

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Кыргызско-Российский Славянский университет  
им. Б.Н. Ельцина

Кафедра дерматовенерологии и фтизиатрии

# **МИКОЗЫ**

Учебно-методическое пособие

**Бишкек 2022**

**Составители:** к.м.н, доцент кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ Садыкова Д. А., к.м.н, доцент кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии Балтабаев А. М., старший преподаватель кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ Боровинская К. Е., ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии КГМА, к.м.н. Абдуллаева А. А.; д.м.н., заведующая кафедрой дерматовенерологии КГМА Койбагарова А.А., к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ Чуракаев М. В., врач дерматовенеролог Калматова Т.К..

**Рецензенты:** Балтабаев М. К., д.м.н., профессор КРСУ, Усубалиев М. Б., д.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии КГМА

В учебном пособии представлен современный обзор этиопатогенеза, клинической картины микозов, а также обзор основных диагностических подходов и протоколов лечения. Учебное пособие предназначено для студентов медицинских ВУЗов, ординаторов и врачей практического здравоохранения.

**Контактный адрес:** Кыргызско - Российский Славянский Университет. Медицинский факультет, Кафедра дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ. Бишкек, ул. Л. Толстого 102/5 конт. тел. 0555923306, 0558356095

Данное пособие не может быть тиражировано, копировано или опубликовано другим способом, как целиком, так и частями без письменного разрешения авторов. Ординаторы, врачи практического здравоохранения могут заказать пособие по электронному адресу: [alijon.baltabayev@gmail.com](mailto:alijon.baltabayev@gmail.com)

## Содержание

1. Введение
2. Классификация микозов
3. Кератомикозы
  - Отрубевидный лишай
  - Узловатая трихоспория
4. Дерматомикозы
  - Истинная паховая эпидермофития
  - Эпидермофития стоп
  - Руброфития
  - Трихофития
  - Микроспория
  - Фавус
5. Кандидозы
6. Контрольные вопросы
7. Список литературы

## **Введение**

Грибковые поражения кожи и ее придатков составляют обширную группу заболеваний в общей структуре инфекционной дерматологической патологии. Микозы на сегодняшний день остаются актуальными для изучения в силу разнообразия не только возбудителей и вызываемой ими клинической картины, но и своей склонностью к повсеместному распространению, обусловленной высокой контагиозностью возбудителей.

**По статистике** развитие эпидемического процесса при дерматомикозах в Кыргызской Республике имеет четыре периода: снижения (1990-1995гг.), относительной стабилизации заболеваемости на низком уровне (1996-2007гг.), подъема заболеваемости (2008-2012гг.) и стабилизации процесса на относительно высоком уровне (2013-2019гг.). Эпидемический процесс напрямую зависит от социально-экономических условий в обществе, что влияет и на уровень лечебно-профилактических мероприятий по организации помощи данному контингенту больных.

*Цели занятия.* Освоить данные по этиологии, патогенезу, эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению керато- и дерматомикозов.

## **Целевые задачи**

### **1) Студент должен знать:**

- a) классификацию грибковых заболеваний (микозов);
- b) этиологию, эпидемиологию и патогенез микозов;
- c) клиническую картину отдельных форм микозов;
- d) методы диагностики и дифференциальную диагностику микозов;
- e) принципы системного и местного лечения микозов;
- f) профилактику микозов

### **2) Студент должен уметь:**

- a) провести клинический осмотр больного;
- b) описать клиническую картину поражения кожи больного;
- c) поставить предварительный диагноз, наметить план обследования;
- d) провести осмотр пораженных волос под люминесцентной лампой Вуда, оценить результаты;
- e) провести микроскопию препарата с пораженных участков кожи, волос, ногтевых пластинок;
- f) назначить соответствующее лечение.

### **3) Студент должен иметь представление:**

о методике проведения культуральной диагностики микозов.

#### 4) **Перечень практических навыков**

Проведение:

1. симптома Бенье;
2. йодной пробы Бальзера;
3. отслойки рогового слоя эпидермиса по Ариевичу;
4. микроскопического исследования патологического материала;
5. местной терапии при различных клинических формах микозов;

### **МИКОЗЫ**

Грибковые заболевания кожи относят к инфекционным поражениям. Они распространены на всех континентах. В ботанической классификации возбудители грибковых заболеваний отнесены к различным классам низших (зигомицеты) и высших (аскомицеты, деутеромицеты) грибов. Основным резервуаром антропонозных микозов является человек, зоонозных (зооантропонозных) — большое животное. Возможно инфицирование человека и почвенными (геофильные) грибами. Грибы могут поражать все слои кожи, гиподерму, кости, внутренние органы. Широкому их распространению способствуют нерациональная антибиотикотерапия, частое применение кортикостероидной и цитостатической терапии, ухудшение экологической обстановки и т.д.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Единой и общепринятой классификации грибковых заболеваний не существует. Предложены многочисленные варианты деления этих болезней, которые в большей или меньшей степени учитывают этиологию, патогенез, клиническую картину и особенности эпидемиологии данных инфекций. В последние годы чаще всего пользуются классификацией Н. Д. Шеклакова (1976). В соответствии с ней выделяют четыре группы микозов и пятью группу так называемых псевдомикозов.

**Н I. КЕРАТОМИКОЗЫ:**

- > **РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ;**
- > **УЗЛОВАТАЯ ТРИХОСПОРИЯ (ПЬЕДРА).**

**Н II. ДЕРМАТОМИКОЗЫ:**

- > **ИСТИННАЯ ПАХОВАЯ ЭПИДЕРМОФИТИЯ;**
- > **ЭПИДЕРМОФИТИЯ СТОП;**

- > **РУБРОМИКОЗ;**
- > **ТРИХОФИТИЯ;**
- > **МИКРОСПОРИЯ;**
- > **ФАВУС.**

Н III. КАНДИДОЗЫ:

- > **ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАНДИДОЗ;**
- > **ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ КАНДИДОЗ;**
- > **ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ.**

Н IV. ГЛУБОКИЕ МИКОЗЫ:

- > **БЛАСТОМИКОЗЫ:**

**А. КРИПТОКОККОЗ;**

**Б. СЕВЕРОАМЕРИКАНСКИЙ БЛАСТОМИКОЗ;**

**В. ЮЖНОАМЕРИКАНСКИЙ БЛАСТОМИКОЗ (БОЛЕЗНЬ  
ЛЮТЦА-СПЛЕНДОРЕ- АЛЬМЕЙДЫ);**

- > **ХРОМОМИКОЗ;**
- > **МАДУРОМИКОЗ**
- > **СПОРОТРИХОЗ**
- > **ЦЕФАЛОСПОРИОЗ**
- > **АСПЕРГИЛЛЕЗ**
- > **РИНОСПОРИДИОЗ**
- > **ГИСТОПЛАЗМОЗ**
- > **КОКЦИДИОИДОЗ**
- > **ГЕОТРИХОЗ**
- > **ПЕНИЦИЛЛИНОЗ**
- > **МУКОРОЗ**

Н V. ПСЕВДОМИКОЗЫ:

## > ПОВЕРХНОСТНЫЕ ФОРМЫ:

### А. ЭРИТРАЗМА Б.

## ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ

### ГЛУБОКИЕ ФОРМЫ:

#### А. АКТИНОМИКОЗ

#### Б. МИКРОМОНОСПОРОЗ

#### В. НОКАРДИОЗ

## Классификация микозов по МКБ-10 В35 ДЕРМАТОФИТИИ

**В35.0 МИКОЗ БОРОДЫ И ГОЛОВЫ** (трихофития, микроспория, фавус волосистой части головы, бороды и усов)

**В35.1 МИКОЗ НОГТЕЙ**

**В35.2 МИКОЗ КИСТЕЙ** (руброфития ладоней)

**В35.3 МИКОЗ СТОП** (эпидермофития и руброфития стоп)

**В35.4 МИКОЗЫ ТУЛОВИЩА** (дерматофития гладкой кожи, в том числе лица, тыла кистей и стоп)

**В35.5 ЧЕРЕПИТЧАТЫЙ МИКОЗ**

**В35.6 ЭПИДЕРМОФИТИЯ ПАХОВАЯ**

**В35.8 ДРУГИЕ ДЕРМАТОФИТИИ** (глубокие формы дерматофитий)

**В35.9 ДЕРМАТОФИТИЯ НЕУТОЧНЕННАЯ** (без указания локализации/ этиологии)

Включение в эту классификацию псевдомикозов (как и само название) является малооправданным и представляет собой в большой степени дань традиции, так как эритразма представляет собой инфекционное заболевание, вызываемое коринебактериями, а патогенные актиномицеты являются в отличие от грибов прокариотами и близко лежат к пропионовым бактериям, микобактериям туберкулеза и коринебактериям. В культуре и тканях человека они, однако, имеют определенное сходство с грибами, так как образуют тонкий ветвящийся мицелий.

## КЕРАТОМИКОЗЫ

ПОД КЕРАТОМИКОЗАМИ ПОНИМАЮТ ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗБУДИТЕЛИ ПОРАЖАЮТ ЛИШЬ РОГОВОЙ СЛОЙ ЭПИДЕРМИСА И ПОВЕРХНОСТЬ КУТИКУЛЫ ВОЛОСА И НЕ ВЫЗЫВАЮТ

## ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ГЛУБЛЕЖАЩИХ СЛОЯХ КОЖИ.

### ИЛИ ОТРУБЕВИДНЫЙ ЛИШАЙ (PITYRIASIS VERSICOLOR)

Разноцветный лишай - это грибковое заболевание, характеризующееся появлением на коже коричневато-желтых пятен.

Впервые это заболевание описал Robin в 1853 году.

Возбудителем является *Malassezia furfur seu Pityrosporum orbiculare* - широко распространенный липофильный грибок, обитающий в норме на коже человека. Чаще грибок находят в областях тела с повышенным количеством сальных желез из-за потребности его в сложных жирных кислотах.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Заболевание весьма контагиозное. Болеют преимущественно лица 16-30 лет. Практически не болеют дети (недоразвитие сально-волосянного аппарата) и лица старческого возраста (атрофия сально-волосянного аппарата). Заболевание хроническое, имеет склонность к рецидивам. Прогрессирующее течение чаще в летнее время. Распространяется через предметы бытового обихода, постельное белье, полотенца, нательное белье.

ПАТОГЕНЕЗ. Большое значение имеет нарушение кислотно-щелочного равновесия пота (щелочная реакция благоприятна для развития заболевания). Также развитию микоза способствуют нейроэндокринные нарушения, наличие хронических очагов инфекции, патологии внутренних органов.

