

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ ИМ. И.К. АХУНБАЕВА**

**КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

**КАНДИДОЗ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

Учебное пособие для студентов  
- лечебного факультета  
- педиатрического факультета  
- стоматологического факультета  
- факультета общественного здравоохранения,  
клинических ординаторов и врачей-интернов

БИШКЕК – 2015

Учебное пособие издано по решению учебно-методического отдела и редакционно-издательского совета по медицинскому и фармацевтическому образованию КГМА им. И.К. Ахунбаева.

**Члены РИСО:**

1. Зурдинов А.З. ректор, член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, главный редактор;
2. Сатылганов И.Ж. проректор по доклиническому обучению, ВР и гос. языку, д.м.н., профессор, заместитель главного редактора;
3. Бримкулов Н.Н. проректор по клиническому обучению и научной работе, д.м.н., профессор;
4. Алдашев А.А. зав. кафедрой общей и клинической биохимии, академик НАН КР;
5. Молдобаева М.С. зав. кафедрой пропедтерапии и эндокринологии, д.м.н., профессор, ответственный секретарь;
6. Кутманова А.З. начальник управления учебно-организационной и методической работы, д.м.н., профессор;
7. Оморов Р.А. зав. кафедрой факультетской хирургии, д.м.н., профессор;
8. Калиев Р.Р. зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины, д.м.н., профессор;
9. Тилекеева У.М. зав. кафедрой базисной и клинической фармакологии, д.м.н., и.о. профессора;
10. Исакова Ж.К. нач.отдела НИ и КР, к.м.н., доцент, секретарь

**Составители:**

Балтабаев М.К. зав. кафедрой дерматовенерологии, д.м.н., профессор;

Усубалиев М.Б. д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

**Рецензенты:**

Кутманова А.З. д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней КГМА

Койбагарова А.А. д.м.н., и.о. профессор кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ

## ВВЕДЕНИЕ

Грибковые инфекции в настоящее время являются одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения. В зарубежной и отечественной литературе накопилось достаточно данных, которые свидетельствуют, что среди условно-патогенных микроорганизмов грибы рода *Candida* занимают важное место. Рост заболеваемости, отмечаемый в последние годы, связан с иммуносупрессивным воздействием различных факторов современной цивилизации на организм человека: нерациональным использованием антимикробных препаратов и иммунодепрессантов, цитостатиков, глюкокортикостероидных и других препаратов, влияющих на антигрибковый иммунитет макроорганизма. Увеличение частоты кандидозной инфекции обусловлено также применением в быту и медицине, производстве химических веществ, радиации.

Возбудителями микозов, вызываемых условно-патогенными дрожжеподобными грибами, являются, в основном, представители рода *Candida*, которые могут вызывать поверхностные поражения. Нередко кандидоз является госпитальной инфекцией для недоношенных детей. При ВИЧ инфекции - кандидоз является маркером заболевания кожи и слизистых оболочек у пациентов без дефектов иммунитета. По данным ВОЗ, более 20% населения Земли страдает различными формами грибковых заболеваний. Причем в 40-60% случаев кандидоз остается нераспознанным или поздно диагностированным, что значительно усугубляет его прогноз. В последние годы отмечаются рост и распространение различных форм кандидоза. Так, частота заболеваемости кандидозом у детей раннего возраста составляет не менее 15% в общей структуре гнойно-воспалительных заболеваний. У онкологических больных со сниженной иммунной реактивностью за последнее десятилетие случаи грибковых инфекций возросли с 3-5 до 25%, причем значительную часть составляют поражения, обусловленные дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Клинические проявления кандидоза широко варьируют от поверхностных, слабовыраженных поражений кожи и слизистых оболочек до тяжелых, угрожающих жизни инвазивных висцеральных форм. Диагностика и терапия кандидоза непросты и часто требует привлечения специалистов различного профиля.

### **Тема занятия: «Кандидоз кожи и слизистых оболочек»**

**Цель занятия.** Освоить знания по этиологии, патогенезу, эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению кандидозов кожи и слизистых оболочек.

#### **Целевые задачи**

#### **1). Студент должен знать:**

- а) классификацию кандидозов;
- б) этиологию, эпидемиологию и патогенез кандидозов;
- в) клиническую картину отдельных форм кандидозов;
- г) методы диагностики и дифференциальную диагностику кандидозов;
- д) принципы системного и местного лечения кандидозов;
- е) профилактику кандидозов.

#### **2). Студент должен уметь:**

- а) провести клинический осмотр больного;
- б) описать клиническую картину поражения кожи больного;
- в) поставить предварительный диагноз, наметить план обследования;

г) провести микроскопию препарата с пораженных участков кожи, слизистых, ногтевых пластинок;

е) назначить соответствующее лечение.

### 3). Студент должен иметь представление:

о методике выполнения культуральной диагностики при кандидозах.

#### **Интегративная связь темы с другими дисциплинами**

1). Гистология. Строение кожи и ее придатков.

2). Микробиология. Строение, микроскопическая и культуральная диагностика грибов рода *Candida*.

3). Эпидемиология. Источник и механизм передачи кандидозной инфекции.

4). Гинекология. Кандидозный вульвовагинит.

5). Урология. Кандидозный баланит и баланопостит.

6). Фармакология. Противогрибковые лекарственные средства.

#### **Перечень практических навыков**

1. диагностика кандидоза кожи, ногтевых пластин и слизистых при объективном осмотре больных;
2. микроскопическое исследование патологического материала;
3. культуральное исследование патологического материала;
4. местная терапия при различных клинических формах кандидозов кожи и слизистых оболочек;

## **БЛОК ИНФОРМАЦИИ**

### **Этиология**

Грибы рода *Candida* – наиболее распространенные представители условно-патогенной микрофлоры, являющиеся причиной разнообразных грибковых заболеваний кожи, слизистых оболочек и внутренних органов человека в условиях нарушенной резистентности организма. Впервые описано Б. Лангенбеком в 1839 г., грибы в тканях обнаружил в 1843 г. Берг, а Беркоут в 1923 г. выделил среди дрожжеподобных грибов род *Candida*.

Род *Candida* включает 180 видов, среди которых только некоторые могут вызывать заболевания. Основным возбудителем кандидоза у человека является *Candida albicans*, реже – *C. tropicalis*, *C. kefyr*, *C. krusei*, *C. paracrusei*, *C. stellatoidea*, *C. guilliermondii*.

Морфологически грибы рода *Candida* представляют собой одноклеточные микроорганизмы. Форма клеток округлая, удлинённая или овальная, размеры колеблются от 2-5 мкм в диаметре у молодых клеток до 12-16 мкм у старых. В клетке имеются оболочка, компактное ядро и цитоплазма, в которой определяются разнообразные включения (волютин, жир и жироподобные вещества). Размножаются грибы рода *Candida* почкованием, при этом на конце клетки образуется одно или несколько выпячиваний, в которые поступают содержимое материнской клетки. Затем здесь образуются округлые или овальные клетки (почки), которые последовательно превращаются в новые клетки гриба (бластоспоры). Характерной особенностью грибов является образование псевдомицелия. Бластоспоры за счет последовательного бокового или концевое почкования образуют нити, состоящие из вытянутых в длину дрожжевых клеток. Псевдомицелий отличается от истинного мицелия тем, что его нити не имеют общей оболочки и перегородок.

## **Патогенез**

Грибы рода *Candida* являются наиболее типичными представителями условно-патогенной флоры. Генетически заложенные в них факторы патогенности и вирулентности остаются скрытыми при нормальном функционировании организма человека, что является условием асимптомного существования этих грибов на слизистых оболочках рта, желудочно-кишечного тракта и влагалища у многих здоровых людей.

Важным фактором вирулентности грибов рода *Candida* является способность накапливать и продуцировать вещества, усиливающие их вирулентность (кератолитические, липолитические, протеолитические и др.). Установлено, что воспалительная реакция в очагах поражения кожи обусловлена не самой живой клеткой гриба, а ее эндотоксином.

Возникновению кандидоза предрасполагают экзогенные и эндогенные факторы.

*К экзогенным факторам относятся:*

- Механическая и химическая травма. При травмах создаются входные ворота для попадания в организм грибов.
- Повышение влажности и температуры, приводящие к мацерации кожных покровов.
- Нерациональное применение антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, в том числе их местное применение.
- Побочное действие оральных контрацептивов и антидиабетических препаратов.
- Патогенность и вирулентность штамма самого дрожжеподобного гриба.

*К эндогенным факторам относятся:*

- Наличие приобретенной или врожденной иммунной недостаточности с различными ее дефектами;
- Детский и старческий возраст;
- Нарушения обмена веществ (в первую очередь углеводного и белкового);
- Гиповитаминозы (главным образом недостаток витаминов группы В, никотиновой и аскорбиновой кислот);
- Общие тяжелые заболевания, ослабляющие защитные силы организма;
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, ахилия, холецистит);
- Беременность, заболевания женских половых органов (аднекситы, кольпиты, неопластические заболевания).

## **Эпидемиология**

Кандидозы различных органов могут возникать либо вследствие экзогенного заражения за счет попадания грибов рода *Candida* в организм человека из внешней среды, либо вследствие активации эндогенной собственной кандидозной инфекции, источником которой у большинства больных является кишечник или слизистая полости рта.

Источником экзогенного заражения грибами рода *Candida* является больной или здоровый человек, у которого в микрофлоре кожи, слизистых оболочек и других органов имеются дрожжеподобные грибы соответствующей паразитарной активности. Эпидемиологическое значение их зависит от условий заражения, качества паразитарной активности, кратности заражения и состояния макроорганизма.

Экзогенное заражение может происходить путем непосредственного контакта здорового человека с больным или носителем (поцелуи, рукопожатие, половой контакт и т.п.), либо опосредованно, через предметы, воздух и воду. Наибольшую опасность для заражения представляют собой больные с острыми, свежими формами кандидозов слизистых оболочек и кожи.

От больного человека и здорового носителя грибы рода *Candida* попадают на различные предметы внешнего окружения, особенно на различные продукты питания, овощи, фрукты. Они были обнаружены на игрушках, рожках для питания, карандашах, банной утвари. Возникновение интертригинозных поражений кожи после ванны или бани, паронихий и онихий после маникюрных процедур, молочницы после использования загрязненной грибами посуды свидетельствует об эпидемиологическом значении среды, окружающей человека, в распространении кандидозной инфекции.

Экзогенному заражению грибами *Candida* способствуют профессиональные факторы: чаще всего это наблюдается у медицинских работников: стоматологов, гинекологов и особенно медицинских сестер, имеющих непосредственный и длительный контакт с антибиотиками, кортикостероидными гормонами, цитостатиками. Повышенная заболеваемость кандидозами отмечена у работников кондитерских, консервных, плодоовощных производств, мясокомбинатов, бань, прачечных, цехов по производству антибиотиков и других биологических препаратов. Кандидозы нередко встречаются у домашних хозяек, часто смачивающих руки при обработке овощей, фруктов, стирке белья и т.п.

Важным разделом эпидемиологии кандидозной инфекции является возможность заражения и последующего тяжелого течения болезни у новорожденных детей. Высокий риск заражения у этих детей объясняется в основном двумя обстоятельствами: во-первых, частотой мочеполювого кандидоза и кандидоносительства у женщин детородного возраста и, во-вторых, недостаточно развитыми у новорожденных механизмами защиты организма от кандидозной инфекции.

Инфицирование ребенка матерью может происходить как внутриутробно, так и при прохождении через родовые пути. Внутриутробное заражение может приводить к выкидышам, преждевременным родам, внутриутробной гибели плода, что у больных кандидозом половых органов женщин наблюдается чаще, чем у здоровых.

### **Классификация кандидоза**

1. Поверхностный кандидоз:

- а). Кандидоз гладкой кожи.
- б). Интертригинозный кандидоз.
- в). Кандидозные онихии и паронихии.
- г). Кандидоз слизистых оболочек полости рта.
- д). Кандидоз гениталий (вульвовагиниты и баланопоститы).

2. Хронический генерализованный диссеминированный кандидоз.

3. Висцеральный кандидоз (системный – поражение внутренних органов).

