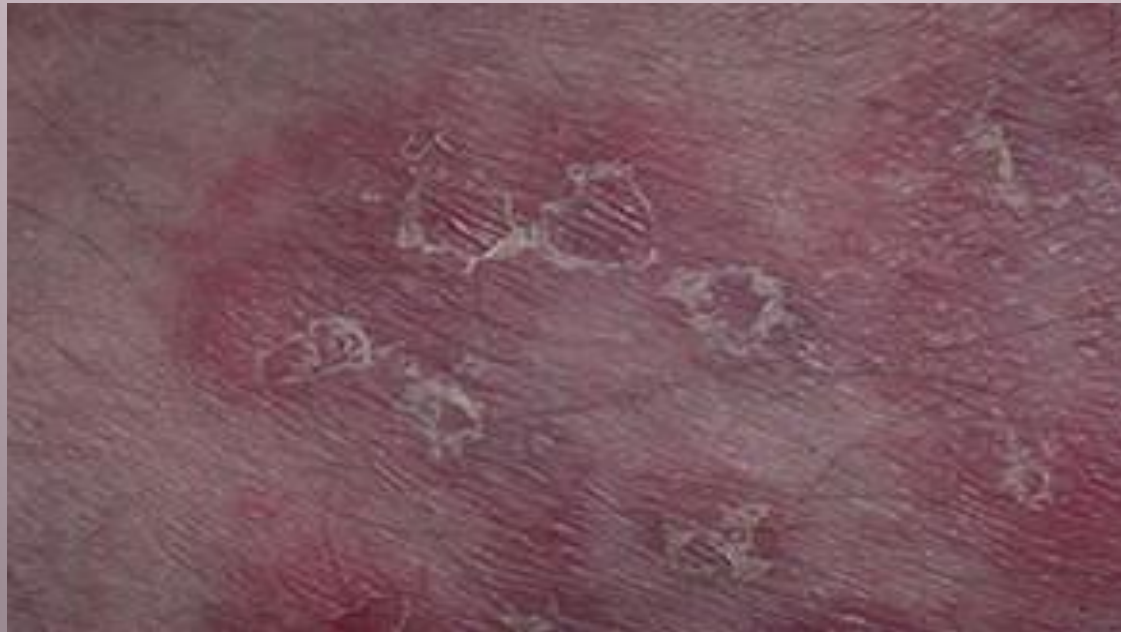


МИКОЗЫ



- Микозы являются инфекционными болезнями, вызываемыми паразитическими грибами. Споры грибов способны попасть на нашу кожу и в подкожную клетчатку различными способами – через слизистую оболочку глаз или рта, верхних дыхательных путей при дыхании, через различные микротравмы – порезы, трещинки, ссадинки. Характер и тяжесть микоза зависят от вида грибка и локализации поражения. Одним из факторов, провоцирующих возникновение микоза, является иммунодефицит - снижение защитных сил организма. Микозы способны поражать различные участки кожи и ее придатки (ногти, волосы), наружные половые органы, слизистые оболочки, легкие, пищевод. Заболевания, как правило, могут иметь хроническое течение и обостряться в определенные периоды.

- Для развития грибков нужны два условия - тепло и влага. Именно поэтому очень часто микоз «подхватывают» в кабинете маникюра/педикюра (здесь существует высокая вероятность инфицирования посредством травмирования ногтевых пластин инструментами в процессе обработки), бассейне, бане/сауне, спортивной зале, душевой кабине, на пляже.

- Однако не в каждом случае контакт грибка с кожей приводит к развитию микоза – для развития болезни необходимо, чтобы грибок проник сквозь кожный покров. А сделать это ему помогают прежде всего повышенная потливость и шелушение кожи, в результате чего защитный кислотный уровень кожи снижается. Очень хорошо грибок размножается в условиях отсутствия хорошего снабжения воздухом – при ношении тесной, резиновой или синтетической обуви или одежды. Различные нарушения кровоснабжения верхних и нижних конечностей, например, варикозное расширение вен, эндартериит, также способствуют инфицированию грибками.

