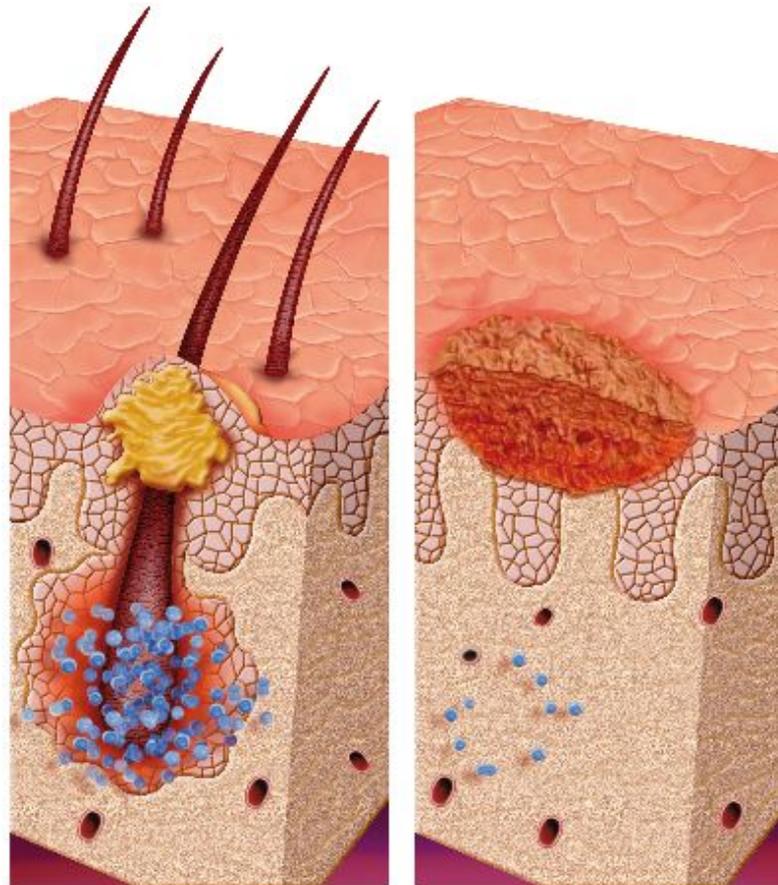


Сестринский уход в кожных и венерических болезнях

Тема №3 Грибковые поражения



Теоретическое занятие ПМ02 МДК 01

Раздел «СУ при кожных и венерических заболеваниях»

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Преподаватель Щаникова Наталья Викторовна

СОДЕРЖАНИЕ

Классификация.

Этиология.

Пути распространения.

Клиника.

Принципы лечения.

Паразитарные зоонозы

Заболевания кожи вызываемые грибами, простейшими, гельминтами, членистоногими входят в группу **паразитарных зоонозов**.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Грибы (Fungi)

Грибы (Fungi) представляют собой эукариотные гетеротрофные, спорообразующие организмы, не имеющие хлорофилла.

Примерно 98% всех относимых к грибам организмов составляют царство Fungi (настоящие грибы), равнозначные царствам Plantae (растения) и Animalia (животные).

Грибы (Fungi)

От растений, водорослей, цианобактерий, единственным источником углерода и энергии для которых является углекислый газ и солнечный свет, грибы отличаются гетеротрофностью, т.е. неспособностью к образованию питательных веществ с помощью фотосинтеза.

От прокариотных бактерий грибы отличаются наличием истонного ядра, а от простейших и животных – клеточной стенки.

Грибы (Fungi)

Гетеротрофность грибов заключается в том, что они поглощают готовые питательные вещества из окружающей среды.

По образу жизни различают:

сапробионтов (сапротрофы, сапрофиты) – получающих необходимые соединения углерода из органических остатков

биотрофы (паразиты, симбионты) – использующие в качестве хозяев или партнеров животных, растения, водоросли, простейших, бактерии и другие грибы.

Грибы (Fungi)

Различают три основных типа прямого поражения человека грибами:

- токсическое (мицетизм, микотоксикоз)
- сенсibiliзирующее (микогенная аллергия)
- инфекционное (развитие микозов кожи, ее придатков и других органов).

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Грибы (Fungi)



Рис. 1. Грибок *trichophyton rubrum*. Вид под микроскопом.



Рис. 2. Грибок *epidermophyton floccosum*. Вид под микроскопом.

Грибы (Fungi)

Размножение грибов происходит **половым путем** (совершенные грибы) и **неполовым путем** (несовершенные грибы). Оно может быть вегетативным и репродуктивным. **Вегетативное** размножение происходит без специальных или с помощью малоспециализированных органов. **Репродуктивное** размножение осуществляется при помощи специальных органов воспроизведения.

Механизмы размножения грибов:

- деление
- прорастание
- почкование клеток
- спорообразование

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Этиология

Инфекционные заболевания человека,
вызываемые грибами, носят общее название
микозы.

Микозы (грибковые заболевания) – обширная группа поражений кожных покровов, вызываемых патогенными грибами.

Этиология, патогенез и клиническая картина микозов чрезвычайно разнообразны, однако практически во все случаях этих заболеваний в патологический процесс вовлекается кожа.

Грибковые заболевания (микозы) кожи характеризуются поражением кожи и ее придатков (волос, ногтей), реже микозы локализуется на слизистых оболочках полости рта и половых органов (изолировано или наряду с

Классификация

Современные классификации дерматомикозов основаны на:

- родовой и видовой принадлежности грибов
- глубине их проникновения в пораженные ткани и ответной реакции этих тканей
- отношении грибов к придаткам кожи (волосы, ногти)
- преимущественной локализации микоза
- паразитирование (антропофилы, зоофилы, геофилы).

Дерматофитии (дерматомикозы)

Дерматомикозы (син. дерматофитии) - группа грибковых заболеваний, обусловленных дерматофитами родов *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*, паразитирующих на человеке и животных.