КЛИНИКА характеризуется появлением коричневато-желтоватого цвета пятен овальных очертаний. Очаги склонны к слиянию, что напоминает географическую карту. Локализуется обычно в области шеи, плечевого пояса, груди, спины, боковых поверхностей туловища. Субъективные расстройства отсутствуют. Для этого дерматоза характерен симптом Бенъе:

при поскабливании предметным стеклом поверхности кожи наблюдается муковидное шелушение (стружки). Для подтверждения диагноза проводят пробу Бальзера, которая заключается в том, что кожу смазывают 5% раствором йода и очаги поражения, вследствие разрыхленного рогового слоя, окрашиваются более интенсивно, чем окружающая их здоровая. Помимо типичных форм существуют атипичные формы:

- витилигоподобная форма;
- эритематосквамозная форма;
- цирцинатная форма.

При длительном течении патологического процесса в старых очагах - гипопигментация.

### ГИСТОПАТОЛОГИЯ.

Воспалительная реакция в дерме, как правило, отсутствует или выражена слабо. В роговом слое и в устьях волосяных фолликулов обнаруживают короткий (5—12 мкм), изогнутый широкий (до 4 мкм) мицелий и скопления (грозди) крупных (5—8 мкм в диаметре) округлых двухконтурных спор.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

Отрубевидный лишай дифференцируют с сифилитической розеолой (розеола розового цвета, не шелушится, исчезает при надавливании; учитывают другие симптомы сифилиса и положительные серологические реакции), розовым лишаем Жибера (розового цвета пятна располагаются по линиям натяжения кожи Лангера, имеют ромбовидную или слегка удлинённую форму и в центре своеобразно шелушатся, характерен симптом «медальона»). Образующуюся после лечения отрубевидного лишая вторичную, или ложную, лейкодерму дифференцируют с истинной сифилитической лейкодермой, при которой не образуются сливные гипопигментированные пятна, поражение носит характер кружевной сеточки, располагается в основном на коже шеи, подмышечных впадин и боковых поверхностях туловища при положительных серологических реакциях в крови и других проявлениях вторичного рецидивного сифилиса. Также с псориатической лейкодермой, при которых характерна стадийность течения псориатического процесса, псориатическая триада.

**ЛЕЧЕНИЕ.** На очаги поражения наносят кератолитические жидкости и мази. Используют 2% салициловый спирт, жидкость Ариевича, мазь Уайтфилда. Также кожу обрабатывают по методу Демьяновича: сначала равномерно втирающими, круговыми движениями наносят раствор N1 (60% раствор натрия тиосульфата); после высыхания и образования кристалликов, наносят раствор N2 (6% раствор хлористоводородной кислоты). В результате химической реакции на коже образуется свободная сера, обладающая фунгицидным действием. Противогрибковые мази и кремы: батрафен, клотримазол, микоспор, микозолон, низорал, пимафуцин, экзодерил. Втирания производят дважды в день в течение 2-3 недель. Ламизил в виде крема или спрея применяется 1 раз в день в течение 1-2 недель. При распространенных вариантах заболевания и рецидивах показан прием внутрь кетоконазола по 200 мг в сутки в течение 10-14 дней или итраконазола также по 200 мг в сутки в течение 7-и дней или по 100 мг в сутки в течение 2-х недель. Нательное и постельное белье необходимо кипятить и гладить. В профилактике важное значение имеет личная гигиена.

### **Н УЗЛОВАТАЯ ТРИХОСПОРИЯ (ПЬЕДРА).**

Узловатая трихоспория (пьедра по-испански камень) - заболевание кутикулы волоса с образованием на нем узелков белого (piedra alba) или черного (piedra nigra) цвета. Соответственно выделяют 2 вида:

## **Н Белая пьедра или болезнь Беджеля**

Белая пьедра описана в 1866г. К.Линдеманом и Ю.Кнохом. Она распространена в странах Европы и Северной Америки. Возбудителем является *Trichosporon Beigelii*, относящийся к дрожжеподобным грибам. Септированные гифы гриба, толщиной около 4 мкм, фрагментируются образованием овальных артроконидий. На питательной среде Сабуро образуются кремовые и серые морщинистые колонии, состоящие из септированного мицелия, артроконидий и бластоконидий.

## **Н Черная Пьедра**

Черную пьедру описал Desenne в 1878 году. Возбудителем, распространенным в странах Южной Америки, является *Trichosporon hortai*. Колонизация волоса, происходит в результате полового размножения гриба(телеоморфа). Появляются овальные, размером до 50мкм, аски, которые содержат веретенообразные аскоспоры. Культуры, растущие на питательных средах, размножаются бесполом путем (анаморфа). Колонии мелкие, темнокоричневые, с бархатистыми краями.

### **БЕЛАЯ ПЬЕДРА**

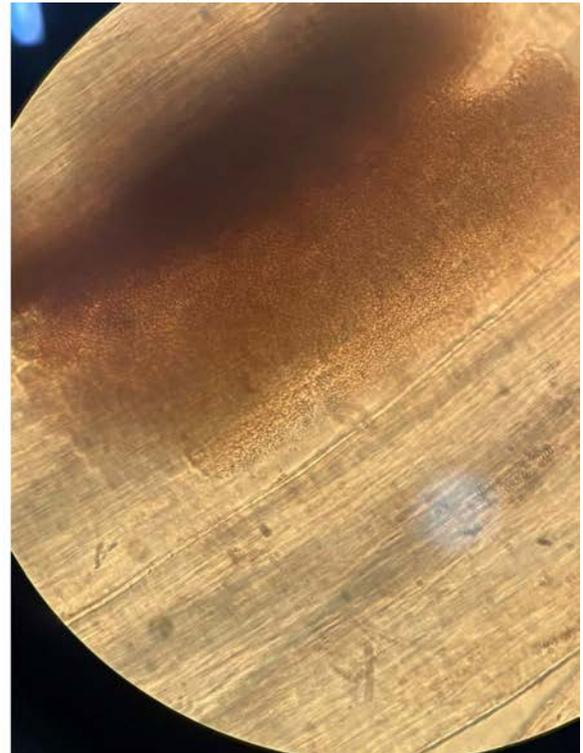
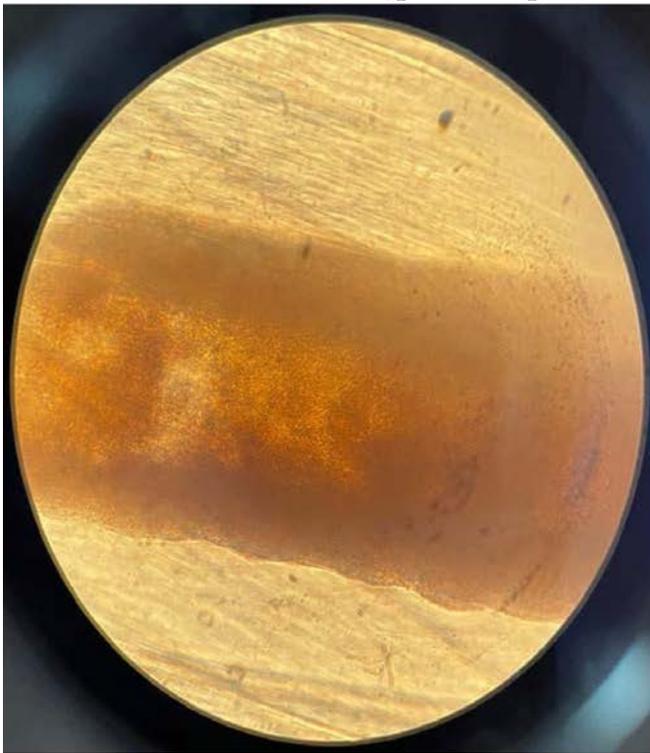
### **ЧЕРНАЯ ПЬЕДРА**

Н ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Распространяется через головные уборы, гребешки, расчески, предметы обихода. Развитию заболевания способствуют теплый климат, мытье волос водой из непроточных водоемов, кислым молоком, обработка волос минеральными маслами. Заболевание встречается у лиц обоего пола, но чаще у молодых женщин.

Н КЛИНИКА. Заболевание характеризуется хроническим течением. При белой пьедре поражается кутикула волос головы, бороды, усов, области подмышечных впадин и половых органов. При черной пьедре поражаются в основном волосы головы.



Рис. Черная пьедра. Поражение волосистой части головы узелками черного цвета (фото при обычном освещении и дерматоскопии (увеличение\*10).  
(фото из архива Балтабаева А.М.).



Черная пьедра. Световая микроскопия, увеличение \* 400. Визуализируются множественные аскоспоры (фото из архива Балтабаева А.М.).

Н На волосах образуются множественные мелкие, очень твердые узелки (до 30 и более на каждом волосе) неправильной овальной, веретенообразной формы, почти полностью охватывающие волос. При белой пьедре узелки светлые, серовато-желтоватые или молочно-матовые, а при черной пьедре они

буроватого или насыщенно-коричневого цвета. Узелки могут сливаться, образуя сплошную при белой пьедре длинную (до 10мм и более) или короткую (до 3-5мм) при черной пьедре муфту, состоящую из крепко склеенного мицелия и спор гриба. Иногда при тугом перетягивании волос узелки склеиваются, образуя пучки, внешне напоминающие снопы злаковых («колумбийский колтун»). При сгибании таких волос слышен своеобразный хруст, вызываемый разрушением плотной колонии гриба. Узелки определяются при пальпации.

**Н ВОЛОСЫ ПРИ ПЬЕДРЕ НЕ ОБЛАМЫВАЮТСЯ.**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ в основном проводят культуральным методом с так называемой ложной пьедрой, вызываемой бактериями, образующими на среде Сабуро пористые колонии кремового цвета с фестончатым бордюром по периферии.

ЛЕЧЕНИЕ. У мужчин в основном это сбривание волос, бороды, усов. У женщин ежедневное промывание волос в 0,01% сулемовом уксусе, растворе сулемы 1:1000-1:2000 или 2% растворе салициловой кислоты, с последующим тщательным вычесыванием отслаивающихся узелков частым гребнем с повторным промыванием волос горячей водой с мылом.

• ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Дерматомикозы или дерматофитии объединяют группу заболеваний, вызываемых дерматофитами — нитчатыми грибами из родов *microsporum*, *trichophyton* и *epidermophyton*, способными поражать эпидермис, все слои дермы, волосы и ногти.

**Н ИСТИННАЯ ПАХОВАЯ ЭПИДЕРМОФИТИЯ**  
(*ECZEMA MARGINATUM*, *TINEA CRURIS*)

В настоящее время термин «эпидермофития» применим только в отношении микоза, вызываемого единственным патогенным грибом из рода *Epidermophyton*. Использование термина «эпидермофития» для названия микоза стоп, обусловленного *Trichophyton mentagrophytes var interdigitale*, ранее называвшегося *Epidermophyton Kaufmann-Wolf*, лишь дань традиции. Истинная паховая эпидермофития - грибковое поражение в основном крупных складок кожи, а в ряде случаев и ногтей. Впервые под названием «окаймленная экзема» заболевание описал Hebra в 1860. Возбудитель — *Epidermophyton floccosum* (син. *Epidermophyton inguinale* Saboureaux). Он образует септированный мицелий с артроконидиями, хламидоспорами. *Epidermophyton* имеет множество гладких дубинкообразных макроконидий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. На долю *Epidermophyton floccosum* как возбудителя микозов приходится 0,5 - 1,5 % от числа всех возбудителей дерматофитии. Споры гриба распространяются через предметы обихода, постельное белье. Заражение может

произойти при непосредственном контакте, а также в саунах, банях. Паховой эпидермофитией болеют преимущественно мужчины. Возникновению заболевания способствуют повышенное потоотделение, нарушение углеводного обмена, повышенная температура окружающей среды, в связи с чем заболевание чаще встречается в регионах с теплым влажным климатом.