Виды микозов:

- кератомикозы;
 - дерматофитии;
 - кандидомикозы;
 - глубокие микозы (микозы стоп и др.).

Клиническая классификация грибковых заболеваний

- I. Кератомикозы
 - • Разноцветный лишай
 - • Узловатая трихоспория (пъедра)

- II. Дерматофитии (дерматомикозы)
 - • Эпидермофития паховая
 - • Руброфития (микоз, обусловленный красным трихофитом)
 - • Эпидермофития стоп (микоз, обусловленный интердигитальным трихофитом)
 - • Трихофития (антропонозная, зоонозная)
 - • Микроспория (антропонозная, зоонозная)
 - • Фавус

- III. Кандидоз
- • Поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтевых валиков и ногтей
- • Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз
- • Висцеральный кандидоз различных органов

- IV. Глубокие (висцеральные и системные) микозы
- • (гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз, бластомикозы, криптококкоз, геотрихоз, споротрихоз, хромомикоз, риноспоридиоз, аспергиллез, пенициллиноз, мукороз)

- V. Псевдомикозы
- • (эритразма, подмышечный трихомикоз, актиномикоз, микромоноспоров, мицетомы, нокардиоз)

Кератомикозы

- Кератомикозы — это грибковые заболевания, поражающие роговой слой кожи, протекающие без каких-либо субъективных ощущений и воспаления, не затрагивающие придатков кожи (волос, ногтей).

Отрубевидный (разноцветный) лишай

- Грибковое заболевание поверхностного слоя эпидермиса вызывается грибом *Pityrosporum obiculare*. Очаги заражения выявляются в основном на шее, груди, спине, плечах. В большинстве случаев болеют молодые люди.

Основные признаки отрубевидного лишая

- При осмотре пациента обнаруживаются:
 - розово-коричневые пятна на коже;
 - отрубевидное шелушение кожи (после воздействия УФ- лучей происходит интенсивное отшелушивание).



Эритразма

- Эритразма — грибковое заболевание поверхностного слоя эпидермиса, называемое еще псевдомикозом. Возбудитель его — грибок *Corynebacterium minutissimum*. Заражение происходит в основном при контактировании с больным, а также через почву (при хождении босиком). Очаги поражения в основном локализуются в пахово-бедренных складках, подмышечных впадинах, под грудными железами, в области пупка, складках живота, межпальцевых участках стопы, на головке и крайней плоти полового члена. В основном заболевание наблюдается у взрослых, чаще у мужчин



Основные признаки эритразмы

- желто-розовые или красно-коричневые пятна округлой формы с четкими границами на коже;
 - гладкая или с мелким шелушением (мягким на ощупь);
 - зуд, болезненность (при осложнении)

Трихофития

- Грибковое заболевание кожи подразделяют на антропонозный и зоонозный типы. При антропонозном типе (эндотрикс) споры располагаются внутри волоса. Возбудителем этой формы является *Trichophyton tonsurans*. Возбудителем зоонозной формы трихофитии является *Trichophyton mentagrophytes*. Инфицирование человека может происходить от больных телят (*Trichophyton verrucosum*) или от мышевидных грызунов (*Trichophyton gypsum*).
- Выделяют три клинических варианта антропонозной трихофитии: поверхностную гладкой кожи, поверхностную волосистой части головы, хроническую трихофитию взрослых.

- Поверхностная трихофития гладкой кожи проявляется округлыми или овальными очагами бледно-розового цвета с четко очерченным периферическим ободком и шелушащимся центром.
- Поверхностная трихофития волосистой части головы характеризуется наличием очагов с нечеткими расплывчатыми очертаниями и слабовыраженным шелушением. Волосы в очагах поражения обламываются на уровне 1—2 мм.



- Хроническая трихофития взрослых развивается в пубертатном периоде у девочек с эндокринопатиями и характеризуется скудными клиническими симптомами. На волосистой части головы определяются мелкие очаги в виде проплешин с черными точками в теменной или височных областях.
- трихофития

- На коже ягодиц, передних поверхностях голеней, реже на туловище отмечается наличие слегка шелушащихся очагов застойной окраски. На ладонных поверхностях кистей — муковидное шелушение, ногтевые пластинки тусклые, грязно-серой окраски, легко крошатся.