Дерматомикозы – инфекционные заболевания, вызываемые грибами дерматофитами:

- 22 вида трихофитонов
- 16 видов микроспорумов
- 1 вид эпидермофитона

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

Руброфития



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

Микроспория



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

Микроспория



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

Трихофития



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

Кандидоз



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии (дерматомикозы)

К группе поверхностных дерматомикозов-дерматофитий относят инфекции, при которых поражаются только кожа и ее придатки (волосы и ногти), а инфекционный процесс не выходит за границы эпидермиса или эпителия. В числе поверхностных микозов традиционно рассматривают также кандидоз слизистых оболочек.

У человека дерматофиты поражают эпидермис (в основном его роговой слой, расщепляя белок кератин с помощью протеолитических ферментов), а также придатки кожи – волосы (микроспорумы и трихофитоны) и ногти (трихофитоны и

Классификация

4 группы дерматомикозов:

- кератомикозы
- дерматофитии
- кандидоз
- глубокие микозы

По областям поражения:

- МИКОЗ ГОЛОВЫ
- МИКОЗ КОРПУСА
- МИКОЗ СКЛАДОК
- МИКОЗ СТОП И КИСТЕЙ
- МИКОЗ НОГТЕЙ (ОНИХОМИКОЗ)

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Коды по МКБ-10

Распределение по клиническим проявлениям дерматофитий

Код	Нозология	Синоним/ эквивалент
B35	Дерматофитии	<i>Tinea</i> (общее латинское название)
B35.0	Микоз бороды и головы	<i>Tinea barbae et capitis</i> , трихофития, микроспория, фавус волосистой части головы, области бороды и усов
B35.1	Микоз ногтей	<i>Tinea unguium</i> , дерматофитный онихомикоз
B35.2	Микоз кистей	<i>Tinea manuum</i> , руброфития ладоней
B35.3	Микоз стоп	<i>Tinea pedis</i> , эпидермофития и руброфития стоп (подошвы и межпальцевых складок)
B35.4	Микоз туловища	<i>Tinea corporis s. circinata, s. cutis glabre</i> , дерматофития гладкой кожи (в том числе лица, тыла кистей и стоп)
B35.5	Черепитчатый микоз	<i>Tinea imbricata</i> , токело
B35.6	Эпидермофития паховая	<i>Tinea cruris</i> , паховая эпидермофития
B35.8	Другие дерматофитии	Включают глубокие варианты дерматофитии
B35.9	Дерматофития неуточненная	Дерматофития (без указания локализации/этиологии) неуточненная

Дерматофитии распространены повсеместно.

По среде обитания и источнику инфекции все они делятся на три группы:

антропофильные (например, *T. rubrum* и *T. mentagrophytes var. interdigitale*)

зоофильные (например, *M. canis*, *T. verrucosum*)
и

геофильные (например, *M. gypseum*).

Дерматофиты устойчивы к действию факторов окружающей среды.

В настоящее время антропофильные дерматофиты могут быть обнаружены у **20% всего населения,**

Возбудители дерматофитий грибы рода

Trichophyton

Microsporum

Epidermophyton

Из более чем 40 известных видов дерматофитов в нашей стране чаще всего встречаются 3:

Trichophyton rubrum

Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale

Microsporum canis

Этиология

Трихофитоны (Trichophyton) в равной степени поражают роговой слой кожи, волосы, ногти

Микроспорумы (Microsporum) предпочитают кожу и волосы

Эпидермофитоны (Epidermophyton) инфицируют только гладкую кожу

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Этиология и патогенез

Температура

В отличие от других патогенных микроорганизмов дерматофиты лучше растут при температуре ниже температуры крови человека. Оптимальна для них температура от 25 до 30°C. Они легко переносят низкую температуру и гибнут при высокой. Высокая температура, следовательно, может быть использована как эффективный метод дезинфекции.

Влажность

Необходимым условием для развития и роста дерматофитов является влажная среда. Особенно это относится к возбудителям микозов стоп. Вот почему заражение и обострения болезни

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Этиология и патогенез

Дерматофиты устойчивы к УФ-лучам; оптимальной для их жизнедеятельности является нейтральная и слабощелочная среда; сдвиги кислотности в ту или иную сторону, особенно в кислую, негативно влияют на грибы.

Одни дерматофиты могут паразитировать только на человеке, другие – на человеке и животных. В связи с этим различают соответственно антропофильные и зоофильные грибы.

Исключительно важное значение для развития микотического процесса имеет **пол и возраст больного.**

Развитие грибковых заболеваний кожи, вызываемых дерматофтами, определяется факторами:

- патогенность возбудителя
- вирулентность возбудителя
- состояние макроорганизма
- условия внешней среды

Препараты для лечения микозов

При появлении отека, повреждении кожи, мокнущи и присоединении вторичной инфекции применяются противогрибковые препараты с кортикостероидами и антибиотиком широкого спектра действия (крем Тридерм, Микозолон, Лотридерм и др.). Крем Тридерм выпускается в виде мази и крема, что позволяет его применять при разном характере грибкового повреждения и на разных стадиях патологического процесса. Хороший эффект дает одновременное применение Ламизил-спрея.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Препараты для лечения микозов

При стихании острых воспалительных явлений используются препараты, убивающие грибки или останавливающие их рост и размножение.

Группа азолов для местного применения представлена Клотримазолом, Миконазолом, Бифоназолом, Эконазолом, Изоконазолом, Кетоконазолом, Метронидазолом, Флуконазолом и др. **Группа аллиламинов** представлена Нафтифином и Тербинафином (ламизилом).

Группа медикаментов различных химических групп представлена препаратами ундециновой кислоты (Ундецином и Цинкунданом), хинозолом, мочевиной, кислотами (молочной, уксусной, бензойной), Октицилом, Декамином, Анмарином, анилиновыми

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Препараты для лечения микозов



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Микроспория волосистой части ГОЛОВЫ

Микроспория – контагиозная дерматофития, поражающая гладкую кожу, волосистую часть головы, длинные и пушковые волосы.