КЛИНИКА. Очаги поражения представляют собой резко очерченные гиперемизированные эритематозные пятна округлой формы, при слиянии друг с другом они могут образовывать очаги полициклических очертаний. По периферии очагов сплошной отечный валик (бордюр), на котором образуются мелкие пузырьки, микропустулы, эрозии, корочки, чешуйки, иногда с мокнутием, имитирующим экзему. В центре очагов наблюдается разрешение патологического процесса, шелушение. Субъективно отмечается зуд. Типичной локализацией очагов поражения является кожа складок паховых, межъягодичной, молочных желез, реже — подкрыльцовых. Проявления микоза могут наблюдаться часто и на коже туловища, конечностей (возможно поражение ладоней), полового члена, волосистой части головы. Иногда развивается хроническое течение заболевания с обострениями преимущественно в летнее время года.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. Выявляются акантоз, гиперкератоз, умеренно выраженная периваскулярная инфильтрация дермы лимфоидными клетками, фибробластами и гистиоцитами. Грибы при окраске по Граму—Вейгерту и Мак-Манусу (PAS-реакция) обнаруживают во всех слоях эпидермиса, иногда в инфильтратах и лимфатических щелях.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА паховой эпидермофитии проводится с:

Н Эритразмой: возбудителем является *Corynebacterium fluoriscens erythrasmae*. Наиболее частая локализация - пахово-бедренные складки и примыкающая к ним кожа верхней трети бедер, подмышечные складки, складки молочных желез, живота, вокруг пупка заднего прохода, между пальцами стоп. Кожа мошонки, крайней плоти и головки полового члена поражается редко. Очаги поражения невоспалительного характера состоят из точечных пятен светло-коричневого или кирпично-красного цвета, гладкие или слегка шелушатся. Сливаясь, они образуют крупные очаги фестончатых очертаний с четкими границами. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. При гистологическом исследовании отмечаются разрыхление верхних участков рогового слоя, неравномерный гранулез, разной степени выраженности периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов и гистиоцитов. Очаги поражения в лущах Вуда имеют характерное кораллово-красное свечение.

Н Интритригинозной экземой: характеризуется интенсивным зудом,

эксфолиациями, лихенификацией.

Н Рубромикозом гладкой кожи: очаги крупные, желтовато-красной или бурой окраски, окружены периферическим красновато-синюшным валиком, состоящим из мелких узелков и корочек, имеют фестончатые очертания за счет группировки и слияния мелких очагов с образованием колец, полуколец, дуг. На их поверхности отмечается разной степени выраженности шелушение. На коже туловища, но чаще на ягодицах и голенях могут возникать глубокие фолликулярно-узловатые элементы кандидозом крупных складок кожи: характеризуется появлением эритематозных очагов полициклических очертаний, четко отграниченных от здоровой кожи. При трении происходит мацерация, что приводит к появлению многочисленных эрозий с обильным серозным отделяемым. По периферии - множественные «отсевы» очага.

Диагностика основывается на обнаружении в чешуйках кожи с очагов поражения и ногтевых пластинок септированного ветвящегося короткого (2—4 мкм) мицелия, цепочек прямоугольных артроспор и выделения культуры *E. floccosum* с характерными концевыми микроконидиями, располагающимися группами в виде гроздьев бананов.

ЛЕЧЕНИЕ. Смазывание очагов поражения 5% йодной настойкой, накладывание фунгицидных и фунгистатических мазей. При острых явлениях и экзематизации назначают десенсибилизирующие антигистаминные препараты, наружно — примочки из 0,25 % раствора нитрата серебра или 1% раствора резорцина, риваноловые примочки.

ПРОФИЛАКТИКА. Необходима борьба с потливостью, коррекция нарушений обмена, тщательная дезинфекция предметов общего пользования, находящихся у больных паховой эпидермофитией (судна, клеенки, белье, термометры). Очаги поражения после разрешения клинических проявлений микоза профилактически в течение 2-3 нед рекомендуется смазывать 2 % настойкой йода.

Н ЭПИДЕРМОФИТИЯ СТОП (ЭПИДЕРМОФИТОЗ, СТОПА АТЛЕТА, *TINEA PEDIS*)

Хроническое грибковое заболевание кожи стоп, вызываемое грибом рода *Trichophyton mentagrophytes* или *interdigitale*. Раньше называли *Trichophyton Kaufmann-Wolf*. Часто поражаются ногтевые пластинки. Впервые заболевание описано Н. П. Мансуровым в 1890 году, а затем М. Kaufmann-Wolf в 1914, установившей грибковую природу заболевания. На долю *Trichophyton interdigitale* приходится 5 — 10 % от числа всех возбудителей микозов стоп в городах и 40—50 % — в сельской местности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Заболевание регистрируется почти во всех странах мира.

Заражение происходит при непосредственном контакте с больным человеком, но чаще через предметы домашнего обихода, обувь, носки, а также в банях, душевых, бассейнах, спортзалах, где отшелушившийся эпидермис и отпавшие частицы разрушенных грибом ногтей больных эпидермофитией могут попасть на влажную кожу стоп здорового человека. Возникновению заболевания благоприятствуют гипергидроз стоп, плоскостопие, недостаточный гигиенический уход за ногтями, ношение тесной обуви. Проникновению гриба в эпидермис способствуют нарушение целостности эпидермиса (опрелость, микротравма, потертость), длительное ношение резиновой обуви, нарушение тонуса сосудов нижних конечностей, дисфункции нервной, эндокринной и иммунной систем. Иммуитет после перенесенного заболевания не развивается.

### КЛИНИКА.

Инкубационный период точно не установлен. Выделяют несколько клинических форм микоза:

И сквамозную,

И интертригинозную,

И дисгидротическую,

И острую, описанную О. Н. Подвысоцкой в 1937 г.,

И онихомикоз.

И Возможны вторичные высыпания на коже — эпидермофитиды (микиды), связанные с аллергенными свойствами гриба.

Сквамозная форма характеризуется появлением в области свода стоп легкой эритемы, на поверхности - шелушение. Процесс может распространиться на боковые и сгибательные поверхности пальцев стоп. Редко наблюдается сквамозно-гиперкератотическая форма эпидермофитии стоп, при которой могут развиваться участки диффузного утолщения кожи по типу омолоенности, с пластинчатым шелушением.

Интертригинозная форма практически всегда начинается между 4 и 5 пальцами стопы, потому что мизинец плотно прилежит к стопе и создаются условия в виде мацерации

эпидермиса, потливости. Заболевание начинается с малозаметного шелушения кожи в межпальцевых складках стоп. Затем процесс приобретает вид опрелости с трещиной в глубине складки, окруженной отслаивающимся белесоватого цвета роговым слоем эпидермиса, сопровождается зудом, иногда жжением. При

продолжительной трещине трансформироваться в эрозии с мокнущей поверхностью. За счет присоединения пиококковой и дрожжевой флоры развиваются гиперемия, отечность кожи, усиливается зуд, появляется болезненность. Течение хроническое, обострения наблюдаются в летнее время года.

Дисгидротическая форма характеризуется наличием на сводах нижнебоковой поверхности и на соприкасающихся поверхностях пальцев стоп пузырьков, на эритематозном основании, с толстой роговой покрывкой, прозрачным или опалесцирующим содержимым («саговые зерна»). Располагаются они обычно группами, склонны к слиянию, образованию многокамерных, порою крупных пузырей с напряженной покрывкой. Содержимое пузырьков быстро нагнаивается. После их вскрытия образуются зудящие эрозии, окруженные периферическим валиком отслаивающегося эпидермиса.

Острая форма характеризуется тяжелым течением, ярко воспалительной гиперемией, обильными пузырьными высыпаниями на коже подошв и пальцев стоп. Зачастую состояние отягощается присоединением гноеродной флоры. Все это сопровождается лимфангитом, лимфаденитом, выраженной местной болезненностью, затрудняющей ходьбу, высокой температурой.

Поражения ногтей, преимущественно 1 и 5 пальцев стоп, встречаются приблизительно в 30 % случаев. Ноготь становится тусклым, желтоватым, неровным, но длительно сохраняет свою конфигурацию. Начинается со свободного края. В его толще появляются пятна желтого цвета или полосы пряно-желтого цвета, развивается подногтевой гиперкератоз с разрушением ногтевой пластинки, «изъеденностью» ее свободного края. Ногти на кистях не поражаются. Приблизительно у 60 % больных дисгидротической, реже интертригинозной формой эпидермофитии возникают микиды — токсико-аллергическая сыпь. В ее возникновении существенная роль принадлежит нервно-рефлекторным механизмам, лимфогематогенной диссеминации гриба в сенсibilизированную кожу.

Дерматомикидами называются вторичные аллергические высыпания, появляющиеся при раздражении первичных очагов микоза нерациональной раздражающей терапией или при повышенной реактивности организма в ответ на внедрение грибов. Наиболее часто микиды появляются при трихофитии и микроспории, когда заболевание обусловлено зооантропофильными грибами. Микиды могут быть поверхностными (лихеноидные, эритематозные, эритемато-сквамозные, везикулезные) и более глубокими (узловатыми) и располагаться как недалеко от очагов микоза, так и на большом отдалении. Во вторичных высыпаниях обнаружить элементы гриба не удастся. Лишь иногда на высоте вспышки аллергических высыпаний можно выделить из крови больных культуры грибов. Клинико-морфологически дерматомикиды могут напоминать скарлатино- и кореподобную сыпь,

парапсориаз, розовый лишай и т.д. Появление дерматомикозов может сопровождаться общими явлениями: головной болью,

Следует иметь в виду условность выделения клинических форм эпидермофитии стоп — возможно их недомоганием, слабостью, повышением температуры и др. сочетание, переход одной формы в другую, что зависит от реактивности организма, физической нагрузки и даже характера лечения больного.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. При сквамозной форме эпидермофитии отмечается акантоз, гиперкератоз. Роговой слой в 2—3 раза по толщине превосходит остальную часть эпидермиса; блестящий слой обычно отсутствует. При дисгидротической форме наблюдается значительный акантоз, гиперкератоз, очаговый паракератоз. В мальпигиевом слое — межклеточный отек с большим количеством пузырьков, экзоцитоз. В верхних слоях дермы — отек, периваскулярная воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, гистиоцитов, фибробластов и нейтрофильных гранулоцитов. Нити и цепочки спор гриба обнаруживаются в роговом шиповатом слое эпидермиса. При онихомикозе в ногтевом ложе — паракератоз, сглаженность сосочков дермы, отек в ретикулярном слое, инфильтраты из лимфоидных клеток и гистиоцитов вокруг сосудов. В роговых и паракератотических массах ногтевого ложа обнаруживаются элементы гриба.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится с:

Н Рубромикозом стоп: Заболевание начинается с поражения межпальцевых складок стоп. Затем процесс распространяется на кожу подошв, тыльную поверхность стоп и на ногтевые пластинки. Обычно процесс на стопах предшествует поражению кожи ладоней и тыла кистей. В глубине межпальцевых складок часто обнаруживаются трещинки с шелушением вокруг них. На фоне застойной гиперемии и незначительной инфильтрации в области тыльной поверхности стоп видны фестончато расположенные узелки, пузырьки и корочки. Субъективно больных беспокоит зуд.