- При зоонозной трихофитии (эктотрикс) споры располагаются на поверхности волоса, вызывая островоспалительные изменения коже. Различают три формы зоонозной трихофитии: поверхностную, инфильтративную и нагноительную. При поверхностной трихофитии на коже появляются крупные очаги с фестончатыми очертаниями и периферическим валиком из экссудативных папул и везикул. При инфильтративной форме кожа в области очагов поражения уплотнена, эритематозно-застойной окраски, с отдельными фолликулярными пустулами. Процесс сопровождается появлением болезненного регионарного лимфаденита. Нагноительная форма проявляется образованием на коже волосистой части лица или головы болезненных плотных очагов поражения островоспалительного характера из возвышающейся застойной эритемы с зияющими фолликулами (керион Цельса). Корни волос расплавляются и выпадают вместе с гнойным субстратом. Процесс разрешается рубцовой атрофией.

Фавус

- Фавус — хроническое грибковое заболевание кожи, волос, ногтей.
- Возбудитель —- *Trichophyton schoenleinii*, передающийся от человека к человеку, и *Trichophyton quickeanum* Zopf, поражающий кошек, собак, мышей, овец и редко — человека.

- Различают типичную (скутулярную) и атипичную (сквамозную и импетигиозную) формы. При скутулярной разновидности на коже волосистой части головы в зоне волосяных фолликулов появляются эритематозно-отечные, слегка шелушащиеся пятна. Очаги поражения имеют тенденцию к периферическому росту, увеличиваясь в размерах до 1—3 см, инфильтрируются в основании. У корня волос формируются скутулы-корочки, плотно прикрепленные к коже, за счет прорастания в них грибки. Цвет корок становится землисто-серым, волосы в очагах поражения истончаются, теряют блеск и эластичность, становятся запыленными, напоминая старый парик. Процесс распространяется на теменно-затылочную область и завершается рубцовой атрофией.

- При сквамозной форме в очагах поражения у корня волос формируются чешуйко-корочки, пронизанные тусклыми волосами. На гладкой коже отмечается появление рассеянных шелушащихся очагов.
- Импетигиозная разновидность встречается редко и характеризуется наличием инфильтративно-нагноительных элементов типа кериона. Ногтевые пластинки поражаются обычно у взрослых, и в течение длительного периода их конфигурация не изменяется.
- Диагноз ставят на основании клинической картины, обнаружения фавозных щитков, рубцовой алопеции, септированного мицелия, сохранения нормальных волос по краевой зоне головы.

Микроспория

- Микроспорией болеют чаще кошки, собаки, пушные звери, кролики, реже лошади, овцы, козы, свиньи, олени, обезьяны, тигры. Источник возбудителя инфекции — больные животные, выделяющие его во внешнюю среду с поражёнными волосами и чешуйками. Факторы передачи — предметы ухода, инвентарь, спецодежда, корма, подстилка, загрязнённые шерстью больных животных. Основные носители М. — кошки, особенно бездомные. У пушных зверей и кроликов микроспория не имеет сезонности; заболевают чаще молодые животные. У свиней (болеют поросята до 4-месячного возраста) микроспория протекает весной и осенью. Иммуитет изучен недостаточно.

- Человек заражается при попадании на его кожу загрязненных возбудителем чешуек кожи волос, шерсти. Возможна передача возбудителя через головные уборы постельные принадлежности, парикмахерские инструменты, предметы обихода.
- Естественная восприимчивость людей высокая.
- Микроспория распространена повсеместно. Заболеваемость преобладает в городских поселениях. Заболевают преимущественно дети. Неудовлетворительные гигиенические условия, обилие бездомных животных, а также высокая температура и влажность воздуха способствуют распространению микроспории. Отмечается рост заболеваемости в осенне-зимний период.



- Продолжительность инкубационного периода 5-7 дней при зоонозной микроспории, 4 - 6 недель - при антропонозной.
- На коже человека появляются округлые и овальные, четко очерченные пятна с отрубевидным шелушением. На волосистой части головы возникает очаг, в котором волосы обломаны на высоте 5 - 6 мм, пеньки волос покрыты чехлом из спор гриба. Поражаются также брови и ресницы.



