

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

П. Н. Пестерев, С. А. Хардикова

МИКОЗЫ

Учебное пособие

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям
«Лечебное дело» (060101); «Педиатрия» (060103)*

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2009

УДК: 616.5–002.828 (075.8)

ББК: Р601.121/123я7

П286

П286 Пестерев П.Н., Хардикова С.А. Микозы: учебное пособие. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2009. – 103 с.; 40 ил.
ISBN 978-5-98591-042-1

На основе современных данных освещены вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, клиники и дифференциальной диагностики грибковых заболеваний. Описаны современные методы лечения микозов, представлены 40 фотоиллюстраций признаков заболеваний.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся на лечебном и педиатрическом факультетах по специальностям «Лечебное дело» (060101) и «Педиатрия» (060103), а также может быть использовано клиническими ординаторами, дерматовенерологами, врачами общей практики и другими смежными специалистами.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой дерматовенерологии Красноярской государственной медицинской академии д-р мед. наук,
профессор **В. И. Прохоренков**

Заведующий кафедрой дерматовенерологии Омской государственной медицинской академии д-р мед. наук,
профессор **В.И. Новиков А.И.**

УДК: 616.5–002.828 (075.8)

ББК: Р601.121/123я7

Утверждено и рекомендовано учебно-методической комиссией лечебного факультета (протокол № 21 от 12.12.2007 г.) и Центральным методическим советом ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (протокол № 1 от 27.02.2008 г.).

ISBN 978-5-98591-042-1

© Пестерев П.Н., Хардикова С.А., 2009

© Сибирский государственный медицинский университет, 2009

ВВЕДЕНИЕ

В России благодаря осуществлению комплекса социально-экономических и медицинских мероприятий ликвидированы многие ранее распространенные инфекционные заболевания. Значительные успехи достигнуты в борьбе с дерматофитами, обусловленными антропофильными грибами.

Так в прошлом распространенные фавус и микроспория, вызванная *M.ferrugineum*, в настоящее время в большинстве областей России не регистрируются уже десятилетия.

Трихофития, обусловленная антропофильными трихофитонами сейчас выявляется в виде спорадических случаев. Создается реальная возможность полной ликвидации трихомикозов, вызываемых антропофильными грибами.

Начиная с 1971 г. в России с успехом осуществляется массовая профилактическая иммунизация молодняка крупного рогатого скота препаратами ТФ-130 и ЛТФ-130. Это мероприятие позволило резко снизить заболеваемость микозом среди домашних животных, а вместе с тем и среди людей. Однако необходимость проведения профилактических мероприятий по борьбе с трихофитией, обусловленной *T.verrucosum*, остается.

Уровень заболеваемости трихофитией, вызываемой *T.mentagrophytes var.gypseum*, хотя в целом невысок, но остается примерно на том же уровне.

В России регистрируется довольно высокая частота заболеваний зооантропонозной микроспорией, микозами стоп, кандидозом, разноцветным лишаем.

В связи с оплатой дней нетрудоспособности достаточно значительны экономические потери от грибковых заболеваний. Для правильной организации лечебно-профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее снижение заболеваемости населения микозами, медицинские работники должны быть достаточно компетентными в вопросах медицинской микологии.

В данном пособии рассматриваются вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики кератомикозов, трихомикозов, паховой эпидермофитии, микозов стоп и кандидоза.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИКОЗОВ

Микозы – это инфекционные заболевания, вызываемые различными грибами.

Общепризнанной в мире клинической классификации микозов не существует. В России по настоящее время пользуются клинической классификацией микозов, предложенной Н.Д. Шеклаковым (1976 г.), согласно которой эти заболевания разделены на 4 группы:

I. Кератомикозы:

1. Разноцветный лишай. Возбудитель *Pityzosporumorbiculare*.
2. Узловатая трихоспория (пьеда). Возбудитель *Trichosporon Beigelii, Piedraia hostai*.

II. Дерматофитии:

1. Эпидермофития паховая (истинная). Возбудитель *Epidermophyton floccosum*.
2. Микоз, обусловленный интердигитальным трихофитом (эпидермофития стоп). Возбудитель *T.mentagrophytes.var.interdigitale*.
3. Микоз, обусловленный красным трихофитом (рубромикоз). Возбудитель *T.rubrum*.
4. Трихофития:
 - а) поверхностная трихофития гладкой кожи;
 - б) поверхностная трихофития волосистой части головы;
 - в) хроническая трихофития, включая трихофитию ногтей. Возбудители этих форм трихофитий *T.violaceum, T.tonsurans*;
 - г) инфильтративно-нагноительная трихофития. Возбудители *T.verrucosum, T.mentsgrophytes var.gypseum, T.simii, T.erinacei*;
 - д) Фавус. Возбудитель *T.schonleinii*;
 - е) Черепитчатый микоз (токело). Возбудитель *T.concentricum*;
5. Микроспория:
 - а) обусловленная антропофильными грибами *M.audouini, M.ferrugineu*;
 - б) обусловленная зоофильным грибами *M.canis, M.distortum*;
 - в) обусловленная геофильными грибами *M.gypseum, M.nanum*;

III. Кандидоз:

1. Поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтевых валиков и ногтей.

2. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз.
 3. Висцеральный кандидоз различных органов.
- Возбудителями всех видов кандидоза являются *C.albicans*, *C.tropicflis* и др.

IV. Глубокие микозы:

1. Бластомикозы;
 - криптококкоз. Возбудитель *Cryptococcus neoformans*;
 - бластомикоз североамериканский. Возбудитель *Dlastomyces dermatitis*;
 - бластомикоз южноамериканский. Возбудитель *Paracocci- di- oides brasiliensis*;
2. Гистоплазмоз. Возбудитель *Histoplasma capsulatum*;
3. Кокцидиоидоз. Возбудитель *Coccidioides immitis*;
4. Спортрихоз. Возбудитель *Sporotrichum schenckii*;
5. Мукороз. Возбудитель *Absidia*, *Mucor*, *Rhizopus*;
6. Аспергиллез. Возбудитель *Aspergillus fumigatus*, *A. flavus* и др;
7. Пенициллияз. Возбудитель *Penicillium crustaceum*, *P.notatum*;
8. Хромомикоз. Возбудитель *Phialophora verrucosa*, *P.pedrosoi*, *P.compacta*, *Cladosporium carrionii*;
9. Риноспоририоз. Возбудитель *Rhinosporidium seeberi*;
10. Цефалоспориоз. Возбудитель *Cephalosporium Corda*;
11. Кладоспориоз. Возбудитель *Cladosporidium trichoides*;
12. Келоилный микоз. Возбудитель *Loboa lobo*;
13. Мицетомы грибковой этиологии. Возбудитель *Madurella myce- tomi*, *M.grisea*, *Allscheriabyodii*, виды *Cephalosporium* и др.

Примечание: актиномикоз, нокардиоз, эритразма и подмышечный трихокардиоз выделены в группу псевдомикозов.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИКОЗОВ

Вид мико- за	Нозологическая форма	Возбудитель
Кератомикозы	Разноцветный лишай Узловатая трихоспория (Пьедра)	Pityrosporum orbiculare Trich.Beigetii, Pedraria hortae
Дерматомикозы	Эпидермофития паховая Микозы стоп (кистей) Микроспория Трихофития	Epidermophyton flocco- sum T.rubrum. T.mentagrophytes var. in-

	Фавус	terdigitale M.canis.M.perrugineum T.violaceum.T.tonsurans T.verrucosum. T.menagrophytes var. gypseum.T.Schonleini.
Кандидоз	Слизистых оболочек кожи, ногтевых валиков, ногтей Хронический генерализо- ванный (грануломатозный) Висцеральный	C.albicans. C.tropicalis. C.pseudotropicalis. C.krusei. C.parakrusei. C.brumpti. C.stellatoidea. C.intermedia.
Глубокие микозы	Хромомикоз Спортрихоз Гистоплазмоз Кокцидиозный микоз Криптококкоз (европейский бластомикоз) Североамериканский бла- стомикоз Южноамериканский бла- стомикоз Плесневые микозы (аспер- гиллез, мукоз, пеницил- лез)	Hormodendron pedrosoi Sporotrichum Schenki Cistoplasma capsulatum Coccidioides immitis Kriptococcus neoformans Blastomyces dermatitidis Blastomyces brasiliensis. Пенициллы, аспергиллы, мукоз (многочисленные виды).

РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ (*Pityriasis versicolor*)

Синонимы: отрубевидный лишай, *Tinea versicolor*, *Tinea flaba*.
Заболевание впервые описано Robin (1853г).

Эпидемиология. Возбудитель – *Pityrosporum orbiculare* (син. *Pityrosporum furfur*).

Заболевание наиболее распространено в тропических странах с повышенной влажностью и высокой температурой воздуха, однако довольно часто встречается и в России. Болеют преимущественно молодые люди.

Патогенез. Имеют значение повышенная потливость, заболевания легких, сердца, органов брюшной полости, дисфункция эндокринной и вегетативной нервной системы, работа в условиях жаркого

и влажного микроклимата (горячие цеха и др.), продолжительная физическая работа, постоянные спортивные тренировки.

Клиника. На туловище и реже на верхних конечностях возникают четко отграниченные мелкие очаги неправильных очертаний, в пределах которых кожа окрашена от желтовато-розового до коричневого цвета. На поверхности отмечается еле заметное отрубевидное шелушение. Очаги медленно увеличиваются за счет периферического роста и сливаются. Иногда процесс достигается значительной генерализации.

После отшелушивания чешуек, наступающего в результате солнечной инсоляции, возникает псевдоахромия, то есть нормально пигментированные участки на фоне более темной (загоревшей) кожи. Течение длительное.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины. Вспомогательными методами служат:

1. Поскабливание, способствующее выявлению скрытого шелушения.
2. Люминесцентное обследование. При этом обнаруживается золотисто-желтое или буроватое свечение.
3. Проба Бальзера. При смазывании очагов йодом пораженные участки окрашиваются более интенсивно.
4. Микроспория чешуек позволяет обнаружить грибы в виде кучек спор, напоминающих гроздья винограда, вокруг которых короткие нити мицелия.

Дифференцируют с лейкодермой сифилитической, вторичной лейкодермой после псориаза и других кожных заболеваний: хлоазмы, витилиго, пятнистой формы лепры, эритразмы, розового лишая Жибера и др.

Лечение:

1. По Демьяновичу в течение 6 дней;
2. Смазывание очагов 5% салициловым или салицилово-резорциновым спиртом (утром) и 5% салициловой мазью (на ночь). Используют также 3–5% резорциновый спирт, 5–10% серную или дегтярную мази, 20% эмульсию бензилбензоата. Есть опыт лечения разноцветного лишая препаратом канестен (В.Д. Рогов, 1985г).

В последние годы для лечения больных разноцветным лишаем широко используют крем и мазь «Ламизил», мази «Экзифин», «Тербизил», «Микостат», «Экзодерм», крем «Микоспор» и др. Пораженные участки смазывают утром и вечером в течение 2–3х недель.

В редких случаях, при значительной генерализации процесса, можно назначить тербинафин внутрь по 250 мг 1раз в день в течение 14–16 дней. При необходимости проводится патогенетическая терапия.

Профилактика. Борьба с потливостью. Лечение заболеваний, способствующих потливости. Осмотр семейных контактов. Дезинфекция нательного, постельного белья и одежды больного.

Графическая структура темы: РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

1. Возбудитель	Питириспорум орбакуляре
2. Источник заражения	Человек
3. Пути передачи	Тесный контакт с больным и предметы общего пользования
4. Предрасполагающие факторы	Повышенная потливость, заболевания легких, сердечно – сосудистая система, органов пищеварения, нарушение функции вегетативной нервной системы, высокая температура окружающей среды
5. Клинические признаки	Множественные мелкие, местами слившиеся очаги от буроватого до коричневого цвета с отрубевидным шелушением на поверхности
6. Излюбленная локализация	Грудь, спина, шея, плечи
7. Течение	Хроническое
8. Дифференциальный диагноз	Сифилитическая лейкодерма
9. Дополнительные методы исследования	Поскабливание, люминесцентное обследование, проба Бальзера, микроскопия чешуек
10. Лечение	Патогенетическое. Местное: по Демьяновичу, салициловый спирт 5%, салициловая мазь 5%, мази и кремы тербинафина

Клиническая задача № 1.

На прием к врачу-дерматологу обратилась молодая девушка с жалобами на высыпания в виде пятен в области груди и спины. Считает себя больной около 2 недель, когда после приезда с курорта заметила появление пятен. При осмотре: на коже в области груди и верхней части спины видны округлые, резко очерченные пятна желтоватого цвета различной насыщенности.

- Вопросы:
1. О каком заболевании следует думать?
 2. Как подтвердить диагноз?
 3. Тактика лечения данной пациентки?

ПЬЕДРА (*piedra*)

Синонимы: трихоспория, *Trichosporia nodosa*, *trichomycosis cnodularis*.

Белая пьедра описана К. Линдеманом и Ю. Кнохом (1866), а черная пьедра – *Desenne* (1878).

Возбудитель белой пьедры – *Trichosporon beigeli* (*Kuchenmeister und Rsbendorst*) *Vuillemin* 1902 г.

Возбудитель черной пьедры – *Piedraia horta* (*Brumpt*) 1928 г.

Белая пьедра встречается в Англии, Италии, Франции, США, Японии и др. странах. В СССР встречалась спорадически.

Черная пьедра распространена в тропических странах. По данным *Kaplan* (1959), встречается у обезьян.

Передача возбудителя происходит через предметы общего пользования (головные уборы, одежду, постель, гребенки, расчески, инструменты парикмахера). Развитию заболевания способствует теплый, влажный климат.

Клиника. На поверхности волос появляются мелкие (около 100 мкм) и очень плотные узелки (*piedra* – по испански – камень) белого, светло-коричневого или черного цвета. Узелки имеют овальную, веретенообразную, неправильную форму, иногда охватывая волос в виде муфты. Располагается на воздушной части волоса.

Диагноз подтверждается обнаружением элементов гриба в узелке и получением культуры возбудителя. Эти исследования позволяют исключить ложную пьедру, вызываемую бактериями.

Лечение. Ежедневное мытье головы горячим раствором сулемы 1:1000 или сулемовым уксусом с последующим вычесыванием волос гребнем и мытьем горячей водой с мылом. Лечение более эффективно при сбривании волос.

Профилактика. Выполнение санитарно-гигиенических мероприятий.

ТРИХОМИКОЗЫ

Трихофития (*Trichophitia*)

Синонимы: стригущий лишай, *herpes tonsurans*, *tinea tonsurans*, *trichophytiasis*. Заболевание впервые описано Cazenave (1842).

Этиология. Известно большое число возбудителей трихофитии, которых условно делят на три группы: это антропофильные, зоофильные и геофильные трихофитоны. В России наиболее распространенными антропофильными трихофитонами являются: *T. tonsurans* Malmsten (1845). и *T. violaceum sabouraud*, Bodin, (1902). Основными возбудителями зооантропонозной трихофитии установлены *T. verrucosum* Bodin, (1902) и *T. mentagrophytes* (Robin) Blanchard (1896), *Var. gypsum* Bodin (1902) Геофильные трихофитоны вызывают заболевание человека крайне редко.

Заболевания, вызываемые антропофильными и зоофильными трихофитонами, распространены во многих странах мира.

В России в последние 40 лет отмечается последовательное значительное снижение регистрации антропонозной трихофитии. Во многих областях это микоз в последние годы составляет единичные случаи. В результате широко проводимой профилактической вакцинации телят препаратами ТФ_130 и ЛТФ-130, разработанной отечественными авторами под руководством А.Х. Саркисова (1991), резко снизилась заболеваемость крупного рогатого скота, а вместе с тем и населения трихофитией, вызываемой *T. verrucosum*. Лишь трихофития, обусловленная *T. mentagrophytes var. gypsum*, являющаяся природно-очаговым заболеванием, остается в основном вне сферы влияния человека.

Эпидемиология. Источником антропонозной трихофитии является больной человек. Заражение происходит при непосредственном контакте с последним или через различные инфицированные предметы (головные уборы, постель, гребенки, расчески, инструменты парикмахера).

Основной резервуар *T. verrucosum* – крупный рогатый скот, особенно молодняк. Кроме того, гриб был выделен от буйволов, верблюдов, коз, кроликов, лосей, лошадей, овец, оленей, лисиц, песцов, ослов, свиней, кошек, собак и кур.

Заражение происходит при контакте с больными животными (особенно во время их лечения), сыром мясокомбинатов, кожевенных и меховых производств, инфицированной одеждой, обувью, соломой и другими предметами. Больной человек также является источником инфекции. Наибольшая заболеваемость населения наблюдается с декабря по март, что соответствует максимальной пораженности крупного рогатого скота.

Резервуаром *T. mentagrophytes var. gypseum* являются дикие мышевидные грызуны, особенно полевки-экономки, водяные полевки и полевые мыши. К настоящему времени грибок выделен от 47 видов различных домашних, лабораторных и диких животных. Доказана возможность сохранения возбудителя в почве, на растениях и в воде. Человек может инфицироваться от различных животных, ранее заболевших людей и предметов внешней среды. При этом следует учитывать, что в эпидемиологии трихофитии, вызываемой *T. mentagrophytes var. gypseum*, установлена постоянно действующая эпидемическая цепь: дикие мышевидные грызуны – кошки, собаки – человек. Источники заражения населения (особенно детей) кошки и реже собаки, будучи синантропными хищниками, подвержены частому инфицированию от диких мышевидных грызунов. Однако у них редко наблюдаются клинические проявления микоза, и часто выявляется миконотительство (П.Н. Пестерев, 1988).

Наибольшая заболеваемость населения трихофитией, вызываемой *T. mentagrophytes var. gypseum*, наблюдается с августа по ноябрь, что соответствует наиболее высокой численности диких мышевидных грызунов и большей миграции их в населенные пункты. Значительные колебания заболевания по годам бывают связаны с метеорологическими условиями в регионе, влияющими на численность мелких млекопитающих и их передвижение.

Патогенез. В развитии заболевания имеют значение микротравма, состояние иммунологической реактивности и функции желез внутренней секреции, гипо- и авитаминозы.

Клиника. Инкубационный период при трихофитии составляет 7–12 дней. Различают следующие клинические формы трихофитии:

1. Поверхностная трихофития;
2. Хроническая трихофития;
3. Трихофития ногтей;
4. Инфильтративная трихофития;
5. Нагноительная трихофития.

Клиническая картина во многом зависит от вида возбудителя болезни и общего состояния больного. Антропофильные грибы обычно обуславливают поверхностные и хронические формы трихофитии, нередко сопровождающиеся поражением ногтя. Инфильтративные и нагноительные формы микоза развиваются исключительно редко.

Поверхностная трихофития, вызванная антропофильными трихофитонами, в основном протекает без резко выраженных воспалительных явлений. В начале заболевания на гладкой коже появляются мелкие очаги бледно-розового цвета, правильно округлой формы, резко отграниченные от здоровой кожи, в центре покрытые тонким слоем нежных отрубевидных чешуек беловато-серого цвета. Увеличение размеров очагов происходит за счет их периферического роста, что в отдельных случаях приводит к их слиянию и образованию фигур неправильной формы.

Свежая поверхностная форма трихофитии волосистой части головы чаще всего проявляется также образованием очагов округлой формы, розовато-синюшной окраски и наслоением чешуек серого цвета. Они резко отграничены от окружающей здоровой кожи. Волосы в пределах очагов частично обломаны на уровне 1–2 мм. Оставшиеся обломки волос называют «пеньками», а если волосы обломаны на уровне кожи, то оставшиеся их корни имеют вид «черных угрей», тогда их называют «черными точками». Поверхностная трихофития волосистой части головы бывает в виде мелкоочаговой и крупноочаговой форм. Выявление мелкоочаговой формы у девочек с длинными волосами возможно лишь при тщательном осмотре кожи головы.

Следует иметь в виду, что мелкоочаговая форма встречается чаще, чем крупноочаговая.

Хроническая трихофития. Среди больных хронической трихофитией преобладают женщины (матери, бабушки), реже заболевание наблюдается у мужчин (отцов, дедушек, а также у детей).

При хронической трихофитии могут поражаться волосистая часть головы, гладкая кожа и ногти.

На волосистой части головы различают хроническую «черноточечную» форму, при которой без каких-либо очагов шелушения на коже головы рассеяны «черные точки» в большем или меньшем количестве. Число видимых «черных точек» иногда может быть крайне незначительным.

Сквамозная форма проявляется наличием очагов шелушения. Под чешуйками можно обнаружить «черные точки». Иногда хроническая

трихофития встречается в виде смешанной формы, когда на волосистой части головы имеются «черные точки» и очаги шелушения.