Заболевание вызывается грибами рода *Microsporum*, имеющими мелкие споры. Этиологическая роль различных видов рода *Microsporum* в патологии человека и животных неоднозначна. Основными источниками *M. canis* служат кошки (особенно котята) и собаки, передача возбудителя от которых происходит обычно при непосредственном контакте; заражение возможно через предметы и вещи, загрязненные чешуйками и волосами, содержащими грибы.

Микроспория волосистой части ГОЛОВЫ

Источником *M. ferrugineum* является только больной человек, чаще ребенок. Пути передачи зоофильных и антропофильных микроспорумов от больного человека здоровому в семье, парикмахерских и детских коллективах такие же, что и возбудителей поверхностной трихофитии. Микроспория – болезнь детского возраста, встречается у детей от 4 до 11 лет, но могут болеть молодые женщины с тонкой и нежной кожей. В развитии заболевания имеют значение гиповитаминозы, иммунодефицитные состояния, несоблюдение правил личной гигиены. Инкубационный период составляет 3–7 дней.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Микроспория волосистой части

ГОЛОВЫ

Классическая картина микроспории волосистой части головы обычно представлена одним или несколькими округлыми очагами с довольно четкими границами, от 2 до 5 см в диаметре. По периферии этих очагов могут располагаться более мелкие (отсевы), диаметром до 1–2 см. Волосы из очагов тусклые, ломкие, светло-серого цвета, у основания одеты в белый чехол. Выпадение волос над поверхностью кожи делает очаги как будто подстриженными, соответствуя названию «стригущий лишай». По краю очага волосы легко вынимаются. Кожа в очаге слегка гиперемирована и отечна, покрыта сероватыми мелкими чешуйками, что и дало название «лишай серых пятен». Возможна экссудация с образованием корок, появление пустул. Высыпания могут сопровождаться зудом.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Микроспория



Трихофития волосистой части головы

Трихофития – контагиозная дерматофития, поражающая гладкую кожу, волосистую часть головы, длинные и пушковые волосы, ногти.

Различают трихофитии поверхностную (антропонозную) и инфильтративно-нагноительную, являющиеся самостоятельными заболеваниями, вызываемыми различными возбудителями, имеющими различную эпидемиологию и клиническую картину.

Трихофития волосистой части головы

Для трихофитии волосистой части головы , вызванной антропофильными грибами (*T. violaceum* и *T. tonsurans*), характерны множественные изолированные небольшие (до 2 см) очаги.

Выделяют хроническую «черноточечную» трихофитию волосистой части головы, встречаемую преимущественно у подростков и женщин и представленную мелкоочаговым или диффузным, часто малозаметным шелушением, мелкими атрофическими очажками и «черными точками».

Трихофития волосистой части головы

Для трихофитии волосистой части головы , вызванной антропофильными грибами (*T. violaceum* и *T. tonsurans*), характерны множественные изолированные небольшие (до 2 см) очаги.

Выделяют хроническую «черноточечную» трихофитию волосистой части головы, встречаемую преимущественно у подростков и женщин и представленную мелкоочаговым или диффузным, часто малозаметным шелушением, мелкими атрофическими очажками и «черными точками».

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Трихофития волосистой части головы

Инфицирование происходит путем _____ непосредственного контакта с больным или через головные уборы, нательное и постельное белье, гребни, расчески, машинки для стрижки волос и другие предметы и вещи, бывшие в употреблении больного. Микоз передается в семье, в которой имеется больной хронической трихофитией; возможна передача в парикмахерских, детских садах, интернатах, школах и в других детских учреждениях. Заражению способствует длительный контакт с больным, ослабление иммунной защиты, повреждения рогового слоя кожи. Возбудитель может распространяться не только по коже, но и лимфогенным путем, например при хронической трихофитии,

Фавус (парша)

Фавус – редкая малоконтагиозная дерматофития поражающая волосистую часть головы, длинные и пушковые волосы, гладкую кожу, ногти и внутренние органы. На территории России встречается спорадически.

Возбудитель – антропофильный гриб **Trichophyton schonleinii**. Для передачи заболевания необходимы условия длительного и тесного контакта, что объясняет семейный характер этой инфекции. Возникает фавус, как правило, у детей; однако им нередко страдают и взрослые, являющиеся основным источником заражения.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Фавус (парша)



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Фавус (парша)

Для классической картины фавуса волосистой части головы характерно наличие скутул (от лат. *scutula* — щиток) — корок грязно-серого или желтого цвета.

В запущенных случаях скутулы сливаются, покрывая большую часть головы. Сплошная корка при фавусе напоминает пчелиные соты, чему обязано латинское название болезни (лат. *favus* — сотовая ячейка). При распространенном фавусе от корок исходит неприятный, «мышинный» (амбарный, кошачий) запах.

При длительном течении фавуса нередко развивается рубцовая алопеция, вначале очагами на месте скутул, а затем диффузная почти

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Лечение микозов волосистой части ГОЛОВЫ

Основной метод лечения микозов волосистой части головы — системная терапия.

В лечении могут быть использованы гризеофульвин, тербинафин, итраконазол и флуконазол.

Стандартный курс лечения микроспории гризеофульвином — 1,5–2 мес. В стационарах, куда госпитализируют больных микроспорией, лечение проводят до появления одного или двух отрицательных анализов микроскопии, после чего препарат назначают в той же дозе через день в течение 2 нед, а затем 2 раза в неделю в течение еще 2 нед. Маленьким детям гризеофульвин лучше назначать в виде суспензии. Итраконазол одинаково эффективен против *Trichophyton* и *Microsporum spp.* Детям старше 12 лет препарат назначают в течение 4–6 нед.⁴¹

Дерматофитии ногтей

Дерматофиты считаются основными возбудителями онихомикоза . На их долю приходится **до 90% всех грибковых инфекций ногтей.**

Возбудителем онихомикоза может быть любой из дерматофитов, но чаще всего *T. rubrum* и *T. mentagrophytes var. interdigitale*.