## **Клиника**

**Кандидоз складок (кандидозное интертриго)** чаще всего развивается в пахово-бедренных, межъягодичной и подмышечных складках, под молочными железами у женщин, в складках живота и шеи у тучных людей, реже в складках за ушными раковинами, в межпальцевых складках стоп и кистей. Клинически характеризуется эрозиванием кожи соприкасающихся поверхностей складок. Эрозии имеют полициклические края, резко отграничены от окружающей кожи и окаймлены воротничком набухшего мацерированного рогового слоя эпидермиса. Поверхность эрозий малиново-синюшного цвета, в глубине поражений могут появиться поверхностные, малоблезненные трещины и скопления белесоватой кашицеобразной массы. Эрозии склонны к периферическому росту, вокруг основного очага отмечается высыпания свежих поверхностных пузырьков и пустул (так называемых отсевов). Субъективно в очагах зуд, реже – жжение и боль.

**Кандидозное интертриго грудных детей («пеленочный» кандидоз)** – кандидозное поражение кожи в области заднего прохода, межъягодичной и паховых складок с последующим распространением воспалительного процесса на весь кожный покров (у ослабленных, недоношенных детей, при нарушении гигиенического ухода за ребенком). Клинически характеризуется появлением на фоне эритематозных пятен поверхностных пустул и пузырьков, которые быстро вскрываются с образованием темно-красного цвета с матовой, блестящей поверхностью эрозий. Эрозии имеют четкие границы и фестончатые очертания, вокруг основного очага имеются свежие пузырьки, пустулы, мелкие эрозии. На месте разрешившихся эрозий отмечается шелушение. Очаги сопровождаются зудом.

Кандидозное интертриго у грудных детей почти всегда сочетается с молочницей и диспепсическими расстройствами с затяжным течением.

### ***Дифференциальный диагноз***

*Интертригинозный дерматит* представляет собой простой дерматит от механических факторов, чаще всего развивающийся за счет трения соприкасающихся поверхностей кожи, в условиях раздражающего и мацерирующего влияния кожной секреции (пота, кожного сала), при недержании мочи, недостаточном обсушивании кожи после мытья, применении согревающих компрессов. Определенность наблюдается в складках ног, реже рук, в паховобедренных и межъягодичной складках, подмышечных впадинах, под молочными железами у женщин, в складках живота и шеи у тучных субъектов. Заболевание характеризуется появлением эритемы без резких границ, с последующим развитием в глубине складок поверхностных некротоочащих трещин. Субъективные ощущения выражены слабо. В запущенных случаях роговой слой эпидермиса мацерируется и отторгается, вследствие чего выявляется эрозия с нечеткими очертаниями. Особенностью интертригинозного дерматита является его быстрое разрешение при удалении раздражающего фактора и назначении противовоспалительных средств.

*Стрептококковая опрелость (intertrigo streptogenes)* клинически мало чем отличается от кандидозного интертриго. В кожных складках (бедренно-мошоночной, межъягодичной, подмышечных, под молочными железами у женщин, у тучных людей в складках живота, иногда в заушных складках, между пальцами стоп и кистей) появляется сплошная эрозивная мокнущая поверхность ярко-розового цвета, резко отграниченная от окружающей здоровой кожи узким эпидермальным воротничком. Границы эрозии четкие, крупнофестончатые. В глубине складки располагаются поверхностные трещины, нередко болезненные и кровоточащие.

Очаги поражения обладают периферическим ростом, происходящим путем отслойки рогового слоя. За пределами складок клиническая картина приобретает вид импетиго. Субъективно отмечаются ощущение зуда, жжения. Течение длительное, нередко болезнь развивается на фоне сахарного диабета.

*Пеленочный дерматит (dermatitis glutealis)* - воспаление кожи, обусловленное раздражающим действием мочи и кала в местах использования пеленок. Непосредственной причиной болезни являются химические вещества (преимущественно аммиак), выделяемые при разложении мочи микробами. Развитию дерматита способствуют также частый жидкий стул, редкая смена пеленок, использование пеленок из грубых и синтетических тканей, резиновых окклюзионных повязок; химические моющие средства, остающиеся в пеленках после стирки и недостаточного прополаскивания, и т. п. Иногда развитию дерматита способствует кислая или щелочная реакция мочи при нерациональном питании ребенка. Заболевание чаще всего возникает в возрасте 2—4 мес. Аналогичные дерматиты могут возникать у очень старых людей и больных, длительное время находящихся на строгом постельном режиме. Неосложненный пеленочный дерматит представляет собой клиническую разновидность простого дерматита от химических факторов. Как и при любом дерматите, воспалительный процесс, строго ограничивается местами приложения раздражающего фактора (ягодицы, половые органы, бедра и т. п.). Воспалительный процесс обычно шадит складки. В легких случаях возникает только покраснение кожи, в более тяжелых - пузырьки, эрозии, корки и даже изъязвления. Разрешение воспалительного процесса сопровождается выраженным шелушением. Хронический пеленочный дерматит характеризуется застойной эритемой кожи, которая становится как бы лакированной.

**Кандидозное интертриго межпальцевых складок (межпальцевая дрожжевая эрозия, *erosio interdigitalis blastomycetica*)** чаще всего возникает между III и IV пальцами кистей, реже в других складках рук и ног. Могут поражаться складки на одной руке или на обеих руках.

Заболевание начинается с появления единичных пузырьков на коже соприкасающихся боковых поверхностей основных фаланг пальцев. Затем на соприкасающихся боковых поверхностях кожи пальцев, у их основания и на межпальцевой переходной складке кожа становится набухшей, мацерированной, имеет белесоватый цвет с голубоватым оттенком. Границы очага поражения четкие. Чаще на этом фоне возникает весьма характерная для кандидоза эрозия с влажной, но не мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью насыщенного темно-вишневого цвета. Эрозия резко отграничена от окружающей кожи перламутрово-белым воротничком мацерированного набухшего рогового слоя эпидермиса с подрытыми нависающими краями. В глубине эрозированной складки возникают поверхностные трещины. Увеличение размеров эрозии происходит за счет ее распространения по коже боковых поверхностей основных фаланг, переход на среднюю фалангу наблюдается редко. Правая кисть поражается несколько чаще левой.

Дрожжевая эрозия межпальцевых складок кистей отличается крайне упорным, склонным к рецидивам, течением. Субъективно отмечается сильный зуд, иногда жжение и болезненность кожи.

Кандидозное интертриго межпальцевых складок стоп наблюдается редко. Поражение обычно захватывает несколько, а нередко и все межпальцевые складки. Эрозия часто занимает всю боковую поверхность пальца, а не только основную фалангу, как это бывает на кистях. Поверхность эрозии влажная, часто мокнущая,



ярко-красного цвета, ограниченная по периферии ободком мацерированного рогового слоя эпидермиса. В глубине эрозии часто возникают глубокие болезненные трещины, также покрытые обрывками беловатого эпидермиса.

Кандидозное интертриго стоп нередко сочетается с такой же формой поражения на кистях, а также с дрожжевой инфекцией другой локализации (углов рта, крупных складок). Кандидоз стоп иногда осложняется вторичной пиогенной инфекцией, лимфаденитом и лимфангитом.

### ***Дифференциальный диагноз***

*Экзема* характеризуется проявлением мелких пузырьков не только на боковой поверхности основных фаланг пальцев, но и на других участках, включая тыльную поверхность и кончики пальцев. Пузырьки при кандидозе наблюдаются только в начале болезни, а затем заболевание представлено в основном межпальцевой эрозией. Экзема редко бывает изолированной только на пальцах кистей. Обычно имеются другие признаки экземы, в виде появления пузырьков на кистях и других участках тела, выраженный эволюционный полиморфизм сыпи, расплывчатые границы очагов поражения.

*Вторичные аллергические сыпи при микозах стоп (микиды)* нередко проявляются пузырьковой сыпью на пальцах кистей. В отличие от кандидоза они локализуются на сгибательной и боковых поверхностях пальцев кистей, нередко протекают без выраженных воспалительных явлений, не приводят к развитию выраженных эрозий и часто сочетаются с появлением пузырьков на ладонях.

*Интертригинозная форма эпидермофитии стоп* локализуется почти исключительно на стопах, как правило, в третьей и четвертой межпальцевых складках, имеет тенденцию к быстрому распространению на кожу подошв; отечность и мацерация в области эрозии выражена значительно слабее, чем при кандидозе.

**Кандидоз гладкой кожи (вне складок)** у взрослых людей наблюдается редко, возникает обычно при длительной мацерации кожи компрессами, влажными повязками, частым и длительным приемом ванн и т. п. В этих случаях на фоне мацерированной кожи появляются очень мелкие поверхностные пузырьки и пустулы, не связанные с волосяным фолликулом, а также красноватые папулы. В этот же период времени высыпания располагаются изолированно и не склонны к слиянию. Постепенно пузырьки и пустулы вскрываются с образованием точечных эрозий, склонных к быстрому периферическому росту и слиянию. В результате образуется более или менее обширная эрозивная поверхность с четкими фестончатыми границами, окаймленными узким бордюром отслоившегося мацерированного рогового слоя эпидермиса. Важным симптомом является постоянное появление вокруг основного очага поражения свежих пузырьков и пустул (отсево).

**Кандидоз грудных сосков** наблюдается у кормящих женщин и сочетается с молочницей полости рта либо у них самих, либо у их детей. Поражается кожа вокруг ареол, непосредственно примыкающая к грудному соску. Заболевание может протекать в виде выраженных в разной степени очагов гиперемии, мацерации и шелушения кожи околососкового поля, на фоне которых могут возникать эрозии или трещины. Иногда основным клиническим признаком кандидоза грудных сосков являются поперечные трещины, имеющие мацерированные, беловатые края. Кожа вокруг них может быть слегка воспаленной, гиперемированной. Характерным симптомом является появление вокруг основного очага мелких, величиной с булавочную головку, поверхностных пузырьков с мутным содержимым.

Заболевание необходимо дифференцировать от *микробной экземы грудных сосков*, которая отличается более выраженными клиническими симптомами и не связана с кормлением ребенка. Экзема поражает всю поверхность грудного соска, а не только его центральную часть, отличается выраженным мокнутием, образованием корок, сильным зудом и упорством по отношению к терапии.

**Кандидоз ладоней** изредка наблюдается у людей, страдающих кандидозными онихиями или паронихиями, либо межпальцевым интертриго. Возникновению болезни способствуют длительная повторная мацерация и травматизация кожи в быту или на производстве (стирка белья, обработка овощей, фруктов, и т. п.). Различают две разновидности кандидоза кожи ладоней: везикуло-пустулезную и гиперкератотическую, напоминающую роговую экзему.

При везикулопустулезной форме на фоне гиперемии, отека и мацерации кожи ладоней появляются мелкие, плоские поверхностные пузырьки и пустулы. При стихании воспалительных явлений заболевание может приобретать картину сухого дисгидроза в виде поверхностного кольцевидного или гирляндоподобного шелушения кожи ладоней. Иногда кандидоз ладоней протекает в виде дисгидротической экземы.

Гиперкератотический тип поражения ладоней наблюдается у больных кандидозной онихией или паронихией. Возникает диффузный, реже очаговый гиперкератоз кожи ладоней, на фоне которого резко выделяются широкие кожные борозды, имеющие буроватый или грязно-коричневый цвет. Течение заболевания хроническое, субъективные ощущения отсутствуют, иногда наблюдаются зуд и жжение кожи. У детей кандидоз ладоней и подошв протекает в везикулопустулезной форме. Заболевание необходимо дифференцировать от экземы, других микозов.

#### **Кандидоз ногтевых валиков и ногтей (кандидозные паронихия и онихия)**

Грибы рода *Candida*, как правило, одновременно поражают ногтевые валики и ногтевые пластинки, изолированное поражение только валиков или только ногтей наблюдается редко. В некоторых случаях заболевание сочетается с другими кандидозными поражениями кожи и слизистых оболочек, у взрослых - преимущественно с кандидозным интертриго кистей. Дрожжевая онихия и паронихия наблюдается почти исключительно у женщин в возрасте от 30 до 60 лет, мужчины болеют крайне редко, обычно при наличии профессиональных вредностей. У детей заболевание отмечается в основном в грудном возрасте в сочетании с поражением полости рта, складок, гладкой кожи. У детей старшего возраста эти поражения наблюдаются как одна из локализаций генерализованного (гранулематозного) кандидоза.