При всех клинических формах хронической трихофитии на волосистой части головы встречаются мелкие, величиной с чечевицу, атрофические рубчики. Наиболее частая локализация процесса – затылочная область и виски.

Гладкая кожа поражается преимущественно на ягодицах, бедрах, коленях, голенях, а иногда и на предплечьях, локтях и реже – на других участках. На гладкой коже заболевание проявляется в виде очагов шелушения, чаще сливающихся, с фестончатыми очертаниями, розовато-синюшного или темно-фиолетового цвета. Пораженная кожа ладоней обычно уплотнена, инфильтрирована, огрубевшая. Кожный рисунок усилен и, кроме того, на ладонях имеется круговидное или диффузное шелушение.

В исключительных, очень редких случаях, главным образом, у ослабленных субъектов, процесс может распространиться по всему кожному покрову и напоминать эритродермию. Распространяясь на подкожную клетчатку и лимфатические узлы, может привести к образованию абсцессов. В литературе описаны поражения костей, внутренних органов и ЦНС.

Трихофития ногтей наблюдается примерно у 30% больных хронической трихофитией. Чаще в процесс вовлекаются ногти рук и реже – ног. Пораженные ногти обычно лишены блеска, утолщены, грязно-серого или серовато-желтого цвета, с неровной поверхностью, обламываются по свободному краю.

Зоофильные грибы обуславливают развитие поверхностной, инфильтративной и нагноительной форм трихофитии волосистой части головы, бороды, усов, бровей, ресниц и гладкой кожи. Исключительно редко поражаются ногти.

Поверхностная форма трихофитии начинается с появления одного или нескольких очагов округлой или овальной формы, с шелушением на поверхности, резко отграниченных от окружающей кожи, розового цвета. Края их приподняты за счет фолликулярных узелков, мелких пузырьков и незначительной инфильтрации. Иногда очаги покрыты тонкими корочками. В свежих случаях не всегда удается обнаружить обломанные волосы. С течением времени очаги увеличиваются в своих размерах за счет периферического роста, усиливаются воспалительные явления и инфильтрация, и развивается инфильтративная форма микоза. Однако в отдельных редких случаях заболева-

ние в течение длительного времени протекает по типу поверхностной формы микоза, постепенно приобретая признаки, свойственные хронической трихофитии.

Инфильтративная форма трихофитии является переходной стадией между поверхностной и нагноительной формами микоза.

Клиническая картина инфильтративной формы трихофитии характеризуется развитием резко очерченных очагов, в пределах которых кожа гиперемирована, немного отечна, инфильтрирована, и весь очаг несколько возвышается над уровнем окружающей кожи. На этом фоне появляются фолликулярные узелки, везикулы, трансформирующиеся в пустулы, содержимое которых ссыхается, и образуются корки. При сильно выраженной пустулизации пораженные участки кожи почти полностью покрываются гнойно-кровянистыми корками умеренной толщины.

При локализации процесса на бороде и волосистой части головы кроме кожи поражаются и волосы, которые после разрушения грибом корневой части обламываются. Обломанные волосы в большей части покрыты гнойными корками и наслоением чешуек.

На гладкой коже часто поражаются пушковые волосы, при этом в окружающей их перифолликулярной ткани развиваются явления воспаления, и возникают остиофолликулярные пустулы.

Очаги трихофитии имеют округлую или овальную форму, могут быть единичными или множественными. В последнем случае, они, увеличиваясь, сливаются между собой, образуя обширные участки поражения.

T. verrucosum, по сравнению с *T. mentagrophytes var. gypseum* значительно чаще вызывает диссеминированные формы микоза с большим числом очагов, склонностью к слиянию и образованию крупных очагов поражения. В связи с этим, при трихофитии, вызванной *T. verrucosum*, чаще наблюдается комбинированное поражение волосистой части головы и гладкой кожи у одних и тех же больных. При трихофитии, обусловленной *T. mentagrophytes var. gypseum*, очаги имеют преимущественно правильно округлую форму, тогда как при трихофитии, вызванной *T. verrucosum*, они в большинстве случаев овальной формы. У детей значительно чаще, чем у взрослых, наблюдается диссеминация процесса.

Трихофития, обусловленная *T. mentagrophytes var. gypseum*, в области кистей иногда напоминает дисгидротическую экзему. Процесс

характеризуется наличием пузырьковых высыпаний, шелушением, образованием корочек и незначительной влажностью в очаге.

У больных трихофитией, обусловленной зоофильными видами грибов, при локализации очагов на лице иногда поражаются брови и ресницы.

Нагноительная форма трихофитии развивается довольно часто на коже волосистой части головы, бороды, усов вследствие прогрессирования процесса, протекающего первоначально по типу поверхностной или инфильтративной трихофитии.

Развитие нагноительной формы микоза происходит в результате нарастания воспалительных явлений и распространения процесса на придатки кожи. При этом на фоне усиливающейся гиперемии в пораженных участках кожи появляются множественные фолликулиты; воспалительный процесс переходит в перифолликулярную ткань, в результате соседние фолликулы сливаются в общий, более массивный инфильтрат.

Развившаяся бляшка нагноительной формы трихофитии представляется полушаровидной или уплощенной, рельефно поднимающейся над уровнем окружающей кожи, с бугристой, мокнущей поверхностью, покрытой гноем и корками. Вначале бляшка имеет плотноватую консистенцию, а затем – тестовато-мягкую. Кожа в пределах очага резко воспалена, насыщенно красного или багрового цвета, при пальпации болезненна. Устья волосяных фолликулов расширены; из воспаленных волосяных мешочков выделяется гной, который склеивает волосы, а засыхая, образует массивные гнойно-кровянистые корки. Волосы расшатаны и легко удаляются пинцетом. Нередко вокруг сформировавшихся очагов появляются единичные изолированные фолликулиты, которые дают начало новым бляшкам. Эффоресценции нагноительной формы трихофитии склонны к периферическому росту и слиянию, в результате чего могут достигать больших размеров.

Следует отметить, что эволюция процесса в различных очагах трихофитии у одного и того же больного происходит неравномерно. Поэтому нередко у больных наблюдается сочетание очагов нагноительной и инфильтративной форм микоза, которые локализуются в различных участках волосистой части головы. Иногда отмечается неравномерность глубины инфильтрата в пределах одного и того же очага. При этом массивный инфильтрат наблюдается лишь на половине очага, другая же половина остается умеренно инфильтрирован-

ной. В других случаях глубокий нагноительный процесс развивается только в центральной части очага или в виде ободка охватывает плоскую центральную зону очага. При расположении очагов по краевой кайме волосистой части головы в зоне их, покрытой длинными волосами, наблюдается глубокий нагноительный процесс, а с переходом на гладкую кожу инфильтрация уменьшается до незначительной.

Клиническая картина нагноительной формы трихофитии в некоторой степени зависит от вида возбудителя. Так, при трихофитии, обусловленной *T. verrucosum*, чаще в пределах всего очага развиваются мощные сливные инфильтраты, тогда как при трихофитии, вызванной *T. mentagrophytes var. gypseum*, подобная картина наблюдается сравнительно реже.

В случае отсутствия своевременного правильного лечения в очагах длительное время поддерживается инфильтративно-нагноительный процесс, иногда заканчивающийся очаговыми расплавлением тканей и образованием абсцессов.

Очаги нагноительной формы трихофитии иногда развиваются на гладкой коже, а также в области бровей и ресниц.

При нагноительной форме трихофитии наблюдается увеличение регионарных лимфатических узлов, а у некоторых больных на коже появляются обильные аллергические высыпания в виде мелких розовых пятен, мелкопапулезных и везикулезных элементов, скарлатино- и кореподобных сыпей.

В тяжелых случаях микоза у больных возникают нарушения общего состояния, недомогание, головные боли, потеря аппетита и повышение температуры тела, иногда до 39⁰С и более. Чаще это наблюдается у детей.

Течение трихофитии, обусловленной зоофильными грибами, преимущественно острое. У многих больных в течение 1–2 месяцев от начала заболевания (реже позднее) происходит резкое обострение процесса и переход поверхностной и инфильтративной трихофитии в нагноительную форму микоза, которая может закончиться самопроизвольным излечением.

Средняя продолжительность полной эволюции отдельной бляшки нагноительной трихофитии от 1,5 до 2–3 месяцев. Разрешение процесса начинается с уменьшения выделения гноя, ослабления отека и гиперемии. С рассасыванием инфильтрата бляшки постепенно становятся плоскими, поверхность их подсыхает, корки отторгаются, и исчезают местные воспалительные явления.

В случае самопроизвольного излечения в пределах очага, как правило, остается рубцевидная атрофия кожи, на которой волосы полностью не восстанавливаются.

Диагноз. При установлении диагноза, прежде всего, необходимо исключить другие грибковые заболевания. Атипичные формы трихофитии иногда следует дифференцировать с сикозом стафилококковым, простым лишаем у детей, дисгидротической экземой (особенно, если процесс в области кистей), нуммулярной и себорейной экземой, псориазом, пиодермитами и другими заболеваниями. Хотя клиническое распознавание трихофитии в большинстве случаев не представляет каких-либо затруднений, все-таки верным критерием в диагностике грибкового заболевания является только положительный результат лабораторного исследования (в основной микроскопия и посев).

Микроскопическое исследование позволяет быстро определить грибковую природу заболевания. Учитывая особенности элементов грибов в волосе, в ряде случаев можно предполагать о видах возбудителя. Например, расположение элементов гриба в волосе по типу *T.endothrix* склоняет врача думать об антропофильных трихофитонах. *T.ectothricx megaspores* наблюдается при трихофитии, вызванной *T.verrucosum*, а *T.ectothricx microides* – при микозе, обусловленном *T.mentagrophytes var.gypseum*.

Микологическое исследование, основанное на посеве патологического материала на искусственные питательные среды, позволяет абсолютно точно определить вид гриба, что совершенно необходимо для правильной организации лечебно-профилактических мероприятий. Исходя из этого, очень важно у каждого больного обязательно брать материал как для микроскопии, так и для посева.

При **диагностике** дерматофитий следует учитывать, что трихофития, вызванная зоофильными грибами, может быть профессиональным заболеванием. К таким профессиям относятся:

1. Работники животноводства: телятницы, скотники, ветеринарные работники, доярки, конюхи, извозчики и другие работники животноводства. Часто заболевание у них вызывают *T.verrucosum*, *T.mentagrophytes var.gypseum*, изредка *T.quinckeanum* *T.megnini* (синоним – *T.rosaceum*), *T.equinum*. Заражение происходит от домашних и диких животных.
2. Сельские рабочие, занятые обмолотом хлеба, перевозкой соломы, сена. Возбудителями заболевания у них являются

T.mentagrophytes var.*gypseum*, *T.quinckeanum*, возможно *T.megnini*, *T.verrucosum*, *T.equinum*. Заражение происходит от диких грызунов и рабочего скота.

3. Рабочие мясокомбинатов, кожевенных и меховых производств. Возбудителями заболеваний у них являются *T.verrucosum*, *T.mentagrophytes* var.*gypseum*, возможно *T.megnini*, *T.equinum*. Заражение происходит от забиваемых животных и шкур.
4. Персонал вивариев, научно-исследовательских институтов, лабораторий и станций переливания крови. Возбудителем заболевания у них служит *T.mentagrophytes* var.*gypseum*. Заражение происходит от животных вивариев.
5. Медицинские работники микологических кабинетов, больниц, лабораторий. Возбудителями заболеваний у них являются грибы рода *Trichophyton*, *Microsporum* и другие. Заражение происходит от больных дерматофитиями людей и инфицированных предметов.

Для установления диагноза «профессиональная трихофития» необходимо следующее:

1. Выяснить из анамнеза, когда возникло заболевание (до начала работы на ферме, в виварии, на мясокомбинате и т.д. или после);
2. Если заражение трихофитией по времени совпадает с выполнением работы на вышеуказанных предприятиях, необходимо установить, был или нет прямой (или косвенный) контакт у заболевшего с больными дерматофитиями животными, шкурами, фуражем и т.д;
3. Необходимо запросить справку с места работы больного о том, что действительно заболевший в данный период времени работал на ферме, в виварии, на мясокомбинате и т.д., где были больные дерматофитиями животные. Следует учитывать, что среди лабораторных мышей, крыс, морских свинок и диких мышевидных грызунов нередко бывает скрытое (механическое) носительство *T.mentagrophytes* var.*gypseum* у клинически здоровых животных. С другой стороны, надо исключать возможность заражения человека вне его производственной деятельности.
4. Диагноз «профессиональная трихофития» необходимо подтвердить не только данными микроскопического исследования волос и чешуек, но и выделением культуры гриба.

Таким образом, диагноз «профессиональная трихофития» устанавливается на основании анамнеза, клинической картины, лабораторно-

го исследования и данных, документально подтверждающих контакт больного с однородной грибковой инфекцией в условиях профессиональной деятельности. Диагноз профессионального грибкового заболевания может установить врач, имеющий подготовку по дерматомикологии.

Лечение проводится по индивидуальному плану, с учетом характера, локализации и распространенности процесса, общего состояния больного и его возраста.

При поверхностной и хронической трихофитии волосистой части головы назначают гризеофульвин по прерывистой схеме, при которой первые 10 дней больной получает ежедневно суточную дозу препарата в 18 мг/кг, затем второй четырехдневный перерыв и снова 7-дневный курс с такой же суточной дозой препарата. Если грибы к концу второго курса не исчезают, то рекомендуется назначать еще и четвертый курс.

Прием антибиотика следует рекомендовать во время или после еды, лучше с чайной ложкой рыбьего жира или пищей, приготовленной на растительном масле. Лечение гризеофульвином необходимо сочетать с общеукрепляющими средствами, особенно витаминами. Следует отметить, что производство гризеофульвина фармацевтическими предприятиями постепенно прекращается. Эффективен также кетокеназол, низорал, который назначается взрослым по 1 таблетке (200 мг) в сутки.

Детям с массой тела от 15 до 30 кг суточная доза составляет 100 мг. при дерматомикозе продолжительность лечения около 4-х недель.

В последние годы для лечения больных трихофитией волосистой части головы, бороды и усов, а также при распространенных процессах на гладкой коже применяют тербинафин (ламизил, экхифин, тербизил, ламикан, микосист и др.) препараты назначают при массе тела до 20 кг по 62,2 мг, 20–40 кг – по 125 мг и свыше 40 кг – 250 мг в сутки. В литературе нет данных о назначении препарата детям с массой тела меньше 12 кг.

Суточную дозу тербинафина принимают в 1 или 2 приема во время еды или после еды. Продолжительность лечения 4–6 недель.

Одновременно необходимо проводить энергичную наружную терапию. После сбривания волос утром кожу головы смазывают 5% раствором йода, а вечером – 5% салициловой мазью. Используют также серно-салициловую (10% серы и 3% салициловой кислоты) и

серно-дегтярную (5% серы и 10% дегтя) мази, микосептин, амиказол, октатион, эсулан и др.

В настоящее время для наружной терапии широко используют кремы и мази тербинафина (ламизил, экзифан, тербизил, ламикан, микосист и др.). смазывают пораженные участки утром и вечером.

Во время йодно-мазевое лечение рекомендуется ежедневное мытье очагов теплой водой с мылом. Сбривание волос производится 1 раз в неделю.

Применение системных антимикотиков целесообразно для лечения как инфильтративной, так и нагноительной форм трихофитии. Следует только воздерживаться от назначения препарата при наличии у больных аллергических высыпаний.

При лечении антимикотиками применение наружных средств также зависит от клинической стадии заболевания.

При поверхностной и инфильтративной формах трихофитии зооантропонозной для предупреждения обострения первые 4–5 дней лечение ограничивается смазыванием очагов 2% спиртовым раствором метиленового синего 1–2 раза в день.

После значительного уменьшения воспалительных явлений и инфильтрации в очагах поражения кожи назначают йодно-мазевое лечение (утром – 5% раствор йода, вечером – 5% салициловая мазь). Мази и кремы тербинафина можно использовать с начала лечения.

При нагноительной форме трихофитии осуществляется туалет в очагах и назначается вначале 10% ихтиоловая мазь с ежедневной ручной эпиляцией и удалением корок в очаге, а затем по мере рассасывания инфильтрата – 2% раствор метиленового синего, и в заключение проводится йодно-мазевое лечение.

Для лечения всех форм трихофитии зооантропонозной применяют 2–3% акрихиновую мазь, оказывающую антифунгальное, противобактериальное и противовоспалительное действие.

В случае абсцедирования очага и появления флюктуации необходимо произвести разрез и лечить как гнойную рану (повязки с мазью Вишневского и др.).

Пораженные ресницы удаляют эпиляционным пинцетом, а ресничный край века смазывают 2% раствором метиленового синего или другим анилиновым красителем до излечения.

Следует помнить о рубцевидной атрофии кожи и ее придатков, возникающих в очагах микоза и остающихся на долгие годы. Более

заметные косметические дефекты остаются у детей, особенно после перенесенной нагноительной трихофитии, вызванной *T. mentagrophytes var. gypseum*. С точки зрения полноты восстановления волос лучшие отдаленные результаты наблюдались у больных, в прошлом леченных гризеофульвином. Следовательно, для лечения нагноительной формы трихофитии целесообразно применять системный антимикотик и не только потому, что при этом методе наблюдается более раннее исчезновение грибов, но и в связи с более полным восстановлением волос на месте бывшего очага, что весьма важно для больных.

При наличии противопоказаний к применению системного антимикотика у больных инфильтративной трихофитией, вызванной зоофильными грибами, можно провести лечение методом обострения, когда различными раздражающими средствами инфильтративную форму трихофитии и переводят в нагноительную и лечат вышеизложенным методом. Обострения можно добиться различными путями:

1. Смазывание очага 5% раствором йода (утром) и накладыванием 20% ихтиоловой мази (вечером) под вошаную бумагу в сочетании с ежедневным мытьем очагов с мылом в течение нескольких дней до обострения процесса.
2. Заклеивание очагов лейкопластырем на 3 дня и другими методами.

При распространении поверхностной, инфильтративной и хронической трихофитии гладкой кожи проводится лечение гризеофульвином или другим системным антимикотиком в сочетании с местной терапией. При ограниченном поражении гладкой кожи достаточно местного дезинфицирующего, отшелушивающего и антифунгального лечения.

На ладонях и подошвах предварительно обеспечивается отслойка рогового слоя эпидермиса, а затем проводится йодно-мазевая терапия. Лечение мазями и кремами тербинафина можно начинать без отслойки. Смазывать пораженные участки следует утром и вечером. Продолжительность терапии около 4-х недель.

При онихомикозе пораженные ногтевые пластинки удаляют с помощью кератолитического пластыря или хирургически, затем проводят местное лечение в сочетании с применением гризеофульвина в течение 3-х месяцев. Первый месяц суточная доза гризеофульвина в 196 мг/кг дается ежедневно, второй месяц – через день и третий месяц – 2 раза в неделю. Для лечения можно использовать низорал при

массе тела от 15 до 30 кг по 100 мг в сутки, а при массе свыше 30 кг – 200 мг в сутки, или таблетками тербинафина по вышеизложенной схеме.

В процессе лечения больных микозами волосистой части головы и гладкой кожи через 10 дней (первый), а затем через каждые 5–7 дней (повторные) проводятся клинико-лабораторные контроли, которые ориентируют лечащего врача в эффективности проводимого лечения и позволяют своевременно и правильно определить продолжительность необходимой терапии. В день контрольного обследования очаги промывают теплой водой с мылом и после этого проводят клинический осмотр и микроскопическое исследование волос и чешуек, а при необходимости берут материал для посева. После трех отрицательных контролей, проводимых через каждые 5–7 дней, лечение можно считать законченным.

Посещение детского коллектива разрешается по окончании лечения, проведения заключительной дезинфекции в очаге и после 3-х кратного обследования семейных контактов.

При всех клинических формах трихофитии независимо от локализации очагов поражения клинико-лабораторные контроли на излеченность проводятся также через 10 дней, 1 и 2 месяца после окончания лечения.

При охнихомикозе наблюдение за больным проводится до полного отрастания ногтей (до года).

Больные снимаются у учета после полного излечения и необходимого числа контрольных исследований на излеченность после лечения в соответствии со сроками наблюдения, при условии своевременно проведенных дезинфекционных мероприятий в очаге и необходимом обследовании всех семейных и коллективных контактов.