Дерматофитии ногтей

Клиническая картина

В соответствии с классификацией микоза ногтей, предложенной на основании особенностей патогенеза различают следующие клинические формы заболевания:

- дистальная (дистально-латеральная) подногтевая;
- поверхностная (поверхностная белая);
- проксимальная подногтевая.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии ногтей



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии ногтей



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии ногтей



Дистальная форма микоза ногтей

Чаще всего протекает в дистально-латеральной подногтевой форме. Возбудитель данной формы, как правило, *T. rubrum*.

Для пожилых пациентов характерны длительное течение процесса, выраженный гиперкератоз, истончение и неровности пластины.

Для инфекции, вызванной *T. rubrum*, характерно постепенное вовлечение в процесс всех ногтей на стопах. Ногти на кистях поражаются реже. Поражению ногтей предшествует микоз гладкой кожи.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Поверхностная форма микоза ногтей

Основной возбудитель — *T. mentagrophytes var. interdigitale*, редко — *T. rubrum*.

При поверхностной форме почти всегда поражается только дорсальная поверхность ногтевой пластины.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Проксимальная форма микоза ногтей

Проксимальная подногтевая форма микоза ногтей встречается редко, ее вызывает *T. rubrum* и очень редко *E. floccosum*, *T. schoenleinii* и др.

Случаи заболевания были описаны за рубежом у больных СПИДом с распространенной инфекцией кожи и быстрым вовлечением ногтей как на руках, так и на ногах.

Лечение микоза ногтей

Подход к терапии определяют результаты клинической оценки микоза ногтей.

Для выбора терапии в настоящее время используют Клинический Индекс Оценки Тяжести Онихомикоза Сергеева (**КИОТОС**).

Местное лечение онихомикоза проводится **в два этапа**.

Местная противогрибковая терапия проводится **до отрастания здоровой ногтевой пластины**.

При поражении **более 50% площади ногтя**, множественном поражении ногтей лечение проводят антимикотиком системного действия.

Лечение микоза ногтей

Этап 1 сначала удаляют пораженные части ногтя (механически с помощью абразивных аппаратов-скалеров либо химически с помощью кератолитиков),

Этап 2 наносят противогрибковые препараты.

Комбинированные препараты, содержащие мочевины и другие антимикотики и антисептики, наносят после первого (кератолитического) этапа или в составе комбинированных препаратов экстенпорального приготовления: мочевиновых или салициловых пластырей.

Лечение микоза ногтей

При дерматофитии ногтей может быть использован любой из системных антимикотиков, предназначенных для приема внутрь.

Наибольшей эффективностью при онихомикозе обладают современные антимикотики, применяемые по схемам укороченной и пульс-терапии.

Комбинированная терапия проводится при распространенном микозе ногтей с выраженным гиперкератозом.

Дерматофитии кистей и стоп

Этиология

Основной возбудитель микоза стоп — *T. rubrum*; на втором месте находится *T. mentagrophytes var. interdigitale*, на третьем — *E. floccosum*; возможны смешанные инфекции, в том числе с выявлением дрожжевых и плесневых грибов. Крайне редко микоз стоп вызывают другие дерматофиты.

Этиология микоза кистей в целом соответствует этиологии микоза стоп. Однако изредка встречаются дерматофитии тыльной стороны кистей и ладоней, вызванные геофильными (*M. gypseum*) или зоофильными (*M. canis*, *T. verrucosum*) видами

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии кистей и стоп



Дерматофитии кистей

Поражается, как правило, только одна кисть рабочей руки, обычно правая. При сочетании с микозом стоп состояние называют синдромом двух стоп и одной кисти.

Чаще всего возникает **сквамозная форма** дерматофитии кистей.

При **дисгидротической форме** на ладони, ее краях, ладонной и боковой поверхности пальцев кисти появляются пузырьки, которые часто группируются, иногда с образованием колец. Течение дисгидротической формы хроническое, со сменяющимися периодами ремиссий и обострений. Обе формы дерматофитии кистей могут осложняться импетигнизацией (гнойничковое заболевание кожи). Как правило, у больных с любой формой дерматофитии кистей, вызванной *T. rubrum*, уже

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии кистей



Дерматофитии стоп

При микозе стоп выделяют следующие клинические формы:

- сквамозную
- межпальцевую
- дисгидротическую
- острую

Могут встречаться смешанные типы. Некоторые отечественные авторы выделяют также стертую форму, проявляющуюся минимальными симптомами.

Дерматофитии стоп

Сквамозная форма

Данную форму при выраженном гиперкератозе называют также гиперкератотической. Исходный очаг распространяется на латеральные поверхности стоп, сгибательные и боковые поверхности пальцев. При переходе на гладкую кожу возникает типичный для *tinea corporis* периферический валик. Поражение стопы может быть сплошным, наподобие подследника или индейского чулка — «мокасиновый» тип либо в виде очагов, пятен.

Дерматофитии стоп

Межпальцевая форма

Для этой формы характерно появление мацерации и трещин в четвертой складке, реже в третьей межпальцевой и в складках под пальцами. Из-за частого сходства с опрелостью межпальцевую форму называют также интертригинозной. В межпальцевых складках на фоне отека и гиперемии формируется четко отграниченный участок мацерированной и эрозированной кожи. Высыпания в виде эрозий и глубоких трещин, мокнущия нередко болезненны, сопровождаются зудом и жжением, имеют неприятный запах, обусловленный присоединением бактериальной инфекции.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Дерматофитии стоп



Дерматофитии стоп

Дисгидротическая форма

Проявляется многочисленными пузырьками, расположенными на коже свода и нижнебоковой поверхности стопы, а также в межпальцевых складках.

Характерно хроническое волнообразное течение с обострениями весной и осенью. Обострения сопровождаются выраженным зудом.

Дисгидротическая форма чаще вызывается *T. Mentagrophytes var. interdigitale*.