- Профилактические мероприятия: плановые осмотры детей в организованных коллективах; выявление и отлов бездомных собак и кошек, ликвидация малоценных и лечение ценных больных животных, пораженных микроспорией; тщательное обеззараживание воды в плавательных бассейнах, инструментария в парикмахерских предметов пользования больного; хорошо продуманная санитарно-просветительная работа. Меры иммунопрофилактики не

обследование

- Микроскопия
- Осмотр в лучах люминесцентной лампы.
- Под ультрафиолетовыми лучами (лампа типа ПРК-2 или ПРК-4 с фильтром Вуда) поражённые микроспорией волосы дают изумрудно-зелёное свечение.
- Клин. Анализ крови
- Общий анализ мочи

- При подозрении на трихофитию необходимо культуральное исследование.

- При лечении используют наружные противогрибковые препараты, серную мазь, йод.
- При наличии нескольких очагов микроспории, при поражении волос. Части головы, при трихофитии используют системные антимикотики.
- Гризеофульвин 12,5 мг-кг-сут. Но не более 1 гр. Взрослым. Или 22мг-кг-сут. В 3 приема ежедневно до первого отрицат. Ответа затем через день в течение 2 недель

- Тербинафин 250 мг-сут взрослым и детям более 40 кг
- Детям более 20 кг 125 мг-сут. Детям менее 20 кг 62,5 мг 4-12 недель
- Лечение проводится под контролем лабораторных показателей крови и мочи.

Критерии эффективности лечения

- Разрешение высыпаний
- Нет свечения в лучах лампы Вуда
- 3 отрицательных контроля с 7 дневными перерывами

Микоз гладкой кожи стоп (кистей)

- В ряде стран микозом стоп болеют до 50% населения. Это заболевание чаще встречается у взрослых, но в последние годы нередко наблюдается и у детей, даже грудного возраста.



Эпидемиология.

- Заражение микозом стоп может произойти в семье при тесном контакте с больным или через предметы обихода, а также в бане, сауне, спортзале, при пользовании чужой обувью и



Патогенез.

- Проникновению грибов в кожу способствуют трещинки, ссадины в межпальцевых складках, обусловленные потливостью или сухостью кожи, потертостью, плохим высушиванием после водных процедур, узостью межпальцевых складок, плоскостопием и др.



Клиника

- Клинические проявления на коже зависят от вида возбудителя, общего состояния больного. Гриб *T.rubrum* может вызывать поражение кожи всех межпальцевых складок, подошв, ладоней, тыльной поверхности стоп и кистей, голеней, бедер, пахово-бедренных, межъягодичной складок, под молочными железами и подкрыльцовой области, туловища, лица, редко - волосистой части головы. В процесс могут вовлекаться пушковые и длинные волосы, ногтевые пластины стоп и кистей. При поражении кожи стоп различают 3 клинические формы: сквамозную, интертригинозную, сквамозно-гиперкератотическую

- **Сквамозная форма** характеризуется наличием шелушения на коже межпальцевых складок, подошв, ладоней. Оно может быть муковидным, кольцевидным, пластинчатым. В области сводов стоп и ладоней наблюдается усиление кожного рисунка.

- Интертригинозная форма встречается наиболее часто и характеризуется незначительным покраснением и шелушением на боковых соприкасающихся поверхностях пальцев или мацерацией, наличием эрозий, поверхностных или глубоких трещин во всех складках стоп. Эта форма может трансформироваться в дисгидротическую, при которой образуются пузырьки или пузыри в области сводов, по наружному и внутреннему краю стоп и в межпальцевых складках. Поверхностные пузырьки вскрываются с образованием эрозий, которые могут сливаться, в результате чего образуются очаги поражения с четкими границами, мокнутием.