Профилактика. Профилактика трихофитии должна проводиться совместными усилиями дермато-венерологов, медицинских работников общей медицинской сети, санитарно-эпидемиологических станций, домов санитарного просвещения и ветеринарного надзора с участием общественности и при постоянной поддержке со стороны административных органов. Успех борьбы с микозами во многом зависит от активности дермато-венерологов, их умения и стремления своевременно организовать проведение всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Деятельность дермато-венерологов и специалистов смежных областей, направленная на борьбу с дерматофитиями, предусматривает-

ся совместными комплексными планами, которые утверждаются вышестоящими органами. При этом специалисты областных учреждений планируют мероприятия, необходимые для борьбы с микозами в пределах всей области:

1. Учет заболеваний населения и обеспечение диспансерного обслуживания больных в городах и районах;
2. Организация выявления больных и источников;
3. Обеспечение полноценной диагностики (до получения культур грибов), госпитализации и лечения заболевших, а также проведение дезинфекционных и дератизационных мероприятий в очагах.
4. Снабжение дермато-венерологических учреждений и населения средствами для лечения и профилактики.
5. Микологическая подготовка кадров дермато-венерологов, лаборантов и медицинских работников общей медицинской сети путем проведения месячников, декадников, конференций, циклов лекций и семинаров.
6. Систематическое издание памяток, листовок, плакатов, лекций а также выступлений по телевидению, радио и через печать.
7. Четкое выполнение комплекса мероприятий по борьбе с микозами у животных (поголовная вакцинация телят коллективных и индивидуальных хозяйств против трихофитии препаратами ТФ-130 или ЛТФ-130, своевременное выявление больных трихофитией животных, их изоляция и лечение, а также проведение текущей и заключительной дезинфекции в соответствии с «Ветеринарным законодательством»; обмен информацией медицинских и ветеринарных работников о заболеваемости дерматофитиями у людей и животных.
8. Совместные со смежными специалистами совещания, а также руководящие указания и приказы по усилению организационных и лечебно-профилактических мероприятий.
9. Контроль за организацией борьбы с микозами в городах и районах области путем ежемесячного анализа извещений, ознакомление с работой и оказание помощи на местах при выездах специалистов; рассмотрение этих вопросов на совещании департамента здравоохранения и заседаниях.

Значительная часть вышеизложенных мероприятий с учетом местных условий и возможностей включается в план деятельности дерма-

то-венерологов и специалистов смежных специальностей городов и районов области.

Основными мерами профилактики грибковых заболеваний принято считать своевременное выявление, изоляцию и лечение больных, обследование лиц, находившихся в контакте с ними, дезинфекцию и дератизацию. Большое значение придается диспансеризации больных и санитарно-просветительной работе среди населения.

В комплексе мероприятий, направленных на борьбу с микозами, очень важно обеспечить точный учет последних. На каждого больного (когда диагноз подтвержден лабораторно) должно быть заполнено извещение с обязательным указанием клинической формы микоза (нагноительная, инфильтративная, поверхностная или хроническая трихофития) и локализацией процесса (волосистая часть головы, борода, усы, гладкая кожа и др.) и отправлено в областной кожно-венерологический диспансер. Больных с установленной профессиональной трихофитией необходимо еще регистрировать в журнале учета по форме № 165, а в больничных листах и извещениях указывать на профессиональный характер заболевания. Выявленных больных следует срочно госпитализировать, а при амбулаторном лечении немедленно изолировать из детского коллектива.

После госпитализации больного все его вещи, а также вещи лиц с ним соприкасающихся, обеззараживают в формалиновых камерах. Одновременно пол помещения и предметы, которыми пользовался больной, дезинфицируют 5% раствором хлорамина. Затем проводят уборку и мытье помещения теплой водой с мылом. Если больной не госпитализирован, то по указанию врача силами самого больного или его родителей должно быть обеспечено проведение текущей дезинфекции, которая заключается в обеззараживании вещей заболевшего (кипячение, проглаживание горячим утюгом через влажную материю, ежедневная влажная уборка в квартире). Не имеющие особой ценности головные уборы больного рекомендуется сжигать. После окончания лечения согласно заявке санитарно-эпидемиологическая станция проводит заключительную дезинфекцию.

В детских учреждениях (яслях, детских домах, детских садах и др.) при обнаружении больного дерматофитией немедленно после его изоляции проводят влажную дезинфекцию в помещениях группы, из которой изолирован больной, мытье всех детей группы и смену нательного и постельного белья. Вещи обрабатывают в камерах, а при

отсутствии последних обеззараживают кипячением или проглаживают горячим утюгом.

В случае обнаружения грибковых заболеваний у детей, посещающих школу, заключительную дезинфекцию проводят в самой школе только при наличии эпидемических показаний (в зависимости от санитарного состояния школы, числа случаев заболевания, условий заражения и т.п.).

Все члены семьи больного, а также коллектива, в котором он находился (ясли, класс, детский сад и др.), подлежат осмотру один раз в 10 дней в течение месяца. При трихофитии антропонозной необходим особенно тщательный осмотр волосистой части головы и гладкой кожи всех членов семьи и родственников больного с целью выявления хронической трихофитии. Одновременно среди лиц, имевших контакт с больными, проводится санитарно-просветительная работа.

Для успешной борьбы с грибковыми заболеваниями, общими для людей и животных, необходим постоянный взаимообмен информацией между медицинскими и ветеринарными работниками. В случае обнаружения у человека трихофитий, обусловленной *T.verrucosum*, дермато-венеролог, установивший диагноз, обязан немедленно сообщить об этом ветеринарному работнику участка, который должен обследовать всех животных, имеющих на ферме или в личном хозяйстве людей.

Ветеринарный врач, установивший диагноз «стригущий лишай» у животного на ферме или в индивидуальном хозяйстве, обязан информировать об этом медицинского работника участка, который должен провести профилактический осмотр всех лиц, ухаживающих за больными животными и одновременно ознакомить их с правилами личной профилактики.

Если трихофития у людей вызвана *T.mentagrophytes var.gypseum*, то мероприятия должны быть направлены прежде всего на уничтожение грызунов, как основного носителя этого гриба. Поэтому в каждом случае заболевание человека трихофитией, обусловленной *T.mentagrophytes var.gypseum* нужно сигнализировать санитарно-эпидемиологическую станцию, чтобы по месту жительства больного (населенный пункт) была проведена дератизация во всех местах скопления грызунов.

Иногда наблюдается заболевание трихофитией у работников вивариев (источник заражения – лабораторные животные). В таких случаях работающий с больными животными персонал следует осматри-

вать на дерматофитии и тщательно инструктировать о необходимости соблюдения ими мер предосторожности. Больных трихофитией животных (мышей, крыс, морских свинок) следует уничтожать, особенно ценных животных изолировать и проводить весь комплекс противоэпизоотических мероприятий.

Ликвидация очагов грибковой инфекции среди общественных и индивидуальных животных занимает важнейшее место в организации действенной борьбы с дерматофитиями, вызванными зоофильными грибами. Однако постоянно это связано с систематически проводимым лечением больных «стригущим лишаем» животных.

Учитывая, что большинство животноводов заражается трихофитией во время лечения телят, следует рекомендовать ветеринарным специалистам перед проведением подобных мероприятий тщательнейшим образом информировать своих помощников о необходимости строгого выполнения мер предосторожности во время предстоящей работы и после ее окончания (кипячение спец. одежды, перчаток, рукавиц, мытье рук до локтей с мылом и обработка микротравм 5% настойкой йода). Несоблюдение правил личной профилактики лицами, обслуживающими больных животных, нередко способствуют их заражению.

В борьбе с грибковыми заболеваниями весьма ценна помощь медицинских работников общей медицинской сети. Поэтому дерматовенерологам следует уделять особое внимание микологической подготовке этой группы специалистов путем проведения семинаров, докладов на районных, городских и кустовых конференциях по вопросам эпидемиологии, клинике и профилактике дерматофитий.

Эта работа должна проводиться всеми дерматовенерологами области. Для унификации занятий, а также для быстрой повсеместной их организации целесообразно централизованное обеспечение городских и районных дерматовенерологов готовыми текстами лекций, составленными и размноженными в областных кожно-венерологических диспансерах.

Дерматовенерологам и другим медицинским работникам следует уделять максимум внимания санитарно-просветительной работе среди населения путем проведения лекций, бесед, выступлений по радио и телевидению, а также через печать. Большая роль в профилактике грибковых заболеваний принадлежит наглядной агитации. При организации санитарно-просветительной работы особое внимание нужно уделять животноводам. На каждой молочно-товарной ферме необхо-

димо не менее одного раза в год проводить лекции на тему «Профилактика грибковых заболеваний у людей и животных». Лучше такую лекцию читать в октябре – ноябре, когда обычно увеличивается число случаев трихофитии у животных и людей.

Кроме того, санитарно-просветительную работу следует систематически проводить в селах и среди населения рабочих поселков, неблагополучных по заболеваемости дерматофитиями. При проведении лекций и бесед необходимо обращать внимание населения на правила личной профилактики и на вопросы гигиенического воспитания детей при обращении их с домашними животными, особенно телятами, кошками и собаками, даже внешне здоровыми.

В случае вспышки стригущего лишая среди животных индивидуальных хозяйств, когда контакт с больными животными и инфицированными предметами становится возможным для большого числа неосведомленных об этом заболевании людей, необходимо, кроме прочих лечебно-профилактических мероприятий, систематически заниматься индивидуальным просвещением лиц, соприкасающихся с больными животными.

В этом могут помочь ветеринарные работники, так как именно они первыми обнаруживают очаг грибковой инфекции и своевременно могут инструктировать о мерах предосторожности каждого владельца больного трихофитией животного.

Весьма целесообразно проводить санитарное просвещение владельцев скота с помощью памятки, составляемой совместно с ветеринарной службой. В ней предусматриваются мероприятия по профилактике трихофитии как у людей, так и у животных.

Эти памятки, изданные большим тиражом, направляют по ветеринарным лечебницам и ветеринарным участкам, а ветеринарные работники распространяют их в обнаруживаемых ими очагах грибковой инфекции. Такой метод индивидуального просвещения населения очень эффективен.

Большое значение для профилактики профессиональных грибковых заболеваний имеет улучшение условий труда животноводов. Поэтому врачам санитарно-эпидемиологических станций, дерматовенерологам и медицинским работникам общей медицинской сети необходимо следить за санитарным состоянием молочно-товарных ферм; обеспеченностью животноводов спецодеждой, полотенцами, мылом и дезинфицирующими средствами; условиями для хранения спецодежды и личной одежды; возможностью стирки спецодежды на

территории фермы; наличием умывальников и постоянно открытых для животноводов аптек; организацией санитарно-просветительной работы медицинскими и ветеринарными работниками по вопросу профилактики грибковых заболеваний у людей и животных, а также занятия с животноводами по санитарному минимуму, проведением профилактических осмотров и обследований животноводов специалистами, организацией борьбы с дерматофитиями у животных в соответствии с «Ветеринарным законодательством», выполнением ветеринарными работниками мероприятий, необходимых для предупреждения заражения лиц, участвующих в лечении больных трихофитией животных (инструктаж о мерах предосторожности во время предстоящей работы, обеспечение спецодеждой, обеззараживание спецодежды по окончании лечебной обработки животных, мытье рук с мылом и своевременная обработка микротравм 5% настойкой йода.

Следует запрещать детям посещение молочно-товарных ферм, неблагополучных по трихофитии.

Графическая структура темы: Трихофития

1. Нозоологические единицы	Антропонозная трихофития	Зооантропонозная трихофития
2. Возбудители	<i>T. violaceum</i> <i>T. tonsurans</i>	<i>T. verrucosum</i> <i>T. mentagrophytes</i> var. <i>gypseum</i>
3. Источник заражения	Человек	Домашние животные и мышевидные грызуны (в зависимости от возбудителя), а так же больной человек.
4. Пути передачи	Контакт с больным трихофитией. Контакт с инфицированной одеждой и другими предметами общего пользования.	Контакт с больным трихофитией. Контакт с инфицированной одеждой и другими предметами общего пользования.
5. Предрасполагающие факторы	Иммунологическая реактивность, микротравмы.	Микротравмы и внутренние факторы.
6. Клинические признаки	При свежей поверхностной трихофитии очаги округлой или овальной формы с четкими границами, бледно розового	В начале появляются очаги округлой или овальной формы с четкими границами. Кожа в очаге гиперемирована, с

	<p>цвета с отрубевидным шелушением на поверхности.</p> <p>На волосистой части головы пораженные волосы обламываются на уровне 1-2 мм от поверхности эпидермиса.</p> <p>При хроническом течении различают: 1. хроническую черно-точечную трихофитию; 2. хроническую сквамозную трихофитию; 3. хроническую смешанную форму трихофитию волос.</p> <p>Хроническая трихофития на гладкой коже имеет излюбленные локализации (ягодицы, колени, голени, предплечья) где имеется круговидные или диффузные шелушение на фоне кожи цвета застойной гиперемии.</p> <p>При хронической трихофитии нередко поражаются ладони (на фоне гиперкератоза диффузное и круговидное шелушение).</p> <p>У 30% больных хронической трихофитией поражаются ногти. Они утолщены, желтоватого цвета, крошатся по свободному краю.</p>	<p>отрубевидным шелушением на поверхности. В начале соответствующей поверхностной форме.</p> <p>Если больной не лечится или лечится неправильно, нарастает воспаление и инфильтрация в очаге, появляются пустулы и корки. Развивается инфильтративная форма трихофитии.</p> <p>При дальнейшем нарастании воспаления в очаге (особенно на волосистой части головы, в области бороды и усов) формируются массивные инфильтраты, рельефно возвышающиеся в виде купола. Волосяные фолликулы резко воспалены, расширены, из них как из сита выделяется гной, который, подсыхая, образует массивную корку. Развиваются лимфадениты, повышается температура, появляются аллергии. Это инфильтративно-нагноительная трихофития.</p>
7. Излюбленные локализации	Верхние конечности, волосистая часть головы, ладони, ногти рук.	Открытые части тела, верхние конечности, реже туловище и волосистая часть головы.
8. Течение	Свежая трихофития затем принимает хроническое течение.	Протекает в острой форме и исключительно редко принимает хроническое течение.

9. Дифференциальный диагноз	Микроспория	Микроспория. Стрептодермия. Фурункулы. Карбункулы.
10. Дополнительные методы исследования	Бактериоскопический и бактериологический методы исследования.	Бактериоскопический и бактериологический методы исследования.
11. Лечение	Тербинафин (ламизил, ламикан, тербазил, экзифин и др. в таблетках). Аналогичные мази.	Тербинафин (таблетки и мази). При нагноительной трихофитии 10-20% ихтиоловая мазь, чистка очагов, растворы анилиновых красителей.

Микроспория (*Microsporia*)

Синонимы: микроспория, *tineamicrosporiga*, *microsporiosis*
 Заболевание впервые описано Gruby, 1843.

Этиология. В настоящее время все известные микроспориумы делят на 3 группы:

I. Антропофильные микроспорумы:

1. *M.ferrugineum* (Ota, 1921). Распространен в Средней Азии, Юго-Восточной Азии, Японии. В СССР был распространен в послевоенные годы. В последние 20 лет в большинстве областей России не регистрируется.
2. *M.audouini* (Gruby, 1843). Распространен в основном в США и Африке. Гриб редко регистрируется в Европейских странах. В России не встречается.

II. Зоофильные микроспорумы:

1. *M.canis* (Bodin, 1902). Распространен повсеместно, в том числе в областях и республиках нашей страны. Основной резервуар гриба – кошки и реже собаки. Изредка выделяют грибок от свиней, лис, песцов, лошадей, овец, тигров, медведей, обезьян.
2. *M.distortum* Dimenna a.marples. грибок выявляется в США, Австралии, Новой Зеландии. В СССР были описаны спорадические случаи. Основной резервуар – кошки, собаки, обезьяны.

Другие зоофильные микроспорумы встречаются редко.

III. Геофильные микроспорумы (*M.gypseum*, *M. cookei* и др.) вегетируют в почве и очень едко вызывают заболевание у человека. Роль их в эпидемиологии дерматофитий крайне незначительна.

Эпидемиология. Передача антропофильных микроспорумов является больной человек. Передача инфекции происходит при прямом контакте с источником и через различные инфицированные предметы (головные уборы, одежду, постель, гребенки, расчески, инструменты парикмахера).

Основным резервуаром *M.canis* являются кошки и собаки. У них наблюдаются клинически выраженные очаги микоза, стертые формы и скрытое миконосительство (Т.М. Будумян, 1987).

Заражение человека происходит при непосредственном контакте с этими животными и через инфицированные предметы. Больной человек также может быть источником заражения здоровых лиц. Заболевают преимущественно дети и особенно мальчики (В.В. Козленко и соавт., 1988).

В патогенезе имеют значение микротравматизм, снижение иммунологической реактивности, гипо- и авитаминозы.

Клиника. При микроспории, обусловленной *M.canis*, инкубационный период 5–7 дней. На волосистой части головы развиваются единичные (1–2–3) очаги круглой формы, четко отграниченные от окружающей кожи, величиной до детской ладони. В пределах очага кожа умеренно гиперемирована, розового цвета, с наслоением мелких отрубевидных чешуек на поверхности. Пораженные волосы обламываются в очаге все на уровне 6–8 мм. В редких случаях наблюдаются инфильтративные и нагноительные формы микоза.

На гладкой коже нередко возникают множественные очаги овальной и округлой формы, розового цвета, с отрубевидным шелушением на поверхности. Часто поражаются пушковые волосы. Не является редкой микроспория бровей и ресниц. Ногтевые пластинки вовлекаются в процесс исключительно редко.

При микроспории, вызываемой *M.ferrugineum*, инкубационный период 4–6 недель. На волосистой части головы нередко выявляется один крупный очаг, а вокруг него множественные отсевы мелких. Многочисленные участки поражения, увеличиваясь в своих размерах, сливаются, образуя крупные очаги неправильных очертаний. Воспалительные явления при этом микозе незначительны. Поэтому кожа в очагах бледно-розового цвета, со скудным отрубевидным шелушением. Волосы обламываются не все и на разном уровне, напоминая по внешнему виду «мех, изъеденный молью». В очень редких случаях развивается нагноительная форма типа «*kerion*».

На гладкой коже иногда очаги представляют собой кольца, заключенные одно в другое (форма *iris*).

Диагноз. Учитывается характерная клиническая картина. При исследовании под люминесцентным аппаратом пораженные волосы светятся изумрудно-зеленоватым свечением. При микроскопии пораженных волос обнаруживается картина по типу *Microsporum*. Споры 2–3 мкм диаметром располагаются мозаично вокруг волоса в виде чехла. В чешуйках выявляются тонкие, ветвистые, септированные нити мицелия. Для установления диагноза возбудителя производят посев патологического материала на искусственные питательные среды.

Лечение. Как показал опыт микологических учреждений страны, лечение больного лучше проводить в стационарных условиях. В таких случаях значительно короче продолжительность санации, потенциальный источник инфекции изолирован от общества, и родители не нуждаются в освобождении от работы.

При микроспории волосистой части головы или при значительном распространении ее на гладкой коже назначают гризеофульвин из расчета 22 мг/кг в сутки до первого отрицательного контроля, затем в той же суточной дозе через день в течение двух недель.

Сейчас на смену гризеофульвину пришел тербинафин, который более удобен в применении. Но микроспория по-прежнему остается стойкой к тербинафину, и сейчас ищутся новые методы ее лечения. Кубанова А.А. и соавт. предложили при микроспории волосистой части головы назначать тербинафин в суточной дозе, превышающей общепринятую на 50%. В результате при массе тела до 20 кг назначали не 32,2 мг, а 93,3 мг; вместо 125 мг при массе от 20 до 40 кг давали 189,2 мг; вместо 250 мг—375 мг. в результате получены хорошие результаты.

Продолжительность лечения определяется динамикой клинико-лабораторных показателей. При необходимости общее антимикотическое лечение сочетается с пирогеналом или протидиозаном, очищенной серой, алоэ, гамма-глобулином, витаминами, особенно группы «В», токоферолом (Лещенко В.М. и соавт., 1988). Одновременно проводится местная терапия (утром 3–5% йод, вечером – 5% салициловая мазь под вощаную бумагу. На следующий день утром очаги промывают теплой водой с мылом, просушивают и повторяют местное лечение. Можно использовать микосептин, нитрофунгин, микозолон, серную, серно-салициловую и 5% гризеофульвиновую мази).

Ж.В. Степанова и Л.Л. Смолякова (1990) для лечения микроспории гладкой кожи рекомендуют жидкость, содержащую хинозол и салициловую кислоту по 10,0; димексид – 72 мл, дистиллированную воду – 8 мл. Очаги смазывают 2–3 раза в день до отрицательного контроля. При распространенных процессах одновременно назначают гризеофульвин. В последние годы предложена 5% мебетизоловая мазь (В.П. Федотов и соавт., 1990).

Сейчас для лечения микроспории волосистой части головы и гладкой кожи, в качестве местной терапии используют кремы и мази тербинафина утром и вечером, при необходимости с приемом системного антимикотика до излечения.