Кандидоз ногтевых валиков и ногтевых пластинок чаще всего развивается на III - IV пальцах левой руки, изредка наблюдается множественное поражение. Заболевание начинается с появления пульсирующей, стреляющей боли в области заднего или боковых ногтевых валиков. Затем кожа заднего валика, чаще всего в одном из его углов, на месте перехода заднего валика в боковой, становится красной и отечной. Гиперемия имеет резкие границы. Постепенно поражается весь ногтевой валик, который становится набухшим, плотноватым, нависает над ногтевой пластинкой. Покрывающая его кожа имеет застойно-красный цвет, напряжена, теряет свой нормальный рисунок, становится тонкой, блестящей. Ногтевые валики становятся резко болезненными. Весьма характерным симптомом является исчезновение ногтевой кожицы (*eryonychia*) уже в самом начале процесса, а также шелушение мелкими серебристыми чешуйками по краю ногтевого валика. При

надавливании на область ногтевого валика из-под его свисающего над луночкой края выделяется капелька гноя.

По мере стихания воспалительных явлений краснота и припухлость валиков спадают, болезненность уменьшается. По краю валика увеличивается шелушение тонкими серебристыми чешуйками, иногда возникают поверхностные болезненные трещины. В целом же ногтевой валик остается утолщенным, ногтевая кожица не нарастает.

Несколько позднее возникает грибковое поражение ногтевой пластинки, которое начинается в области луночки и боковых краев ногтя. За счет прорастания гриба ногтевая пластинка в этих местах становится мутной, в ее толще появляются участки размягчения ткани ногтя буровато-серого или буровато-коричневого цвета. Боковые края ногтевой пластинки отслаиваются, они представляются как бы срезанными, ноготь приобретает вид плоской пластинки. В дальнейшем ногтевая пластинка расслаивается, выкрашивается и истончается. В месте разрушения образуется дефект полулунной формы. Важным симптомом дрожжевой онихии является появление на ногте пластинке поперечных борозд, которые имеют коричневатую окраску и волнообразно чередуются друг с другом. Они располагаются полукругом, параллельно свободному краю ногтя. Появление этих борозд связывают с трофическими расстройствами, наблюдающимися в период обострения кандидозной инфекции: соскобы с этих борозд грибов не содержат. Значительно реже отмечается отслойка ногтевой пластинки в области луночки. Постепенно распространяясь, поражение может захватить всю ногтевую пластинку. Острое течение дрожжевой онихии характеризуется быстрым отторжением ногтевой пластинки в области луночки, деформацией ногтя, развитием выраженного подногтевого гиперкератоза.

У детей нередко наблюдается кандидоз ногтей без вовлечения в процесс ногтевых валиков. Заболевание начинается с области луночки, но ногтевая кожица сохраняется, клиническая картина напоминает онихомикозы, обусловленные дерматофитами: ногтевая пластинка деформируется, приобретает грязно-серую окраску, поверхность ее становится неровной, бугристой.

А. М. Ариевиц (1949) выделяет три основных симптома кандидозных паронихий и онихий: 1) воспалительный, подушкообразно нависающий над ногтем валик; 2) отсутствие ногтевой кожицы; 3) изменения со стороны ногтевой пластинки: а) коричневые крошащиеся, отделяющиеся от ложа и как бы срезанные края и б) поперечные волнообразно расположенные борозды, появляющиеся у основания ногтя, со стороны луночки. Типичным для этого заболевания является также длительное, хроническое течение процесса с периодическими обострениями.

#### ***Дифференциальная диагностика кандидозных паронихий и онихий***

*Стрептококковая паронихия и онихия.* При этом заболевании краснота и припухлость ногтевых валиков отличаются большой диффузностью и могут распространиться на всю ногтевую фалангу. Возникновение болезни бурное, с резкой болезненностью и обильным выделением гноя. Ногтевая пластинка – гладкая и ровная, тем не менее, может наблюдаться отделение ее от ногтевого ложа.

*Экзема ногтей.* Паронихия и онихия при экземе обычно сопровождается одновременным экзематозным поражением прилежащих участков кожи. Паронихия выражена нерезко, ногтевая кожица хотя и отсутствует, но ногтевые валики большей частью не подрыты, гноя нет. Ногтевая пластинка изменяется вследствие нарушения условий питания области матрикса. Она может иметь трещины, слоистость, поперечные волнообразные борозды, но боковые края ее не крошатся, тусклые,

серовато-розового цвета, не имеют желто-коричневой окраски, как при дрожжевом поражении.

*Руброфитийный онихомикоз.* Процесс чаще начинается на ногах, затем уже поражаются ногти рук. В начале заболевания в толще ногтевой пластинки появляются белесоватые пятна и полосы, которые постепенно увеличиваются. Ногтевая пластинка сохраняет свою плотность, блеск и форму. Затем она начинает крошиться, сильнее с боковых краев, меньше со свободного края, приобретая форму клюва. Область луночки долго остается непораженной и сохраняет свою розовую окраску. Паронихия отсутствует, ногтевая кожица сохраняется. Одновременно наблюдается поражение ладоней и подошв.

*Онихомикоз, вызванный грибом *T. mentagrophytes var.interdigitale** возникает, как правило, только на пальцах ног (большой палец и мизинец). Ногти покрываются охряно-желтыми полосами и пятнами, резко утолщаются, крошатся. Ногтевое ложе покрывается волокнисто-крошащимся мощным гиперкератозом.

*Для трихофитии и фавуса ногтей* характерно изменение конфигурации и цвета ногтевой пластинки; она тускнеет, приобретает серо-грязный цвет при трихофитии и цвет фавозной скутулы – при фавусе. Пораженные ногти неровные, бугристые, крошатся, подногтевой гиперкератоз.

#### **Кандидоз слизистой оболочки полости рта**

Кандидоз занимает третье место среди всех заболеваний слизистой оболочки полости рта и чаще всего протекает в форме стоматита, заеды, хейлита.

Общими клиническими признаками кандидоза полости рта являются гиперемия слизистой оболочки, диффузная или очаговая десквамация эпителия, его отечность, а также налеты в виде белых крупинок либо белых бляшек. Субъективно у больных наблюдаются сухость полости рта и нарушение вкуса.

Выделяют следующие основные клинические формы кандидоза слизистой оболочки полости рта: острый псевдомембранозный кандидоз (молочница); острый атрофический кандидоз; хронический атрофический кандидоз; хронический гиперпластический кандидоз (кандидозная лейкоплакия).

**Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница, soor)** — наиболее частая клиническая форма кандидоза слизистой оболочки полости рта. Заболевание наблюдается у новорожденных и детей первых лет жизни, у пожилых людей, ослабленных хроническими заболеваниями, истощенных. У взрослых людей молочница встречается редко, обычно на фоне факторов, снижающих иммунный статус организма (сахарный диабет, болезни органов желудочно-кишечного тракта, злокачественные опухоли, длительный прием антибиотиков широкого спектра действия, кортикостероидных гормонов, цитостатиков и пр.) Эта форма кандидоза, особенно при распространении патологического процесса на слизистую оболочку пищевода, гортани и глотки, может быть ранним первичным симптомом заболеваний внутренних органов, свидетельствовать о развитии висцерального системного кандидоза, быть первым симптомом ВИЧ-инфекции.

У новорожденных и грудных детей носительство *C. albicans* на слизистой оболочке полости рта может достигать 97%, из них примерно у 5% развивается молочница. Ребенок заражается от матери, имеющей *C. albicans* во влагалище или на слизистой оболочке полости рта. Развитию заболевания способствуют недоношенность и переносимость, ослабление ребенка вследствие патологических родов, аспирация околоплодных вод. Клинические признаки молочницы чаще всего проявляются на 5 - 14-й день после рождения.

Развитию молочницы нередко предшествуют продромальные явления в виде сухости слизистой оболочки, которая затем становится ярко-красной, отечной, блестящей. На этом фоне в области щек, мягкого неба, языка, в тяжелых случаях - десен появляются точечные налеты белого или желтоватого цвета, напоминающие манную крупу. Эти налеты постепенно увеличиваются и сливаются, образуя крошковидные, творожистого вида пленки, которые вначале легко снимаются. По их снятию обнаруживается гиперемированная слизистая оболочка, иногда гладкая, иногда мацерированная или эрозированная и кровоточащая. Пленчатый налет состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий и элементов дрожжеподобного гриба.

В большинстве случаев у детей и взрослых молочница не вызывает нарушений общего состояния, температура тела остается нормальной, регионарные лимфатические узлы не увеличиваются.

**Острый атрофический кандидоз (кандидозный глоссит)** может возникнуть сразу, на фоне нормального состояния слизистой оболочки полости рта или быть осложнением молочницы. Предрасполагающими факторами чаще всего являются длительный прием антибиотиков широкого спектра действия, глюкокортикостероидных гормонов (как внутрь, так и наружно в виде мазей или ингаляций). Возникновению заболевания способствует наличие складчатого (скротального) языка, в глубине складок которого хорошо размножаются грибы рода *Candida*.

Клиническая картина болезни обусловлена слущиванием эпителия, особенно на слизистой оболочке спинки языка, и появлением пленок серовато-белого цвета (последний симптом является непостоянным). Слизистая оболочка языка представляется гладкой, лишенной сосочков, гиперемированной, истонченной. При наличии складок на спинке языка процесс захватывает дно и боковые поверхности складок. Участки десквамации эпителия языка могут отмечаться не по всей поверхности, а в виде отдельных ограниченных полей. Заболевание сопровождается чувством сухости, увеличения языка, жжения, иногда довольно сильной болезненностью.

**Хронический атрофический кандидоз** чаще всего наблюдается у людей, носящих зубные протезы, у детей - от конструкций, используемых в ортодонтологической практике. Неприятные ощущения во рту отмечаются приблизительно у 1/4 людей, носящих зубные протезы, и в большинстве случаев они связаны с развитием кандидозной инфекции. Болеют преимущественно женщины в возрасте старше 65 лет.

Поражение слизистой оболочки имеет ограниченный характер и локализуется в области зубного протеза, на деснах и мягком нёбе. Оно представлено ярко или тускло-красной эритемой слизистой оболочки, четко ограниченной зоной ношения протеза. Эпителий в области гиперемии выглядит атрофичным, блестящим, иногда развивается выраженный отек. При длительном существовании процесса возможно появление вторичных папилломатозных разрастаний.

Субъективные ощущения в области очагов поражения отсутствуют или выражены слабо. Заболевание нередко сочетается с кандидозным интертриго углов рта, что является основной причиной обращения больного к врачу и его отказа от ношения зубного протеза.

Общее состояние больных не изменяется, заболевание не связано с какими-либо процессами, нарушающими иммунный статус организма. При лабораторном

исследовании дрожжеподобные грибы обнаруживают на поверхности зубных протезов, а не на слизистой оболочке.

**Хронический гиперпластический кандидоз (кандидозная лейкоплакия).** Заболевание чаще всего наблюдается у мужчин старше 30 лет. Клинически характеризуется появлением на слизистой оболочке полости рта в области щек и спинке языка плотно спаянных прозрачных или белых бляшек с неровным дном и неправильными краями. Вокруг бляшек выявляется узкий венчик гиперемизированной слизистой оболочки. В отличие от молочницы бляшки хронического гиперпластического кандидоза невозможно снять со слизистой оболочки.

#### ***Дифференциальный диагноз***

*Географический язык (десквамативный глоссит)* характеризуется появлением участков десквамации эпителия нитевидных сосочков, по периферии которых имеется полоса ороговевшего эпителия. Клинически отмечается появление множественных пятен, вначале сероватого, а затем красноватого цвета. Эти пятна отграничены друг от друга желтовато-серыми валиками, состоящими из нитевидных сосочков. Сливаясь, пятна создают на языке рисунок неправильных очертаний, напоминающий географическую карту. Для течения болезни характерна быстрая смена процессов десквамации эпителия на его ороговение то в одних, то в других местах языка. Вследствие этого форма и локализация очагов поражения могут изменяться в течение нескольких дней и даже часов.

*Лейкоплакия* представляет собой ороговение слизистой оболочки рта и красной каймы губ, сопровождающееся воспалением, возникающее, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение и являющееся факультативным предраком. Чаще всего лейкоплакия локализуется на слизистой оболочке щек, преимущественно у углов рта, на нижней губе, реже на языке (на спинке или боковой поверхности). Ороговение слизистой оболочки приводит вначале к изменению цвета ее отдельных участков (от белого до серовато-белого); затем развивается гиперплазия эпителия (лейкоплакия) и, наконец, метаплазия эпителия (рак). Различают следующие клинические формы лейкоплакии: плоскую (простую), веррукозную, эрозивную и эрозивно-язвенную.