Дерматофитии стоп

Острая форма

Для острой дерматофитии стоп характерны яркая эритема, отечность, выраженная мацерация с образованием пузырьков и пузырей, обильная десквамация с образованием эрозий и язв.

При острой форме часто присоединяется вторичная инфекция, сопровождаемая регионарным (пахово-бедренным) лимфаденитом и лимфангиитом, лихорадкой, недомоганием.

Эта форма микоза часто сопровождается дисгидротической аллергической реакцией — дерматофитидами.

Дерматофитии кистей

Только наружное лечение очага дерматофитии кистей проводится, если:

- это единственный очаг на коже или очагов в других локализациях не более двух
- не изменены ногти
- налицо начальная стадия инфекции
- больной ранее не лечился

Наружные препараты наносят после горячей ванны или под компресс.

Распространенный очаг и плотная кожа ладоней делают необходимым нанесение обычных препаратов 2 раза в сутки в течение ⁶³ не менее 4

Дерматофитии кистей

При дисгидротической форме поражения целесообразно использовать антимикотики в сочетании с глюкокортикоидами и антибиотиками в виде крема, в том числе комбинированные препараты, содержащие глюкокортикоиды, до купирования субъективных симптомов и стихания воспалительных явлений.

При системной терапии принципиально наличие других очагов дерматофитии. Системное лечение необходимо, если изменены и ногти.

Микоз кистей и стоп проходит во время лечения онихомикоза.

Дерматофития стоп

Наружное лечение наиболее эффективно при межпальцевой форме микоза стоп. Используются противогрибковые кремы и мази: изоконазол, тербинафин, кетоконазол, бифоназол + мочевины и др. Стандартный срок наружной терапии — от 2 до 4 нед.

В последнее время появились высокоэффективные противогрибковые средства в форме аэрозолей, наиболее пригодные для интертригинозной формы.

Дерматофития стоп

При отсутствии современных противогрибковых средств назначают жидкость Кастеллани или фукорцин, водные растворы анилиновых красителей.

При вторичной бактериальной инфекции (ее признаки — неприятный запах, болезненность), осложняющей межпальцевой микоз стоп, целесообразно использовать местные имидазольные препараты или нафтифин.

Дерматофития стоп

Применение системных антимикотиков рекомендуют при поражении обеих стоп при сквамозной форме, при всех случаях дисгидротической и острой формы, поражении кожи туловища или ладоней, сопутствующем онихомикозе.

При поражении только кожи назначают тербинафин по 250 мг в сутки в течение 2–4 нед, итраконазол один цикл пульс-терапии по 200 мг 2 раза в сутки в течение 1 нед или флуконазол в дозе 150 мг в сутки 1 раз в нед в течение 2–4 нед.

При дисгидротической форме целесообразно назначение антигистаминных средств. При ухудшении общего состояния, развитии лимфаденита и лимфангита при острой форме необходимо назначение системных антибиотиков

Дерматофитии гладкой кожи

Этиология

Поражение гладкой кожи могут вызывать любые дерматофиты, в России это в основном *T. rubrum*, реже *E. floccosum*, *T. Mentagrophytes var. interdigitale* и *M. canis*.

Клиническая картина

Основные клинические признаки типичного очага дерматофитии гладкой кожи:

- четкие границы
- периферический рост
- кольцевидная форма с воспалительным валиком на периферии
- разрешение воспалительных явлений в центре очага

Дерматофитии гладкой кожи

При **зоонозной микроспории** очаги обычно небольшого размера в форме медальона. Воспалительные явления выражены, часто в очаге имеются пузырьки и пустулы.

При **антропонозной микроспории**, вызванной *M. ferrugineum*, очаги крупнее, склонны к периферическому росту, дают картину «кольца в кольце».

Для очагов зоонозной микроспории у детей характерно расположение на участках кожи туловища, закрытых одеждой.

Наружная терапия показана при изолированном поражении гладкой кожи. При поражении пушковых волос, глубокой и инфильтративно-нагноительной дерматофитии, *Tinea incognito* показана системная терапия.

Наружные противогрибковые препараты используют в форме кремов или мазей; возможно применение аэрозоля. Назначают те же препараты, что и для лечения микоза стоп.

Продолжительность наружной терапии составляет 2–4 нед или в течение 1 нед

после исчезновения клинических проявлений.

Препараты следует наносить на очаг поражения и на 2–3 см вокруг него.

Лечение

При одновременном поражении волосистой части головы и ногтей системная терапия проводится по соответствующим схемам продолжительностью до 3 мес.

В остальных случаях при системной терапии назначают тербинафин (по 250 мг в сутки в течение 2–4 нед в зависимости от возбудителя), итраконазол один цикл пульс-терапии (по 200 мг 2 раза в сутки в течение 1 нед) или флуконазол (по 300 мг 1 раз в неделю в течение 2 нед).

Паховая дерматофития

Этиология

Возбудитель — *Epidermophyton floccosum*.

Клиническая картина

Для заболевания типичны эритематозные, шелушащиеся пятна или бляшки в области паховых складок. Очаг распространяется на внутреннюю поверхность бедра, низ живота и ягодицы. Высыпания зачастую симметричны. Очаги четко очерчены, по краям имеется сплошной воспалительный валик, часто состоящий из пузырьков. Умеренная эритема с центра очага сменяется буроватой гиперпигментацией с малозаметным шелушением. Зуд в очагах приводит к образованию элементов-отсевов по периферии очага. Возможно распространение инфекции на другие крупные складки и гладкую кожу, особенно при

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Паховая дерматофития



Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Лечение

При отсутствии у больного микоза стоп и онихомикоза эффективна местная противогрибковая терапия. Ее проводят теми же препаратами и по тем же схемам, как и при микозе гладкой кожи. Желательно назначение местных антимикотиков до клинического излечения, а потом еще в течение 1–2 нед.

В связи с возможным присоединением бактериальной инфекции желательно регулярное использование местных имидазольных антимикотиков.