Волосы на голове сбривают каждые 5–7 дней. При ограниченных процессах на гладкой коже можно ограничиться только местной терапией. В процессе лечения через каждые 5–7 дней проводятся клинико-лабораторные контроли. При установлении трех отрицательных контролей подряд лечение прекращается. Затем проводятся аналогичные контроли на излеченность. Первый – через 10 дней после окончания лечения, второй – через месяц и третий – через 2 месяца. Если эти три контроля, проведенные в течение двух месяцев после окончания лечения, отрицательны, в очаге проведен весь комплекс противоэпидемических мероприятий, переболевший снимается с учета.

Профилактика. Выявленных больных учитывают и берут на диспансеризацию. Все члены семьи больного осматриваются еженедельно в течение месяца. Если ребенок посещает школу или дошкольное детское учреждение, то осматриваются соответственно дети класса или группы, которые он посещал. При осмотре обязательно используют люминесцентный аппарат. В квартире и дошкольном учреждении проводится дезинфекция, лучше камерная. В отдаленных населенных пунктах допускается обеззараживание нательного и постельного белья кипячением. Что нельзя кипятить, проглаживают горячим утюгом через влажную материю. В квартире моют 5% раствором хозяйственного мыла (одна печатка на ведро воды).

При микроспории, обусловленной *M.canis*, имеющиеся в квартире (хозяйстве) кошки и собаки подлежат обследованию под люминесцентным аппаратом в ветеринарной лечебнице. Больные животные, не представляющие ценности, подлежат утилизации. Поскольку у кошек встречается скрытое миконосительство, то мы считаем целе-

сообразным уничтожать их (но не выбрасывать на произвол судьбы) во всех очагах зооантропонозной микроспории.

Породистые собаки подлежат лечению у ветврача.

Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди населения.

О проведении комплекса организационных и лечебно-профилактических мероприятий также см. раздел «Трихофития».

Графическая структура темы: Микроспория

1. Нозологические единицы	Антропонозная микроспория	Зооантропонозная микроспория
2. Возбудители	<i>M. ferrugineum</i>	<i>M. canis</i>
3. Источник заражения	Человек	Кошки, собаки и больной человек.
4. Пути передачи	Прямой контакт с больными животными и человеком. Предметы общего пользования (головные уборы, одежда, постель, расчески).	Прямой контакт с больными животными и человеком. Предметы общего пользования (головные уборы, одежда, постель, расчески).
5. Предрасполагающие факторы	Гиповитаминозы. Микротравмы.	Гиповитаминозы. Микротравмы.
6. Клинические признаки	Очаги бледно-розового цвета, с незначительно отрубевидным шелушением. Волосы в очаге обламываются не все и на разном уровне. Под люминесцентном аппарате пораженные волосы светятся ярким изумрудно-зеленоватым свечением. На гладкой коже иногда очаг поражения выглядит в форме “Ирис” (радуги) т.е. в виде колец, заключенных одно в	На волосистой части головы возникают единичные округлые очаги с четкими границами. В очагах гиперемия и выраженное отрубевидное шелушение. Волосы в очаге обламываются все на уровне 6-8 мм от поверхности эпидермиса. Под люминесцентным аппаратом пораженные волосы светятся ярким изумрудно-зеленоватым свечением. На гладкой коже очаги овальной формы с чет-

	другое.	кими границами, с гиперемией и отрубевидным шелушением на поверхности.
7. Излюбленная локализация	Открытые части тела и волосистая часть головы	Открытые части тела и волосистая часть головы
8. Течение	Без лечения принимает хроническое течение	Без лечения принимает хроническое течение
9. Дифференциальный диагноз	Трихофития. Очаговая алопеция.	Трихофития. Очаговая алопеция.
10. Дополнительные методы исследования	Микроскопия, посев и исследование под люминесцентным аппаратом.	Микроскопия, посев и исследование под люминесцентным аппаратом.
11. Лечение	Тербинафин в таблетках и мазях. Анилиновые красители, йод 3-5%, 5% салициловая мазь.	Тербинафин в таблетках и мазях. Анилиновые красители, йод 3-5%, 5% салициловая мазь.

Фавус (Favus)

Синонимы: парша, *tinea favosa*.

Заболевание впервые описано *Schonlein*, 1839.

Этиология. Возбудитель – *T. schonleinii* (*Lebert*) *Langeron* и *Milochkevitch*, 1930.

Фавус встречается чаще в странах Азии и Африки. В России в последние годы регистрируются очень редкие случаи и лишь в отдельных областях (Я.А. Халемин и соавт., 1988; Э.Б. Даниелян и М.С. Мокроусов, 1990).

Эпидемиология. Источником заражения является больной человек. Передача инфекции происходит при непосредственном контакте и через различные предметы общего пользования (головные уборы, одежду, постель, гребенки, расчески, инструменты парикмахера).

Патогенез. Имеют значение микротравмы, снижение иммунологической реактивности, гипо- и авитаминозы.

Клиника. Инкубационный период 2 недели. При типичной форме фавуса на волосистой части головы возникают скутулы (щитки) корочки охряно-желтого цвета, блюдцеобразной формы, пронизанные волосом, и выпуклой частью плотно прилежат к коже. Пораженные волосы становятся серыми, пепельными, напоминая вид старого

запыленного парика. Они не обламываются, а выпадают вместе с корками, так как развивается рубцевидная атрофия кожи и волосяных фолликулов.

При типичной форме фавуса наблюдается 4 основных признака:

1. Скутулы.
2. Изменение цвета волос.
3. Рубцевидная атрофия кожи.
4. «Мышиный» или «амбарный» запах, который издают скутулы.

Последний признак не является постоянным и зависит от обилия скутул.

Кроме скутулярной формы. На волосистой части головы наблюдаются импетигиозная и сквамозная формы. В первом случае в очагах возникают толстые корки, а в последнем – наслоение чешуек. Затем также изменяются волосы, и остается рубцевидная атрофия кожи.

В очень редких случаях развивается нагноительная форма фавуса типа *Kerion*.

На гладкой коже могут возникать скутулы, пронизанные пушковым волосом. Располагаются обычно сгруппировано. Иногда наблюдается трихофитоидная форма фавуса. При этом имеются очерченные очаги эритематозно-сквамозного характера, с везикулами и корочками на поверхности.

При фавусе поражаются ногти. Как и при других микозах они утолщены, неровные, желтоватого цвета, крошатся по свободному краю.

Описаны случаи поражения легких, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и костей (А.Н. Аравийский, 1949).

При распространенных процессах наблюдаются увеличение регионарных лимфоузлов и аллергические высыпания.

Диагноз подтверждается обнаружением грибов в патологическом материале (микроскопия, посев).

Лечение. Назначается гризеофульвин (как при трихофитии) в сочетании с местной терапией (5% йод, 5% салициловая мазь, сбривание волос один раз в 4–5–7 дней, ежедневное мытье пораженных участков теплой водой с мылом) и общеукрепляющая терапия. В настоящее время используется тербинафин в обычной суточной дозе, а местно его мази и кремы.

Профилактика. В случае выявления больного фавусом проводится комплекс мероприятий в очаге (осмотр семейных контактов дезинфекция, госпитализация и лечение больных) .

В очаге проводят осмотр населения ежегодно в течение 5 лет.

Графическая структура темы: Фавус

1. Возбудитель	T.Schonleinii
2. Источник заражения	Человек
3. Пути передачи	Предметы общего пользования (головные уборы, одежда, постель, расчески, инструменты парикмахера).
4. Предрасполагающие факторы	Гиповитаминозы. Микротравмы.
5. Клинические признаки	<p>При поражении волосистой части головы может развиваться типичная скутулярная форма фавуса, основным признаком которой является скутула (щиток). Это корочка желтого цвета, блюдцеобразной формы, пронизанная волосами. Своей выпуклой частью прилежит к коже. Поражаются волосы. Они принимают серый пепельный оттенок, напоминают цвет старого запыленного парика. Волосы не обламываются, а выпадают вместе со скутулами и больше не вырастают, т.к. остается рубцовая атрофия кожи и волосных фолликулов. При скутулярной форме фавуса формируются 4 основных признака. Это скутулы, изменение цвета волос, рубцовая атрофия и запах, который издают скутулы. Его сравнивают с амбарным или мышинным, но этот признак непостоянный, ибо, если скутул мало его может не быть.</p> <p>Кроме этого известны 2 атипичные формы фавуса. Это сквамозная и импетигиозная формы фавуса.</p> <p>При сквамозной форме фавуса на волосистой части головы имеются наслоения желтоватых чешуек, но если их снять, то открывается влажная кожа цвета застойной гиперемии. Пораженные волосы также принимают серый, пепельный оттенок. Затем они выпадают, и остается рубцовая атрофия кожи.</p> <p>При импетигиозной форме фавуса клиника несколько напоминает таковую при импетиго. Появляются пузыри наполненные мутным содержимым, которые подсыхая образуют желтоватые корки. Но при импетиго процесс распро-</p>

	<p>страняется быстро, а при фавусе очень медленно. Так же изменяются в цвете волосы, которые затем выпадают оставляя рубцовую атрофию. На гладкой коже может развиваться типичная скутулярная форма, при которой скутулы пронизаны пушковыми волосами и располагаются сгруппировано.</p> <p>Может развиваться атипичная тригефитоидная форма фавуса, напоминающая очаги трихофитии.</p> <p>При поражении кожи ладоней роговой слой утолщен, имеется диффузное шелушение усиленный рисунок кожи.</p> <p>При фавусе ногти поражаются на руках и редко на ногах. Пораженные ногтевые пластины лишены блеска, утолщены, желтоватые, крошатся по свободному краю.</p>
6. Излюбленная локализация	Волосистая часть головы, верхняя половина тела, кисти рук.
7. Течение	Хроническое.
8. Дифференциальный диагноз	Трихофития. Очаговая алопеция. Импетиго.
9. Дополнительные методы исследования	Бактериоскопический и бактериологический.
10. Лечение	Тербинафин в таблетках и мазях. Анилиновые красители. Йод 3-5%, салициловая мазь 5%.

Тестовый контроль

по теме: ТРИХОМИКОЗЫ (лечебный факультет)

- Назовите возможный источник заражения ребенка микроспорией, вызванной *M. canis*:
 - Человек
 - Собака
 - Кошка
 - Корова
- Укажите наиболее важный клинический признак микроскопии волосистой части головы:
 - Шелушение
 - Обломанные волосы
 - Зуд кожи головы
 - Гиперемия очагов поражения

3. Какие препараты показаны для лечения трихомикозов?
 1. Флуцинар
 2. Гризеофульвин
 3. Ламизил
 4. Нистатин
4. Каковы возможные источники заражения трихофитией, вызванной *T. violaceum*?
 1. Телята
 2. Лошади
 3. Больные люди
 4. Кошки
5. Укажите клинические разновидности трихофитии:
 1. Поверхностная
 2. Острая
 3. Хроническая
 4. Инфильтративно–нагноительная
6. Назовите клинические проявления поверхностной трихофитии волосистой части головы:
 1. Округлые очаги поражения
 2. Обломанные волосы в очагах
 3. Исход очагов поражения в рубцовую атрофию
 4. Преимущественное поражение детей
7. Особенности инфильтративно–нагноительной трихофитии:
 1. Заражение только от человека
 2. Образование фолликулярных абсцессов в очагах поражения
 3. Многолетнее течение заболевания
 4. Возможность развития рубцовой атрофии
8. Каковы методы диагностики при микроспории?
 1. Микроскопическое исследование пеньков волос
 2. Культуральное исследование
 3. Люминесцентный метод
 4. Йодная проба Бальзера
9. Какое заболевание обусловлено грибом из рода Трихофитон?
 1. Отрубевидный лишай
 2. Эритезма
 3. Вульгарный сикоз
 4. Опоясывающий лишай
 5. Паразитарный сикоз

10. Поверхностную трихофитию волосистой части головы следует дифференцировать с:
 1. Красным плоским лишаем
 2. Круговидным облысением
 3. Розовым лишаем
 4. Дискоидной красной волчанкой
11. Что применяется для лечения поверхностной трихофитии волосистой части головы у детей?
 1. Гризеофульвин
 2. Тербинафин
 3. Регулярное бритье головы
 4. Смазывание очагов спиртовым раствором йода и серной ма- зью
12. Каковы особенности хронической трихофитии?
 1. Страдают преимущественно женщины
 2. Выпадение волос происходит на значительных участках воло- систой части головы
 3. Нередко остаются на местах поражения многочисленные ат- рофические плешники
 4. Нередко поражаются ногти
13. Какие из перечисленных признаков могут встречаться при нагноительной трихофитии?
 1. Субфебрильная температура
 2. Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов
 3. Поражение ногтей
 4. Появление трихофитидов
14. Возможные источники заражения фавусом:
 1. Больной человек
 2. Растения
 3. Почва
 4. Зараженная вода
15. Назовите клинические разновидности фавуса:
 1. Скутулярная
 2. Импетигиозная
 3. Папулезная
 4. Сквамозная
16. Наиболее специфичный для фавуса морфологический эле- мент:
 1. Чешуйка

2. Папула
 3. Пустула
 4. Скутула
17. Каков характер изменения волос при фавусе?
1. Они становятся тусклыми
 2. Волосы обламываются на высоте 2–3 миллиметров от поверхности кожи
 3. Волосы обламываются на высоте 6–8 мм от поверхности кожи
 4. Волосы постепенно выпадают
18. Каков исход заболевания фавусом?
1. Волосы постепенно восстанавливаются
 2. Наступает стойкое выпадение волос
 3. На волосистой части наступает рубцовая атрофия
 4. Могут поражаться и ногти
19. Укажите препараты для лечения фавуса:
1. Ламизил
 2. Нистатин
 3. Гризеофульвин
 4. Зовиракс
20. Изменения ногтей могут наблюдаться при:
1. Инфильтративно–нагноительной трихофитии
 2. Хронической трихофитии
 3. Микроспории
 4. Фавусе

Клиническая задача № 2.

Больной К. 25 лет обратился в поликлинику к участковому врачу с жалобами на повышение температуры до 38–39 градусов, которая держится в течение трех дней. Работает скотником. Считает себя соматически здоровым. При обследовании больного выяснилось: общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура 38,8⁰С, жалобы на наличие крупного очага на волосистой части головы, болезненного при пальпации и высыпаний на туловище и конечностях. Кроме того, беспокоят головные боли, понижение аппетита, недомогание, общая слабость, других жалоб нет. В затылочной области имеется очаг – 10 X 13 см с четкими границами, в пределах которого кожа резко инфильтрирована, рельефно возвышается над общим уровнем, в виде купола, болезненна при

пальпации, поверхность очага резко воспалена, гиперемирована, бугристая. При надавливании на очаг из волосяных фолликулов выдавливается гной. На поверхности имеются корки желтовато-бурого цвета. Волосы легко извлекаются из воспаленных и расширенных волосяных фолликулов. Регионарные лимфатические узлы увеличены до лесного ореха, плотноэластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, немного болезненны при пальпации.

На бледном фоне лица, шеи, туловища и верхних конечностей имеются обильные мелкие 0,5 см розовые пятна; мелкие конической формы узелки и мелкие пузырьки. Дополнительно из анамнеза установлено, что больной 3 месяца назад один день работал на молочно-товарной ферме, где были больные трихофитией телята. Через две недели, после такой работы, заметил гиперемию и шелушение кожи в области затылка, смазал 5% настойкой йода, но очаг быстро увеличился в размерах, покрылся гнойными корками, стал болезненным. Затем появились высыпания на коже, повысилась температура.

При микроскопии обнаружены скопления крупных (5–7 микрон) спор, расположенных в виде чехла вокруг волоса, т.е. по типу Т.эктотрикс мегаспорес.

Вопросы:

1. Можно сейчас говорить о точном диагнозе?
2. О каком возбудителе трихофитии можно предварительно думать сейчас, до получения результатов посева.
3. Ваша дальнейшая тактика в отношении лечения больного?
4. Какие и где необходимо провести профилактические мероприятия?

ЧЕРЕПИТЧАТЫЙ МИКОЗ **(*Tinea imbricata*)**

Синонимы: токело, (*tokelan*, *Tinea circinata*, *India ringworm*).

Заболевание впервые описано *Dampie*, 1686.

Возбудитель – *T.concentricum*.

Микоз распространен в тропических и субтропических странах. В СССР были описаны единичные завозные случаи.

Эпидемиология. Источник инфекции – больной человек. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным или через различные предметы общего пользования.

Патогенез. Имеют значение микротравмы и прочие повреждения кожи.

Клиника. На коже вначале возникают очаги светло-коричневого цвета, кольцевидной формы. В процесс постепенно вовлекается вся кожа, за исключением крупных складок, ладоней подошв. На поверхности формируются чешуйки, наслаивающиеся одна на другую, напоминая кровельные черепицы. По периферии очагов имеется узкая зона гиперемии. В редких случаях в процесс вовлекается волосистая часть головы, однако волосяные фолликулы не поражаются. Ногтевые пластинки становятся утолщенными и обламываются по свободному краю. Больных беспокоит зуд.

Диагноз. Для подтверждения диагноза важно обнаружение элементов гриба в чешуйках. Дифференцируют с антропонозной трихофитией и листовидной пузырчаткой.

Лечение. Гризеофульвин в сочетании с наружной терапией (5% йод, 10% хризаробиновая мазь). Опыта лечения больных тербинафином у нас нет.

Профилактика. Исключение контакта с больным человеком. Обследование семейных и коллективных контактов. Дезинфекция в очаге.

КАНДИДОЗ (*Candidosis*)

Синонимы: кандидомикоз, монилияз, оидимикоз, сахаромичес, молочница.

Заболевание впервые описано *Langenbeck*, 1839.

Этиология. Возбудители – дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Известно свыше 80 его видов. Наиболее частыми возбудителями кандидоза у человека являются *C.albicans*, реже *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis*, *C.stellatoidea*, *C.parapsilosis*, *C.intermedia*, *C.guillermonti*, *C.brumpti*, *C.paracrusei* и реже другие.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* считаются условно-патогенными. Болезнетворные свойства их для людей и животных в значительной степени зависят от состояния макроорганизма. Микоз распространен повсеместно. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости населения (О.К. Хмельницкий и соавт., 1984; З.О. Караев и соавт., 1986; Р.Е. Хачатурян, В.А. Липова, 1989 и др.).

Эпидемиология. Возбудители широко распространены в природе и в быту. Кроме человека кандидоз и кандиданосительство часто встречаются у различных домашних и диких животных и птиц. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* имеются в почве, воде и воздухе и особенно там, где имеются большие коллективы. Они обнаруживаются на продуктах питания: овощах, фруктах, кондитерских изделиях; на посуде, на коже и слизистых оболочках здорового человека. Некоторые представители этого рода являются ассоциантами среди нормальной микрофлоры тела человека (П.Н. Кашкин, Н.П. Елинов, 1978, Р.Н. Реброва, 1989). Процент кандиданосительства колеблется в широких пределах, в зависимости от состояния здоровья, характера питания, возраста и профессии.

Инфицирование дрожжеподобными грибами нередко происходит еще во время прохождения ребенка через родовые пути. В дальнейшем дети заражаются через вдыхаемый воздух, соски, пищевые продукты, предметы ухода, руки матерей и обслуживающего персонала. Инфицирование возможно в любом возрасте. При этом довольно часто наблюдается кандиданосительство.

Патогенез. По данным большинства исследователей, в развитии кандидоза ведущим является состояние микроорганизма. Заболевание чаще встречается у детей грудного возраста и у стариков (П.Н. Кашкин и Н.П. Елинов 1978; А.А. Гомес и соавт. 1988; А.С. Кушнир и соавт., 1989), что связано с недостаточностью защитных реакций.

Большая часть отводится нарушению обмена веществ. Предрасполагает к развитию заболевания искусственное вскармливание детей. Кандидоз часто возникает при сахарном диабете (Т.К. Остроменская и соавт. 1982). Среди патогенетических факторов имеют значение гипотериоз, гипопаратиреоз, гипо- и авитаминозы (З.О. Караев и соавт., 1986).

Существенное значение для развития кандидоза имеет прием антибиотиков (Г.А. Белоблоцкий и соавт., 1979; Е.В. Величко и З.О. Караев, 1987). При этом возникает дизбактериоз. Место погибшей нормальной микрофлоры кожи и слизистых оболочек занимают дрожжеподобные грибы, пиококки, проактиномицеты и другие патогенные микроорганизмы.

Стероидные гормоны и цитостатики (В.Л. Быков, 1989), как и антибиотики, подавляя фагоцитоз и прочие факторы защиты организма, благоприятствуют развитию микоза.