Плоская (простая) лейкоплакия характеризуется появлением на слизистой оболочке не возвышающихся над ее уровнем бляшек белого или беловато-серого цвета с четкими границами, неправильной формы.

Веррукозная лейкоплакия часто развивается на фоне имеющейся плоской. Участок поражения выступает над окружающей слизистой оболочкой, имеет интенсивно серовато-белый цвет; при пальпации очага может определяться небольшое уплотнение. Поверхность веррукозной лейкоплакии представляется шероховатой или бугристой (бородавчатой).

Эрозивная, или язвенная, лейкоплакия возникает на фоне простой или веррукозной. Эрозии могут быть единичными или множественными, они чаще всего появляются на участках, которые подвержены термическому или механическому воздействию. Эта форма лейкоплакии обладает наибольшей потенциальной злокачественностью.

*«Волосатая» лейкоплакия слизистой оболочки полости рта* - своеобразное заболевание, которое описано только у больных, инфицированных ВИЧ. Клинически оно представляет собой утолщение слизистой оболочки белого цвета с нечеткими границами. Очаги поражения имеют неровную, сморщенную («гофрированную») поверхность за счет нитевидных разрастаний эпителия слизистой оболочки, которая

как бы покрывается волосками. Наиболее типичным местом локализации является краевая зона языка, реже процесс занимает всю его поверхность и распространяется на слизистую оболочку щек.

*Красный плоский лишай* изредка изолированно поражает слизистую оболочку полости рта. Высыпания располагаются на слизистой оболочке щек, особенно по линии смыкания зубов или на спинке языка. Они представляют собой мелкие, величиной до 2 мм в диаметре, папулы серовато-белого цвета, которые сливаются между собой, образуя своеобразную сетку, линии, дуги, кружевные рисунки. На языке папулы красного плоского лишая образуют сплошные участки, напоминающие лейкоплакию, но они, как правило, сочетаются с наличием сетки на слизистой оболочке щек. Поражение слизистой оболочки полости рта нередко сочетается с высыпаниями красного плоского лишая на красной кайме губ, причем кожа около губ не поражается.

*Папулезный сифилид слизистых оболочек* встречается наиболее часто при вторичном рецидивном сифилисе, особенно у женщин. Сифилитические папулы локализуются преимущественно на языке, в углах рта, на прилегающей части слизистой оболочке губ и щек, реже на небных дужках. В отличие от высыпаний кандидозной инфекции в основе сифилитических папул лежит плотный инфильтрат, за счет чего они возвышаются над уровнем слизистой оболочки, имеют округлую или овальную форму и четкие границы. Наибольшие диагностические трудности представляют начальные стадии папулезного сифилида, когда он не столько изменяет рельеф слизистой оболочки, сколько ее цвет, который представляется серовато-молочным («опаловым»). Папулы имеют мелко-зернистую, бархатистую поверхность, в их периферической зоне отмечается узкий отчетливый венчик фиолетово-красного цвета. Папулы постепенно разрастаются в бляшки, причем центральная их часть остается «опаловой», а периферическая сохраняет фиолетово-красный валик. Эрозивное и изъязвленное поражение папул может наблюдаться в центральной части, периферический красный валик при этом сохраняется. В отделяемом эрозий легко обнаруживаются бледные трепонемы.

**Кандидоз углов рта (дрожжевая заеда, *angulus infectiosus candidamyceticus*)** наблюдается преимущественно у взрослых женщин. Развитию заболевания способствуют глубокие складки углов рта, их мацерация слюной при обильной саливации или при привычке облизывать губы, заболевание зубов (адения, стирание зубов, ношение зубных протезов), снижение высоты прикуса в результате неправильного протезирования и т. п.

Поражаются обычно обе складки в углах рта. Основным местом расположения процесса является переходная складка (комиссура) красной каймы губ, откуда он может распространяться как на прилежащую слизистую оболочку щеки и губы, так и на кожу. В тех случаях, когда поражается только переходная складка красной каймы губ, клинически представлена в виде эрозии или трещины, окруженная воротничком набухшего рогового слоя эпидермиса, перламутрово-белой окраски.

Постепенно участок слизистой оболочки в области очага поражения инфильтрируется, за счет чего трещина углубляется, края ее становятся утолщенными, валикообразными, приподнимаются над уровнем окружающей слизистой оболочки. При раскрывании рта трещина кровоточит, причиняет боль.

При распространении процесса на кожу углов рта вначале появляются гиперемия и отечность участков поражения, на их поверхности возникают чешуйки и тонкие желтовато-бурые корки. Затем клиническая картина приобретает характерные

черты кандидозного интертриго: очаг поражения представляет собой темно-красную эрозию, окруженную белесоватой каемкой набухшего мацерированного рогового слоя эпидермиса.

#### **Дифференциальный диагноз**

*Стрептококковая заеда* представляет собой вариант импетиго, локализующегося в углах рта, где образуются (односторонне или двухсторонне) небольшие эрозии, в центре которых выявляется небольшая трещина. Для стрептококковой заеды не характерна мацерация кожи и слизистой оболочки, но в ее окружности почти постоянно образуется медово-желтые корочки, чего не бывает при кандидозе.

*Сифилитические папулы* отличить от кандидозной заеды очень трудно. Следует иметь в виду, что углы рта являются довольно частым местом локализации папул вторичного периода сифилиса, причем здесь они очень склонны к эрозированию. Сифилитические эрозии образуются вследствие некроза и слущивания эпителия над папулезным инфильтратом, поэтому под ними всегда имеется плотное основание, они четко отграничены от здоровой кожи синюшно-красным валиком этого инфильтрата, а также не имеют бордюра отслоившегося рогового слоя эпидермиса.

*Язвенный туберкулез кожи и слизистой оболочки углов рта* может возникнуть у больных, страдающих тяжелыми открытыми формами туберкулеза легких, вследствие аутоинокуляции туберкулезными палочками, выделяемыми с мокротой. В этом случае образуется язва с фестончатыми, слегка покатыми краями; неровным, покрытым гнойным налетом дном. На дне и вокруг язвы обнаруживаются свежие желтые бугорки (зерна Трела). Язвы очень болезненны.

**Кандидозный хейлит** может развиваться у детей, особенно болеющих диабетом, и у пожилых людей с заболеваниями зубов и челюстей, пользующихся съемными протезами, сопровождающимися снижением высоты прикуса. Заболевание локализуется только на красной кайме губ, чаще нижней, и не переходит на прилегающую слизистую оболочку губ и рта; нередко сочетается с кандидозом углов рта. Хейлит начинается с мацерации и поверхностного шелушения эпидермиса красной каймы губ. Кожа губы становится истонченной, местами напряженной, умеренно отечной. Цвет губы красноватый с серовато-синюшным оттенком, поверхность исчерчена радиарными бороздами. На этом фоне появляется шелушение тонкими сероватыми пленками разной величины, которые в центре представляются как бы приклеенными к губе, а по краям приподняты над ней. В начале заболевания эти пленки легко снимаются, затем плотно прилегают к подлежащим тканям, снимаются с трудом и на их месте обнаруживается кровоточащая эрозия. У некоторых больных губа покрывается болезненными кровоточащими трещинами, кровянистыми корками с эрозиями или грануляциями под ними. Больные отмечают сухость, жжение, чувство стягивания слизистой оболочки губ.

Течение кандидозного хейлита хроническое. Периоды обострения сменяются ремиссиями. При стихании острых воспалительных явлений сохраняются умеренная отечность и незначительное шелушение губы. При длительном хроническом течении болезни губа может увеличиваться в размере, постоянно шелушиться сероватыми чешуйками.

#### **Дифференциальный диагноз**

*Эксфолиативный хейлит* характеризуется появлением на красной кайме губ чешуек или чешуйко-корок, иногда значительных, имеющих серовато-желтый или серовато-коричневый цвет. Эти чешуйки или чешуйко-корки располагаются на губе в



виде ленты от одного угла рта до другого. Часть красной каймы губы, прилежащая к коже, и комиссуры рта остаются непораженными. Чешуйки и корки легко снимаются, причем характерно, что на их месте эрозий не остается. Процесс никогда не распространяется на кожу и на слизистую оболочку.

*Аллергический хейлит* развивается в результате сенсибилизации кожи красной каймы губ к химическим веществам. На месте контакта с аллергеном, обычно на красной кайме губ, иногда и на прилегающей к ней коже появляются резко ограниченная эритема и небольшое шелушение. При очень остром воспалении возможно развитие мелких пузырьков, которые быстро вскрываются с образованием мокнущих поверхностей. При длительном течении болезни красная кайма губ становится сухой, на ней появляются трещины.

*Актинический хейлит* представляет собой хроническое заболевание красной каймы губ, в основе которого лежит развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам. Заболевание развивается в весеннее время года. Под воздействием солнечных лучей красная кайма губ становится ярко-красной, покрывается мелкими серебристо-белыми чешуйками. Поражение захватывает всю красную кайму губ. Важными симптомами является появление на ней участков ороговения или веррукозных разрастаний.

*Экзема губ* проявляется выраженным отеком и воспалительной гиперемией, на фоне которой появляются микровезикулы, быстро вскрывающиеся и сливающиеся между собой, с образованием мокнущих поверхностей, местами покрывающихся корками. При хронической экземе губа утолщается, отмечается выраженное шелушение. Основным дифференциально-диагностическим признаком является появление характерных для экземы микровезикул как на губе, так и на других участках кожи.

*Красный плоский лишай на красной кайме губ* характеризуется появлением мелких, величиной с булавочную головку, узелков, которые, сливаясь, образуют серовато-белую сетку на фоне бляшек фиолетового цвета, которые не распространяются на окружающую кожу. Поражение красной каймы губ редко бывает изолированным, обычно легко обнаруживаются типичные папулы на коже и сетка Уикхема на слизистой оболочке щек.

*Дискоидная и диссеминированная красная волчанка.* При локализации на красной кайме губ появляются слегка инфильтративные, резко ограниченные участки, окрашенные в фиолетово-красный цвет и покрытые небольшим количеством с трудом удаляемых чешуек. Затем, начиная с центральной части, развивается рубцовая атрофия. Очень типичным симптомом является распространение патологического процесса с красной каймы губ на прилегающую к ним кожу.

### **Кандидоз наружных половых органов**

**Кандидозный вульвовагинит.** Грибы рода *Candida* обнаруживают у 8 -12% здоровых женщин (кандидоносительство). Основным источником обсеменения наружных половых органов у женщин является аутоинфекция, чаще всего из кишечника, либо с пораженных кандидозом рук (интертриго, паронихии, онихии), реже - заражение от половых партнеров.

Клинически вульвовагинит характеризуется чувством зуда и жжения наружных половых органов, резко усиливающимся в предменструальном периоде и ослабевающим или полностью исчезающим в менструальном и постменструальном периоде. Вторым симптомом являются выделения из влагалища (лейкорей, бели),

которые могут быть различными как по количеству, так и по качеству. При хроническом течении вульвовагинита они могут отсутствовать. Особенностью выделений при кандидозном вульвовагините является их беловатый, кремовый или сливкообразный внешний вид с наличием творожистых пленчатых комочков. В выделениях грибы рода *Candida* могут отсутствовать, но на стенках влагалища определяются в большом количестве.

Воспалительные явления могут ограничиваться наружными половыми органами (вульвит) или влагалищем (вагинит), но чаще наблюдается их сочетанное поражение (вульвовагинит). Могут также поражаться слизистая оболочка уретры, мочевого пузыря, канала шейки матки.

При осмотре выявляются воспалительные изменения слизистой оболочки наружных половых органов и влагалища, выраженные в разной степени. Слизистые оболочки гиперемированы, отечны, сухие, иногда разрыхленные, зернистые. На них в области малых половых губ, клитора, преддверья влагалища отмечаются мелкие тонкостенные пузырьки, которые вскрываясь, образуют точечные или сливающиеся между собой эрозии с полициклическими краями, ограниченными бордюром из отслоившегося поверхностного слоя эпителия. Между малыми половыми губами могут быть белые крошковатые творожистые пленки, легко удаляемые тампоном.

Слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки диффузно гиперемирована, отечна, сухая. Складки слизистой оболочки влагалища утолщены, в их глубине отмечаются обильные крошковидные творожистые, легко удаляемые пленки. Могут встречаться поверхностные точечные эрозии ярко-красного цвета.