Н Микотической экземой: характерны пузырьки, которые могут вскрываться, превращаясь в эрозии, или подсыхать, образуя плоские желтоватые корочки. В дальнейшем возникают резко ограниченные очаги поражения, имеющие ярко выраженную «воспалительную» окраску, что является отличием.

Н Псориазом ладоней и подошв: может наблюдаться в виде изолированного поражения или быть одновременно с высыпаниями на других участках кожного покрова. Возникает чаще у лиц, занятых физическим трудом, а также при обострении распространенного псориаза. Может проявляться как в виде типичных папуло-бляшечных элементов, изолированных и сливающихся,

так и гиперкератотических, мозолеподобных очагов, покрытых довольно трудно соскабливаемыми желтоватыми чешуйками, нередко с наличием болезненных трещин; пустулезных высыпаний на фоне эритемато-сквамозных, резко отграниченных бляшек, расположенных преимущественно в области тенора и свода стопы. Феномены терминальной пленки и точечного кровотечения вызываются, хоть и с большим трудом, чем на других участках. Решающая роль принадлежит результатам микроскопических и культуральных исследований.

ЛЕЧЕНИЕ. При острых воспалительных явлениях назначают примочки из 1-2 % раствора резорцина, 0,1 % раствора этакридина, 0,25 % раствора нитрата серебра, раствора перманганата калия 1:6000-1:8000. Покрышку пузырьков (пузырей) прокалывают иглой или срезают ножницами с соблюдением правил асептики. В последующем применяют растворы йода 2 %.

Применяют антимикотические препараты: цинкундан, ундецин, микозолон, микосептин и др.

Учитывая выраженные аллергенные свойства возбудителя, необходимо назначать (особенно при наличии микозов) средства гипосенсибилизирующей терапии и антигистаминные препараты, седативные средства, витамины группы В, рутин, аскорбиновую кислоту. При присоединении вторичной пиококковой инфекции — кратковременные курсы антибиотиков широкого спектра действия. Лечение онихомикоза с применением кератолитических и фунгицидных пластырей проводят, как и при руброфитии - удаление ногтевой пластинки после размягчения 20% уреапластом, пластыри «Микоспор», «Микозан» тщательное лечение ногтевого ложа фунгицидными препаратами. Обувь обрабатывают 40% раствором формалина.

ОБЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА предусматривает гигиеническое содержание и регулярную дезинфекцию бань (полы, половики, деревянные решетки и настилы, скамейки, тазики), душевых и бассейнов, профосмотры обслуживающего их персонала, своевременное лечение и диспансеризацию больных, санпросветработу. Личная профилактика заключается в использовании только своей обуви, соблюдении правил гигиены кожи стоп, дезинфекции обуви.

В домашних условиях это можно сделать по предложенной В. М. Лещенко методике: ватным тампоном, обильно смоченным 25 % раствором формалина, протирают стельку и подкладку обуви. Затем ее помещают в полиэтиленовый мешок. Через 2 ч обувь проветривают до исчезновения запаха формалина. Носки, чулки, дезинфицируют кипячением в течение 10 мин.

В целях профилактики рецидивов эпидермофитии кожу стоп после исчезновения проявлений болезни смазывают в течение 2—3 нед антимикотическими средствами.

#### Н РУБРОМИКОЗ

Хроническое рецидивирующее грибковое заболевание с преимущественной локализацией очагов на коже стоп, крупных складок, вызываемое *Trichophyton rubrum*

Castellani. Заболевание впервые описано японским дерматологом Ота в 1922 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Болеют только люди. Заражение происходит через предметы домашнего обихода, обувь, при посещении бань, душевых, бассейна, где на полу, ковриках, лавочках, настилах, в сточных водах могут длительно сохраняться инфицированные грибом чешуйки кожи и частицы разрушенных ногтей. Грибок длительное время может сохраняться в роговом слое эпидермиса. Развитию микоза способствуют различные экзогенные (повышенная потливость или чрезмерная сухость кожи стоп, травмирование их обувью, несоблюдение гигиенического содержания стоп) и эндогенные (эндокринопатии, иммунодефицитное состояние, обменные нарушения, снижение естественной сопротивляемости организма за счет применения кортикостероидов, цитостатиков, антибиотиков и др.) факторы.

КЛИНИКА. Инкубационный период не установлен. Проявления руброфитии многогранны — от едва заметного шелушения кожи и трещин в межпальцевых складках до обширных поражений крупных складок и кожи туловища с образованием фолликулярно-узловатых элементов и крупных очагов по типу гранулемы; поражений волос и волосяных фолликулов; ногтей пальцев стоп и кистей.

По преимущественной локализации поражений различают:

- Микоз, обусловленный красным трихофитом, стоп и кистей,
- Микоз, обусловленный красным трихофитом, гладкой кожи,
- Микоз, обусловленный красным трихофитом, ногтей стоп и кистей,
- генерализованную форму.

Руброфития стоп и кистей может проявляться в следующих клинических формах: интертригинозной, дисгидротической, сквамозно-гиперкератотической с одиночными или множественными поражениями ногтей. Иногда процесс может развиваться бурно, с образованием пузырей, лимфангитами и лимфаденитами, вторичными аллергиями.

Заболевание начинается с поражения межпальцевых складок стоп (*интертригинозная форма*). Затем процесс распространяется на кожу подошв, тыльную поверхность стоп и на ногтевые пластинки. Обычно процесс на стопах предшествует поражению кожи ладоней и тыла кистей. В глубине межпальцевых складок часто обнаруживаются трещинки с шелушением вокруг них. На фоне застойной гиперемии и незначительной инфильтрации в области тыльной поверхности стоп видны фестончато расположенные узелки, пузырьки и корочки. Субъективно больных беспокоит зуд.

*При дисгидротической, экссудативной форме*, чаще наблюдающейся у детей, подростков и лиц молодого возраста, в клинической картине преобладают пузырьки, эрозии, мокнутие. *Сквамозно-гиперкератотическая форма* руброфитии встречается чаще других и характеризуется диффузной застойной гиперемией, сухостью,

усиленным ороговением кожи подошв, выраженностью кожных борозд, муковидным и мелкоочаговым шелушением. В связи с частым мытьем рук с мылом проявления микоза на ладонях могут быть менее выражены, чем на подошвах. Однако сухость кожи, подчеркнутость рисунка кожных борозд, кольцевидное шелушение на фоне красноватосинюшного цвета кожи и здесь отчетливо выражены. Очаги на тыльной поверхности пальцев кистей, в области запястья часто имеют выраженный периферический валик, состоящий из мелких узелков, пузырьков и корочек. Руброфития гладкой кожи. Очаги в межъягодичной, паховобедренных, подкрыльцовых складках и под молочными железами, как и на коже туловища, обычно крупные, желтовато-красной или бурой окраски, окружены периферическим красноватосинюшным валиком, состоящим из мелких узелков и корочек, имеют фестончатые очертания за счет группировки и слияния мелких очагов с образованием колец, полуколец, дуг. На их поверхности отмечается разной степени выраженности шелушение. На коже туловища, но чаще на ягодицах и голенях могут возникать глубокие фолликулярно-узловатые элементы. В процесс могут вовлекаться пушковые, редко — длинные волосы.

Выделяют 3 типа поражений ногтевых пластинок:

При *нормотрофическом типе* конфигурация и толщина ногтевой пластинки сохраняются длительное время. В толще ногтя появляются пятна и полосы белого (лейконихии), желтого или желто-охряного цвета, сливающиеся в дальнейшем на всей видимой части ногтя, кроме проксимальной.

При *гипертрофическом типе* ногтевая пластинка становится тусклой, утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, легко крошится как со свободного края, так и с боков и ноготь приобретает клювовидную форму. Иногда отмечается значительное утолщение и искривление ногтей, они напоминают когти птиц (онихогрифоз).

При *атрофическом типе* большая часть ногтевой пластинки разрушается, сохраняется лишь частично у ногтевого валика. Тусклая, грязносерая пластинка иногда отделяется от ногтевого ложа по типу онихолизиса. При генерализованной руброфитии процесс распространяется на кожу туловища, крупных складок, ягодиц, конечностей, шею, лицо. Этому способствуют висцеральная патология, нейроэндокринные нарушения, особенно сахарный диабет, сопутствующие хронические инфекционные заболевания, лимфогематогенная диссеминация гриба. Для генерализованных форм микоза характерен полиморфизм клинических проявлений: сходство с экземой, псориазом, параспориозом, кольцевидной гранулемой, рецидивным сифилисом, герпетиформным дерматитом Дюринга, болезнью Дарье, хронической трихофитией. В связи с этим выделяют несколько форм генерализованной руброфитии: эритематосквамозная форма, экссудативная, фолликулярно-узловая, руброфития по типу эритродермии. Больных беспокоит зуд. У части больных могут возникнуть аллергические пятнисто-везикулезные высыпания на кистях, коже туловища, в

которых элементы гриба не обнаруживаются.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. Гистологические изменения характеризуются в эпидермисе акантозом, гиперкератозом и умеренно выраженной инфильтрацией дермы лимфоидными клетками, фибробластами и гистиоцитами. При онихомикозе соединительнотканная часть ногтевого ложа изменяется незначительно, в эпителиальном слое нарушено рогообразование. Под эпителием ногтевого ложа среди роговых и паракератотических масс ногтевой пластинки обнаруживаются нити септированного мицелия и артрспоры гриба.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится с:

Н Эпидермофитией: при руброфитии в отличие от эпидермофитии могут поражаться все или многие ногтевые пластинки на стопах и кистях.

Н Трихофитией: характеризуется наличием преимущественно на открытых участках кожи хорошо очерченных очагов округлой или овальной формы, характеризуется бледно-розовой окраской и шелушением в центре. Периферическая зона их окружена бордюром из розовых узелков, пузырьков и корочек. Часто поражается волосистая часть головы. Гистологически: спонгиоз, реже гиперкератоз.