Системная терапия показана при безуспешном местном лечении, обширности очага, наличии дерматофитидов, вовлечении фолликулов волос, островоспалительных явлениях. Предпочтительнее рекомендовать итраконазол по 100 мг в сутки в течение 2 нед. При одновременном поражении ногтей или подошв лечение проводят по схемам, предусмотренным ⁷⁴ для этих

Разноцветный лишай

Разноцветный лишай (отрубевидный) — грибковое заболевание, характеризующееся поверхностным невоспалительным поражением кожи.

Коды по МКБ-10

B36.0. Разноцветный лишай.

Разноцветный лишай

Эпидемиология

Разноцветный лишай распространен повсеместно, им поражено **до 10% всего населения**.

Чаще болеют взрослые и молодые люди; пик заболеваемости приходится на 20 лет; у детей и пожилых заболевание встречается редко.

Разноцветный лишай не считается контагиозным заболеванием.

Разноцветный лишай

Этиология

Разноцветный лишай вызывают различные виды гриба рода *Malassezia*.

Считается, что **не менее 90%** всего населения — носители *Malassezia*.

Наибольшая плотность колонизации *Malassezia* кожи

отмечается в участках, богатых сальными железами: в области волосистой части головы (особенно около ушей), на лице и в середине груди и спины, а также в области гениталий.

Разноцветный лишай

Клиническая картина

Разноцветный лишай начинается с появления небольших с четко очерченными краями пятен или слегка приподнятых над поверхностью кожи папул.

Цвет пятен от желтовато-розового и «кофе с молоком» до коричневого разных оттенков. Пятна часто сливаются, образуя крупные очаги с фестончатыми краями.

На поверхности пятен можно заметить нежное, «отрубевидное» шелушение. Шелушение усиливается при поскбливании (симптом стружки или «удара ногтем» Бенъе).

Разноцветный лишай

Клиническая картина

Цвет пятен отличается от цвета окружающей кожи: у людей со светлой кожей очаги поражения выглядят темнее, у смуглых или загорелых людей они светлее, депигментированы. У одного и того же пациента могут присутствовать как гипер-, так и гипопигментированные пятна.

Цвет пятен в основном определяется воздействием ультрафиолетового облучения и, в отличие от цвета окружающей кожи, не меняется после загара.

В редких случаях наблюдают воспалительные, с эритемой и небольшой инфильтрацией⁷⁹ очаги.

Разноцветный лишай

Клиническая картина

Типичная локализация поражений при разноцветном лишае — богатые сальными железами области тела. Реже вовлекаются подмышечные, паховые области, предплечья и голени. Волосы и ногти не поражаются. Изменения на коже, как правило, не сопровождаются субъективными ощущениями.

Для заболевания характерно многолетнее рецидивирующее течение.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Разноцветный лишай



Лечение

Большинство случаев разноцветного лишая поддаются лечению наружными средствами. В лечении используют кетоназол в форме 2% шампуня. Даже при поражении, сопровождающемся отдельными небольшими очагами, рекомендуют обработать все области, где обычно развивается разноцветный лишай. Шампунь используют 1 раз в сутки в течение 5 дней. Другие имидазольные антимикотики в форме крема используют 2 раза в сутки в течение не менее 2 нед. Перспективно использование современных противогрибковых аэрозолей.

Для разноцветного лишая характерны рецидивы после лечения. Как правило, через год после излечения рецидив отмечается у каждого второго

Для снижения вероятности рецидивов рекомендуют более продолжительное лечение и обработку больших поверхностей. При частых рецидивах, распространенных и атипичных формах поражения назначают системные антимикотики, производные азолов.

Кетоконазол назначают по 200 мг в сутки, итраконазол также по 200 мг в сутки в течение 1 нед, флуконазол однократно в дозе 400 мг или по 150 мг 1 раз в неделю в течение 4–8 нед.

Эти же препараты при однократном или кратковременном применении могут быть использованы для профилактики рецидивов.

Профилактика

С целью профилактики рецидива разноцветного лишая необходимо:

- проводить лечение противогрибковым шампунем каждый месяц с марта по май 3 дня подряд по 5 мин
- обследовать членов семьи и при выявлении заболевания рекомендовать лечение
- провести дезобработку одежды и белья во время лечения

Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Кандидоз кожи и слизистых оболочек, или поверхностный кандидоз, включает группу инфекций кожи, ее придатков и видимых слизистых оболочек (полость рта, гениталии), обусловленных грибами рода *Candida*.

Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Эпидемиология

Заболевание распространено повсеместно. Кандидоз отличается от остальных оппортунистических микозов тем, что это преимущественно эндогенная инфекция.

Основные возбудители кандидоза (*C. albicans* и другие виды *Candida*) постоянно или временно обитают на слизистых оболочках либо коже человека, чаще всего в кишечнике и др.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Этиология

Среди более чем 150 известных видов *Candida* около 20 видов возбудителей кандидоза. Из них наиболее часто от больных выделяют *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* и *C. glabrata*.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Диагностика

Диагноз поверхностных форм кандидоза основывается на наличии характерной клинической картины и обнаружении возбудителя в патологическом материале (псевдомицелий и почкующиеся клетки).

Определение вида возбудителя необходимо для выявления чувствительности к антимикотикам.

Видовую идентификацию с определением чувствительности к антимикотикам применяют в основном только у больных СПИДом или при неэффективности терапии хронического вагинального кандидоза.

При выделении культуры *Candida* со слизистых оболочек зачастую требуется количественная

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Профилактика

Профилактика кандидоза состоит в предупреждении развития заболевания у пациентов, получающих антибактериальную и гормональную терапию; у новорожденных, а также у больных, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, злокачественными новообразованиями, болезнями крови, эндокринной патологией, а также иммунодефицитом.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз кожи

Коды по МКБ-10

B37.2. Кандидоз кожи и ногтей.

B37.8. Кандидоз других локализаций.