При хроническом течении кандидозного вульвовагинита воспалительные явления выражены слабее, количество выделений из влагалища уменьшается или они прекращаются, зуд беспокоит больных меньше.

**Кандидозный баланит и баланопостит** наблюдаются редко. Нормальная кожа головки полового члена и крайней плоти является неблагоприятной средой для существования грибов рода *Candida* и успешно противостоит их внедрению. Значительно реже кандидоз полового члена возникает в результате аутоинфицирования путем распространения инфекции из расположенных рядом очагов кандидоза кожи или заносом инфекции загрязненными руками, одеждой или постельным бельем. Учитывая, однако, что половой путь передачи кандидозной инфекции является основным, кандидозный баланит и баланопостит в настоящее время относят к группе заболеваний, передаваемых половым путем.

Основным предрасполагающим фактором, способствующим развитию кандидозного баланита и баланопостита, является сахарный диабет. Возникновению кандидозного баланопостита способствуют также удлиненная крайняя плоть и фимоз. Наблюдаемые в этих случаях скопление и разложение смегмы в препуциальном мешке и мацерация рогового слоя способствуют развитию кандидозной инфекции. Известно, что у мужчин с обрезанной крайней плотью кандидозный баланит практически не встречается.

Клиническая картина кандидозного баланита и баланопостита весьма переменчива. В легких случаях на головке полового члена и крайней плоти через несколько часов после полового сношения появляются умеренная гиперемия, чувство раздражения и жжения кожи, которые быстро проходят. Полагают, что эти симптомы являются проявлением гиперчувствительности к грибам рода *Candida*. Иногда на коже головки и крайней плоти появляются мелкие папулы, трансформирующиеся в поверхностные пустулы и пузырьки, по вскрытии которых возникают склонные к

слиянию эрозии, окаймленные воротничком отслаивающегося рогового слоя. На этих эрозиях могут появляться беловатые, творожистого вида налеты типа молочницы. В одних случаях эти эрозии быстро разрешаются и рецидивируют после очередных половых контактов, в других - роговой слой в очагах гиперемии мацерируется, становится белым и по его отторжении образуются стойкие эрозии. Эти эрозии имеют влажную блестящую поверхность. Процесс может распространяться на кожу мошонки и паховых складок.

У больных, страдающих диабетом и нарушениями иммунного статуса, кандидозный баланит и баланопостит могут приобретать тяжелое течение со стойким отеком кожи, появлением язв.

Очаги поражения на крайней плоти характеризуются возникновением белесоватых псевдомембранозных налетов. Крайняя плоть инфильтрируется, на ней появляются болезненные трещины, обнажение головки полового члена затрудняется. При длительном течении баланопостита может произойти сужение крайней плоти с образованием стойкого приобретенного фимоза. Возможно развитие бородавчатых разрастаний, вегетирующих язв, гранулематозного кандидоза. Хронический длительно протекающий кандидозный баланопостит является факультативным предраковым состоянием.

#### ***Дифференциальный диагноз***

*Травматическая эрозия* имеет линейную форму с мягким основанием, сопровождается островоспалительными явлениями, болезненна, быстро заживает при использовании индифферентных средств. Помогают анамнестические данные.

*Баланит и баланопостит простой* чаще всего возникают у неопрятных людей. Развитию заболеваний способствуют повышенная влажность и раздражение кожи обильно образующейся и разлагающейся смегмой. Кроме того, причиной баланита (баланопостита) могут быть гонорея, твердый и мягкий шанкры, мокнущие папулы, постоянное раздражение кожи гнойным отделяемым. Баланопостит характеризуется покраснением и отеком кожи головки члена и крайней плоти, на фоне которых появляются многочисленные эрозии неправильных очертаний, разной величины, красного цвета, с гнойным отделяемым. Субъективно больных беспокоят зуд, жжение и легкая болезненность. При назначении наружного дезинфицирующего лечения и соблюдения гигиенического режима воспалительные явления быстро стихают, эрозии эпителизируются.

*Генитальный пузырьковый лишай* может вызывать дифференциально-диагностические затруднения с кандидозным баланопоститом в случаях хронического рецидивирующего течения. Герпес характеризуется образованием мелких скученных пузырьков. Образующиеся после вскрытия пузырьков эрозии имеют неровные фестончатые края, чистое дно и обильное серозное отделяемое. Кожа вокруг эрозий отечна и гиперемирована. Больные ощущают чувство жжения и зуда в очагах поражения, иногда довольно сильные. Спонтанная ремиссия герпетических эрозий происходит через 1-2 нед, однако нередки рецидивы, которые могут возникать после половых сношений.

*Гонококковые и трихомонадные язвы* встречаются редко, преимущественно у лиц, болеющих гонореей и трихомониазом. Они характеризуются островоспалительными явлениями, имеют неправильные, чаще полициклические очертания, местами сливаются в обширные участки. Дно эрозий или язв ярко-красное, с обильным отделяемым, в котором обнаруживаются соответствующие

возбудители. В окружности эрозий или язв кожа отечна и гиперемирована, пальпация болезненна.

*Красный плоский лишай головки полового члена* сравнительно часто поражает кожу головки и ствола полового члена, причем высыпание папул, как правило, отмечается и на других участках тела, особенно на слизистой оболочке полости рта. Заболевание характеризуется появлением поверхностных, плоских, полигональной формы папул фиолетово-розового цвета. В центре некоторых папул выявляется пупковидное вдавление. Возможен периферический рост и слияние папул в небольшие бляшки. На этих бляшках имеется своеобразный серовато-белый сетчатый рисунок, особенно четко выделяющийся на лиловато-розовом фоне после смазывания папул растительным маслом (сетка Уикхема). На половом члене красный плоский лишай чаще всего протекает в кольцевидной форме. Отдельные папулы или бляшки, разрастаясь периферически и подвергаясь разрешению в центре, образуют кольца, центральная часть которых окрашена в коричневый цвет. Кольцевидные фигуры могут возникать и за счет слияния отдельных папул.

*Псориаз* головки полового члена редко бывает изолированным и характеризуется появлением типичных плоских красного цвета псориатических папул, покрывающихся серебристо-белыми чешуйками. Диагноз устанавливается на основании обнаружения псориатических папул на других участках тела и положительной псориатической триады при послойном поскабливании высыпаний.

*Язвенный туберкулез полового члена* наблюдается у больных, страдающих тяжелыми формами туберкулеза мочеполовой системы, и возникает вследствие поражения кожи туберкулезными микобактериями, выделяемыми с мочой. Язвы имеют неровные, фестончатые, слегка подрывные края. Дно их неровное, покрыто слизисто-гнойными распадающимися массами, легко кровоточит; на дне и вокруг язвы обнаруживаются свежие мелкие бугорки, частично изъязвляющиеся. Язвы резко болезненны, заживают очень медленно.

*Фиксированная токсидермия* развивается в результате приема различных медикаментов (сульфаниламидов, салицилатов, барбитуратов и др.). Через несколько часов после приема препарата в области половых органов появляются розовые пятна различной величины, постепенно приобретающие фиолетовую окраску в центре, а по исчезновении (через 5—7 дней) оставляющие после себя стойкую пигментацию. На половых органах на фоне пятен часто образуются пузыри, вскрывающиеся с образованием эрозий. Высыпания сопровождаются зудом и жжением. При каждом повторном приеме препарата процесс рецидивирует на прежнем месте, все более усиливая пигментацию. В дифференциальной диагностике следует иметь в виду также аллергические дерматиты, возникающие на различные химические вещества, используемые половыми партнерами для лечения заболеваний половых органов или в качестве противозачаточных средств.

*Эритроплазия Кейра* - интраэпителиальный плоскоклеточный рак кожи головки полового члена и препуциального мешка. Возникает у мужчин, как правило, старше 40 лет. Представляет собой невоспалительное пятно или бляшку с четкими овальными или неправильной формы краями. Цвет пятна ярко-красный, поверхность бархатистая или мелкозернистая. Заболевание протекает крайне медленно, очаг постепенно инфильтрируется и без лечения обязательно трансформируется в инвазивный плоскоклеточный рак.

### **Поражения кожи при системном (диссеминированном) кандидозе**

Системный кандидоз возникает у больных с выраженным нарушением иммунной системы организма, как правило, со вторичными иммунодефицитами, сопровождающимися резким угнетением клеточного звена иммунитета. Основными причинами этих иммунодефицитов являются: злокачественные опухоли, особенно кроветворной системы; массивная и длительная терапия цитостатиками, иммунодепрессантами, антибиотиками широкого спектра действия.

Распространение кандидозной инфекции происходит гематогенным путем, либо из эндогенных очагов кандидоза во внутренних органах, либо при заражении во время различных манипуляций: перфузии лекарственных средств, особенно в условиях использования постоянных катетеров, зондирования полостей сердца, протезирования клапанов сердца, использования аппаратов искусственного кровообращения, оперативных вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта и т. п.

Этиологическим агентом системного кандидоза чаще всего бывает *C. albicans*, реже *C. tropicalis*, *C. kefyr*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* и др.

Системный кандидоз характеризуется поражением многих органов, кожа вовлекается в процесс только в 10 -13% случаев. Кожные высыпания у больных системным кандидозом обычно появляются на фоне приступа лихорадки, которая не поддается терапии антибиотиками. Высыпания могут быть единичными или множественными, локализованными или диссеминированными. Они представляют собой поверхностные или глубокие папулы диаметром 0,5 - 1 см., расположенные на эритематозном фоне. Центральная часть папул обычно более бледная. Многие папулы быстро становятся геморрагическими или подвергаются некрозу, особенно при тромбоцитопении. Папулы чаще всего локализуются на туловище и конечностях, их появление сочетается с мышечными болями и поражением глаз (снижение остроты зрения, конъюнктивиты, иридоциклиты и др.). В гистологических препаратах биопсированных мышц обнаруживают грибы рода *Candida*.

Изредка поражения кожи при системном кандидозе осложняются вторичной инфекцией, например *Pseudomonas aeruginosa*, и могут приобретать клиническую картину гангренозной пиодермии.

**Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз (кандида-гранулема)** развивается у лиц с иммунодефицитным состоянием и эндокринопатиями. Заболевание обычно начинается у детей в период новорожденности и характеризуется вначале кандидозным поражением слизистых оболочек полости рта и кожи (молочница и «пеленочный кандидоз»). Постепенно появляются другие изменения: кандидозная заеда с глубокими трещинами в углах рта, вульвовагиниты, кандидозы гладкой кожи.

Характерными симптомами являются кандидозные паронихии и онихии всех пальцев рук и ног; выраженная отечность и инфильтрация ногтевых лож и валиков, резкое утолщение и деформация ногтевых пластинок, вследствие чего концевые фаланги пальцев приобретают сходство с «барабанными палочками». Неблагоприятным симптомом является кандидозное поражение глотки и гортани. Дети, страдающие этим кандидозом, в первые полгода жизни склонны к появлению различных инфекционных заболеваний (пневмонии, кишечных инфекций, острых респираторных болезней, множественных абсцессов, флегмон, пупочного сепсиса и др.). По этому поводу им часто, нередко длительно, назначают различные антибиотики, что, возможно, является непосредственным поводом развития

кандидоза. У некоторых больных после 6 мес. жизни клиническая картина кандидозных высыпаний меняется. На лице (особенно в области губ и бровей), волосистой части головы, дистальных отделах конечностей, реже на туловище появляются эритематосквамозные высыпания с резкими полициклическими краями. Постепенно они инфильтрируются, покрываются плотными с трудом отделяемыми корками. По снятии корок выявляется гранулирующая, легко кровоточащая поверхность. Клиническая картина высыпаний в этот период имеет сходство с хронической пиодермией. В области некоторых очагов поражения, особенно на лице и волосистой части головы, появляются массивные, плотные гиперкератотические наслоения, резко выступающие над уровнем кожи в виде «рогов». Кандидозные высыпания на волосистой части головы могут приобретать сходство с фавусом и заканчиваться образованием рубцовой алопеции. У некоторых больных на коже туловища появляются неспецифичные для кандидоза высыпания в виде неправильной формы эритем и гиперпигментаций с шелушением.

Характерно раннее развитие кандидозного кариеса, что приводит к быстрому и полному разрушению всех зубов.

В чешуйках из кожных поражений, соскобах со слизистой оболочки полости рта, половых органов, ногтевых пластинок, обломков разрушенных зубов, а также в моче, кале обнаруживаются дрожжеподобные грибы. Культуральное исследование чаще всего выявляет рост *C. albicans*, реже - *C. tropicalis* и других видов дрожжеподобных грибов.