Для руброфитии гладкой кожи крупных складок и других участков кожного покрова характерным является развитие очагов с четкими границами, неправильных очертаний, с прерывистым валиком по периферии, состоящим из сливающихся узелков розового цвета, чешуек и корочек, с синюшным оттенком (в центре окраска синюшно-розовая)

- Гриб *T. interdigitale* поражает кожу 3-х и 4-х межпальцевых складок, верхнюю треть подошвы, боковые поверхности стопы и пальцев, свод стопы. Этот грибок обладает выраженными аллергизирующими свойствами. При микозе стоп, обусловленном *T. interdigitale*, наблюдаются те же клинические формы поражения, что и при руброфитии, однако заболевание чаще сопровождается более выраженными воспалительными явлениями. При дисгидротической, реже интертригинозной форме на коже подошв и пальцев наряду с мелкими пузырьками могут появляться крупные пузыри, в случае присоединения бактериальной флоры - с гнойным содержимым. Стопа становится отечной, припухшей, появляется болезненность при ходьбе. Заболевание сопровождается повышением температуры, ухудшением самочувствия, развитием аллергических высыпаний на коже верхних и нижних конечностей, туловища, лица, увеличением паховых лимфатических узлов; клиническая картина сходна с той, что наблюдается при экземе.



- **Диагноз.** Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, обнаружения гриба при микроскопическом исследовании чешуек кожи и идентификации вида возбудителя - при культуральном исследовании.

Лечение.

- Лечение микоза гладкой кожи стоп и других локализаций проводится антимикотическими средствами для наружного применения. При сквамозной и интертригинозной формах поражения на стопах и других участках кожи используют лекарственные препараты в виде крема, мази, раствора, спрея, можно сочетать крем или мазь с раствором, чередуя их применение. В настоящее время для лечения этого заболевания используют следующие лекарственные средства: крем экзифин, крем микозорал, крем низорал, крем и раствор канизон, крем микозон, крем микоспор (бифосин), крем мифунгар, крем и спрей ламизил, крем микотербин. Эти препараты наносят на очищенную и подсушенную кожу 1 раз в день, продолжительность лечения в среднем составляет не более 2 недель

- При острых воспалительных явлениях (мокнутие, наличие пузырей) и выраженном зуде лечение проводится как при экземе: десенсибилизирующие средства (внутривенное или внутримышечное введение раствора кальция хлорида (10%), раствора натрия тиосульфата (30%), раствора кальция глюконата (10%) или кальция пантотената перорально; антигистаминные средства. Из наружных лекарственных средств на первом этапе терапии применяют примочки (2%-ный раствор борной кислоты, раствор калия перманганата 1:6000, 0,5%-ный раствор резорцина), 1-2%-ные водные растворы метиленового синего или бриллиантового зеленого, фукорцин. Затем переходят на пасты - борно-нафталановую, ихтиол-нафталановую, пасту АСД - Ф3 с нафталаном, при осложнении бактериальной флорой - линкомициновую (2%). На 2-м этапе лечения после разрешения острых воспалительных явлений используют указанные выше антимикотические средства.

- **Профилактика.** Для предотвращения заболевания микозом стоп необходимо соблюдать в первую очередь правила личной гигиены в семье, а также при посещении бани, сауны, бассейна, спортзала и др.; проводить дезинфекцию обуви (перчаток) и белья в период лечения. После посещения бани, бассейна, сауны для профилактики микоза стоп на кожу межпальцевых складок и подошв следует наносить дактарин спрей-пудру.

ОНИХОМИКОЗЫ

- Изолированно онихомикозы встречаются редко. Обычно они сочетаются с другими грибковыми заболеваниями: микозами стоп и кистей, волосистой части головы, гладкой кожи. Возбудителями онихомикозов чаще всего являются *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*, *Epidermophyton floccosum*, реже *Trichophyton tonsurans*, *Microsporum gypseum*, *Microsporum audouinii*, *Microsporum canis*.

- Онихомикозами чаще страдают взрослые люди. У детей они встречаются редко, как правило, в семьях, где имеются родственники, больные микозами. Видимо, это связано с тем, что ногтевые пластинки у детей растут быстрее и, таким образом, мицелий патогенного гриба механически удаляется вместе с отрастающим ногтем. Наоборот, у пожилых людей, у которых ногти растут медленнее, риск заболеть онихомикозом гораздо выше.