Эпидемиология

Носительство грибов *Candida* на коже (случаи постоянной или транзиторной колонизации) наблюдают у 30–50% населения. Транзиторная колонизация, по-видимому, обеспечивает большую часть случаев кандидоза кожи и возникает чаще всего

за счет *C. albicans* и других представителей кишечной микрофлоры.

Кандидоз межпальцевых складок нередко возникает как профессиональное заболевание на производстве, использующем *Candida spp.* в промышленных целях, или на таком, где высока вероятность загрязнения ими (кондитерское, консервное и др.)

Кандидоз кожи

Заболеваемость кандидозом кожи выше у пожилых людей и больных стационаров; в группу риска входят также пациенты с ожирением и сахарным диабетом.

Этиология

Главным возбудителем кандидоза кожи считают *C. albicans*. Виды *Candida* — комменсалы человека, обитающие на коже (например, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii* или *C. kefyr*), вызывают кандидоз кожи довольно редко. *C. parapsilosis* чаще других видов приводит к развитию кандидного фолликулита.

Кандидоз кожи

~~Кандидоз крупных складок кожи~~

Кандидоз крупных складок, называемый также **кандидным интертриго** и интертригинозным кандидозом, поражает у взрослых складки промежности, ягодичные, паховые и подмышечные; у тучных людей — складки на животе и шее; у женщин часто встречаются поражение вульвы, кожи под молочными железами.

Вокруг основного очага (эрозии) появляются высыпания-отсевы, которые представлены мелкими поверхностными пузырьками и пустулами. Вскрываясь, эти элементы превращаются в эрозии, также склонные к росту и слиянию. В редких случаях

Кандидоз кожи

Кандидоз межпальцевых складок

При этой форме кандидного интертриго поражается кожа в складках между пальцами, чаще на кистях.

Особенность поражения стоп состоит в относительно больших размерах очага, который выходит за пределы проксимальной фаланги, вовлечении всех или многих межпальцевых складок.

Субъективные ощущения включают зуд и жжение, в запущенных и осложненных бактериальной инфекцией случаях — боль.

При вторичной пиококковой инфекции возникают регионарные лимфадениты, лимфангит.

Кандидоз кожи

Кандидоз кожи вне складок

Кандидные поражения гладкой кожи могут быть следствием распространения процесса из области складок или возникать самостоятельно в любом месте под компрессами, влажными повязками, при длительном приеме ванн. У женщин, кормящих грудью младенцев с молочницей полости рта, очаги поражения появляются в околососковой области. В этих случаях поражение напоминает очаги кандидозного интертриго складок: мелкие пузырьки и эритематозные папулы в начале заболевания, образование точечных эрозий, рост и слияние очагов, крупные эрозии с белесой бахромкой по краю. Течение заболевания острое, очаги склонны к разрешению после устранения провоцирующих мацерацию факторов: высыпания сопровождаются

Кандидоз кожи

Кандидоз кожи вне складок

Кандидные поражения гладкой кожи могут быть следствием распространения процесса из области складок или возникать самостоятельно в любом месте под компрессами, влажными повязками, при длительном приеме ванн. У женщин, кормящих грудью младенцев с молочницей полости рта, очаги поражения появляются в околососковой области. В этих случаях поражение напоминает очаги кандидозного интертриго складок: мелкие пузырьки и эритематозные папулы в начале заболевания, образование точечных эрозий, рост и слияние очагов, крупные эрозии с белесой бахромкой по краю. Течение заболевания острое, очаги склонны к разрешению после устранения провоцирующих мацерацию факторов: высыпания сопровождаются

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз кожи



В лечении кандидоза кожи можно выделить три основных направления.

Первое — уничтожение возбудителей в очаге поражения

Второе — устранение эндогенного источника возбудителя в кишечнике или мочеполовых путях

Третье — коррекция состояний, предрасполагающих к развитию кандидозного интритриго.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Лечение

~~Элиминации возбудителя~~ в каждом очаге достигают, назначая местные препараты — антимикотики или антисептики. Из местных антимикотиков можно использовать любые препараты вне зависимости от класса соединения в форме 1–2% кремов, мазей, растворов. Комбинированные средства, содержащие антимикотик вместе с антисептиком или антибактериальным препаратом и, как правило, глюкокортикоидом, следует использовать при наличии явлений воспаления, которое часто обусловлено присоединением бактериальной флоры.

Наружные средства применяют до полного разрешения кожных очагов, а затем еще в

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Лечение

Флуконазол назначают по 150 мг однократно или, при торпидном течении, по 150 мг в сутки 1 раз в неделю в течение 2–3 нед; итраконазол по 100 мг в сутки в течение 2 нед или по 400 мг в сутки в течение 7 дней; кетоназол по 200 мг в сутки в течение 1–2 нед.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Код по МКБ-10

B37.2. Кандидоз кожи и ногтей .

Эпидемиология

Женщины-домохозяйки составляют одну из наиболее крупных групп в структуре заболеваемости кандидозом ногтей. Кроме того, на кондитерских производствах и предприятиях, осуществляющих консервирование фруктов и овощей, работают, как правило, женщины.

Онихомикоз и паронихия, вызванные грибами рода *Candida*, у мужчин раньше всегда считали профессионально зависимыми заболеваниями. Помимо перечисленных профессий, в группы риска по кандидной паронихии входят прачки,

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Этиология

Основной возбудитель кандидной паронихии и онихомикоза — *C. albicans*.

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Кандидная паронихия

Для кандидной паронихии в целом характерны хроническое волнообразное течение, умеренные воспалительные явления, отсутствие боли или слабая болезненность.

В начале заболевания кожа ногтевого валика или вокруг него краснеет, истончается, рисунок ее сглаживается. Валик припухает, край его становится закругленным или подрытым, ногтевая кожица исчезает, при надавливании на него может появляться скудное беловато-желтое гнойное отделяемое.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Со временем воспалительные явления стихают, пропадает боль, исчезают или становятся малозаметными припухлость и гиперемия. На коже валика наблюдают мелкопластинчатое шелушение, особенно выраженное по краям. Отсутствие ногтевой кожицы указывает на хроническое течение заболевания.