Заболевание имеет длительное, упорное, рецидивирующее течение с обострениями и ремиссиями. Причиной обострений являются интеркуррентные инфекционные заболевания, травмы, нерациональная медикаментозная терапия, особенно антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидными гормонами.

#### **Аллергические реакции при кандидозе**

Грибы рода *Candida* являются полноценными антигенами и при длительном существовании кандидозной инфекции на коже, слизистых оболочках или во внутренних органах могут сенсибилизировать организм больного человека самостоятельно или участвовать в формировании и поддерживать аллергические реакции наряду с другими алергизирующими факторами.

Наиболее частыми проявлениями кандидозной аллергии является локализованный и генерализованный зуд кожи и вторичные аллергические высыпания на коже - кандиды, левуриды (франц. - *levures* - дрожжи).

Вторичные аллергические высыпания на коже при кандидозе представляют собой диссеминированные, реже ограниченные неспецифические изменения, возникающие у больных, длительно страдающих поверхностным кандидозом кожи или слизистых оболочек, возможно, висцеральным кандидозом. Особенностью вторичных аллергических сыпей является отсутствие возбудителя в очагах поражения. Непосредственной причиной вторичных аллергических высыпаний является нерациональное наружное лечение очагов кандидозной инфекции, раздражение кожи при мытье, работе и т. п. Возможно, определенную роль в их развитии играют общие заболевания (диабет, гипотиреоз, заболевания внутренних органов, вторичные иммунодефицита). Появление аллергических высыпаний обычно сопровождается положительными внутрикожными, серологическими и иммунологическими тестами с кандидозными антигенами.

Кожная сыпь возникает внезапно, обычно без нарушений общего состояния больного, лишь у некоторых больных наблюдаются озноб и повышение температуры

тела. Эта сыпь обычно существует недолго и хорошо поддается наружной индифферентной терапии. Лишь некоторые формы кандидозов характеризуются более тяжелым и упорным течением, чем основное грибковое заболевание, и могут существовать даже после излечения кандидоза. Локализация высыпаний самая разнообразная: туловище, конечности, внутренняя поверхность бедер, складки, ладони и подошвы, волосистая часть головы. Они могут быть пятнистыми, эритематосквамозными, везикулезными, папулезными и т. п.

Лечение аллергических реакций при кандидозе проводится так же, как микидов, обусловленных дерматофитами.

### **Диагностика кандидозов**

В связи с многообразием клинических проявлений диагностика кандидоза только на основании клинической картины затруднена. В этом случае проводят:

- 1) микроскопическое исследование патологического материала;
- 2) количественное определение степени обсемененности пораженных тканей грибами;
- 3) идентификацию полученных культур;
- 4) внутрикожную аллергическую пробу с антигеном *Candida*;
- 5) серологические реакции;
- 6) ПЦР диагностика;
- 7) гистологические исследования;
- 8) биологические исследования (эксперимент на животных).

Материалом для исследования служат обрывки мацерированного эпидермиса, бордюрчик отслаивающего рогового слоя, окружающий эрозию, покрышки пузырьков и пустул, чешуйки с шелушащихся пятен и папул, чешуйки с заднего края ногтевого валика, соскоб с пораженных частей ногтевой пластинки, капли гноя из-под ногтевого валика, также соскобы или смывы со слизистых оболочек, влагалищные выделения с задней и боковых стенок влагалища.

### ***Микроскопическая диагностика***

Собранный материал либо требуют просветления в щелочи, либо сразу же используется для микроскопии мазков (неокрашенных или окрашенных по Граму). Просветление в 10% КОН может потребоваться перед микроскопией корок и пленок. Характерным является наличие скопления дрожжевых, почкующихся клеток в виде кучек или так называемых виноградных гроздьев или тутовых ягод. Дрожжевые клетки имеют круглую, овальную или грушевидную форму. Наряду с клетками, часто можно обнаружить тонкие, нежные, большей частью извитые нити псевдомицелия, образованные бластоспорами. Встречаются, однако, и длинные, а также более грубые нити (при кандидозе слизистых оболочек рта и влагалища). Положительный результат свидетельствует о кандидозной колонизации и подтверждает диагноз только при наличии клинических проявлений. Считается, что положительные результаты микроскопии соответствуют превышению содержанию грибов в материале  $1 \times 10^3$  КОЕ/мл (при исследовании смывов).

### ***Культуральная диагностика***

Для получения культур дрожжеподобных грибов применяются: среда Сабуро, сусло, мясо-пептонный глюкозный агар и бульон, а также морковь и картофель как таковые или в виде отваров. Добавление пенициллина и стрептомицина в количестве 100 ЕД на 1 мл питательной среды оказывается полезным для получения чистых

культур. Посевы выдерживают при 30–35°C в термостате в течение 15 дней, начало роста наблюдается обычно через 2–3 дня.

Грибы рода *Candida* образуют на среде Сабуро колонии в основном двух типов:

1. Плотные, кожистые, узорчатые или морщинистые колонии, иногда радиарно исчерченные или с гладким центром и лучистыми, неровными краями, белого или слегка желтоватого цвета. Колонии быстро прорастают питательную среду в связи с образованием мицелиальных элементов уже с первых дней роста.
2. Сметанообразные, гладкие, блестящие колонии серовато-белого цвета, с ровными, как бы обрезанными краями. Лучистый рост в толщу среды появляется лишь на 10–25 дни.

**Внутрикожные пробы** проводят с полисахаридным антигеном различных видов грибов (*Candida albicans*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis*). Реакцию учитывают через 24 - 48 ч. после проведения пробы. Внутрикожные пробы считают более специфичными при хроническом течении кандидоза.

**Серологические реакции.** Реакция агглютинации при кандидозах считают истинно положительной при разведении сыворотки более высоком, чем 1:100. Реакция связывания комплимента (РСК) с полисахаридными антигенами менее чувствительна, но более специфична по сравнению с реакцией агглютинации. При относительно небольших очагах поражения РСК почти всегда отрицательна.

#### **Метод ПЦР**

ПЦР – амплификация специфических ДНК, с использованием видоспецифических ДНК-зондов и олигонуклеотидных праймеров. Высокая чувствительность тест-систем позволяет выявлять возбудителей микозов в количестве, не менее 10–100 клеток на 100 мкл исследуемого материала.

#### **Лечение**

Лечение кандидозов должно быть комплексным: этиотропным, патогенетически обоснованным и симптоматическим. При его проведении следует учитывать клиническую форму заболевания, локализацию, остроту и распространенность процесса.

#### **Лечение отдельных клинических форм**

**Кандидозное интертриго** - терапия проводится в основном наружными средствами, в упорных случаях рекомендуются антикандидозные препараты общего действия. В остром периоде при наличии выраженной отежности кожи, эрозий, мокнутия назначают водные растворы противовоспалительных и дезинфицирующих средств, в виде примочек и влажно-высыхающих повязок:

- Жидкость Алибура (меди сульфата — 0,1 г, цинка сульфата — 0,4 г, спирта камфорного — 3 мл, воды дистиллированной — 300 мл);
- 2% раствор резорцина;
- 0,25% раствор азотнокислого серебра;
- раствор этакридина лактата 1:1000.

После снятия острых воспалительных явлений применяются вначале водные, а затем спиртовые растворы анилиновых красителей:

- 2% раствор метиленового синего, местно 2–3 раза в день;
- раствор генцианвиолета, местно 2–3 раза в день;
- раствор «Фукорцин» (кислоты борной 0,8 части, фенола чистого 3,9 части, резорцина 7,8 части, ацетона 4,9 части, спирта этилового 95% 9,6 части, воды дистиллированной до 100 частей), местно 2–3 раза в день 3–5 дней.



Заканчивается лечение назначением противокандидозных средств - вначале лучше использовать комбинированные препараты:

- «Тридерм» (Бетаметазон/клотримазол/гентамицин) местно 2 раза в день 7 дней;
- «Травокорт» (Изоконазол/дифлюкортолон) местно 2 раза в день 7 дней;
- «Пимафукорт» (Натамицин/неомицин/гидрокортизон) местно 2 раза в день 7 дней;
- «Скиназол» (Кетоконазол/клобетазол/неомицин) местно 2 раза в день 7 дней.

Затем используют фунгистатические и фунгицидные средства (2-3 недели):

- Клотримазол, мазь, крем, местно 2 раза в день или
- Кетоконазол, мазь, крем, местно 1-2 раза в день или
- Эконазол, крем, местно 2 раза в день или
- Нафтифин, крем, раствор, местно 2 раза в день или
- Нистатин, мазь, местно 2 раза в день или
- Леворин, мазь, местно 2 раза в день.

Очень важным мероприятием является постоянное высушивание складок, для чего используют марлевые прокладки. После излечения для профилактики рецидивов рекомендуют длительное обтирание кожи складок дезинфицирующими растворами (1-2% салициловым или резорциновым спиртом), а также использование фунгицидных и подкисляющих кожную поверхность пудр (амиказол, циклопирокс, эконазол, 10% борную).

В упорных случаях рекомендуют применять фонофорез нистатиновой или левориновой мази, а также прием системных антимикотических средств:

- Итраконазол 100 мг, по 1 табл 2 раза в день в течение 7 дней, затем по 1 табл 1 раз в день в течение 1- 2 нед или
- Тербинафин 250мг, по 1 табл 1 раз в день в течение 2-4 нед или
- Кетоконазол 200 мг, по 1 табл 1 раз в день в течение 2-4 нед.
- Флуконазол 150 мг, по 1 капсуле 1 раз в неделю в течение 4-6 нед.

**Кандидозное интертриго грудных детей.** Мацерацию и мокнутие кожи ликвидируют назначением примочек с 2% водным раствором танина с последующим нанесением цинковой пасты или мази «Дактозин» (миконазола нитрат/окись цинка). Весьма эффективны в этих случаях у новорожденных детей примочки с 1 % водным раствором менадиона натрия бисульфита с последующим смазыванием очагов поражения цинковой пастой с 10 % раствором менадиона натрия бисульфита. При кандидозах складок у детей нужно также использовать 1-2% водные растворы анилиновых красителей с последующим смазыванием мазями: нистатиновой (1 г основы содержит 100000 ЕД нистатина) или левориновой (500000 ЕД на 1 г основы), либо микогептиновой (15 мг на 1 г основы).

**Кандидоз гладкой кожи вне складок** и его варианты (кандидоз волосистой части головы, грудных сосков, ладоней и кандидозный фолликулит). У взрослых используют противокандидозные растворы и мази (так же как при интертриго). У детей эффективны смазывание очагов поражения 1 - 2% спиртовыми растворами анилиновых красителей, а также противокандидозные мази (нистатиновая, левориновая), кремы и растворы клотримазола, микозолон (Мазипредон/Миконазол), декаминовая мазь и др.

**Кандидозные онихии и паронихии.** Трудно поддаются лечению. Показаны горячие ванночки с разведенной в 2 - 3 раза жидкостью Алибура (меди сульфата — 0,1 г, цинка сульфата — 0,4 г, спирта камфорного — 3 мл, воды дистиллированной — 300 мл), 3% раствором борной кислоты, длительное смазывание пораженных ногтей и

ногтевых валиков 2% спиртовым раствором генцианвиолета, или 70% спиртовым раствором тимола (1%) и резорцина (5%). Рекомендуют также смазывания раствором Люголя (Йод 1,0; Калия йодид 2,0; Вода дистиллированная до 100,0), электрофорез цинком.

А. М. Ариевич (1965) рекомендует для лечения больных онихиями пирогалловый пластырь (пирогаллола 20 г, спирта 95 мл, свинцового пластыря 45 г, ланолина 15 г, воска пчелиного 5 г), который наносят после удаления пораженной ногтевой пластинки при помощи мочевиного пластыря (мочевины 20 г, горячей воды 10 мл, свинцового пластыря 45 г, ланолина 20 г, воска пчелиного 5 г).

После удаления инфицированных участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют одно из противогрибковых лекарственных средств:

- Клотримазол, крем, местно 2 раза в сутки до отрастания здоровых ногтей или
- Кетоконазол, крем, местно 2 раза в сутки до отрастания здоровых ногтей или
- Нафтифин, крем или раствор, местно 2 раза в сутки до отрастания здоровых ногтей или
- Тербинафин, крем, местно 2 раза в сутки до отрастания здоровых ногтей или
- Циплопирокс, крем или раствор, местно 2 раза в сутки до отрастания здоровых ногтей.