Н Кандидозом крупных складок кожи: характеризуется появлением эритематозных очагов полициклических очертаний, четко отграниченных от здоровой кожи. При трении происходит мацерация, что приводит к появлению многочисленных эрозий с обильным серозным отделяемым.

По периферии - множественные «отсевы» очага.

Н Псориазом: характерна стадийность течения псориазического процесса, псориазическая триада.

**РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ И КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ!!!**

ЛЕЧЕНИЕ. При острых воспалительных явлениях назначают гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты, седативные средства, наружно примочки из растворов нитрата серебра (0,25 %), резорцина (2 %), калия перманганата (1:6000, 1:8000) и др. После исчезновения островоспалительных явлений применяют нилиновые красители, фукорцин, 2 % настойку йода, антимикотические пасты и мази (Тербизил, Миконазол и др.). Учитывая то, что в патогенезе руброфитии, особенно при ее генерализованных формах с поражением ногтей, существенное значение имеют иммунодефицитное состояние, снижение общей реактивности организма, целесообразно назначать иммуномодуляторы (левамизол, метилурацил, натрия нуклеинат и др., биогенные стимуляторы), поливитамины, средства, нормализующие метаболические процессы и корректирующие эндокринные нарушения.

В качестве этиотропных средств при распространенных формах микоза с

поражением ногтей назначают антибиотик гризеофульвин или его имидазольное производное — низорал.

Гризеофульвин (при отсутствии противопоказаний) назначают из расчета 15-18 мг на 1 кг массы тела больного 3 раза в сутки с растительным маслом. В течение первого месяца препарат назначают ежедневно, второго месяца — через 1 день, далее — 1 раз в 3 дня в той же суточной дозе (всего 8—10 мес). Механизм действия:

изменяет метаболизм ядра, блокируя транспорт питательных средств по микротубулярным структурам, что в конечном итоге приводит к клеточному распаду. Побочные эффекты: гепатотоксичность, боли в области сердца, Нефро- и ототоксичность. Влияет на обмен холестерина и стероидных гормонов.

Низорал применяют по 1 таблетке (200 мг) в сутки в течение 6—7 мес. Обладает выраженными фунгицидным и фунгистатическим действиями. Возможные побочные явления (тошнота, светобоязнь и др.), проходят при отмене препарата. Отличается от гризеофульвина более высокой биодоступностью.

При онихомикозе производят удаление ногтевой пластинки. Для последующего лечения ногтевого ложа используют фунгицидные препараты.

ПРОФИЛАКТИКА личная и общественная проводится, как и при эпидермофитии.

## Н ТРИХОФИТИЯ

Заболевание впервые описал Сазепауе в 1842 г., а грибковую этиологию установил Gruby в 1844 г. Грибковое заболевание кожи, вызываемое грибами рода трихофитон. Известно несколько возбудителей трихофитии. По экологическому признаку их относят к антропофилам (поражают только человека), зоофилам (поражают человека, сельскохозяйственных и диких животных) и геофилам (поражают человека и животных спорадически).

### Н Антропонозная трихофития

Возбудитель *Trichophyton violaceum* (син.: *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton flavum*, *Trichophyton crateriforme* и др).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Источником инфицирования является больной трихофитией. Волосы, пораженные грибами, чешуйки, частицы разрушающихся ногтей могут попасть на кожу здорового человека при непосредственном контакте или опосредованно через предметы обихода, которыми он пользовался (головные уборы, расчески, белье, перчатки и т. д.), возможно заражение в банях, саунах. Способствуют развитию микоза травмы рогового слоя эпидермиса, повышенная температура тела, влажность окружающей среды, эндокринные нарушения, снижение общей и иммунной реактивности организма.

### Н Зоонозная трихофития

Возбудители: *Trichophyton mentagrophytes* (син.: *Trichophyton*

granulosum, Trichophyton verrucosum и др).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Заражение человека происходит при контакте с больными животными (обычно телята являются разносчиками Trichophyton verrucosum, а мышевидные грызуны — Trichophyton gypseum) или с инфицированными возбудителями предметами. Возможна эпидемиологическая цепочка: мышевидные грызуны — домашние животные — человек.

КЛИНИКА. Выделяют 3 формы трихофитии:

Н Поверхностная трихофития (гладкой кожи и волосистой части головы),

Н Хроническая трихофития,

Н Инфильтративно-нагноительная трихофития.

Поверхностная трихофития гладкой кожи проявляется наличием, преимущественно на открытых участках кожи, хорошо очерченных очагов округлой или овальной формы, характеризуется бледно-розовой окраской и шелушением в центре. Периферическая зона их окружена бордюром из пузырьков, пустул и корочек. В результате слияния пораженных участков могут образовываться очаги причудливых очертаний. Субъективно больных беспокоит небольшой зуд. Течение острое, при рациональной терапии разрешение очагов наступает через 2 нед. Поверхностная трихофития волосистой части головы проявляется наличием различной величины (от кончика мизинца до жетона, т.е. мелко- и крупноочаговая) очагов округлой, иногда неправильной, формы, имеющих нечеткие, расплывчатые границы, слабовыраженным воспалением и шелушением в виде серебристых чешуек. Поражение волос по типу «эндотрикс», т.е. внутри стержня волоса. Волосы в очагах поражения частично обломаны на высоте 1—2 мм или на уровне кожи. Извлеченные волосы имеют вид крючков, запятых. Наблюдается она чаще у детей школьного возраста. Хроническая трихофития или «черноточечная» (*Trichophyton tonsurans et violaceum*) развивается из первых двух форм в пубертатном периоде, преимущественно у девочек (у мальчиков к этому времени обычно наступает спонтанное излечение). Волосы обламываются на уровне гладкой кожи, высотой 2-3 мм, пораженные волосы в виде крючков и запятых, очаги четко очерчены, застойно-синюшного цвета, имеется мелкопластинчатое шелушение, папуло-пустулезные элементы в виде «бордюра» по краям очагов. Субъективно может беспокоить зуд и/или болезненность. Часто процесс локализуется в височных и затылочной областях. Под эпилюминесцентной лампой пораженные очаги не имеют характерного свечения.

Для этой формы характерно наличие «черных точек» — коротко обломанных (на уровне кожи) волос и атрофических плешинок в виде мелких очагов на волосистой части головы в затылочной и височных областях.

Также очаги поражения возникают на коже ягодиц, коленных суставов, реже —

туловища, предплечий, лица. Очаги поражения синюшной окраски с незначительным шелушением. На коже ладоней и подошв отмечается пластинчатое шелушение. В 30% случаев поражаются ногтевые пластинки

пальцев кистей. Они тусклые, грязно-серой окраски, бугристые, легко крошатся, иногда отслаиваются по типу онихолизиса.

Возбудителем инфильтративно-нагноительной трихофитии является *Trichophyton mentagrophytes*. Заболевание характеризуется образованием на волосистой части головы болезненных плотных очагов поражения округлой формы, состоящих из глубоких фолликулярных абсцессов, при сдавливании которых выделяются капельки жидкого гноя - симптом «медовой соты». Каждый волосяной фолликул заполнен гноем (керион Цельса). Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. У ряда больных общее состояние бывает тяжелым. После разрешения патологического процесса на волосистой части головы характерно очаговое облысение.



Инфильтративно-нагноительная форма дерматофитии в/ч головы у ребенка (рис. а, б).



Рис. 2 а - Трихоскопия поверхностной формы трихофитии в/ч головы. Визуализируются характерные для трихомикозов признаки: перекрученные волосы в виде «поросычьего хвостика», крючков и запятых, «азбуки Морзе»,

обломанные волосы.

26



Б- эпиллюминесцентное свечение (лампа Вуда) и отсутствие свечения на фоне однородного фиолетово-синего более характерное для трихофитона

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. В острой стадии при поверхностных поражениях кожи отмечают спонгиоз, иногда гиперкератоз, микроабсцессы в эпидермисе с элементами гриба. Последние обнаруживают в роговом слое и реже — в дерме. При инфильтративно-нагноительной трихофитии обнаруживают внутрифолликулярные абсцессы и перифолликулиты, содержащие нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты, в последующем — единичные гигантские клетки. Полости абсцессов заполняются грануляционной тканью с эпителиоидными и гигантскими клетками. Грибы обнаруживают в эпидермисе и в гранулемах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится с:

• Микроспорией: при поражении волосистой части головы волос обламывается на уровне 5-8мм. Характерно зеленое свечение очагов в лучах люминесцентной лампы Вуда.

	<b>Трихофития в\ч головы</b>	<b>Микроспория</b>
<b>Этиология</b>	<i>Trichophyton tonsurans et violaceum, mentagrophytes</i>	<i>Microsporum canis</i>
<b>Эндемичность</b>	Характерна для сельской местности, зоны с повышенной температурой и влажностью, скотоводческие районы с неблагоприятной эпид. обстановкой по микозам	Источники кошки, собаки
<b>Пути передачи</b>	Прямой контактный, непрямой через средства обихода, половой	То же

<b>Характер поражения волоса</b>	Эктотрикс- Trichophyton gypseum и Trichophyton verrucosum Эндотрикс - Trichophyton tonsurans или Trichophyton violaceum	Эндотрикс
<b>Характер выпадения волос и локализация</b>	Нерубцовое выпадение волос на коже головы по типу «черных точек» - обламывание волос на уровне 1-3 мм и (ресниц, бровей, бороды) и на туловище; воспалительные элементы: папулы, везикулы, инфильтративные элементы	Нерубцовое выпадение волос, обламывание на уровне 5-8 мм «пеньки», однако в некоторых случаях после при инфильтративно-нагноительных формах (керион Цельзи) возможна вторичная рубцовая атрофия. Локализация: в/ч головы по краю, бороды по типу паразитарного сикоза. Воспалительные элементы - полиморфны: пустулы, папулы, корки и т.д.
<b>Поражение ногтевых пластин</b>	Возможно поражение ногтевых пластин по гипертрофическим или атрофическим типам преимущественно стоп и межпальцевых промежутков	
<b>Лампа Вуда</b>	Отсутствует.	Изумрудно-зеленое
<b>Трихоскопические признаки</b>	Наличие обломанных стержней по типу эндотрикс/эктотрикс на уровне гладкой кожи на 2--3 мм. Имеется мелкопластинчатое шелушение, воспалительные папулопустулезные элементы в виде «бордюра» по краям очагов	Наличие обломанных стержней по типу эндотрикс/эктотрикс на уровне гладкой кожи 5-8 мм, пораженные волосы в виде крючков и запятых, «азбуки Морзе». Имеется мелкопластинчатое шелушение, воспалительные папулопустулезные элементы в виде «бордюра» по краям очагов

Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с очаговым

выпадением волос - гнездной алопецией, которая является самостоятельным заболеванием, имеет ряд диагностических признаков и преимущественно у детей может напоминать очаги трихомикозов. Приведена таблица с основными диагностическими признаками для проведения различия между этими заболеваниями.