Обострение кандидной паронихии наступает обычно после воздействия факторов, изначально приведших к ней, например, после новой большой стирки белья у прачек и домашних хозяек, обработки новой партии сырья на плодово-овощной фабрике и т.д.

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Кандидный онихомикоз

Онихомикоз, вызванный *Candida spp.*, обычно представлен проксимальной формой, реже — дистальной.

Проксимальная форма кандидного онихомикоза возникает как следствие паронихии. При выраженных явлениях паронихии пластина у проксимального края становится мягкой, слоится, прогибается при нажатии, иногда флуктуирует в гнойном отделяемом.

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Кандидный онихомикоз

При **дистальной форме** кандидного онихомикоза наблюдают изменение цвета ногтевой пластины у ее свободного края. Со временем пластина становится ломкой, рыхлой, приподнимается за счет подногтевого гиперкератоза. Дистальную форму кандидного онихомикоза наблюдают чаще у больных с расстройствами периферического кровообращения, синдромом Рейно, другими заболеваниями кожи (экзема, псориаз и др.).

Лечение

Показанием к системному лечению можно считать постоянные изменения пластины в виде волнообразных поперечных борозд, которые свидетельствуют о хронической рецидивирующей форме заболевания, независимо от наличия онихомикоза. Сочетание паронихии с кандидозом кожи или слизистых оболочек также служит показанием к системной терапии. В этом случае только местное лечение будет трудоемким и не гарантирует ни клинического излечения, ни элиминации источника инфекции.

При свежей паронихии или ее обострении, наличии воспалительных явлений ¹⁰⁶назначают

Лечение

Горячие ванночки с гидрокарбонатом натрия, 3% раствором борной кислоты, раствором перманганата калия помогают размягчить части ногтя для их последующего удаления и чистки, способствуют лучшему проведению антимикотиков.

После ванночек можно назначить любое противогрибковое средство. Целесообразно провести короткий курс лечения системным антимикотиком. Флуконазол назначают по 150 мг 1 раз в неделю в течение 2–6 нед, итраконазол по 200–400 мг в сутки в течение 1 нед или двумя 3-дневными курсами по 200 мг в сутки с интервалом в 1 нед, кетоконазол по 200 мг в сутки в течение 2 нед. Системное ¹⁰⁷лечение можно

Лечение

Горячие ванночки с гидрокарбонатом натрия, 3% раствором борной кислоты, раствором перманганата калия помогают размягчить части ногтя для их последующего удаления и чистки, способствуют лучшему проведению антимикотиков.

После ванночек можно назначить любое противогрибковое средство. Целесообразно провести короткий курс лечения системным антимикотиком. Флуконазол назначают по 150 мг 1 раз в неделю в течение 2–6 нед, итраконазол по 200–400 мг в сутки в течение 1 нед или двумя 3-дневными курсами по 200 мг в сутки с интервалом в 1 нед, кетоконазол по 200 мг в сутки в течение 2 нед. Системное лечение можно

Лечение

Простые и доступные местные средства для лечения паронихии — растворы анилиновых красителей (чаще всего применяют 1% раствор бриллиантового зеленого, жидкость Кастеллани), йодная настойка.

При острой стадии паронихии ногтевые валики смазывают растворами антисептиков 2–3 раза в день в течение 1–3 нед.

При выраженных воспалительных явлениях можно назначить аппликации чистого ихтиола, глюкокортикоидные мази с содержанием антисептиков или антимикотиков.

Кроме того, в отдельных случаях можно назначить внутрь нестероидные

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Лечение

При проксимальной форме онихомикоза системное лечение назначают с учетом скорости роста ногтя на время, необходимое для полного отрастания ногтевой пластины. При этом флуконазол применяют в дозе 150 мг в сутки в течение 4–6 мес, итраконазол по 400 мг в сутки в два приема двумя недельными курсами пульс-терапии с межкурсовым интервалом в 3 нед, кетоназол по 200 мг в сутки в течение 2–4 мес.

При дистальной форме кандидного онихомикоза решение о лечебной тактике принимают в зависимости от площади поражения и количества инфицированных ногтей.

Диагностика

Клиническая картина микозов полиморфна, поэтому во всех случаях диагноз должен быть подтвержден лабораторными методами исследований.

Используют:

- микроскопический метод
- люминесцентный метод
- культуральный метод
- иммунологический (аллергологический и серологический) метод
- эксперименты на животных

Диагностика

Диагностика дерматофитий основана на клинических проявлениях и обнаружении гриба при микроскопическом исследовании патологического материала (волосы, чешуйки кожи, ногти).

При поражении волос диагноз подтверждают при обнаружении в препарате мицелия или спор.

Выделение культуры с определением вида гриба проводят в эпидемиологических целях или для определения чувствительности возбудителя к антимикотику при резистентности к лечению.

Диагностика

Патологический материал (чешуйки кожи, волосы, фрагменты ногтевой пластины) перед микроскопическим исследованием подвергают «просветлению» — обработке раствором щелочи.

Диагноз подтверждают, если в препарате видны нити мицелия или цепочки артроконидиев.

Для быстрой диагностики микроспории используют также люминесцентную лампу Вуда, в лучах которой элементы гриба в очагах микроспории дают светло-зеленое свечение.

Для диагностики наиболее распространенных форм дерматофитии проводят ПЦР.

Профилактика

При зооантропонозных микозах профилактические мероприятия совместно проводят ряд служб: дерматологическая, ветеринарная и санитарно-эпидемиологическая.

Разработаны вакцины для животных (микроспория, зоонозная трихофития).

При антропонозных микозах необходимо соблюдать санитарно-гигиенические правила.

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Домашнее задание

1 Учебник Б.И. Зудина стр. 126-150

Тема №4 «Грибковые заболевания кожи»

Спасибо за
внимание!