При тотальном и множественном поражении ногтей наряду с системными антимикотиками используют:

- Аморолфин, 5% лак, местно 1-2 раза в неделю в течение 6-8 месяцев (при поражении ногтей на кистях) и 9-12 месяцев (при поражении ногтей на стопах) или
- Циклопирокс, 8% лак, местно через день в течение 1-го месяца, 2 раза в неделю в течение 2-го месяца, 1 раз в неделю в течение 3-го месяца и далее до отрастания здоровых ногтей (но не менее 6 месяцев).

Рекомендуют также электрофорез натриевой соли нистатина или леворина с наложением на валик ногтя сразу после сеанса компресса с амфотерициновой мазью.

При не поддающихся лечению заболеваниях удаляют ногти и назначают системное противокандидозное лечение:

- Флуконазол 150 мг по 1 капс в неделю в течение 4-6 мес или
- Итраконазол 100 мг по 2 табл 2 р/сут 7 дней, повторный курс через 3 недели (3 курса) или
- Тербинафин 250 мг по 1 табл в день после еды в течение 3-6 мес.

**Кандидоз слизистой оболочки полости рта.** Основным принципом является устранение местных (непосредственно в полости рта) и общих предрасполагающих факторов и назначение антикандидозных средств. Следует иметь в виду, что у некоторых больных, особенно у детей, в свежих остро возникающих случаях нередко наступает самопроизвольное излечение.

Основным профилактическим мероприятием у новорожденных и грудных детей является очищение полости рта ребенка после каждого кормления от остатков пищи 2-3 глотками воды. При молочнице после этого слизистую оболочку (после каждого кормления) следует смазывать 1-2% водным раствором анилиновых красителей. Можно также использовать 10% раствор буры в глицерине, 1% водный раствор перекиси водорода, 5% водный раствор нистатина или леворина: 5-6 раз в день в промежутках между кормлениями ребенка. У детей не рекомендуется использование спиртовых растворов анилиновых красителей. Для лечения

кандидозных заед рекомендуют, кроме анилиновых красителей, использовать смазывание очагов поражения 3 - 5% раствором нитрата серебра.

У взрослых лечение следует начинать с санации полости рта: терапия зубов и альвеолярной пиореи, коррекция зубных протезов, удаление металлических конструкций и т. п. Важную роль играет туалет полости рта, особенно у пожилых и ослабленных людей; больных, получающих лечение антибиотиками широкого спектра действия, глюкокортикостероидные гормоны и цитостатики. При возникновении кандидоза показаны полоскания полости рта 2% раствором натрия гидрокарбоната, 1% раствором борной кислоты; смазывание слизистой оболочки 1-2% водными растворами анилиновых красителей, 10 - 20% раствором буры в глицерине, 0,25% раствором азотнокислого серебра, раствором Люголя (Йод 1,0; Калия йодид 2,0; Вода дистиллированная до 100,0), 5% раствором меди сульфата, 0,5 % раствором резорцина. Использование различных растворов следует чередовать. Наряду с этим рекомендуется назначение больным современных антикандидозных средств в специальных формах для лечения кандидоза слизистых оболочек полости рта: мазь амфотерицина В, карамели декамина, раствор и защечные таблетки леворина, нистатиновую мазь, суспензию натамицина и др. По показаниям и в тяжелых случаях назначается общее лечение назначением внутрь флуконазола, леворина, нистатина, кетоконазола, тербинафина, итраконазола, микогептина.

Эффективность терапии следует периодически контролировать микологическими исследованиями смывов со слизистой оболочки рта.

**Кандидозный вульвовагинит.** При кандидозном вульвовагините рекомендовано применение одного из следующих препаратов:

- Клотримазол 1 % крем 5 г/сут в течение 7–14 дней, вагинальная таблетка 100 мг (1 таблетка в сутки в течение 7 дней или 2 таблетки в сутки в течение 3 дней), вагинальная таблетка 500 мг – однократно;
- Натамицин («Пимафуцин») 100 мг, вагинальные свечи, интравагинально 3-6 дней;
- Бутоконазол нитрат («Гинофорт») 2% крем, интравагинально однократно;
- Миконазол 2 % крем 5 г/сут в течение 7 дней, вагинальные суппозитории 100 мг (1 суппозиторий в сутки в течение 7 дней), вагинальная капсула 200 мг (1 капсула в сутки в течение 3 дней);
- Нистатин вагинальная таблетка 100 000 ЕД в сутки в течение 14 дней;
- Флуконазол 150 мг перорально однократно.

Лечение беременных: рекомендовано местное применение препаратов азолового ряда (клотримазол) в течение 1 недели.

При рецидивирующем кандидозном вульвовагините вначале применяют местные средства в течение 10–14 дней или флуконазол 150 мг перорально с повторным назначением через 3 дня.

Затем проводят поддерживающую антимикотическую терапию:

- Кетоконазол 100 мг/сут перорально, или
- Итраконазол 100 мг/сут либо 400 мг 1 раз в месяц перорально, или
- Флуконазол 150 мг в неделю перорально, или
- Клотримазол (вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в неделю).

Длительность лечения 6 месяцев. Пациентки, получающие длительное лечение кетоконазолом, должны быть обследованы для исключения гепатотоксических побочных эффектов.

**Кандидозный баланит и баланопостит.** Лечение должно обязательно включать в себя туалет головки и препуциального мешка с целью удаления смегмы, гноя, налетов. Назначают ванночки из противовоспалительных и дезинфицирующих растворов (раствор калия перманганата 1:5000, 1% раствор борной кислоты и др.) 1 раз в день. Затем головку и внутреннюю поверхность крайней плоти смазывают 0,1% раствором генцианвиолета (не следует пользоваться большими концентрациями и назначать долго из-за опасности возникновения генцианвиолетового некроза). Для профилактики мацерации кожи за внутреннюю поверхность крайней плоти следует закладывать тонкую полоску марли, которую необходимо менять ежедневно.

Рекомендовано применение одного из следующих препаратов:

- Клотримазол 1% крем 2 р/сут;
- Миконазол 1% крем 2 р/сут.

Препараты применяют до исчезновения симптомов.

Альтернативные схемы лечения:

- Флуконазол 150 мг однократно при отсутствии эффекта от применения местных средств;
- Нистатин мазь 100 000 ЕД 2 р/сут при непереносимости имидазолов.

Во всех случаях кандидозного вульвовагинита и баланопостита целесообразно обследование и лечение половых партнеров больных.

**Системный и хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек.** Лечение представляет собой трудную задачу и должно проводиться в специализированных микологических лечебных учреждениях. В качестве этиотропных средств используют антикандидозные препараты общего действия (амфотерицин В, амфоглюкамин, кетоконазол, итраконазол, флуконазол, микогептин). При тяжелых состояниях или при выделении грибов, резистентных к флуконазолу, альтернативой амфотерицину В может быть липосомальная форма амфотерицина В или новые антимиотики - вориконазол и каспофунгин. Каспофунгин применяется только внутривенно, 70 мг в первый день с последующей поддерживающей дозой по 50 мг ежедневно. Вориконазол назначается внутривенно в первый день 6 мг/кг каждые 12 часов, в последующие дни – 4 мг/кг каждые 12 часов; пероральное применение составляет при массе тела больного более 40 кг – 400 мг каждые 12 часов в первые сутки, далее – по 200 мг каждые 12 часов, при массе тела менее 40 кг дозирование уменьшается в 2 раза. Помимо этиотропной, показана также патогенетическая, общеукрепляющая, симптоматическая терапия.

**Профилактические мероприятия в отношении кандидозной инфекции** должны включать в себя своевременное и полноценное лечение больных (грудных детей и лиц с тяжелыми распространенными формами кандидоза следует изолировать), ликвидацию путей передачи инфекции и устранение факторов, способствующих возникновению и распространению кандидозов. Необходимо учитывать возможность передачи кандидозной инфекции от больных через руки или различные предметы. Поэтому белье и различные предметы больных кандидозом целесообразно обеззараживать с помощью высокотемпературных методов или формалиновой дезинфекцией. Необходим постоянный санитарно-гигиенический контроль за состоянием детских учреждений, гигиеническим режимом больных, пищевым рационом, а также за чистотой бань, плавательных бассейнов; за полноценным обследованием работников пищевых и медицинских учреждений. Важное значение имеют профилактическая работа и контроль за соблюдением

техники безопасности на соответствующих производствах, где наблюдаются вспышки кандидозных заболеваний.

Особую роль играет профилактика кандидозов у новорожденных. Беременных женщин необходимо подвергать не только осмотру, но и тщательному микологическому (бактериологическому) обследованию. Для микологического и бактериологического обследования берут слизь из влагалища и носа. При наличии очагов кандидозной инфекции или кандидоносительства нужно применять соответствующее лечение. С целью предупреждения у этих женщин реинфекции кандидоза необходимо микологическое обследование, а при показаниях - лечение их половых партнеров.

Детям первых дней жизни, матери которых страдают кандидоносительством, а также недоношенным, родившимся при преждевременном разрыве плодного пузыря, следует проводить профилактическую обработку слизистой оболочки полости рта нистатином. Необходимы изоляция детей, больных кандидозом, пеленание их в индивидуальных кроватках, тщательное мытье и дезинфекция рук персонала перед кормлением и туалетом каждого ребенка. Медицинский персонал родильных домов и отделений для недоношенных детей должен подвергаться постоянным осмотрам. В детских палатах необходимо строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима.

Профилактика кандидозов должна включать в себя мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости организма человека в отношении инфекции: укрепление здоровья и закаливание организма, правильный режим питания и гигиенический уход за кожей и слизистыми оболочками, санация зубов, устранение чрезмерной влажности и мацерации кожи, рациональное использование антибиотиков, глюкокортикостероидных гормонов, иммуносупрессантов. Необходима санитарно-просветительная работа, особенно среди людей повышенного риска (беременных женщин, медицинских работников, парикмахеров, работников предприятий, выпускающих биологические препараты и т. п.).

### Тесты для самоконтроля

1. Антибиотики, используемые при лечении кандидоза:
  - а) Левомецетин.
  - б) Ципрофлоксацин.
  - в) Эритромицин.
  - г) Нистатин.
  - д) Леворин.
2. Грибы рода *Candida* впервые описал:
  - а) Казенав.
  - б) Рейе.
  - в) Полотебнов.
  - г) Лангенбек.
  - д) Провачек.
3. Основным возбудителем кандидоза у человека является:
  - а) *C. tropicalis*.
  - б) *C. guilliermondii*.
  - в) *C. kefyr*.

- г) *C. krusei*.
  - д) *C. albicans*.
4. Предрасполагающие экзогенные факторы развития кандидоза, кроме:
- а) Повышение влажности и температуры, приводящие к мацерации кожных покровов.
  - б) Нерациональное применение антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, в том числе их местное применение.
  - в) Побочное действие оральных контрацептивов и антидиабетических препаратов.
  - г) Наличие приобретенной или врожденной иммунной недостаточности с различными ее дефектами.
  - д) Патогенность и вирулентность штамма самого дрожжеподобного гриба.
5. К поверхностному кандидозу относятся все, кроме:
- а) Кандидоз гладкой кожи.
  - б) Гранулематозный диссеминированный кандидоз.
  - в) Интертригинозный кандидоз.
  - г) Кандидозные онихии и паронихии.
  - д) Кандидоз слизистых оболочек полости рта.
6. Что характерно в клинической картине кандидозного интертриго:
- а) Наличие очагов поражения, представленные папулами.
  - б) Эритема с нечеткими границами.
  - в) Очаги поражения кирпично-красного цвета, с шелушением.
  - г) Серебристо-белое шелушение в очагах поражения.
  - д) Малиново-синюшного цвета эрозии с «отсевами» по периферии.
7. Симптомы характерные для кандидозного онихия и паронихия, кроме:
- а) Подушкообразно нависающий над ногтем валик.
  - б) Отсутствие ногтевой кожицы.
  - в) Ногтевые пластинки приобретают диффузную грязно-серую окраску.
  - г) Коричневые крошащиеся, отделяющиеся от ложа ногтевые пластинки.
  - д) Хроническое течение с периодами обострения.
8. Общие клинические признаки кандидоза полости рта:
- а) Гиперемия слизистой рта.
  - б) Наличие плотных пузырей на слизистой рта.
  - в) Десквамация эпителия.
  - г) Налеты в виде белых крупинок.
  - д) Наличие папул синюшного цвета.
9. С какими заболеваниями надо дифференцировать кандидозный хейлит, кроме:
- а) Эксфолиативный хейлит.
  - б) Аллергический хейлит.