К предрасполагающим факторам относят также различного рода нарушения кровообращения конечностей, травматические повреждения, аномалии развития, недоношенность плода, тяжелые истощающие заболевания и связанные с ними диспротеинемии, функциональные нарушения вегетативной нервной системы, повышенная потливость, тяжелые оперативные вмешательства, хронические отравления, понижение иммунологической реактивности (О.Б. Минскер и соавт., 1988; В.Б. Антонов и соавт., 1990; Л.Р. Аверичева и В.А. Нахаба, 1991). по материалам П.Н. Кашкина и Н.П. Елинова (1978), З.О. Караева и соавт. (1986), З.О. Караева и соавт. (1988), С.И. Довжанского и соавт. (1989). по мнению П.Н. Кашкина и В.Я. Некачалова (1963) и ряда других авторов, кандидозные заболевания являются почти всегда вторичными и сопровождают патологические процессы различной этиологии и тяжести.

Клиника

Кандидоз кожи. Процесс может локализоваться в крупных складках (пахово-бедренных, межъягодичных, под молочными железами, реже- подмышечных, шейных). На фоне легкой гиперемии и мацерации возникают тонкостенные, быстро вскрывающиеся пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы. После их вскрытия образуются мелкие эрозии, окруженные бахромкой отслаивающегося эпидермиса. Затем эрозии сливаются в обширные резко ограниченные очаги поражения с полициклическими краями, с блестящей, влажной поверхностью, темно-красного цвета. Нередко вокруг таких крупных очагов можно видеть отсевы тонкостенных пузырьков и эрозий.

Аналогичный ограниченный процесс, хотя и редко, может развиваться на туловище и конечностях самостоятельно, без одновременного поражения складок.

Кандидоз крупных складок дифференцируют с банальной опрелостью, обусловливаемой кокковой флорой, характеризующейся разлитой гиперемией, обильной экссудацией и мацерацией эпидермиса.

Кандидоз мелких складок (чаще пальцев рук и реже ног) регистрируется часто. В межпальцевой складке (чаще третьей и четвертой) появляются тонкостенные пузырьки, кожа становится красной, набухшей, мацерированной, приобретает белую окраску, четкие границы.

После отторжения мацерированного рогового слоя возникает эрозия насыщенно-красного цвета, с гладкой, влажной, блестящей поверхно-

стью, с венчиком отслаивающегося рогового слоя по периферии. Течение хроническое. Субъективно беспокоит зуд.

Дифференцируют с дисгидротической экземой, при которой пузырьки больших размеров, более глубокие, напряженные и локализуются на боковых, а нередко и на тыльных поверхностях пальцев. Более выражено мокнутие. Границы нечеткие.

При кандидозном балянопостите кожа головки полового члена, внутреннего листка крайней плоти и коронарной борозды гиперемирована и мацерирована. После отторжения рогового слоя возникают поверхностные, мелкие, влажные эрозии. Границы четкие.

Дифференцируют с вульгарным (пиококковым) балянопоститом, который отличается выраженной экссудацией, расплывчатыми границами поражения и дурным запахом.

Кандидозные паронихии и онихии, как и межпальцевая микотическая эрозия, чаще встречаются у мойщиц посуды, домохозяек, работников прачечных и бань.

Вначале возникает паронихия. Ногтевой валик становится набухшим, отечным, подушкообразным, как бы нависает над ногтем. Кожа его становится гиперемированной, тонкой, блестящей. Околоногтевая кожица исчезает, а на ее месте образуется желто-бурая корочка. При надавливании на валик из под него иногда выдавливается капелька гноя. Больных беспокоит пульсирующая или стреляющая боль. Вторично процесс распространяется на ногтевые пластинки, которые в результате постоянных рецидивов и ремиссий приобретают волнообразный характер, буровато-коричневые участки и теряют блеск. При остром процессе иногда ногтевая пластинка отторгается. У детей кандидозные онихии могут развиваться первично.

Дифференцируют с трихофитией, руброфитией, фавусом, но при этих микозах не наблюдается паронихии.

Кандидоз ладоней и подошв. Роговой слой диффузно утолщен, а в результате усилен рисунок кожи. В результате естественные складки становятся более заметными. На поверхности кольцевидное шелушение. Поверхность кожи грязноватого цвета, чем клинически и отличается кандидоз от других дерматофитий в этой локализации.

Кандидоз сосков и вокруг сосков наблюдается у кормящих матерей, причем у их детей, как правило, обнаруживается молочница слизистой рта. Вокруг соска возникают слегка гиперемированные очажки, покрытые тонкими беловатыми чешуйками. Возможны мацерация, точечные эрозии, а у основания соска – иногда трещины.

Дифференцируют с микробной экземой, которая чаще занимает всю поверхность кружка, отличается мокнутием, образованием корочек и более сильным зудом.

Кандидоз слизистых оболочек

Кандидозный стоматит (молочница). Различают первичную молочницу, которая развивается в первые недели и месяцы жизни у практически здоровых детей, и вторичную, возникающую как осложнение различных интеркуррентных заболеваний.

Типичным проявлением кандидозного стоматита являются влажные, белые или беловато-кремовые, легко снимающиеся пленочки, напоминающие свернувшееся молоко. Располагаются на слизистой щек, десен, твердого и мягкого неба, внутренней поверхности губ, а иногда могут располагаться до пищевода.

Течение в основном доброкачественной. Иногда наступает самоизлечение. Однако у ослабленных детей возможна генерализация процесса. Дифференцируют с автозным стоматитом и симптомом Филатова–Коплика.

Микотическая заеда. В углах рта возникают мацерация и эрозии с венчиком отслаивающегося эпидермиса по периферии. В хронических случаях под эрозиями усиливается инфильтрация, и могут возникнуть глубокие болезненные трещины. Дифференцируют со стрептококковой заедой и сифилитической эрозией.

Кандидозный глоссит. Различают две его клинические формы. При первой имеются островчатые творожистые пленки на поверхности языка. Она характеризуется острым течением и быстрым разрешением. Вторая форма глоссита развивается на фоне складчатого (скротального) языка и имеет хроническое течение. Беловато-серые пленочки располагаются в складках. Дифференцируют с лептотрихозом и банальным налетом. При микроскопии в первом случае обнаруживаются тонкие нитевидные палочки, а во втором – эпителиальные клетки. Географический язык, возникает в результате неравномерной гиперплазии десквамации эпителия сосочков.

Кандидозная ангина. На миндалинах возникают беловатые налеты с четкими границами. Они легко снимаются и появляются вновь. Дифференцируют с фолликулярной ангиной, при которой наблюдаются разлитая гиперемия, боль при глотании, регионарный лимфаденит и повышение температуры. Дифференцируют также с тептотрихозной ангиной. При ней возникают беловато-сероватые пробочки

твердой консистенции, плотно сидящие в углублениях и крипах слизистой. Дифференцируют с сифилитической папулезной ангиной.

Кандидозный хейлит. Красная кайма губ гиперемирована, умеренно отечна истончена, с радиарно расположенными бороздками и мелкими трещинами. На поверхности плотно прилегающие мелкие чешуйки, островки мацерации и мелкие эрозии. Дифференцируют со стрептококковым хейлитом, экземой, дерматитом и другими заболеваниями красной каймы губ.

Кандидозный вульвовагинит. Характеризуется появлением беловато-серых налетов (пленок) на умеренно гиперемированной слизистой преддверия, влагалища, шейки матки и сливкообразных крошковатых выделений. Субъективно зуд, иногда мучительный. У грудных девочек кандидозный вульвовагинит нередко комбинируется с молочницей слизистой полости рта. Течение обычно хроническое, с склонностью к рецидивам. Дифференцируют с трихомонозом, гонореей и другими заболеваниями, передающимися половым путем.

Хронический генерализованный (гланулематозный) кандидоз. Заболевание начинается в грудном или раннем детском возрасте обычно с молочницы, которая принимает хроническое течение. В дальнейшем развиваются паронихии и онихии, кандидоз мелких и крупных складок. Затем появляются своеобразные папулезные высыпания на коже лица, реже туловища, конечностей и волосистой части головы. Эти высыпания постепенно увеличиваются в размере за счет развития мощного, глубоко расположенного инфильтрата, приобретающего вид опухолевидных образований. Поверхность их покрывается желтовато-коричневыми корками, по удалении которых, обнажаются легко кровоточащие папилломатозные разрастания. Часто вовлекаются в процесс внутренние органы. Элементы гриба обнаруживаются не только в дерме, но и в гиподерме. Течение хроническое, крайне упорное.

Кандидоз органов дыхания редко бывает первичным. Чаще он лишь осложняет развившиеся ранее процессы (кокковые пневмонии, туберкулез и др.). Кандидоз нередко развивается в процессе лечения антибиотиками. Может протекать в острой и хронической форме. Кандидоз легких проявляется бронхитами, мелкоочаговыми и долевыми пневмониями, кавернозными процессами и плевритами. Сопровождается кашлем с беловатой, а иногда кровянистой мокротой. Может быть причиной бронхиальной астмы (Е.В. Пронина и соавт., 1990). В тяжелых случаях наблюдается одышка. Увеличиваются при-

корнеальные лимфоузлы. Температура тела колеблется от нормальной и субфебрильной до высокой, в зависимости от остроты и тяжести процесса.

Рентгенологическая картина разнообразна и неспецифична, может напоминать многие другие заболевания легких (очаговая пневмония, туберкулез, саркоидоз и др.).

Развитию кандидоза легких нередко предшествует поражение дрожжеподобными грибами слизистых оболочек и кожи. Это в ряде случаев наводит на мысль об аналогичной специфике легочного процесса.

О кандидозе органов дыхания можно предполагать в тех случаях, когда отсутствует эффект от длительного интенсивного лечения легочного больного антибиотиками; когда на фоне антибиотикотерапии отмечается ухудшение общего состояния, обострение легочного процесса и возрастание температуры тела, иногда до высоких цифр. Последующее появление молочницы слизистой рта также напоминает о возможном развитии кандидоза органов дыхания.

Кандидоз желудочно-кишечного тракта. Возникает при нерациональной антибиотической и кортикостероидной терапии, гипо- и авитаминозах. Может быть эзофагит, гастрит, энтероколит, колит. Иногда поражается весь желудочно-кишечный тракт. На слизистых оболочках обнаруживаются беловато-серого цвета пленочки и эрозии. У больного наблюдаются: понижение аппетита, затруднение глотания, частая рвота, жидкий стул со слизью, а иногда и кровью. Дифференцируют с дизентерией и другими кишечными заболеваниями. Решающее значение имеет микроскопия слизи.

Кандидозный цистит клинически напоминает циститы другой этиологии. Для установления диагноза важно исследование осадка стерильно взятой мочи в динамике.

При кандидозном уретрите иногда из уретры выдавливается беловатого цвета отделяемое, состоящее из скопления грушевидных почкующихся клеток и псевдомицелия.

При поражении почек в моче, кроме дрожжеподобных грибов, выявляются цилиндры, белок и форменные элементы крови.

Кандидоз центральной нервной системы развивается чаще при септических и диссеминированных формах кандидозной инфекции у ослабленных лиц. Описаны кандидозные менингиты и менингоэнцефалиты. Симптоматология нехарактерна. Выделение грибов из спинномозговой жидкости имеет огромное диагностическое значение.

Септический кандидоз. Развивается у тяжелых больных, ослабленных хроническими заболеваниями, на фоне истощения защитных сил организма. Типичной клиники кандидасепсис также не имеет. Характерно, что температура, имеющая гектический характер, не снижается от противобактериальных антибиотиков. Кандидозная природа заболевания подтверждается выделением гемокультур.

Кандидоз у рабочих ряда профессий может быть профессиональным заболеванием. К числу таких профессий относятся кондитеры, сборщики и сортировщики фруктов, рабочие по изготовлению антибиотиков, безалкогольных напитков, лимонной кислоты, мойщицы посуды, работники бань, прачечных, пивоваренных заводов, столовых, пекарен и др.

Левуриды или мекиды, возникающие при распространенных формах кандидоза, клинически проявляются в виде пятнистых, папулезных, везикулезных, уртикарных, экземоподобных и скарлатиноподобных сыпей. Иногда напоминают ту или иную форму ангиита, узловатую эритему, эритродермию и другие формы.

Диагноз. При установлении кандидоза учитывается клиника. Однако решающую роль в диагностике кандидоза кожи и слизистых оболочек играет микроскопическое исследование патологического материала с очагов поражения. Получение культуры дрожжеподобного гриба без положительных результатов микроскопии не может считаться доказательством дрожжевой этиологии заболевания.

Для установления диагноза висцерального кандидоза важна микроскопия патологического материала, обнаружение клеток гриба в необычных для них местах не только микроскопически, но иногда и культурально (например, в спинно-мозговой жидкости, крови, пунктатах).

Учет кожно-аллергических и серологических реакций с антигеном из дрожжеподобного гриба.

Как отмечают В.В. Кулага и соавт. (1985), О.К. Хмельницкий (1987), для установления диагноза следует проводить комплексное обследование, при этом в ряде случаев единственным надежным методом является гистологическое исследование.

Лечение. Прежде всего в каждом случае необходимо выявить причины, способствующие возникновению заболевания и принять меры для их устранения. При легких, начальных формах кандидоза кожи и слизистых оболочек можно сравнительно быстро достичь успеха с помощью наружных средств. Это водные и спиртовые раство-

ры анилиновых красителей 1–2–3% (Methyllen blau, Methyl violett, Pyocanin), краска Кастеллани (одна часть основного фуксина в 10 мл спирта 96⁰, 100мл 5% карболовой кислоты, к этому добавляется через 2 часа 4 мл ацетона и через 3 часа 10 частей резорцина). Хранить в темном месте. Фукорцин.

Смазывание очагов на коже следует производить 2–3 раза в день, а в ротовой полости – после каждого кормления. Для лечения кандидоза слизистой рта с успехом пользуют 10–20% раствор натрия бората в глицерине, раствор Люголя, раствор «Канестен», декамин в виде карамели и содовые полоскания (1 чайная ложка пищевой соды на 1 стакан кипяченой воды).

В последние десятилетия применяют 0,5–1% декаминовую, нистатиновую (100 000 ЕД на 1г), левориновую (500 000 ЕД на 1г), микосептиновую (15 000 ЕД на 1г и амфотерициновую мази (30 000 ЕД на 1г), канестен (клотримазол) в виде 1% мази. Готовые мази: кандид, кандибене, микоспор крем, канизон, экзифин, тербизил, микосист, ламизил, экзодерм и др. Назначают ингаляции аэрозолей растворимой натриевой соли нистатина по 15–20 минут 1–3 раза в день, в течение 7–10 дней. Для обеспечения каждой процедуры 100 000–200 000 ЕД натриевой соли нистатина растворяют *extempore* в 5 мл холодной дистиллированной воды. Для ингаляции можно использовать амфотерицин «В». Готовят *extempore* . При этом выпускаемые 50 мг во флаконе растворяют в 10 мл дистиллированной воды. Затем берут 1–2мл этого раствора, то есть 5–10 мг амфотерицина и разводят в 5 мл дистиллированной воды, и эту дозу используют для одной ингаляции. Через 5–7 дней курс повторяется. При лечении слизистой рта обязательны санация зубов, обработка зубных протезов 2% раствором буры или пищевой соды.

При урогенитальном кандидозе используют, применяемые при лечении слизистой рта, а также свечи с нистатином, леворином, тампоны с 1% раствором «Канестен», влагалищные таблетки «Канестен», леворино-грамицидиновую пасту (500 ЕД леворина на 1г пасты). При кандидозном уретрите рекомендуют ежедневные инстилляции раствора леворина 1:500, раствора амфотерицина «В» 1:1000, 1% раствора «Канестен».

Более сложным считается лечение онихий и паронихий. Назначают низорал по 200 мг в сутки в течение 4–6 месяцев. В настоящее время считается более целесообразным назначение дифлюкана, форкана или микофлюкана по 150 мг 1 раз в неделю в течение 3–6 меся-

цев и более. Используют кератолитический пластырь (урепласт) с последующей подчисткой и лечением ногтевого ложа или лак батрафен или лоцерил в соответствии с прилагаемой инструкцией. Используют также ранее применяемые методы: ванночки из 2% соды, смазывание анилиновыми красителями, амфотерициновой мазью, электрофорез ногтевых валиков 2% раствором серно-кислого цинка.

В случае более распространенных поражений с вовлечением в процесс внутренних органов, принимающих хроническое течение, сопровождающихся аллергическими и септическими проявлениями, дистрофическими изменениями, ослаблением общих сил организма лечение представляет большие трудности. При лечении таких больных прежде всего обращается внимание на укрепление общих сил организма. С этой целью обеспечивается правильное питание, богатое белками, витаминами и ограничением углеводов; насыщение витаминами А и В₁, В₂, В₃, В₆, В₁₂, В₁₅, С, Д, Е, РР, назначают рыбий жир, алоэ, ФИБС, антианемин, железо, камполон, гемодез, полиглюкин, спленин, трансфузии крови, плазмы, лейкоцитарной массы, гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства в зависимости от показаний. При эндокринопатиях иногда необходима гормональная терапия (фолликулин, синэстрол, диэтилбестрол, метилтестостерон, и др.). Отмена антибиотиков, кортикостероидов и цитостатиков (если можно) или замена их другими. Устранение явлений дисбактериоза, лечение сопутствующих заболеваний, поддерживающих кандидоз.

Эти мероприятия следует сочетать с противокандидозными средствами, применяемыми наружно, внутрь и парентерально.

При распространенных, хронических и висцеральных формах кандидоза назначают противогрибковые антибиотики:

1. Нистатин по 500 000 ЕД 3–4 раза в день. При тяжелых формах кандидоза суточную дозу увеличивают до 4–6–10 млн ЕД и проводят лечение в течение 10–14 дней. При необходимости проводят повторные курсы.
2. Леворин по 500 000 ЕД 3–4 раза в день в течение 10–15 дней по показаниям курс лечения повторяется.
3. Амфотерицин «В» обладает хорошим терапевтическим эффектом. Применяется внутривенно в суточной дозе от 0,1–0,25 до 0,7 мг на кг массы тела, согласно инструкции. Препарат вводят очень медленно, в течение 4–5 часов, капельно, в 5% растворе глюкозы.

Во время лечения требуется тщательный контроль за состоянием больного и особенно – за функцией почек. Препарат токсичен. Применяется только при тяжелых формах кандидоза и под контролем содержания остаточного азота в крови, печеночных проб и анализов мочи. В настоящее время амфотерицин «В» в силу токсичности, прочно уступил место флуконазолу, который сейчас широко применяется для лечения всех тяжелых форм кандидоза. Препарат, выпущенный под торговым названием «Дифлюкан», «Форкан», «Микофлюкан» назначают взрослым по 150 мг (в капсуле или таблетке) 1 раз в неделю в течение месяца и более.

При хронических, генерализованных, висцеральных формах кандидоза нередко на фоне интенсивной антимикотической терапии происходит обострение хронических очагов, вызываемых пиококковой флорой (отитов, пневмоний, абсцессов, эмпием легких и др.). С целью предупреждения активизации бактериальной флоры на фоне угнетения дрожжеподобных грибов А.А. Антоньев и соавт. (1985) рекомендуют лечение амфотерицином «В» сочетать с введением антистафилококкового гамма-глобулина через каждые 2–3 дня (на курс 7–10 инъекций). Следовательно, сейчас при лечении тяжелых форм кандидоза флуконазолом целесообразно учитывать вышеизложенное:

4. Микогептин по 0,25 (250 000 ЕД) 2 раза в сутки в течение 10–14 дней.
5. Низорал по 400 мг (2таблетки) в сутки. При хроническом генерализованном кандидозе курс лечения может продолжаться до 12–15 месяцев.
6. Дифлюкан (флуконазол)– при тяжелых формах по 200–400 мг внутрь или внутривенно 1 раз в сутки, а при орофарингеальных и генитальных поражениях – по 50–100 мг 1раз в сутки. Продолжительность терапии в зависимости от показаний от 7 до 30 дней. (С.А. Бурова и соавт., 1991; З.О. Караев, Е.П. Баранцевич, 1991, Е.В. Пронина и соавт., 1991; Ж.В. Степанова и соавт., 1991; П.Ф. Троук, 1991).

В ряде случаев используют для лечения больных пимафуцин, хамидин, миконазол, мистеклин, пирамицин, пимафукорт и др.

Для специфической иммунотерапии применяют моновалентную и поливалентную вакцину из разных штаммов дрожжеподобных грибов рода Кандида, а также аутовакцину, приготовленную из возбудителя, выделенного от данного больного. Вакцину вводят внутривенно, начиная с 0,1 мл, постепенно увеличивая дозу по 0,2–0,3 мл инъекции

производят в среднем 2 раза в неделю. Доводят разовую дозу вакцины до 1 мл, затем продолжают ее введение внутримышечно также в возрастающей дозе, доведя до 2–3 мл на одно введение. На курс лечения 12–15 инъекций. Продолжительность курса примерно 1,5–2 месяца. По показаниям курс вакцинотерапии можно повторить 2–3 раза.