	<b>Гнездная алопеция</b>	<b>Трихомикозы</b>
<b>Этиология</b>	Не известна, имеется ряд коморбидных состояний	Возбудители из рода - Microsporum, Trichophyton
<b>Эндемичность</b>	Отсутствует,	Пути передачи: прямой контактный, непрямой через средства обихода, половой. Зоны с повышенной температурой и влажностью, скотоводческие районы с неблагоприятной эпид.обстановкой по микозам
<b>Характер выпадения волос и локализация</b>	Нерубцовое выпадение волос на коже головы(ресниц, бровей, бороды) и на туловище; воспалительные элементы отсутствуют	Нерубцовое выпадение волос, однако в некоторых случаях после при инфильтративно-нагноительных формах (кериион Цельзи) возможна вторичная рубцовая атрофия. Локализация: в/ч головы по краю, бороды по типу паразитарного сикоза. Воспалительные элементы - полиморфны: пустулы, папулы, корки и т.д.
<b>Поражение ногтевых пластин</b>	При тяжелых формах выпадения по типу ониходистрофии и трахионихии	Возможно поражение ногтевых пластин по гипертрофическим или атрофическим типам преимущественно стоп и межпальцевых промежутков

<b>Жалобы</b>	Отсутствуют, редко- зуд и жжение, гипестезия	Зуд, болезненность в очагах
<b>Лампа Вуда</b>	Свечение отсутствует/редко-желто-оранжевое свечение за счет обсеменения сапрофитных форм Malassezia	Микроспория- изумрудно-зеленое. Трихофития- отсутствует.
<b>Трихоскопические признаки</b>	«Желтые и черные» точки, «восклицательный» знак, pili annulate в стадии прогрессирования; зона расшатанных волос, феномен полиозиса-отрастание беспигментных стержней	Наличие обломанных стержней по типу эндотрикс/эктотрикс на уровне гладкой кожи на 2--3 мм или 5-8 мм, пораженные волосы в виде крючков и запятых, «азбуки Морзе». Имеется мелкопластинчатое шелушение, воспалительные папуло-пустулезные элементы в виде «бордюра» по краям очагов

- Руброфитией: очаги желтовато-красной или бурой окраски, окружены периферическим красновато-синюшным валиком, состоящим из мелких узелков и корочек, имеют фестончатые очертания за счет группировки и слияния мелких очагов с образованием колец, полуколец, дуг. На их поверхности отмечается разной степени выраженности шелушение.
- Розовым лишаем Жибера: характерно наличие наиболее крупного материнского пятна, возникает чаще после простудных заболеваний, характерен симптом «медальона». Очаги располагаются по линиям натяжения Лангера.

ЛЕЧЕНИЕ заключается в назначении внутрь гризеофульвина в суточной дозе 16 мг на 1 кг массы тела больного на 6-8 недель. Также назначают тербинафин 250 мг 1 раз в сутки наружно на 2-4 недели или итраконазол 100 мг 1 раз в сутки 2-4 недели. Наружно назначают 2-5 % раствор йода, 3 % салициловая мазь, антимикотические мази (Тербизил, Ламизил, Миконазол). Волосы сбривают. Назначают также общеукрепляющие средства, витамины. При хронической трихофитии могут быть рецидивы. На ограниченные инфильтраты накладывают повязки из 10 % раствора ихтиола.

ПРОФИЛАКТИКА антропонозной трихофитии заключается в соблюдении

правил личной гигиены и предупреждении контакта с больными трихофитией. Зоонозной - проводят в комплексе с ветеринарной службой по выявлению больных животных.

Важное значение придают санитарно-просветительной работе среди населения, особенно среди лиц, имеющих контакт с животными.

#### Н МИКРОСПОРИЯ (СТРИГУЩИЙ ЛИШАЙ, *TINEA MICROSPORICA*)

Микроспория - контагиозная дерматофития, поражающая гладкую кожу, волосистую часть головы, волосы. Ногти поражаются очень редко. Впервые заболевание описал Gruby в 1843 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Возбудителей микроспории по экологическому признаку подразделяют на антропофилов, зоофилов и геофилов. Заболевание вызывается грибами рода *Microsporum*, имеющими мелкие споры. Этиологическая роль различных видов рода *Microsporum* в патологии человека и животных неоднозначна. Микроспория вызывается зоофильным *M. canis* (син: *Microsporum folineum* (кошачий), *Microsporum lanosum* и др.) и более контагиозным, хотя и менее распространенным, антропофильным *M. ferrugineum* (*Microsporum Audonii*), а также геофильным *M. papum*. 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. 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.

КЛИНИКА. При микроспории волосистой части головы формируются округлые, резкоотграниченные крупные (диаметром до 2—3 см и более) очаги, поверхность которых покрыта наслоением довольно плотно сидящих отрубевидных чешуек серовато-белого цвета на фоне слабовыраженной эритемы. Наиболее характерным ее признаком является сплошное обламывание волос в очаге примерно на высоте 5—8 мм над кожей: пораженные волосы - это отчетливо заметно даже невооруженному глазу - окружены, как муфтой, серовато-белым налетом, состоящим, что выявляется при микроскопическом исследовании, из мелких (типа манной крупы) спор гриба, окружающих волос (эктотрикс). При микроспории волосистой части головы, вызываемой

*M. ferrugineum*, возникают множественные очаги небольшой величины, неправильных очертаний, с нечеткими границами. Преимущественная локализация очагов поражения - краевая зона волосистой части головы с нередким распространением на гладкую

кожу. Обламывание волос происходит на уровне 6—8 мм. Клинически микроспория гладкой кожи характеризуется слабо воспалительными розовыми шелушащимися пятнами диаметром 0,5—2 см с четкими границами, по мере их роста центральная часть пятен светлеет, а в периферической зоне могут быть видны немногочисленные папулезные и папуловезикулезные элементы. В дальнейшем в центре таких кольцевидных элементов может образоваться новое кольцо (двойное, тройное), высыпания растут и быстро диссеминируют по коже (особенно после мытья). Очаги поражения чаще локализуются на туловище, лице, верхних конечностях. Микотический процесс распространяется на пушковые волосы. Инфильтративно-нагноительная форма не отличается клинически от инфильтративно-нагноительной трихофитии.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. При поражениях гладкой кожи отмечается акантоз; спонгиоз; на волосистой части головы — лейкоцитарная инфильтрация в волосяных фолликулах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ проводят с:

- Трихофитией волосистой части головы: волос обламывается на уровне 12мм от кожи. Нехарактерно зеленое свечение очагов в лучах люминесцентной лампы Вуда.
- Псориазом: характерна стадийность течения псориазического процесса, псориазическая триада.
- Розовым лишаем Жибера: розового цвета пятна располагаются по линиям натяжения кожи Лангера, имеют ромбовидную или слегка удлиненную форму и в центре своеобразно шелушатся, характерен симптом «медальона»).
- Себорейной экземой: характерно наличие себореидов (округлые желтовато-розовые эритематозные пятна, покрытые жирными желтоватыми чешуйками). На волосистой части головы образуются обильные слоистые желтоватые корки и чешуйки, волосы на пораженных участках блестящие, иногда склеены в виде пучков. В складках заушными раковинами часто наблюдается серозно-гнойная экссудация.

ЛЕЧЕНИЕ микроспории проводят гризеофульвином в дозе 20—22 мг/кг массы тела ребенка. Пораженные волосы удаляют пинцетом под контролем люминесцентной лампы Вуда. Волосы вокруг очагов сбривают. Местно применяют 2—5% настойку йода, салицилово(2%)-серно(5%)-дегтярную (5— 10%) мазь, периодически проводят отслойку мазью Ариевича (в половинной концентрации). На участки гладкой кожи назначают также клотримазол, ламизил и другие противогрибковые мази. Лечение продолжают до 3-кратных отрицательных анализов на грибы, проводимых 1 раз в 7 дней, причем после первого отрицательного анализа гризеофульвин принимают через день 2 нед, после третьего - 1 раз в 3 дня еще 2 нед. В отдельных случаях используют ламизил, орунгал, низорал внутрь.

ПРОФИЛАКТИКА заключается в проведении осмотров детей в детских

учреждениях с целью выявления случаев микроспории, лечении больных и обследовании контактных лиц с применением лампы Вуда, дезинфекции в очагах микроспории с установлением карантина, ветнадзоре за бродячими животными (кошками, собаками), санпросветработе с населением.

**Н ФАВУС** (парша, *tinea favosa*, *tinea lupinosa*) Хроническое грибковое заболевание кожи, волос, ногтей и иногда внутренних органов. Характеризуется образованием скутул («щитков») и рубцовой атрофии на местах поражения кожи. Возбудителя фавуса открыл Remak в 1837 г., а Schonlein(1839) и Gruby (1941) установили его грибковую природу. Возбудитель заболевания — *Trichophyton schoenleinii*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Источником заражения являются человек и предметы его обихода (шапки, одежда). Контагиозность невелика. Однако могут возникнуть длительно существующие семейно-бытовые очаги. Чаще инфекция передается по женской линии. Способствуют развитию микоза эндокринопатии, иммунодефицитное состояние, гиповитаминозы, сопутствующие хронические заболевания, интоксикации, микротравма и др. Возможна гематогенная диссеминация гриба в организме (поражение внутренних органов).

КЛИНИКА. Инкубационный период 2-3 нед. Различают фавус:

- \* волосистой части,
- \* гладкой кожи,
- \* ногтей,
- \* внутренних органов.

Выделяют: *скутулярную, сквамозную, импетигиозную, инфильтративно-нагноительную, аллопециевидную, гранулематозную* формы. В типичных случаях (*скутулярная форма*) на коже на месте внедрения гриба вокруг волоса появляются эритематозное, слегка шелушащееся пятно, затем инфильтрат и желтая пустула в центре. Диаметр очагов, увеличивается по периферии, достигая 1—3 см и более, приподнимаются с краев, напоминая блюдце. Так образуется основной для этого микоза элемент сыпи - *скутула*. Сливаясь между собой, они образуют корки грязно-серого, желтого, канареечного цвета, иногда с зеленоватым или буроватым оттенком. От скутул исходит «мышинный» («затхлый», «амбарный») запах за счет метаболитов сопутствующей микробной флоры. Пораженные волосы тускнеют, теряют блеск и эластичность, становятся пигментированными или белесоватыми («седыми»), напоминают пучки пакли, но не обламываются. В последующем (без лечения) на месте скутул волосы истончаются, выпадают, в результате чего возникает рубцовая атрофия кожи с блестящей, розовой, затем белой поверхностью и атрофией фолликулярного аппарата. Процесс, распространяясь по всей голове, приводит к стойкому облысению, щадя лишь краевую зону. При *сквамозной форме* скутул не наблюдают или они точечные и видны на фоне серовато-белых крупных (псориазиформный вариант) либо мелких (питириозидный вариант) чешуек. Образуются слоистые грязно-желтые корки,

пронизанные тусклыми волосами.

*Импетигиозная форма* бывает у детей.

