучает так называемый «черный свет», слабо видимый невооруженному глазу, чем кардинально отличается от обычных кварцевых ультрафиолетовых ламп с ярким видимым свечением
- При отрубевидном лишае – **желто-коричневое**
- При эритразме - **кораллово-красное**,
- При микроспории – изумрудно-зеленое, напоминающее “кошачий глаз”
- При фавусе – бледно-серебристое
- При трихофитии – свечение отсутствует
- при кандидозе - белоснежное



Благодарю за внимание