У больных с повышенной чувствительностью лечение начинают очень осторожно, с разведения вакцины 1–10–30 тысяч.

Кроме того, при кандидозе с миксидами параллельно с основным лечением назначают гипосенсибилизирующие средства (антигистаминные препараты, тиосульфат натрия, препараты кальция и др.).

Профилактика. Выполнение санитарно-гигиенических мероприятий в роддомах. Выявление, изоляция и лечение больных. Дезинфекция предметов, бывших в использовании больных. Рациональная антибиотикотерапия в сочетании с насыщением витаминами (особенно группы «В»), а иногда и с профилактическими дозами нистатина и других противокандидозных средств. Обследование на кандидоз больных, получающих противобактериальные антибиотики, кортикостероидные гормоны и цитостатики. Не рекомендуется назначать антибактериальные антибиотики лицам, страдающим кандидозом.

Для профилактики кандидоза у рабочих предприятий по переработке фруктов и овощей необходимы улучшение технологии производства и борьба с микротравматизмом. Осмотры рабочих на кандидоз. Выявление и санация больных. Перевод длительно болеющих рабочих на сухие работы. Санитарно-просветительная работа среди населения.

Важным для профилактики кандидоза среди населения является выявление и санация кандиданосительства, особенно у беременных. Закаливание организма.

Тестовый контроль
по темам: ТРИХОМИКОЗЫ. КАНДИДОЗ
(педиатрический факультет)

1. Назовите возможный источник заражения ребенка микроспорией, вызванной *M. canis*:

1. Человек
2. Собака
3. Кошка
4. Корова

2. Укажите наиболее важный клинический признак микроспории волосистой части головы:
 1. Шелушение
 2. Обломанные волосы
 3. Зуд кожи головы
 4. Гиперемия очагов поражения
3. Какие препараты показаны для лечения трихомикозов?
 1. Целестодерм
 2. Гризеофульвин
 3. Тербинафин
 4. Нистатин
4. Каковы возможные источники заражения трихофитией, вызванной *T. violaceum*?
 1. Телята
 2. Лошади
 3. Больные люди
 4. Кошки
5. Укажите клинические разновидности трихофитии:
 1. Поверхностная
 2. Острая
 3. Хроническая
 4. Инфильтративно-нагноительная
6. Назовите клинические проявления поверхностной трихофитии волосистой части головы:
 1. Округлые очаги поражения
 2. Обломанные волосы в очагах
 3. Осход очагов поражения в рубцовую атрофию
 4. Преимущественное поражение детей
7. Особенности инфильтративно-нагноительной трихофитии:
 1. Заражение только от человека
 2. Образование фолликулярных абсцессов в очагах поражения
 3. Многолетнее течение заболевания
 4. Возможность развития рубцовой атрофии
8. Каковы методы диагностики при микроспории?
 1. Микроскопическое исследование пеньков волос
 2. Культуральное исследование
 3. Люминесцентный метод
 4. Йодная проба Бальзера
9. Какое заболевание обусловлено грибом из рода Трихофитон?

1. Отрубевидный лишай
 2. Эритразма
 3. Вульгарный сикоз
 4. Опоясывающий лишай
 5. Паразитарный сикоз
- 10 Поверхностную трихофитию волосистой части головы следует дифференцировать с:
1. Красным плоским лишаем
 2. Круговидным облысением
 3. Розовым лишаем
 4. Дискоидной красной волчанкой
11. Что применяется для лечения поверхностной трихофитии волосистой части головы у детей?
1. Гризеофульвин
 2. Тербинафин
 3. Регулярное бритье головы
 4. Смазывание очагов спиртовым раствором йода и серной ма-
зью
12. Что способствует развитию кандидоза?
1. Длительное применение тетрациклина
 2. Сахарный диабет
 3. Кортикостероиды
 4. Дисбактериоз
13. Какие из перечисленных признаков могут встречаться при на-
гноительной трихофитии
1. Субфебрильная температура
 2. Увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов
 3. Поражение ногтей
 4. Появление трихофитидов
14. Назовите препараты, применяемые для лечения кандидоза:
1. Флуконазол
 2. Клотримазол
 3. Преднизолон
 4. Метронидазол
15. Назовите клинические разновидности фавуса:
1. Скутулярная
 2. Импетигиозная
 3. Папулезная
 4. Сквамозная

16. Наиболее специфичный для фавуса морфологический элемент:
1. Чешуйка
 2. Папула
 3. Пустула
 4. Скутула
17. Каков характер изменения волос при фавусе?
1. Они становятся тусклыми
 2. Волосы обламываются на высоте 2–3 миллиметров от поверхности кожи
 3. Волосы обламываются на высоте 6–8 мм от поверхности кожи
 4. Волосы постепенно выпадают
18. Каков исход заболевания фавусом?
1. Волосы постепенно восстанавливаются
 2. Наступает стойкое выпадение волос
 3. На волосистой части наступает рубцовая атрофия
 4. Могут поражаться и ногти
19. Укажите препараты для лечения фавуса:
1. Рифамипицин
 2. Нистатин
 3. Гризеофульвин
 4. Тербинафин
20. Укажите места частой локализации кандидоза:
1. Складки кожи
 2. Ногти и околоногтевые валики
 3. Разгибательные поверхности конечностей
 4. Слизистая оболочка рта

Клиническая задача № 3.

Мужчина 40 лет, предъявляет жалобы на зуд кожи в области анального отверстия. Зуд появился около месяца назад. Пациент обратился к врачу-проктологу, были назначены гормональные мази, зуд временно прекращался, затем возобновлялся вновь. Пациент самостоятельно обратился на прием к врачу-дерматологу. При осмотре: в области межъягодичной складки отмечаются эрозивные участки, имеющие малиновый цвет, влажную поверхность с лаковым блеском. Эрозии четко отграничены от окружающей здоровой кожи проходящей по их периферии узенькой бахромкой отслаивающегося эпидермиса, отличающегося белым цветом и заметным утолщением.

При микроскопическом исследовании соскоба с эрозивных поверхностей найден псевдомицелий.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Какова тактика лечения данного пациента?

ЭПИДЕРМОФИТИЯ ПАХОВАЯ *(Epidermophytia inguinale)*

Синонимы: *Eczema marginatum, tinea cruris.*

Заболевание впервые описано *Hebra*, 1860.

Этиология. Возбудитель – *E.floccosum*, (*Harz*), *Langeron*, *Milochkevitch*, 1930.

Паховая эпидермофития встречается во всех странах мира. Однако удельный вес ее по отношению к другим микозам незначительный.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек. Заражение происходит при пользовании недостаточно дезинфицированными мочалками, губками, клеенками, подкладными суднами, термометрами, бельем и другими предметами, бывшими в употреблении больного. При локализации процесса на стопах передача инфекции может происходить в банях, душевых и других местах общественного пользования, где люди ходят босиком, а также через общую обувь.

Патогенез. Заболеванию способствуют повышенная температура окружающей среды и потливость. Болеют преимущественно мужчины.

Клиника. Наиболее часто поражается кожа паховых и межъягодичных складок, реже – под молочными железами и в подмышечных впадинах. Кроме того, очаги микоза могут быть расположены на туловище и конечностях.

Паховая эпидермофития характеризуется периферически растущими, чаще симметричными, округлой, кольцевидной формы, сплошными воспалениями красновато-коричневого цвета очагами, с четкими границами, со сплошным валиком по периферии, состоящим из чешуек, корочек, пузырьков и мелких гнойничков. На поверхности очагов – мелкопластинчатое шелушение.

Относительно часто поражаются межпальцевые складки. У небольшого числа лиц в процесс вовлекаются ногтевые пластинки. Субъективно отмечаются зуд, жжение.

Диагноз устанавливают по клинической картине и нахождению в чешуйках нитей мицелия.

Дифференцируют с эритразмой, но при ней цвет очагов коричнево-красный, шелушение скудное, скрытое, выявляется только при поскабливании, границы четкие, без периферического валика, а при осмотре под люминесцентным аппаратом обнаруживается яркое кирпично-красное свечение на поверхности.

Кандидоз крупных складок отличается яркой, влажной, эрозированной поверхностью кожи, мясо-красного цвета, с венчиком отслаивающегося эпидермиса по периферии очага. Лабораторно обнаруживаются дрожжеподобные грибы.

Для экземы характерны мокнутье и зуд.

При руброфитии на поверхности отмечается обильное шелушение, а по периферии очага-инфильтративный валик. В посеве – *T. rubrum*.

Лечение. Очаги смазывают утром раствором йода 2–3%, вечером – салициловой мазью 5%, цинкунданом, микозолоном, ундецином и другими средствами в течение 3 недель. При непереносимости йода можно использовать серно-дегтярные мази 3–5–10%.

В настоящее время для лечения широко используют мази ламизил, экзифин, экзодерм, тербизил утром и вечером в течение 3-х недель.

Профилактика. Выявление больных и своевременное их лечение. Обследование контактных лиц. Дезинфекция нательного и постельного белья и средств общего пользования в стационарах. Санитарно-просветительная работа среди населения.

Графическая структура темы: ЭПИДЕРМОФИТИЯ ПАХОВАЯ

1. Возбудитель	<i>Epidermophyton floccosum</i>
2. Источник заражения	Человек
3. Предрасполагающие факторы	Повышенная потливость
4. Пути передачи	Предметы общего пользования (нательное и постельное белье, клеенки и термометры)
5. Клинические признаки	Процесс локализуется в крупных складках, чаще в паховых и межъяго-

	дичных. Развиваются сплошные очаги с четкими границами. В пределах очагов кожа гиперемирована с отрубевидными чешуйками на поверхности. По краю очага имеется валик состоящий из пузырьков, чешуек и корочек
6. Излюбленная локализация	Паховые и межъягодичные складки. Подмышечные впадины и складки под молочными железами у женщин. В редких случаях, межпальцевые складки ног
7. Течение	Хроническое
8. Дифференциальный диагноз	Руброфития. Кандидоз
9. Дополнительные методы исследования	Бактериоскопический и бактериологический
10. Лечение	Анилиновые красители, йод 2–3–5% салициловая мазь, тербинафин в мазях

МИКОЗЫ СТОП И КИСТЕЙ (*Mycoses pedium et manuum*)

Синонимы: эпидермофития стоп, микоз стоп, вызываемый *T.rubrum*, микоз стоп, обусловленный *T.mentsgrophytes var. Interdigitale*, *tinea pedum et manuum*, *ringworm of feet and hands*.

Этиология. Возбудители:

1. *T.rubrum*(*Castellani*), *Sabouraund* ,1911. В настоящее время выявляется наиболее часто.
2. *T.mentsgrophytes*(*Robin*) *Blanchard*, 1896; *var Interdigitale**Priestly*, 1917. По частоте этот грибок занимает второе место.

Реже возбудителями микоза стоп устанавливают *E.floccosum*, другие дерматофиты и дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Заболевание распространено во всех странах мира. Болеют чаще взрослые, преимущественно городские жители. Высока заболеваемость микозами стоп среди рабочих промышленных предприятий, особенно горячих цехов, и среди шахтеров глубоких горизонтов.

Заражение микозом стоп происходит через предметы, которыми пользовался больной. В условиях семьи – через обезличенную обувь,

носки, чулки, постель, ванны, мочалки, полотенца для ног, пол в квартире, прикроватные коврики, ковровые дорожки и др. по материалам Р.Ф. Айзятулова и соавт. (1990), при обследовании семей шахтеров, больных микозом стоп, заболевание выявлено среди жен в 56,8%, детей – в 13,7%, других родственников – в 20,5%.

Наиболее частым местом заражения являются общественные бани, душевые промышленных предприятий, плавательные бассейны, спортивные залы, пляжи и другие места, где люди ходят без обуви.

В патогенезе микозов стоп имеют значение нарушение потоотделения (гипер-, гипо- и ангидроз), сосудистые заболевания нижних конечностей, ведущие к расстройству местного кровообращения, травмы кожи стоп, плоскостопие, узкие межпальцевые складки, длительное пользование резиновой обувью, состояние нервной и эндокринной систем, гипо- и авитаминозы, патогенные и вирулентные свойства возбудителей болезни.

Клиника. Различают следующие клинические формы:

1. Сквамозная форма микоза стоп. Характеризуется нерезко выраженным круговидным или диффузным шелушением на подошвах и между пальцами стоп. Эпидермис утолщен, т.е. имеется гиперкератоз. Рисунок кожи усилен. Обычно эта форма субъективно больных не беспокоит и выявляется чаще при осмотрах. Постоянно теряя обилие чешуек, эти больные имеют наибольшее значение в распространении инфекции.
2. Дисгидротическая или везикулезная форма микоза стоп. Характеризуется появлением пузырьков либо всасывается с последующим кольцевидным или пластинчатым шелушением либо пузырьки вскрываются с образованием эрозивных поверхностей. Больных беспокоит зуд. При дисгидротической форме часто наблюдается присоединение вторичной пиококковой инфекции либо экзематизации.
3. Интертригинозная или межпальцевая форма микоза стоп. Напоминает банальную опрелость. Между пальцами стоп роговой слой набухает, становится влажным, белого цвета и в силу мацерации отделяется пластами с образованием сочных эрозий и трещин в глубине складок. Больных беспокоит зуд. Следует отметить, что деление на вышеизложенные клинические формы условно, т.к. они могут сочетаться или переходить одна в другую.

4. Острая форма микоза стоп. Описана О.Н. Подвысоцкой (1954). Возникает в результате значительного обострения течения дисгидротической или, что бывает реже, интертригинозной разновидности заболевания. Везикулезно-буллезные элементы в значительном числе возникают на подошвах и пальцах стоп. Кожа отечна, гиперимирована. Отмечается болезненность. Ходьба затруднена. Повышается температура тела. Бывают общее недомогание, головные боли, лимфангит и паховый лимфаденит. Нередко на коже появляются аллергические высыпания – микиды.
5. Аллергиды (микиды) – это вторичные аллергические высыпания на коже больных острыми и распространенными микозами. Проявляются пятнистыми, узелковыми, пузырьковыми, буллезными высыпаниями на туловище и конечностях. Располагаются симметрично. Исчезают вслед за разрешением основного микотического процесса.
6. Онихомикоз. Пораженные ногти обычно утолщены, лишены блеска, бугристые, неровные, желтоватого цвета, крошатся по свободному краю.

Следует отметить, что клинические проявления заболевания различны в зависимости от вида возбудителя. Так, при микозе, обусловленном *T.rubrum*, поражаются не только кожа и ногти стоп, но нередко ладони и ногтевые пластинки пальцев рук, гладкая кожа и крупные складки. Иногда процесс принимает генерализованный характер с поражением кожи лица и волосистой части головы (Н.С. Протекаев, В.С. Новоселов, 1990; В.М. Рукавишникова, 1990). Тогда как *T.mentsgrophytes* var. *Interdigitale* обуславливает поражение, главным образом, в области стоп и очень редко – в паховых складках.

- Дисгидротические, острые мокнущие формы микоза чаще бывают вызваны *T.mentsgrophytes* var. *Interdigitale* и реже – *T.rubrum*. Микоз, вызванный *T.rubrum*, чаще протекает по типу сухого шелушения на фоне отчетливо выраженного гиперкератоза подошв и ладоней.
- Для руброфитии характерно множественное поражение ногтей ног, а нередко и рук, тогда как при микозе, вызываемом *T.mentsgrophytes* var. *Interdigitale*, ногти рук не поражаются, а на ногах вовлекаются в процесс лишь единичные, преимущественно первого и пятого пальцев.
- При интертригинозной форме микоза, вызванного *T.mentsgrophytes* var. *Interdigitale*, чаще поражаются лишь

складки между 3 и 4, 4 и 5 пальцами стоп, более выражены мокнущие и мацерация, тогда как при руброфитии поражаются все складки, преобладает шелушение и утолщение рогового слоя.

- Микиды наблюдаются чаще при микозе, вызванном *T. mentisgrophytes* var. *Interdigitale*. Диагноз – микоз стоп, ладоней и других участков кожи устанавливается на основании клинической картины с обязательным лабораторным подтверждением (микроскопией, посевом).

Дифференциальный диагноз проводится между микозами, вызванными и тем и другим возбудителем, а также с другими заболеваниями.

Поражение межпальцевых складок дрожжеподобными грибами рода *Candida* сопровождается резко выраженной мацерацией и возникновением эрозий мясо-красного цвета.

При пиодермии наряду с умеренной мацерацией кожи боковых соприкасающихся поверхностей пальцев ног довольно резко выражены явления экссудации, при этом серозно-гнойной отделяемое сохнет в корочки, которые образуются на боковых краях и тыльной поверхности пальцев. Нередко возникают пиодермические отсеки на подошвах, кистях, голенях и других отдаленных участках.

При установлении диагноза стоп и ладоней следует помнить о хронической трихофитии, кандидозе ладоней, дисгидрозе, кератодермии, псориазе.

Хроническая трихофития подошв встречается очень редко, но поражение ладоней у взрослых регистрируется приблизительно в 30% от числа больных этим микозом. Обычно она сочетается с поражением волосистой части головы. Без культурального метода исследования правильная диагностика изолированной хронической трихофитии ладоней невозможна.

При кандидозе ладоней также выражены гиперкератоз и подчеркнутый кожный рисунок, но общий фон кожи носит отчетливую грязно-серую окраску. Кроме того, одновременно наблюдаются онихии и паронихии.

При сухом пластинчатом дисгидрозе нет гиперкератоза, и шелушение носит кольцевидный характер.

При кератодермии ладоней и подошв утолщение рогового слоя может быть как очаговым, так и диффузным. Рисунок кожных борозд при этом заболевании может быть резко выраженным, часто возни-

кают трещины, особенно на пятках, но муковидного шелушения не наблюдается.

При псориазе на ладонях и подошвах возникают крупные, симметрично расположенные, резко ограниченные очаги с обильным наложением беловатых чешуек.

При хронической экземе стоп очень мелкие пузырьки, эскориации и чешуйки располагаются на инфильтрированном основании. Течение экземы ухудшается в осеннее-зимний период, а при микозе стоп – в летний.

Руброфитию паховых и других крупных складок необходимо отличать от эпидермофитии, обусловленной *E.floccosum*, эритразмы, кандидоза, стрептококковой опрелости, хронической трихофитии и псориаза.

Лечение. Проводится с учетом клинической формы заболевания. При острой форме микоза с резко выраженными воспалительными явлениями (краснотой, отеком, мокнутием, болезненностью, лимфангитами, лимфаденитами) назначают примочки или влажно-высыхающие повязки с использованием растворов 1–2% резорцина, 0,1% риванола и др., покрышки пузырей срезают, а эрозии смазывают жидкостью Каstellани, фуорцина, 1–2–3% растворами анилиновых красителей.

Назначают гипосенсибилизирующие средства (препараты кальция, тиосульфат натрия, аутогемотерапию, антигистаминные препараты).

После ликвидации острых явлений, подсыхания пузырьков и эпителизации эрозий назначают раствор йода 2%, ундецин, микосептин, микозолон, амиказол, октатион, нитрофунгин, эсулан, цинкундан, серно-дегтярную пасту 5%, серно-ихтиоловую мазь 10%, салициловую мазь 5%, пасту Теймурова, жидкость Андриясяна (уротропина – 10,0, глицерина – 20,0, раствора уксусной кислоты 8% – 70,0).

При сквамозной форме микоза проводится отслойка рогового слоя эпидермиса салицилово-молочной мазью (*Ac.salicylici* -12,0, *ac.lactici* -6,0, *vaselini ad* -100,0). Мазь накладывают на ладони и подошвы на 6–7 дней. Предварительно окружающую кожу защищают цинковой мазью.

С целью отслойки можно использовать салицилово-бензойный коллодий (*ac.salicylici* и *ac.benzoici* 30,0, *collodii elastici* 90,0). Смазывают кожу ладоней и подошв ежедневно по 1–2 раза в течение 6–7 дней, затем делают содовую или мыльную ванночку при

температуре воды 40–50 С⁰. распаренный эпидермис отслаивается пластом. В последующие 2–3 дня назначают аналогичные ванночки с последующими повязками с салициловой мазью 3%. Затем в течение 1,5–2 месяцев проводится йодно-мазевое лечение (утром – раствор йода 3–5%, вечером – салициловая мазь 5% под вошаную бумагу; на следующий день мазь отмывают теплой водой с мылом, смазывают йодом и т.д).

Для наружной терапии в настоящее время используют многие другие наружные средства: мазь и крем «Ламизил», мазь «Экзифин», «Тербизил», «Микосист», крем «Микоспор», «Пимафуцин», «Пимафукорт», «Травоген», «Травокорт» и др.