*Инфильтративно-нагноительная форма (фавозный керион) и фавозная гранулема* встречаются редко и без микроскопии волоса и выделения культуры гриба трудно дифференцируются от аналогичной формы трихофитии. Еще реже встречается *алопециевидная форма*. Иногда возникают *генерализованные формы* фавуса и гиперкератоз ладоней, как при хронической трихофитии. У некоторых больных отмечаются регионарные лимфадениты. Поражения ногтей при фавусе обычно возникают у взрослых. При этом конфигурация ногтевой пластинки длительное время не изменяется, прежде чем за счет подногтевого гиперкератоза она начнет утолщаться, крошиться и отделяться от ногтевого ложа. В толще ногтевой пластинки можно видеть желтое пятно (скутулу), затем она приобретает грязноватый цвет. У лиц со сниженной реактивностью (авитаминоз, болезнь Иценко—Кушинга, туберкулезная интоксикация) возникают поражения легких, желудочно-кишечного тракта, мозгового вещества и оболочек головного мозга, опорно-двигательного аппарата. Иногда возникают фавиды (аллергические высыпания) в виде лихеноидных, папулезных, пустулезных и эритематосквамозных высыпаний.

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. В устьях волосяных фолликулов при скутуле отмечаются утолщение рогового слоя, гипертрофия мальпигиевого слоя, отек и спонгиоз эпидермиса, микроабсцессы. В дерме — инфильтрация полиморфными лейкоцитами, плазматическими клетками и фибробластами. Затем фолликулы разрушаются, эпидермис истончается, коллагеновая и эластическая ткани расплавляются и заменяются соединительной тканью (рубцевание).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА фавуса волосистой части головы проводится с:

- Трихофитией: волосы обламываются на уровне 1-2мм от кожи.
- Микроспорией: волосы обламываются на 5-8мм от уровня кожи, характерно зеленое свечение в лучах люминесцентной лампы Вуда. На гладкой коже с псориазом характерна стадийность течения процесса, псориазная триада.

ЛЕЧЕНИЕ. Назначают гризеофульвин из расчета 15 мг на 1 кг массы тела больного в сутки в сочетании с местной противогрибковой йодно-мазевой и общеукрепляющей терапией (особенно у пожилых и ослабленных больных). Волосы сбривают, корки, скутулы удаляют после наложения 2—3% салициловой мази.

ПРОФИЛАКТИКА. Тщательный контроль за семейными и иными очагами (осмотр 1 раз в месяц первый квартал, а затем ежегодно в течение 5 лет). После этого больные снимаются с учета, в случае если за это время не было выявлено больного, необходимо проводить дезмероприятия в очагах поражения.

## Н КАНДИДОЗЫ

Впервые заболевание описано Б. Лангенбеком в 1839 г., грибы в тканях

обнаружил в 1843 г. Berg, а в 1923 г. Berkhout выделил среди дрожжеподобных организмов род *Candida*. Это грибковое заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, вызываемое грибами рода кандиды. Заболевание встречается во всех странах мира. Возбудители: *Candida Albicans*, реже другие виды — *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis* и др. В роду *Candida* описано более 100 видов грибов. В соскобе кожи и слизистых при микроскопии обнаруживаются округлые (диаметром 2—8 мкм) почкующиеся и непочкующиеся клетки и нити псевдомицелия. Колонии грибов растут на среде Сабуро, картофельном и морковном агаре. *Candida Albicans* расщепляет большинство углеводов, в то время как другие виды расщепляют избирательно.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Грибы этого рода относят к условно-патогенным микроорганизмам; в качестве сапрофитов они широко распространены в природе, обнаруживаются на коже, слизистых оболочках и в кале почти у пятой части здоровых людей. Кандидозом болеют не только люди, но и птицы, скот, домашние и дикие животные. Грибы этого рода ассоциируют с нормальной микрофлорой кожи (до 20 %) и кишечника (до 0,05 %) у человека. Эндогенный путь инфицирования связан с активацией кандидозной флоры, имеющейся в организме в микробных ассоциациях (развитие вторичного кандидоза при пневмониях, туберкулезе, неоплазмах и т. д.). К патогенетическим факторам относят иммунодефицитное состояние, эндокринопатии (нарушения функции щитовидной, паращитовидных желез), гиповитаминозы, обменные нарушения, хронические болезни, применение антибиотиков широкого спектра действия, цитостатиков, лучевое воздействие и действие других средств, снижающих естественную резистентность организма. У детей предрасполагающими факторами являются: родовые травмы, функциональная недостаточность ЖКТ, срыгивание. Источником инфицирования может быть больной кандидозом человек (поцелуй, половой контакт, посуда, инфицирование новорожденных при прохождении в инфицированных родовых путях). Инфицированию способствуют влажный климат, мацерация эпидермиса, ручная обработка овощей, фруктов, ягод в консервном и кондитерском производстве, нарушения правил гигиены в яслях.

#### Н КЛИНИКА ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАНДИДОЗ

Поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей часто развивается у детей и молодых женщин, которые соприкасаются с фруктами, овощами, работают в горячих цехах, прачечных, на производстве кондитерских изделий, где происходит частое травмирование и имеются благоприятные условия для инокуляции гриба.

Существует 2 клинических варианта:

Н А. В виде эритематосквамозных высыпаний;

Н Б. В виде везикулезных высыпаний.

Кандидоз гладкой кожи, слизистых (кандидоз складок, вульвовагинит, баланит, баланопостит, заеда, стоматит) характеризуется появлением эритематозных очагов полициклических очертаний, четко отграниченных от здоровой кожи. Если очаги

располагаются в складках, то при трении происходит мацерация, что приводит к появлению многочисленных эрозий с обильным серозным отделяемым. По периферии - множественные «отсевы» очага. Предрасполагающими факторами являются гипопроотеинемия, тяжелые сопутствующие заболевания.

При заеде, часто у детей, источником инфекции является кормящая мать (кандидоз сосков). Функциональная недостаточность ЖКТ, срыгивание приводят к образованию кандидозной заеды, при которой в углах рта появляются эритематозные мокнущие очаги, покрытые серозными или серозногеморрагическими корочками, множественные трещины, которые имитируют радиарные рубцы Робинсона. Этот процесс может распространиться на слизистую полости рта, где появляется яркая воспалительная гиперемия, слизистая покрывается творожистым налетом, который легко снимается в виде пленочки и обнажается мокнущая болезненная эрозированная поверхность, что доставляет большие неудобства. При кандидозном глоссите язык покрывается беловатым пленчатым налетом не только на спинке языка, но и на боковых поверхностях, в складках (бороздах); язык увеличивается за счет отека, нитевидные сосочки сглаживаются. На поверхности образуются многочисленные эрозии с творожистым выделяемым. Развитию кандидоза у пожилых способствует ношение зубного протеза. При кандидозной ангине на миндалинах, помимо налетов, образуются пробки, но глотание безболезненно, температура тела не повышается, регионарные узлы не увеличены. При кандидозном вульвовагините возникают беловатые, крошковидные выделения; слизистая влагалища гиперемирована, с белым налетом, множественными эрозивными мокнущими очагами фестончатых, полициклических очертаний, больных беспокоит зуд, усиливающийся по утрам, вплоть до истерии. У мужчин протекает более умеренно, с локализацией в области головки, венечной борозды, внутреннего листка крайней плоти налетов белого цвета, сочетающиеся с поверхностными эрозиями; субъективно больных могут беспокоить жжение, болезненность. Для кандидозного хейлита характерны покраснение красной каймы губ, сухость ее, жжение, стягивание, сероватые отслаивающиеся чешуйки. На кистях чаще поражается третья межпальцевая складка, которая становится красного цвета; роговой слой вокруг нее набухший, белесоватый с перламутровым оттенком. Течение заболевания хроническое с рецидивами, больных беспокоят зуд и жжение. Аналогичные поражения могут быть за ушными раковинами, вокруг пупка, ануса. Кандидозные онихии и паронихии сопровождается отеком (подушкообразность) и гиперемией окологтевого валика, исчезновением эпонихиума, при надавливании из-под него выделяется капелька гноя, т.е. протекают как стрептококковые онихии/паронихии. На антибиотикотерапию наблюдается ухудшение состояния. При переходе в хроническую стадию поражается ногтевая пластинка, которая становится коричневой, бугристой с полосами и вдавливаниями, затем истончается, иногда отслаивается. Эта форма кандидоза может быть профессиональной у кондитеров, работников плодово-ягодных консервных предприятий.

## Н ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ КАНДИДОЗ

Часто наблюдается в раннем детском возрасте, протекает длительно. Предрасполагающими факторами являются ослабленная иммунная система, эндокринопатии, гипопроотеинемия, нарушение гомеостаза. Сначала появляются эритематозные очаги, чаще на лице, волосистой части головы, шее, затем они трансформируются в очаги вегетации, т.е. на поверхности образуются многочисленные сосочковые грануляции, которые после высыхания приобретают причудливые формы. При надавливании выделяется гной. Очаги могут распространяться по всей коже. Расположение очагов на волосистой части головы приводит в последующем к стойкой аллопеции У таких больных часто наблюдаются пневмонии, гастриты, гепатиты, эпилептиформные припадки; они отстают в развитии.

## Н ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Патологический процесс развивается во внутренних органах при тяжелых соматических заболеваниях (чаще всего онкологических). Это неспецифическое поражение полых и паренхиматозных органов (пневмониты, гастриты), т.е. нет специфичной клинической картины. В мокроте - творожистые комочки, кровохарканье. Однако, лечение основного заболевания усугубляет течение кандидоза, что может привести к летальному исходу. За счет нерациональной раздражающей терапии больных кандидозом могут возникнуть аллергические высыпания — левуриды в виде эритематозно-сквамозных, везикулезных и других сыпей, сопровождающихся нередко общими явлениями (головная боль, недомогание и др.).

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. При поверхностных поражениях кожи отмечается межклеточный отек эпидермиса, экзоцитоз с наличием возбудителя в утолщенном роговом слое. В дерме неспецифический воспалительный инфильтрат. При гранулематозных формах в дерме наблюдаются гранулема с гигантскими клетками инородных тел, микроабсцессы с нейтрофильными гранулоцитами.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится:

Н Кандидоз слизистой полости рта с корью (пятнами Филатова-Коплика): они появляются раньше экзантемы, локализуются на слизистой оболочке щек и нижней губы, представляют собой мелкие белесоватые, слегка возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки образования, окруженные узкой красноватой каемкой. С появлением экзантемы - исчезают.

Н Кандидозный вульвовагинит с трихомонадным вагинитом: при остром вагините - обильные желтоватые или зеленоватые выделения. Часто сочетается с цервицитом.

Н Кандидоз слизистой полости рта с афтозным стоматитом: афта вначале имеет вид резко ограниченного округлого воспалительного пятна диаметром до 1см, на поверхности которого образуется почти тут же вскрывающийся пузырек. Затем возникает поверхностная эрозия с правильными округлыми очертаниями, серовато-белого цвета. Она обычно очень болезненна, окружена тонким

воспалительным венчиком и заживает бесследно в течение 1-7 дней.