- Мужчины более чувствительны к заражению ногтей грибами, чем женщины, но онихомикозы встречаются чаще у женщин. Это связано с ношением женщинами более узкой обуви, а значит, большей травматизацией ногтевых пластинок.

Онихомикозы являются источником инфекции для окружающих пациента людей, чаще всего родственников.

- Обычно длительное время патологический процесс в ногтевой пластинке, вызываемый грибами, ограничивается местом внедрения возбудителя. Наиболее часто онихомикоз поражает внешний край ногтя. Заболевание начинается с появления на внешнем (дистальном) крае ногтевой пластинки беловатых, желтоватых или сероватых пятен и полос. В том случае, если пятно находится у правого или левого края ногтя, говорят о латеральном подногтевом онихомикозе. Это пятно с течением времени распространяется от свободного края ногтя к корню и постепенно занимает всю

- Ноготь становится грязновато-серого или желтоватого цвета, утолщается, начинает крошиться со стороны свободного края и со временем частично или полностью разрушается. В этом случае говорят о тотальном онихомикозе. Иногда из-за постоянной травматизации ногтя возможно значительное утолщение ногтевой пластинки и ногтевого ложа, такой процесс называется пахионихия. Также возможен онихолизис или постепенное отделение ногтевой пластинки от ногтевого ложа из-за выкрашивания пораженных роговых масс. При этом ногтевая пластинка свободно нависает над ногтевым ложем.

Лечение

- Так как лечение онихомикоза длительное, довольно дорогостоящее, и в ряде случаев может иметь нежелательные побочные эффекты, то до начала лечения необходимо подтвердить клинический диагноз онихомикоза лабораторно.

При ограниченном поражении ногтевых пластинок (не более 2 пластинок и не более чем на 1/3 по площади со свободного края ногтя) можно проводить с помощью препаратов для местного применения, без использования системных противогрибковых средств. Необходимым условием для успешного лечения ограниченного онихомикоза является максимально полное удаление части ногтевой пластинки пораженной грибом

- Удаление пораженных участков ногтя необходимо сочетать с местной противогрибковой терапией: на пораженную ногтевую пластинку ежедневно наносят противогрибковые лаки или 10% спиртового раствора йода (менее эффективно) до полного отрастания здоровой ногтевой пластинки. Один раз в неделю следует делать ванночки с содово-мыльным раствором в течение 15 мин. Раствор для ванночки приготавливается из расчета 1 столовая ложка соды, 1/10 куса дегтярного мыла, натертого на крупной терке, на 1 литр 35–45⁰С.

- После ванночки размягченные части ногтя удаляют при помощи пилки.

В ногтевые ложа и окружающие кожные покровы необходимо втирать противогрибковые мази и кремы. Для этой цели можно порекомендовать высокоэффективный и доступный по цене крем “Тербинокс”, который следует наносить тонким слоем на перечисленные участки 2 раза в день.

- Особое внимание хочется обратить на эффективность лечения ограниченного онихомикоза с помощью аппаратного педикюра. Процедуры аппаратного педикюра полностью безболезненны, уже после первой внешний вид пораженного ногтя значительно улучшается.

- При распространенном поражении ногтевых пластинок или когда поражена вся площадь ногтя, включая область у его корня, помимо перечисленных процедур необходим прием системных противогрибковых препаратов.

- 1. Перед началом лечения – биохимическое исследование крови, ее клинический анализ, общий анализ мочи. Этот комплекс исследований следует проводить в процессе лечения каждые 2 нед.

2. Тербинафин принимают после приема пищи 1 раз в день по 1 таблетке (250 мг) в течение 6–12 нед, в зависимости от тяжести процесса

- Обувь пациента, начавшего лечение от онихомикоза стоп, продолжает быть источником инфекции, поэтому следует либо заменить всю обувь с началом лечения, либо обработать имеющуюся. Для этого обувь протирают изнутри ватным тампоном, смоченным в 25% растворе формалина. Оставляют тампон внутри обуви и помещают ее в плотный полиэтиленовый пакет на 48 ч. При этом пакет должен быть завязан, чтобы не пропускать пары формалина. После обработки следует проветрить обувь в течение 3 сут до исчезновения запаха. Во время лечения онихомикоза стоп такую обработку надо проводить 1 раз в месяц.