При дисгидротической и интертригинозной форме вначале ликвидируют острые явления (пузырьки, эрозии, трещины), используют анилиновые красители, затем проводится антимикотическая дезинфицирующая и ошелушивающая терапия. Если роговой слой достаточно толстый, то предварительно обеспечивают его отслойку.

Для лечения онихомикозов применяют кератолитические и фунгицидные пластыри (урепласт, йод-салициловый пластырь и др.). Удаление ногтей с помощью 50% пасты с йодистым калием (А.А. Аравийский), размягчение ногтевых пластинок онихолизисом (Г.К. Андиясян) или хирургическое удаление ногтей с последующим лечением. Во всех случаях предусматривается отслойка ногтевого ложа кератолитическими мазями или жидким азотом (М.С. Голод).

В последние годы для местной терапии онихомикозов используют лаки «Батрафен» и «Лоцерил», применяемые в соответствии с прилагаемой инструкцией. Для лечения онихомикозов широко используется гризеофульвин, который в первоначальной суточной дозе в 16 мг/кг дают ежедневно в течение месяца, затем через день в течение второго месяца и 1 раз в три дня в течение третьего месяца.

Для лечения больных микозами стоп и онихомикозами нередко используют также низорал по 1 таблетке (200мг) в сутки, при необходимости – до 6–7 месяцев (Г.А. Пантелеева, Н.Н. Носырева, 1988; Ж.В. Степанова, Л.Л. Смольякова, 1988; У.К. Белуха и соавт., 1989; В.М. Лещенко и соавт., 1989).

В последние годы основными системными антимикотиками являются перепараты тербинафина (ламизил, экзифин, ламикан, микосист и др.). взрослым назначают по 1 таблетке (250 мг) 1 раз в день во время еды или после еды в течение не менее 1,5 месяцев при онихомикозе рук и не менее 3 месяцев при онихомикозе ног. С успехом

применяют и препараты интроконазола (орунгал, румикоз и др.). Взрослым лечение проводят по методу пульстерапии. Назначают по 2 капсулы утром и вечером в течение 7 дней. Затем 3 недели перерыв и опять по 2 капсулы утром и вечером в течение 7 дней, затем после 3-х недельного перерыва еще 7-ми дневный курс. Таким образом, пациент принимает препарат по 2 капсулы утром и вечером только в течение первой, пятой и девятой недели. Во время любой общей терапии 1 раз в 10 дней проводят ОАК и ОАМ.

Наружную противогрибковую терапию проводят до полного отрастания ногтей (в течение 6 месяцев и более).

Учитывая, что при микозе стоп, особенно обусловленном красным трихофитом, существенное значение имеют иммунодефицитные состояния, эндокринопатии, нарушение обмена и другие факторы, в качестве общей терапии иногда назначают левомизол, продигозан, пирогенол, метилурацил, натрия нуклеитенат, взвесь плаценты, алоэ, плазмол, спленин, апилак, витамины и другие средства.

Продолжительность общей и местной терапии варьируется в зависимости от динамики клинических проявлений и лабораторных показателей.

В процессе лечения и после его окончания необходимо обеспечить дезинфекцию обуви 40% раствором формалина или 30% раствором уксусной кислоты. Для этого отдельной ваткой, смоченной в дез.растворе, протирают внутреннюю поверхность туфля, оставляя ее в них. Обработанную обувь выдерживают в полиэтиленовом пакете в течение суток, затем проветривают несколько дней.

После окончания лечения больной находится под наблюдением дерматолога в течение 1 года, затем при хороших клинико-лабораторных контролях на излеченность снимается с учета.

Прогноз. При правильно проведенной терапии все клинические формы микоза излечимы.

Профилактика. Основными направлениями борьбы с микозами стоп являются:

1. Выявление, учет и диспансеризация больных. С целью раннего выявления заболевших проводят массовые профилактические осмотры рабочих промышленных предприятий, спортсменов, учащихся, детских коллективов. Эффективнее такие мероприятия проводить в летнее и осеннее время.

У всех лиц, подозрительных на грибковые заболевания, берется материал для лабораторного исследования. После подтверждения ди-

агноза больных ставят на учет и проводят диспансеризацию, привлекая к лечению. Все члены семьи больного подлежат обследованию у дерматолога.

2. Ликвидация путей распространения инфекции. Для этих целей необходим соответствующий санитарно-гигиенический режим в общественных банях, душевых промышленных предприятий, санпропускниках, плавательных бассейнах, спортивных залах, прачечных. Своевременный ремонт, уборка и дезинфекция в них. Использование посетителями индивидуальной банной обуви (пляжных резиновых тапочек). Пользование индивидуальной обувью в семье.

3. Устранение предрасполагающих факторов. Лечение потливости и мацерации стоп (раствором формалина 5–10%; *urotropini* – 2,0, *Alumen* 10%– 30,0, *Spir.acetilici* 96⁰ –100,0мл; пастой Теймурова; припудриванием присыпками, содержащими уротропин, танин, салициловую и борную кислоты). Лечение по поводу функциональных нарушений нервной и эндокринной систем, сосудистой патологии, трещин, сухости. Ношение свободной обуви. Устранение неблагоприятных факторов внешней среды (высокой температуры в цехах).

4. Проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

Графическая структура темы: МИКОЗЫ СТОП

1. Возбудители	<i>T.rubrum</i> , <i>T.mentagrophytes</i> , <i>var.interdigitale</i>
2. Источник заражения	Человек
3. Предрасполагающие факторы	Повышенная потливость, узкие межпальцевые складки, травмирующая обувь, заболевания сосудов нижних конечностей
4. Пути передачи	Обезличенная обувь, носки, чулки, постель, полы, общественные бани, душевые промышленных предприятий, спортзалы, плавательные бассейны, пляжи и другие места, где люди ходят босиком
5. Клинические признаки	Различают 3 основные клинические формы: 1. Сквамозная форма, при ко-

	<p>торой роговой слой подошв и межпальцевых складок утолщен. Имеется диффузное шелушение. Рисунок кожи подошв усилен. Субъективно не беспокоит. Больные к врачу не обращаются, но они являются основными распространителями болезни</p> <p>2. Дисгидротическая форма, при которой на подошвах или в межпальцевых складках имеются пузырьки и небольшие пузыри. Субъективно беспокоит зуд.</p> <p>3. Интертригинозная форма, при которой процесс в межпальцевых складках по типу опрелости. Роговой слой отекает, мацерирован, отторгается, появляются эрозии и трещины. Субъективный зуд.</p> <p>Эти три формы не являются стойкими, иногда возможен переход из одной формы в другую.</p> <p>Острая форма микоза стоп чаще развивается у дисгидротической. Появляются многочисленные пузыри, многокамерные на воспаленной отечной коже. Развиваются лимфаденит и лимфангиты. Повышается температура до высоких цифр, появляются аллергии.</p> <p>Отмечается недомогание.</p>
--	--

	<p>Онихомикоз. При поражении ногтей, они лишаются блеска, становятся утолщенными, желтоватыми, крошатся по свободному краю.</p> <p>Клиническая картина зависит от вида возбудителя. Так при <i>T.rubrum</i> чаще развиваются генерализованные процессы и не только на ногах, но и на руках, туловище, лице и волосистой части головы.</p> <p>Часто бывает множественные поражения ногтей и не только на ногах, но и на руках.</p>
6. Излюбленная локализация	Межпальцевые складки стоп, подошвы и ногти стоп.
7. Течение	Хроническое
8. Дифференциальный диагноз	Ладонно-подошвенный псориаз, кандидоз, Микозы вызванные <i>T.rubrum</i> , <i>T.interdigitale</i> <i>Ep.floccosum</i> между собой.
9. Дополнительные методы исследования.	Бактериоскопический и бактериологический методы.
10. Лечение	Анилиновые красители, фукоцин, йод 3-5%, 5% салициловая мазь, тербинафин в таблетках и мазях.

Клиническая задача № 4.

Пациент 53 лет обратился к врачу-дерматологу с жалобами на изменение цвета ногтевых пластинок стоп до тусклого беловато-желтоватого оттенка. Считает себя больным около полугода, когда после посещения бассейна и сауны заметил изменение цвета ногтевых

пластинок. При осмотре: ногтевые пластинки обеих стоп тусклые с беловато-желтоватым оттенком, крошатся, свободный край имеет шероховатый вид.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Тактика лечения?

Тестовый контроль
по темам: РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ. МИКОЗЫ СТОП
И КИСТЕЙ. РУБРОФИТИЯ. КАНДИДОЗ
(лечебный факультет):

1. Какие факторы могут способствовать заражению паховой эпидермофитией?
 1. Наличие в семье больной кошки
 2. Пользование общей мочалкой
 3. Использование подкладной клеенки
 4. Использование подкладного судна
2. Что характерно для эпидермофитии складок?
 1. Четкие границы очагов поражения
 2. Отсутствие зуда
 3. Наличие на очагах поражения периферического валика из папул и везикул
 4. Склонность к самопроизвольному излечению
3. Паховую эпидермофитию следует дифференцировать с:
 1. Опрелостью
 2. Простым герпесом
 3. Эритразмой
 4. Кандидозом складок
4. Назовите методы диагностики отрубевидного лишая:
 1. Микроскопическое исследование чешуек с очагов поражения
 2. Йодная проба Бальзера
 3. Поскабливание очагов поражения (феномен «Стружки»)
 4. Осмотр под лампой Вуда

5. Какие изменения в очагах поражения характерны для разноцветного лишая?
1. Отрубевидное шелушение
 2. Лихенизация, расчесы
 3. Отсутствие воспалительных явлений
 4. Поражение волос
6. Назовите методы лечения разноцветного лишая?
1. Мазь (спрей) «Тербинафин»
 2. Обработка очагов поражения 3–5% салициловым спиртом
 3. Метронидазол
 4. Назначение нистатина
7. Какие факторы способствуют возникновению микозов стоп?
1. Повышенная влажность
 2. Плоскостопие
 3. Ангипатии
 4. Ношение тесной обуви
8. На туловище у больного множественные гипопигментные пятна различной конфигурации и размеров, расположенные изолированно на загорелой коже, которые появились после летнего сезона. Местами единичные желтовато-бурые пятна с отрубевидным шелушением. О каком дерматозе следует думать в данном случае?
1. Розовый лишай Жибера
 2. Витилиго
 3. Кандидоз
 4. Себорейная экзема
9. Каковы основные показания для назначения гризеофульвина?
1. Онихомикоз
 2. Грибковое поражение волос
 3. Кандидоз
 4. Экзематизация в очагах кожных высыпаний
10. Укажите клинические разновидности микоза стоп?

1. Сквamousная
2. Интертригинозная
3. Дисгидротическая
4. Острая

11. Лекарственные средства, применяющиеся для лечения сквamousной формы микоза стоп?

1. Тетрациклиновая мазь
2. Крем «Тербинафин»
3. Примочки с борной кислотой
4. Салициловая мазь

12. Морфологические элементы, наиболее характерные для дисгидротической формы микоза стоп?

1. Пузырьки
2. Бугорки
3. Волдыри
4. Многокамерные пузыри

13. Каковы характерные признаки рубромикоза?

1. Припухлость складок ладоней и подошв
2. Наличие множественных мелких пустул в очаге поражения
3. Сухость кожи пораженных участков
4. Поражение ногтей стоп и кистей

14. Где могут быть обнаружены элементы гриба при руброфитии?

1. На коже свода стоп
2. На соскобе из-под ногтей
3. На коже ладоней
4. На слизистой рта и гениталий

15. Где могут быть обнаружены элементы гриба Трихофитон ментаграфитес?

1. Межпальцевые складки стоп
2. Ногти кистей
3. Кожа предплечий

4. Ногти стоп

16. Какие препараты применяются для лечения рубромикоза?
1. Нистатин
 2. Метронидазол
 3. Итраконазол
 4. Тербинафин
17. Какие средства применяются для отслойки кожи при рубромикозах?
1. Линимент Вишневского
 2. Охлаждающая мазь
 3. 20% салициловая мазь
 4. 5% спиртовой раствор йода
18. Что способствует развитию кандидоза?
1. Длительное применение антибиотиков
 2. Сахарный диабет
 3. Длительное применение кортикостероидов
 4. Дисбактериоз
19. Назовите препараты, применяемые для лечения кандидоза?
1. Флуконазол
 2. Клотримазол
 3. Преднизолон
 4. Метронидазол
20. Укажите места частой локализации кандидоза?
1. Складки кожи
 2. Ногти и околоногтевые валики
 3. Разгибательные поверхности конечностей
 4. Слизистая оболочка рта

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие дерматофиты являются основными возбудителями микозов кожи?

2. Какие источники заражения существуют при дерматофитиях?
3. Каким образом классифицируются грибы в зависимости от среды обитания?
4. Каковы клинические формы микоза волосистой части головы?
5. От кого человек чаще всего заражается микроспорией?
6. Какой морфологический элемент кожной сыпи является наиболее характерным для микоза гладкой кожи?
7. На какие клинические формы подразделяется микоз стоп?
8. В чем заключается клиническое значение стертой формы микоза стоп?
9. Что способствует развитию онихомикозов?
10. Какие существуют факторы, предрасполагающие к кандидозной инфекции?
11. В чем заключаются основные принципы профилактики грибковых заболеваний?

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ КОНТРОЛЯМ

Разноцветный лишай. Микозы стоп. Руброфития. Кандидоз.	Трихомикозы (лечебный факультет)	Трихомикозы. Кандидоз. (педиатрический факультет)
---	-------------------------------------	--

(лечебный факультет)											
№ вопр.	ответы	№ вопр.	ответы	№ вопр.	ответы	№ вопр.	ответы	№ вопр.	ответы	№ вопр.	ответы
1	2,3,4	11	2,4	1	1,2,3	11	2,3,4	1	1,2,3	11	2,3,4
2	1,2,3	12	1,4	2	2	12	1,3,4	2	2	12	1,2,3,4
3	1,3,4	13	1,3,4	3	2	13	1,2,4	3	2,3	13	1,2,4
4	1,2,3,4	14	1,2,3	4	1,2,3	14	1	4	1,2,3	14	1,2
5	1,3	15	1,4	5	1,3,4	15	1,2,4	5	1,3,4	15	1,2,4
6	1,2	16	3,4	6	1,2,4	16	4	6	1,2,4	16	4
7	1,2,3,4	17	3	7	1,2,4	17	1,4	7	1,2,4	17	1,4
8	3	18	1,2,3,4	8	1,2,3	18	2,3,4	8	1,2,3	18	2,3,4
9	1,2	19	1,2	9	5	19	1,3	9	5	19	3,4
10	1,2,3,4	20	1,2,4	10	2,4	20	2,4	10	1,2,4	20	1,2,4

ОТВЕТЫ К КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ

Клиническая задача № 1

Врач- дерматолог должен подумать о разноцветном лишае.

1. Для подтверждения диагноза следует провести пробу Бальзера: очаги поражения смазывают 5% настойкой йода, высыпания лишая из-за разрыхленного рогового слоя окрашиваются более интенсивно, чем окружающая здоровая кожа. При люминисцентном исследовании с помощью лампы Вуда в области очагов поражения отмечается желтое свечение. При микроскопическом исследовании чешуек, взятых из очагов разноцветного лишая и обработанных 15–20% КОН, определяются округлые или почкующиеся клетки гриба, а также псевдомицелий, которые по образу выражению зарубежных исследователей, напоминают «спагетти и мясные шарики». Существует еще феномен «стружки» или удара ногтем: при поскобливании ногтем (а лучше

предметным стеклом) отделяются отрубевидные чешуйки – скрытое шелушение.

2. Лечебная тактика заключается в использовании местных средств: крем или спрей «Ламизил» 1 раз в день 1–2 недели.

Клиническая задача № 2

1. Да, сведения из анамнеза, свидетельствующие о контакте с больным трихофитией телятами, где может произойти заражение, клиническая картина заболевания и данные микроскопии, подтверждающие грибковую природу заболевания, дают основания поставить окончательный диагноз – нагноительная трихофития волосистой части головы с трихофитидами.
2. На основании данных анамнеза (могло быть заражение от телят) – типичная клиническая картина нагноительной трихофитии и расположение гриба по типу крупноспорового эктотрикса. Можно предполагать, что возбудителем болезни, в данном случае, может быть *T. verrucosum*, но окончательно этот вопрос решится после получения результатов посева.
3. Поскольку у больного установлен диагноз «нагноительная трихофития волосистой части головы с трихофитидами», его следует госпитализировать в грибковое отделение. С целью лечения назначить гипосенсибилизирующую терапию и, в частности, раствор кальция хлорида 10% внутрь на очаг – повязку с 10% ихтиоловой мазью с последующим удалением волос и корок. Такая терапия проводится ежедневно до полного рассасывания инфильтратов в очагах, затем на несколько дней назначают раствор метиленового синего 2% и после этого назначают спиртовой раствор йода 5% и салициловую мазь 5%. В процессе лечения проводят клинико-лабораторные контроли на излеченность через каждые 5–7 дней. При получении трех отрицательных результатов контроля лечения считается законченным.
4. Все члены семьи больного должны быть осмотрены и проинформированы о заразности заболевания. В квартире проводится дезинфекция т.к. в лаборатории получен был рост *T. verrucosum* от больного, то необходимо информировать ветеринарного врача о заражении человека от животных, чтобы среди рогатого скота были проведены профилактические мероприятия.

Клиническая задача № 3

1. Диагноз: Кандидоз межъягодичной складки.
2. Лечение данного пациента предусматривает диету с ограничением сладостей, наружная терапия: туширование очага 1% водным раствором метиленовой сини, затем применение мази «Кандид» 1–2 раза в день в течение 14–30 дней до полного клинического выздоровления.

Клиническая задача № 4

1. Диагноз: онихомикоз.
2. Для подтверждения диагноза необходимо микроскопическое исследование соскоба из-под ногтевых пластинок.
3. Тактика лечения: необходимо назначить противогрибковый препарат внутрь: ламизил по 250 мг в сутки не менее 6-ти месяцев до отрастания здоровой ногтевой пластинки. Перед применением и 1 раз в месяц во время применения препарата необходимо проводить исследование биохимического анализа крови (АСТ, АЛТ, билирубин, глюкоза).

ОТВЕТЫ К КОНТРОЛЬНЫМ ВОПРОСАМ

1. Основными возбудителями этих микозов являются трихофитоны, микроспорумы и эпидермофитон.
2. Источниками заражения при этих микозах могут быть больной человек или животное, а также в некоторых случаях почва.
3. В естественных условиях в процессе своей эволюции патогенные грибы адаптировались к жизни в различных средах: в земле (геофильные), в тканях человека (антропофильные) и животных (зоофильные).
4. Клиническими формами микоза волосистой части головы являются: поверхностная трихофития, хроническая «черноточечная» трихофития, микроспория, фавус и глубокая трихофития.
5. Микроспория волосистой части головы отмечается почти исключительно у детей, которые чаще всего заражаются от больных

кошек или собак, реже от больных людей; очень редко причиной болезни является геофильный микроспорум.

6. Характерным морфологическим элементом кожной сыпи является одно или несколько четко ограниченных, слегка отечных и приподнятых над уровнем кожи пятен. Эти пятна склонны к периферическому росту и одновременному центральному разрешению, что приводит к образованию кольцевидных фигур.

7. Микоз стоп делится на следующие формы: стертую, сквамозную (сквамозно-гиперкератотическую), интертригинозную и дисгидротическую.

8. Больные стертой формой микоза стоп являются частыми источниками заражения других людей; эта форма может трансформироваться в более тяжелые разновидности микоза (интертригинозную или дисгидротическую); она может явиться входными воротами для проникновения пиогенной инфекции, чаще всего стрептококковой, что приводит к развитию острого или хронически-рецидивирующего рожистого воспаления.

9. Онихомикозы являются заболеваниями взрослых людей; у детей они встречаются редко. Среди больных онихомикозами преобладают больные люди, что объясняют нарушениями периферического кровообращения, медленным ростом ногтевых пластинок, трофическими расстройствами и частой травматизацией кожи.

10. Выделяют следующие основные факторы, предрасполагающие к развитию кандидозной инфекции: механические повреждения кожи и слизистых оболочек, повышенная влажность и температура окружающей среды, ранний детский и старческий возраст, беременность, климактерический возраст, нарушения питания, гиповитаминозы, эндокринные заболевания, первичные иммунодефицитные состояния, вторичные иммунодефицитные состояния, оперативные вмешательства, хронические интоксикации, дисбактериоз, инфекционные и неинфекционные заболевания, нарушения кровообращения конечностей.