- в) Дискоидная красная волчанка.
- г) Болезнь Меркельсона-Россолимо-Розенталя.
- д) Экзема губ.

10. Какими системными антимикотиками проводят поддерживающую терапию при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе:

- а) Итраконазол.
- б) Флуконазол.
- в) Кетоконазол.
- г) Нистатин.
- д) Гризеофульвин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ: 1. г; 2. г; 3. д; 4. г; 5. б; 6. д; 7. в; 8. а, в, г;

1. г; 10. а, б, в.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача №1**

К врачу дерматовенерологу обратилась больная Ж., 59 лет с жалобами на наличие высыпаний на коже под молочными железами, зуд. Из анамнеза: со слов больной болеет в течение 3х лет. Самостоятельно не лечилась. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Больная повышенного питания. Масса тела составляет 92 кг при росте 165 кг. На коже под молочными железами отмечается эрозия с полициклическими краями, окаймленная воротничком набухшего эпидермиса. На поверхности эрозий имеются белесоватый кашицеобразный налет. Субъективно больная отмечает умеренный зуд и жжение.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

#### **Задача №2**

К врачу дерматовенерологу обратилась больная А., 42 лет с жалобами на боли в ногтевых фалангах 2,3,4 пальцев обеих кистей, изменение ногтевых пластин. Из анамнеза установлено, что больна в течение 2 лет. Работает в кондитерской фабрике. Объективно: задние ногтевые валики отечные, подушкообразно вздуты, ногтевая кожа отсутствует. Боковые края ногтевых валиков как бы срезаны, прямые. На пораженных ногтях поперечные борозды.

Поставьте диагноз, какие колонии вырастут при посеве на среду Сабуро, назначьте лечение.

#### **Задача №3**

К врачу дерматовенерологу обратился больной Т., 39 лет с жалобами на покраснение, зуд и болезненность кожи головки полового члена и крайней плоти. Из анамнеза болеет в течение 1 месяца. Самостоятельно очаги поражения смазывал мазью «Синафлан», от которого желаемого эффекта не было. Объективно: кожа головки полового члена, внутреннего листка крайней плоти и венечной борозды резко гиперемирована, влажная, покрыта сероватым налетом. Местами видны эрозии, чередующиеся с островками белого мацерированного эпидермиса. На головке полового члена отмечаются точечные эрозии.

Поставьте диагноз, наметьте план обследования и назначьте лечение.

**Задача №4. (Фотозадача)**



На фотоснимках представлены три различных заболевания, одна из которой является поверхностным псевдомикозом. Опишите местный статус, поставьте диагноз пациентам и назначьте лечение.



## ПРИЛОЖЕНИЯ К ТЕКСТУ



Рис. 1. Интертригинозный кандидоз под молочными железами.



Рис. 2. Интретригинозный кандидоз паховой области.



Рис. 3. Интертригинозный кандидоз подмышечной области.



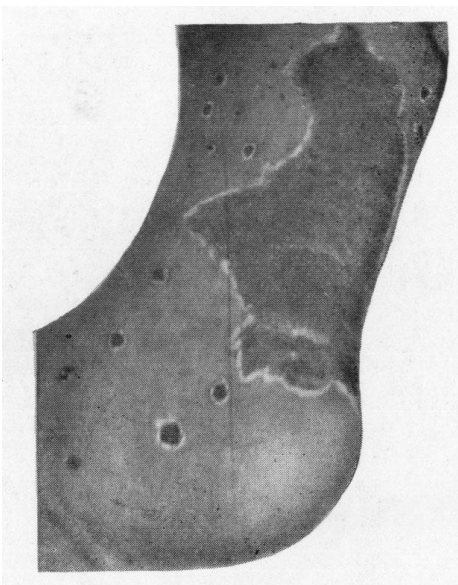
Рис. 4. Интертригинозный кандидоз складки живота.



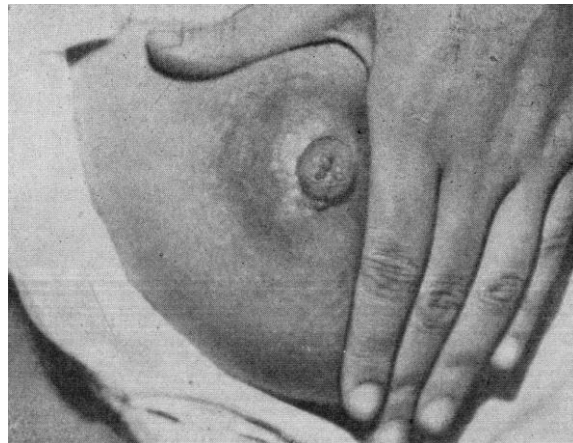
Рис. 5. «Пеленочный» кандидоз.



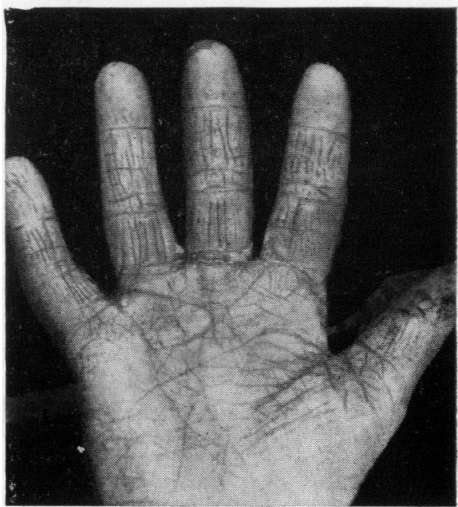
**Рис. 6, 7. Кандидоз межпальцевых складок.**



**Рис. 8. Кандидоз гладкой кожи голени.**



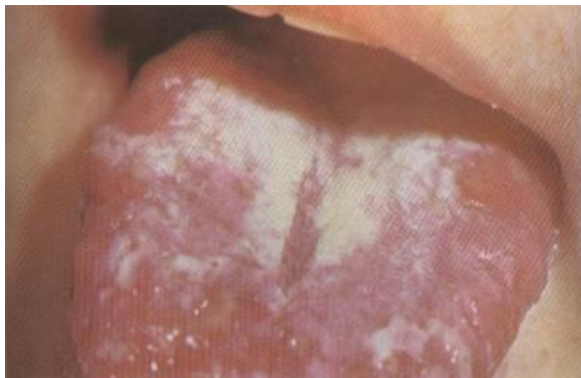
**рис. 9. Кандидоз грудных сосков.**



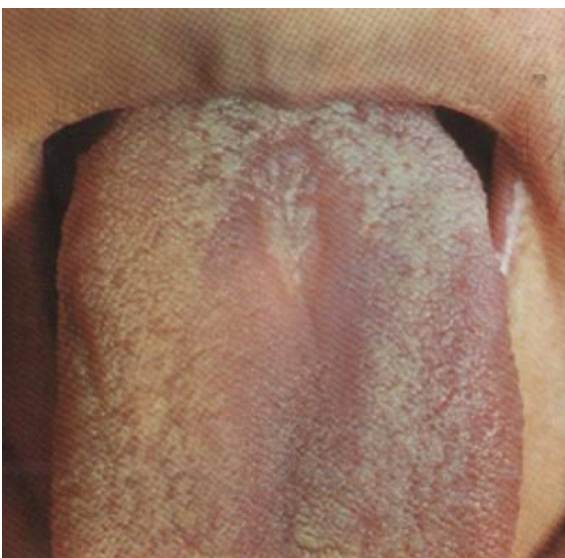
**Рис. 10, 11. Кандидоз ладоней.**



**Рис. 12, 13. Кандидозные онихии и паронихии.**



**Рис. 14, 15. Острый псевдомембранозный кандидоз.**



**Рис. 16. Хронический атрофический кандидоз.**



**Рис. 17. Хронический гиперпластический кандидоз.**



Рис. 18. Хронический гиперпластический кандидоз.



рис. 19. Кандидоз углов рта.



Рис. 20. Хронический диссеминированный гранулематозный кандидоз (при поступлении).



Рис. 21. Хронический диссеминированный гранулематозный кандидоз (в процессе лечения)



Рис. 23,24. Системный (генерализованный) кандидоз. Поражение кожи.



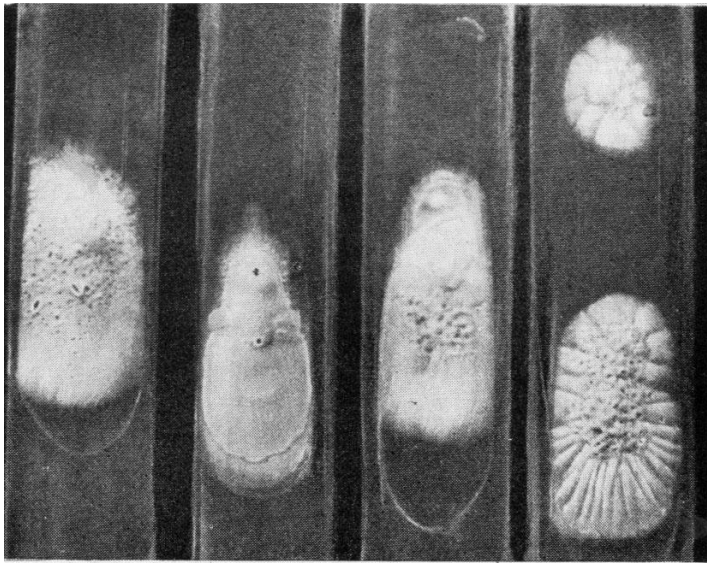
**Рис. 22, 23. Кандидозный вульвовагинит.**



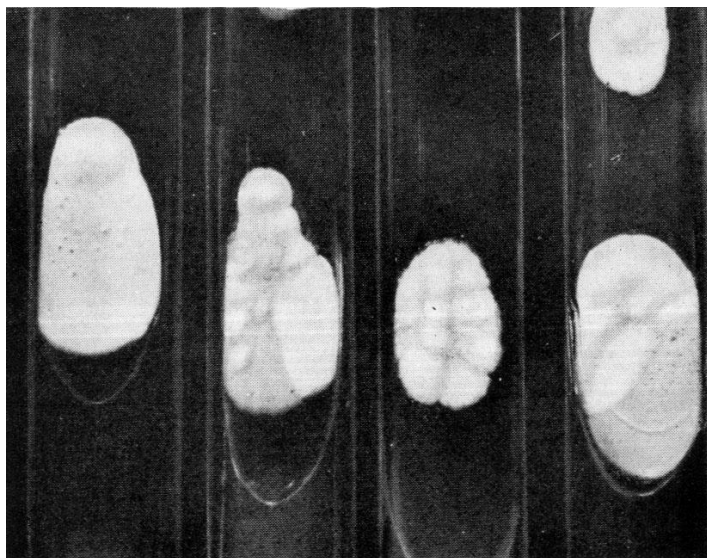
**Рис. 24. Кандидоз пахово-бедренных складок, перианальной зоны, кандидозный вульвовагинит.**



**Рис. 25,26. Кандидозный баланопостит.**



**Рис. 27. Культура гриба *Candida* на среде Сабуро. Колонии плотной консистенции, белого, серовато-белого цвета, морщинистые, с неровными стрелчатými краями, прорастающие питательную среду.**



**Рис. 28. Культура гриба *Candida* на среде Сабуро. Колонии сметанообразные, серовато-беловатого цвета, гладкие, блестящие, как бы обрезанными краями.**

### **Основная литература:**

1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 870 с.
2. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 288 с.
3. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение. М.: Триада-Х. 2000, 472 с.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. – М.: Триада-фарм, 2001.- 642 с.

### **Дополнительная литература:**

1. Балтабаев М.К., Койбагарова А.А., Садыкова Д.А. Случай хронического гранулематозного кандидоза. // Вестник дерматологии и венерологии – 2009. - №6. – С. 104-108.
2. Кубанова А.А., Потеев Н.С., Потеев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: Финансовый издательский дом «Деловой экспресс», 2001. – 272 с.
3. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.: Бином-пресс. 2003, 440 с.
4. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. М.: «Медицина для всех». 2004: 200 с.

---

**Отпечатано в Издательском Центре КГМА**

720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92, тел.54-80-21, тираж 100 экз.