Н Кандидоз гладкой кожи с псориазом, для которого характерна стадийность течения, псориазическая триада.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Внутрь дают нистатин и леворин (500тыс. ЕДх3-4 раза в день в течение 2—3 нед с 7-дневными перерывами между курсами). Флуконазол (Микосист) по 150мг 3 раза в день 3-4 недели. При тяжелых висцеральных формах назначают внутривенно амфотерицин Б (250 ЕД на 1 кг массы тела больного, на курс до 2 млн ЕД). Наружная терапия заключается в смазывании очагов поражения 1—2 % раствором йода, анилиновых красителей, левориновой мазью, фуорцином, 3 % салициловой мазью, на слизистых оболочках— раствором канестена, 5—20 % раствором буры в глицерине. При вагините теплые ванночки с 10% тетраборатом натрия в глицерине. Интравагинальное введение антифунгальных препаратов (Гинофорт). Также необходимо назначение пробиотиков и витаминов.

**Тесты:**

1. *Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления:*

1. Розеола
2. Невоспалительные пятна
3. Волдыри
4. Папулы
5. Геморрагические пятна

2. *Отрубевидный лишай вызывается:*

1. Pityrosporum orbiculare
2. Candida albicans
3. Microsporum ferrugineum
4. Trichophyton rubrum
5. Corinebacterium minutissima

3. *Какие признаки патогномичны для отрубевидного лишая?*

1. Симптом Никольского
2. Симптом Ядассона
3. Реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера
4. Симптом Бенъе
5. Симптом Бенъе-Мещерского

4. *Какие грибы являются возбудителями “паховой” эпидермофитии?*

1. Epidermophyton inguinale
2. Trichophyton rubrum
3. Trichophyton Schonleinii
4. Trichophyton mentagraphytis var. interdigitale
5. Trichophyton violaceum

5. *Как поражаются волосы при микроспории?*

1. Обламываются на уровне 6 - 8 мм над уровнем кожи
2. Обламываются на уровне с кожей

3. Обламываются в виде пеньков на уровне 1 -2 мм
  4. Истончаются и перекручиваются
  5. Происходит расплавление волосной луковицы
6. *Какие признаки позволяют клинически отличить антропофильную микроспорию от зооантропофильной?*
1. Высота обломанных волос
  2. Локализация очагов на границе волосистой части головы с гладкой кожей
  3. Наличие воспалительного пятна
  4. Наличие папул
  5. Наличие отрубевидного шелушения
7. *Какой диагноз может быть у ребенка при обнаружении у матери хронической черноточечной трихофитии?*
1. Поверхностная трихофития.
  2. Хроническая трихофития
  3. Инфильтративно-нагноительная трихофития
  4. Фавус
  5. Микроспория
8. *Как располагаются споры гриба по отношению к волосу при микроспории?*
1. Ровными цепочками
  2. Эндоктотрикс
  3. Эндотрикс
  4. В виде цепочки
  5. Экотрикс
9. *При поверхностной трихофитии в процесс вовлекаются:*
1. Область бороды и усов
  2. Волосистая часть головы
  3. Ноги
  4. Гениталии
  5. Внутренние органы
10. *При каких грибковых заболеваниях в процесс вовлекаются внутренние органы?*
1. Трихофития
  2. Разноцветный лишай
  3. Узловатая трихоспория
  4. Кандидоз
  5. Микроспория

### **Ситуационные задачи № 1**

У больного после посещения бани в области внутреннего свода стоп появилась группа пузырьков, напоминающих разваренные саговые зерна с плотной крышкой, величиной от булавочной головки до небольшой горошины. На некоторых местах пузырьки слились, а затем вскрылись, возникли эрозивные поверхности с бордюром мацерированного эпидермиса по периферии. На коже туловища, верхних конечностей отмечаются мелкие пузырьки и пятна.

1. О каком диагнозе следует думать?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
3. Общее и местное лечение данного заболевания.

## № 2

На прием к дерматологу обратился мужчина 25 лет, с жалобами на множественные пигментные пятна различной конфигурации и размера на верхней половине туловища, которые появились после загара. На отдельных участках обнаруживаются единичные пятна желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением на поверхности.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие методы исследования нужно применить для подтверждения диагноза?
3. Что, по вашему мнению, можно использовать для лечения больного?

### № 3

При осмотре у больного на коже подошв отмечается выраженная инфильтрация, диффузная гиперемия, отчетливо видны кожные бороздки с выраженным муковидным шелушением. Процесс захватывает также тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Ногтевые пластинки на коже стоп утолщены, легко крошатся, отмечается подногтевой гиперкератоз. Больной страдает данным заболеванием около 2-х лет, первые проявления болезни появились во время прохождения службы в армии.

1. Ваш диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?
3. Общее и местное лечение данного заболевания.

### № 4

На прием обратился пациент 37 лет, у которого на подошвах имеется муковидное шелушение по ходу кожных борозд. Все ногтевые пластинки стоп и кистей серовато-желтого цвета, утолщены и частично разрушены.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какое обследование следует провести больному?
3. Наметьте тактику лечения.

### № 5

На прием обратилась больная 47 лет с признаками поражения кожи крупных складок, а также слизистых оболочек полости рта и половых органов. Больная тучная, весит 118 кг, страдает сахарным диабетом. В течение двух последних недель принимала антибиотики по поводу обострения хронического бронхита. Объективно: в кожных складках отмечается гиперемия, мацерация эпителия с образованием эрозий, белесоватые налеты по краям эрозий. Слизистая полости рта ярко-малинового цвета, язык обложен сероватым налетом, на слизистой щек также отмечаются творожистые налеты, легко снимающиеся с помощью шпателя, в углах рта - эрозии с обрывками эпидермиса. В области вульвы отмечается выраженная гиперемия, захватывающая большие и малые половые губы, при осмотре слизистой влагалища и шейки матки определяется большое количество творожистых выделений, гиперемия и отечность стенок, эрозии.

1. О каком диагнозе следует думать?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
3. Общее и местное лечение данного заболевания.

### № 6

На прием к дерматологу обратилась женщина 38 лет с жалобами на зуд в области межпальцевых промежутков стоп, поражение кожи в указанных областях. При осмотре определяется покраснение, мацерация кожи, небольшие эрозии, трещины. Кожа легко отслаивается при потягивании за обрывки или трении. На коже свода стоп отмечается легкое шелушение, единичные пузырьки, напоминающие разваренные зерна саго. Ногти обычной окраски, не изменены.

1. Для какого заболевания характерна подобная картина?
2. Что требуется для уточнения диагноза?
3. Какое лечение можно назначить больной?

#### **№ 7**

На прием к врачу обратилась женщина 34 лет, у которой в полости рта, на языке, твердом и мягком небе определяются очаги в виде белесоватых налетов, которые легко снимаются при поскабливании шпателем с обнажением эрозий. В углах рта кожа слегка воспалена, имеются небольшие эрозии с бордюром отслаивающегося эпидермиса. По словам больной, указанные явления развились через неделю после начала приема преднизолона по поводу обострения экземы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. В чем, по вашему мнению, причина заболевания?
3. Тактика лечения больной.

#### **№ 8**

Мальчик 15 лет, жалуется на зудящие высыпания на коже стоп, которые появились после посещения бассейна. Объективно: на коже внутренних сводов стоп на фоне эритематозной кожи пузырьки, эрозии, корочки. Подобные высыпания имеются на коже ладоней.

1. Укажите клинический диагноз?
2. Назначьте лечение?

#### **№ 9**

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 7 лет, у которого на волосистой части головы она обнаружила очаг выпадения волос. При осмотре на волосистой части головы определяется очаг размером 2 см в диаметре, в котором волосы представляются как бы «неаккуратно выстриженными» с пеньками сероватого цвета, кожа обильно шелушится, по периферии очага определяется зона легкой гиперемии. При люминесцентном исследовании обнаружено зеленоватое свечение.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Кто может служить источником заражения данного ребенка?
4. Перечислите карантинные мероприятия в детском саду.

#### **№ 10**

На прием к дерматологу обратилась женщина 40 лет, работающая дояркой в совхозе. Несколько дней тому назад у нее поднялась температура, появилась общая слабость. Накануне больная обратила внимание на появление на волосистой части головы болезненного возвышения, а также увеличение лимфатических узлов в заушных областях.

Объективно: в затылочной области на волосистой части головы определяется резко отграниченный от окружающей кожи островоспалительный инфильтрат,

заметно приподнятый над уровнем кожи. Волосы в очаге склеены вследствие выделения гноя. При легком потягивании волосы легко выдергиваются. При сдавливании очага из волосяных фолликулов выделяется гной, напоминая картину «медовых сот». У больной отмечается увеличение шейных лимфатических узлов до размеров фасоли, пальпация их болезненна, температура тела 37,8°C.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. Назовите возможный источник заболевания?
4. Какое лечение требуется больной?

**Ответы:**

- |      |     |      |
|------|-----|------|
| 1) 2 | 5)1 | 10)4 |
| 2) 1 | 6)2 | 11)4 |
| 3) 1 | 7)1 |      |
| 4) 4 | 8)2 |      |
| 5) 1 | 9)2 |      |

## Литературный указатель

1. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни. М., 2000
2. Скрипкин Ю. К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М., 2007.
3. Балтабаев М.К. Частная дерматология. Бишкек, 2013.
4. Грибковые заболевания: диагностика и лечение /Степанова Ж.В. - М.:Миклош, 2005. - 124 с.
5. Дерматовенерология: Учебник для студентов высш.мед. учеб. заведений /Е.В.Соколовский, Е.А.Аравийская и др.; Под редакцией Е.В.Соколовского.-М.: Издательский центр «Академия», 2005.- 528 с.
6. Корсунская И.М. Дерматофитии с поражением волос у детей (клиника и лечение).- М., 2004.- 32 с.
7. Корсунская И.М. Микроспория. Учебное пособие. М.: РМАПО. 2001.- 32 с.
8. Кулага В.В., Романенко И.М., Афонин С.Л., Кулага С.М. Аллергия и грибковые болезни. Руководство для врачей. - Луганск. «Элтон-2», 2005. - 520 с.
9. Медицинская микология: руководство/ В.А. Андреев, А.В. Зачиняева, А.В. Москалев, В.Б. Сбойчаков; под ред. В.Б.Сбойчакова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-208 с.
10. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. Руководство для врачей. Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. - 283 с.
11. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей.- СПб: Питер Пабблишинг, 1998.- 288 с.
12. Рознатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П.. Дерматомикозы. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. - 184 с.
13. Рукавишникова В.М. Микозы стоп. - М.: ЭликсКом, 2003. - 332с.
14. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М. - ООО «Бином-пресс», 2003. - 440 с.
15. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории. Методические указания № 2000/180. - Екатеринбург, 2001.- 15 с.