Кандидоз ногтей

- чаще отмечается в грудном возрасте и сочетается с кандидозным поражением гладкой кожи, складок, слизистых. Как правило, кандидоз ногтей сочетается с кандидозом ногтевых валиков, изолированное поражение ногтей наблюдается редко.



- Кандидозный онихомикоз начинается с воспаления ногтевых валиков, сопровождающегося резкой болезненностью, исчезновением ногтевой кожицы. При надавливании на нависающий над луночкой ногтевой валик, выделяется гной. После стихания воспаления по краю ногтевого валика отмечается мелкопластинчатое шелушение, иногда болезненные трещины. При этом валик остается утолщенным, кожица не нарастает.
- Поражение ногтевой пластинки возникает позднее. Кандидозный онихомикоз начинается в области луночки. Ногтевая пластинка при этом приобретает буровато-коричневый цвет. Боковые края ногтя отслаиваются и представляются как бы срезанными. Поперечные борозды, являющиеся важным симптомом кандидозной онихии, располагаются волнообразно, параллельно свободному краю

- Кандидоз ногтевых валиков и ногтевых пластинок, как правило, развивается на III и IV пальцах левой руки, но возможно и множественное поражение. А.М. Ариевич (1949) выделял основные симптомы, характерные для кандидозных поражений ногтей:
 - 1) воспаленный, нависающий над ногтем валик;
 - 2) отсутствие ногтевой кожицы;
 - 3) края ногтя коричневого цвета, крошатся, отделяются от ногтевого ложа;
 - 4) поперечные, волнообразно идущие борозды, расположенные у основания ногтя.

Кандидозная опрелость

- локализуется в межпальцевых складках кистей, под молочными железами, в межъягодичной и паховых складках. Клинически опрелость характеризуется наличием очагов поражения в виде мокнущих поверхностей с обилием творожистого налета на фоне эритематозно-отечной кожи. На коже ягодиц, паховых складок могут возникать очаги поражения в виде эритематозно-пемфигоидных и везикулезно-пустулезных элементов. Субъективно больные отмечают боль, зуд, жжение.

- **Этиология.** Возбудители относятся к условно-патогенным грибам, которые широко распространены в окружающей среде. Их также можно обнаружить на коже и слизистой оболочке рта, пищеварительного тракта, гениталий здорового человека.

- **Патогенез.** Возникновению кандидоза могут способствовать как эндогенные, так и экзогенные факторы. К эндогенным факторам относятся эндокринные нарушения (чаще сахарный диабет), иммунная недостаточность, тяжелые соматические заболевания и ряд других. Развитие заболевания возможно после применения ряда современных лекарственных средств: антибиотики широкого спектра действия, иммуносупрессивные и гормональные препараты. Возникновению кандидоза в межпальцевых складках кистей способствует частый контакт с водой, так как при этом развивается мацерация кожи, которая является благоприятной средой для внедрения возбудителя из внешней среды.

- **Диагноз.** Диагноз ставят на основании типичной клиники при обнаружении гриба в соскобе с чешуек кожи в ходе микроскопического исследования.
- **Лечение.** Ограниченные, а иногда и распространенные острые формы поражения гладкой кожи, особенно развившиеся в процессе терапии антибактериальными препаратами, как правило, легко поддаются лечению местными антимикотическими средствами в виде раствора, крема, мази и могут разрешиться даже без лечения после отмены антибиотиков.

- При кандидозе гладкой кожи крупных складок с острыми воспалительными явлениями лечение необходимо начинать с применения водного раствора метиленового синего или бриллиантового зеленого (1-2%) в сочетании с индифферентной присыпкой и проводить в течение 2-3 дней, затем применяются антимикотические препараты - до разрешения клинических проявлений.
- Из антимикотических средств при кандидозе гладкой кожи используют: канизон раствор и крем, микозон крем, мифунгар крем, кандид крем и раствор, тридерм мазь и крем, пимафукорт, пимафуцин, травокорт, травоген, низорал крем, микозорап мазь, экапин

- При распространенных процессах на коже и в случае неэффективности местной терапии назначают антимикотики системного действия: флуконазол (дифлюкан, форкан, микосист) - взрослым в дозе 100-200 мг, детям из расчета 3–5 мг на кг массы тела, итраконазол (100-200 мг), низорал (взрослым по 200 мг, детям с массой тела до 30 кг - 100 мг, свыше 30 кг - 200 мг) 1 раз в сутки ежедневно, а также антибиотик полиенового ряда натамицин (взрослым по 100 мг 4 раза в сутки, детям по 50 мг 2–4 раза в сутки). Продолжительность лечения составляет 2–4 недели.

- **Профилактика.** Профилактика кандидоза гладкой кожи у взрослых и детей заключается в предупреждении развития его у людей, страдающих фоновыми заболеваниями, а также у лиц, длительно получающих антибактериальную, кортикостероидную, иммуносупрессивную терапию. Для профилактики развития кандидозной инфекции у детей, госпитализированных в соматические отделения и получающих антибиотики широкого спектра действия, необходимо назначать флуконазол из расчета 3 мг на кг массы тела 1 раз в сутки, лечение осуществляется в ходе всего основного курса терапии. Больным с кишечным кандиданосительством назначают нистатин по 2–4 млн. ЕД в сутки или натамицин по 50 мг для детей и по 100 мг для взрослых 2 раза в сутки в течение 15 дней.



Наиболее часто предъявляемые жалобы:

- обильные или умеренные творожистые, хлопьевидные, сливкообразные выделения из половых органов;
- - зуд, жжение, раздражение в области наружных половых органов у женщин, у мужчин те же симптомы на крайней плоти и головке полового члена;
- - усиление зуда во время сна или после водных процедур и полового акта;
- - неприятный запах, усиливающийся после половых контактов;

Различают три клинические формы генитального

кандидоза:

- **Бессимптомное кандидоносительство:** как правило, жалобы и выраженная клиническая картина отсутствуют. При микробиологическом исследовании обнаруживаются в небольшом количестве (менее 10^4 КОЕ/мл), во влагалищном микробиоценозе абсолютно доминируют *Lactobacillus spp.* в умеренно большом количестве (10^6 – 10^8 КОЕ/мл). В определенных условиях может переходить в клинически выраженную форму.

- **Острый урогенитальный кандидоз:** характеризуется картиной ярко выраженного воспаления, гиперимия, отек, высыпания в виде везикул на коже и слизистых. Длительность заболевания не превышает 2 месяца. Во влагалищном микробиоценозе выявляются грибы рода *Candida* в высоком титре (более 10×4 КОЕ/мл) в сочетании с *Lactobacillus* spp. в высоком титре (более 10×6 КОЕ/мл).

- **Хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз:** считается заболеванием протекающее более 2-х месяцев, при этом на коже и слизистых оболочках преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации, атрофичности тканей. У 50% возникают рецидивы с интервалом от нескольких дней до 3-х месяцев после эпизода успешного излечения. Существуют две основные причины возникновения рецидивов- реинфекция и неполная элиминация возбудителя.

- Лабораторная диагностика урогенитального кандидоза (молочницы) включает следующие виды исследований:
 - микроскопия;
 - культуральная диагностика;
 - серологические реакции;
 - иммунологические методы;
 - иммуноферментный анализ;
 - полимеразная цепная реакция.

- Терапия больных урогенитальным кандидозом (молочницей) должна быть комплексной, поэтапной, включая не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов, а также лечение сопутствующих заболеваний.

При комплексном подходе достигается не только излечение эпизода урогенитального кандидоза (молочницы), но и снижение числа рецидивов заболевания. Терапия сопутствующих заболеваний имеет большое значение в лечении (молочницы) урогенитального кандидоза.

Одним из основных условий на период лечения молочницы является, по возможности, отмена кортикостероидов, цитостатиков гормональных эстрогенгестагенных препаратов, антибиотиков; отказ от вредных привычек.