11. Основными профилактическими мероприятиями при этих заболеваниях являются: ранняя диагностика, лечение, при необходимости изоляция больных; тщательный эпидемиологический анализ каждого случая грибкового заболевания; выявление источников заражения и контактных лиц с последующим их лечением; ликвидация путей распространения инфекции; санитарно-просветительная работа.

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рис. 1. Трихофития у телят.
 Возбудитель *T. verrucosum* до введения обязательной
 профилактической вакцинации телят препаратом
 ТФ-130, часто переболевали все животные коллективного хозяйства.



Рис. 2. Трихофития у телянка.
 Возбудитель *T. verrucosum*.

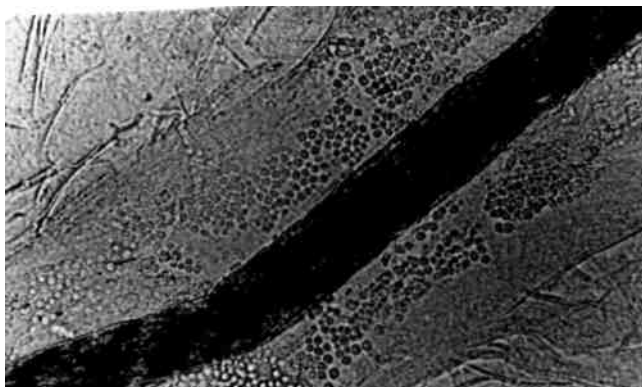


Рис. 3. *T.ect.megaspores*
в патологическом материале.

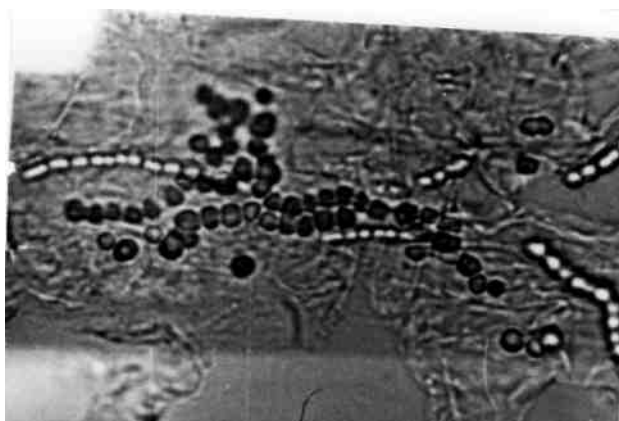


Рис. 4. Элементы *T.verrucosum*
в патологическом материале
больного трихофитией таленка.



Рис. 5. Элементы *T.verrucosum*
в патологическом материале
больного трихофитией таленка.

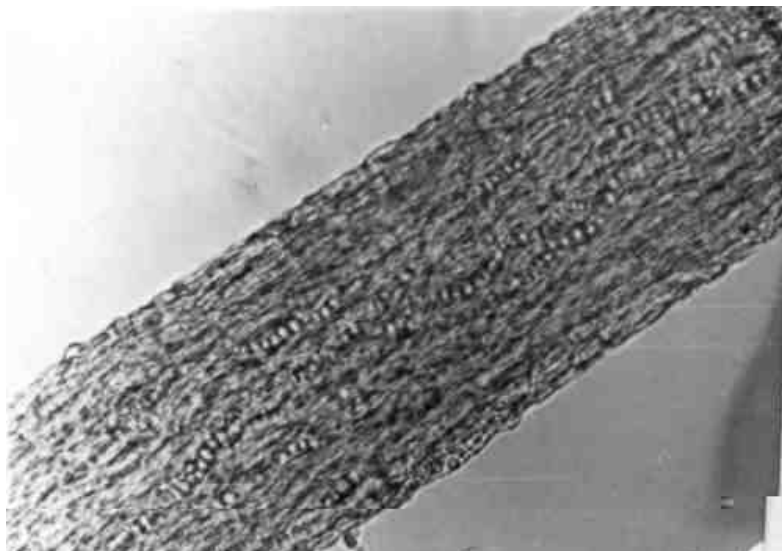


Рис. 6. Волос лошади,
пораженный *T.verrucosum*.



Рис. 7. Трихофития у полевых.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.

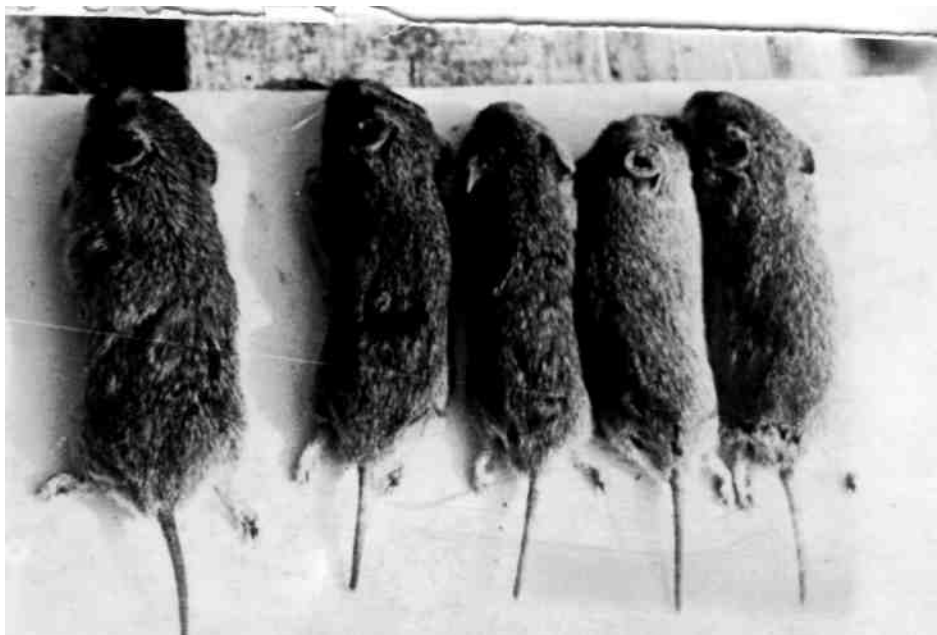


Рис. 8. Трихофития у полевок.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.



Рис. 9. Трихофития у домово́й мыши.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.

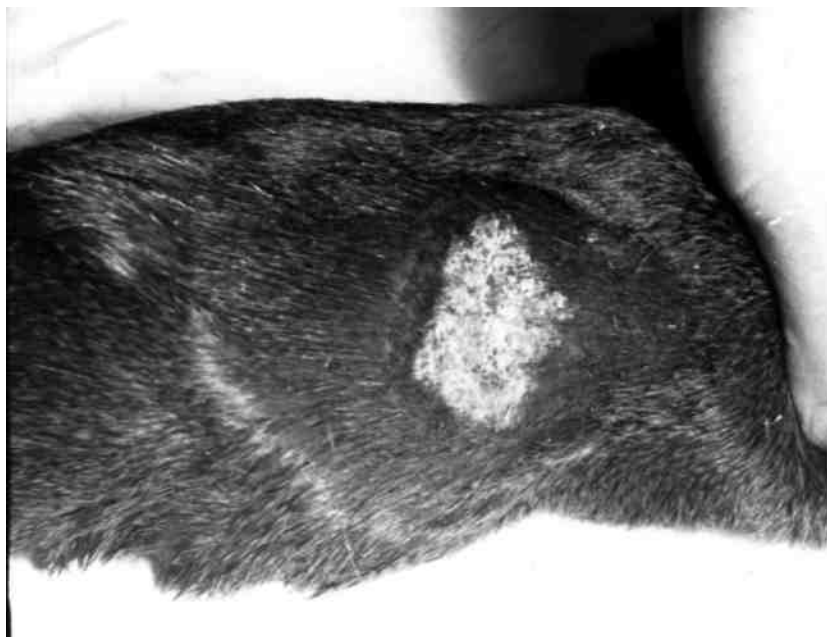


Рис. 10. Трихофития у морской свинки.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.



Рис. 11. Трихофития у белой мыши.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.



Рис. 12. Трихофития у белой мыши.
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.

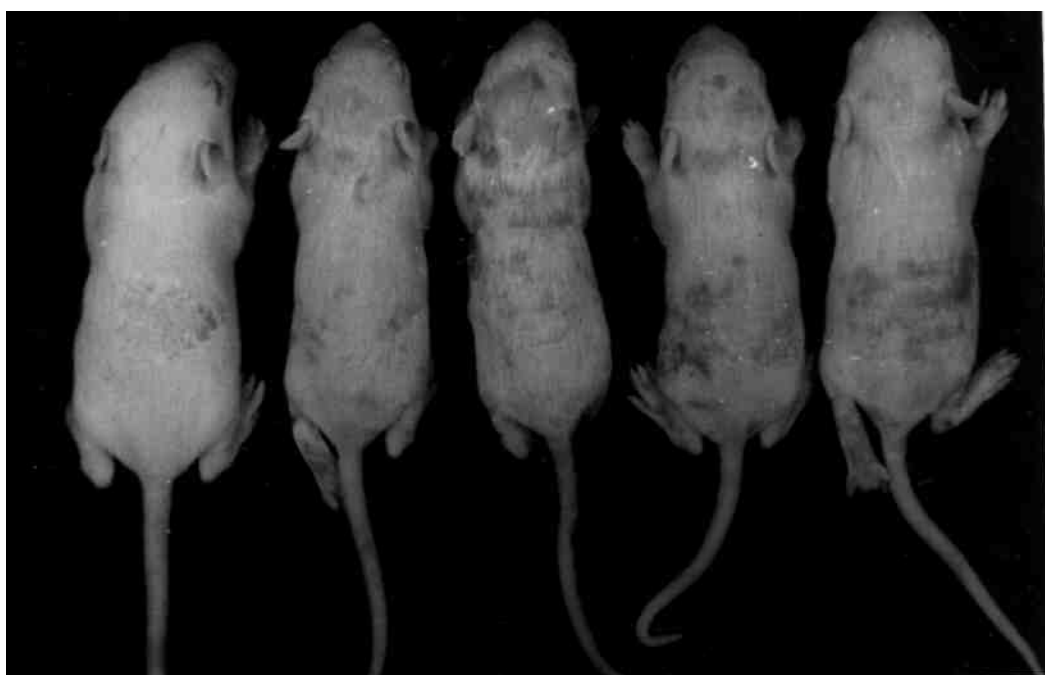


Рис. 13. Трихофития у белых мышей
Возбудитель- *T.mentagrophytes var.gypseum*.

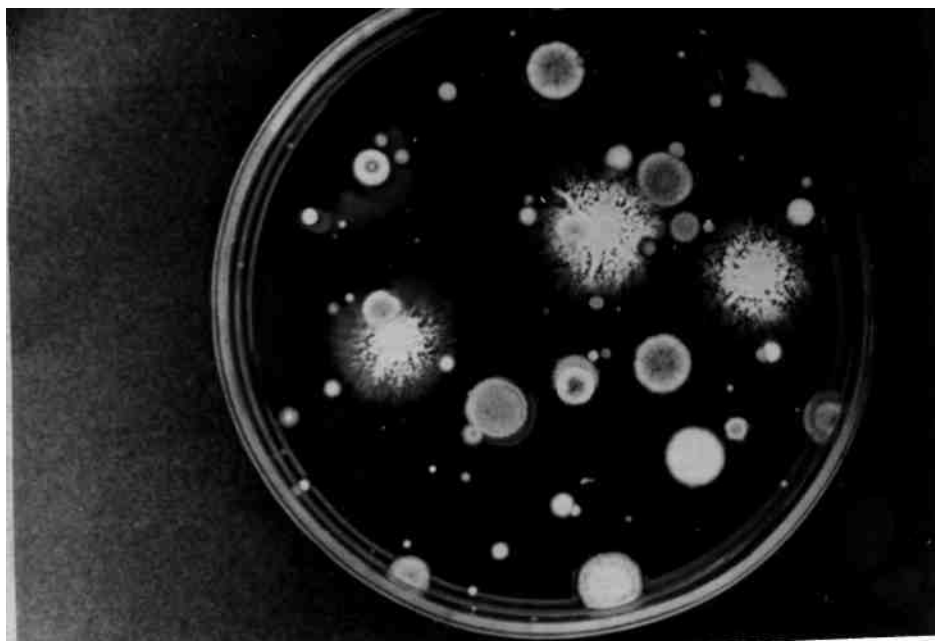


Рис. 14. *T.mentagrophytes var.gypseum*,
выделенный из воздуха помещения вивария,
неблагополучного по трихофитии
среди лабораторных животных.

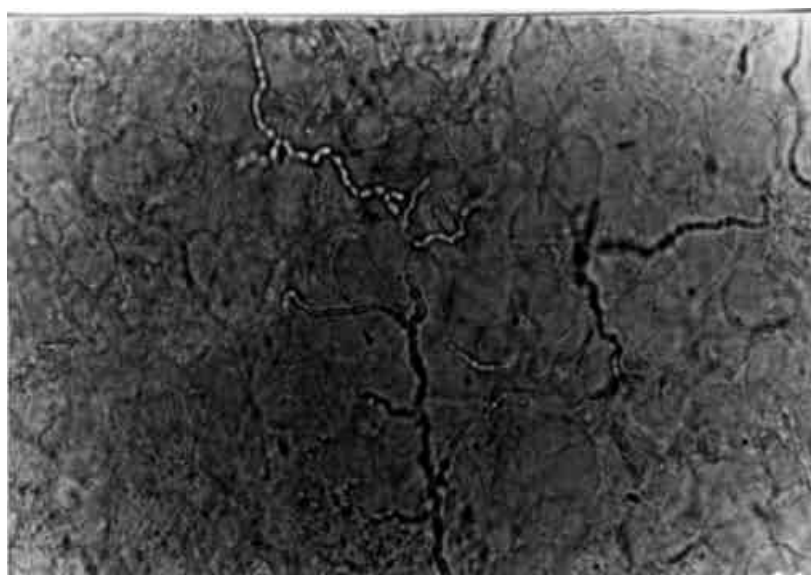


Рис. 15. Элементы *T.verrucosum*
В чешуйках больного трихофитией теленка.



Рис. 16. Распространенная инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи.
Возбудитель - *T. verrucosum*



Рис. 17. Инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи предплечий.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 18. Та же больная.
Полярная поверхность.



Рис. 19. Инфильтративная форма трихофитии
гладкой кожи.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 20. Поверхностная форма трихофитии
гладкой кожи.
Возбудитель- *T. verrucosum*.



Рис. 21. Инфильтративная форма трихофитии
гладкой кожи.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 22. Инфильтративная форма трихофитии
гладкой кожи.
Возбудитель - *T. verrucosum*.

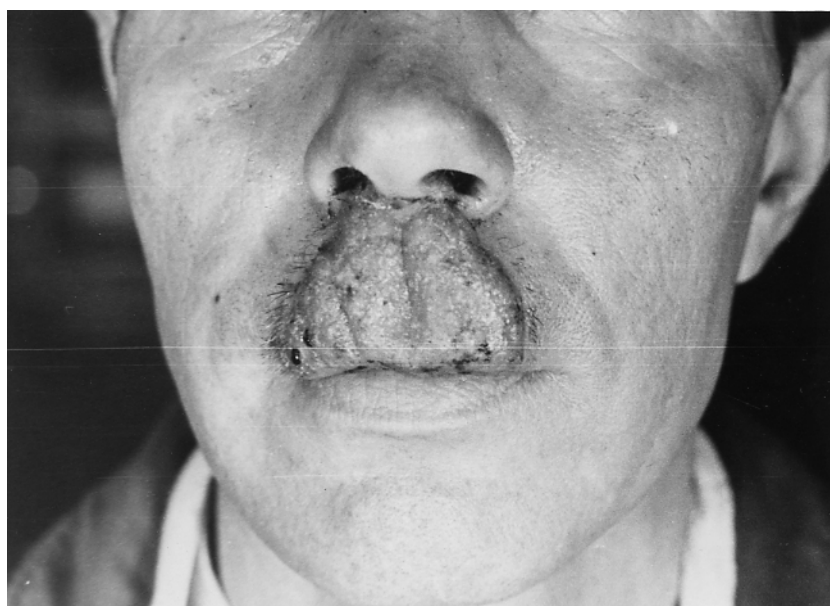


Рис. 23. Нагноительная форма трихофитии
верхней губы.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 24. Нагноительная форма трихофитии в области шеи
Возбудитель - *T. verrucosum*



Рис. 25. Нагноительная форма трихофитии
в области подбородка, нижней челюсти и шеи.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 26. Нагноительная форма трихофитии волосистой части головы
с поражением гладкой кожи лба и бровей.
Возбудитель - *T. verrucosum*



Рис. 27. Нагноительная форма трихофитии
волосистой части головы.
Возбудитель - *T. verrucosum*.

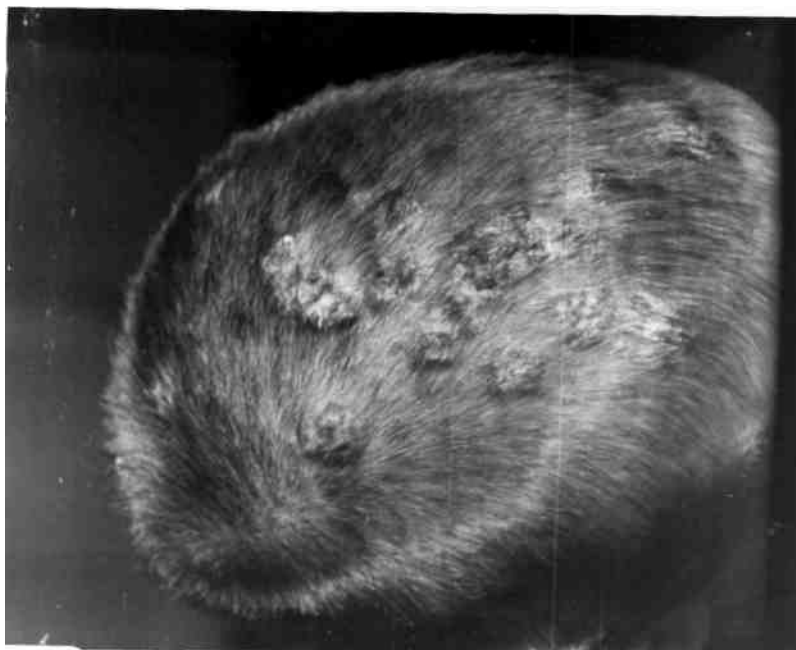


Рис. 28. Нагноительная форма трихофитии
волосистой части головы.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис 29. Нагноительная форма трихофитии.



Рис. 30. Инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи, бровей и ресниц
Возбудитель - *T. verrucosum*



Рис. 31. Нагноительная форма трихофитии волосистой части головы в стадии регресса.
Возбудитель - *T. verrucosum*.



Рис. 32. Остаточные явления нагноительной формы трихофитии волосистой части головы.
Возбудитель - *T.verrucosum*.

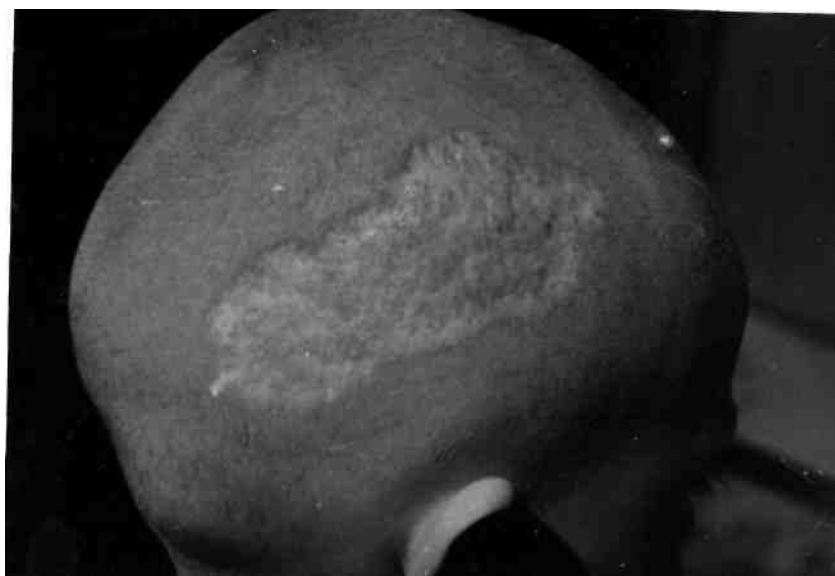


Рис.33. Остаточные последствия нагноительной формы трихофитии волосистой части головы.
Возбудитель - *T.verrucosum*.



Рис. 34. Инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи.
Возбудитель - *T. mentagrophytes var. gypseum*.



Рис. 35. Инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи.
Возбудитель - *T. mentagrophytes var. gypseum*.



Рис. 36. Инфильтративная форма трихофитии гладкой кожи.
Возбудитель - *T.mentagrophytes var.gypseum*.

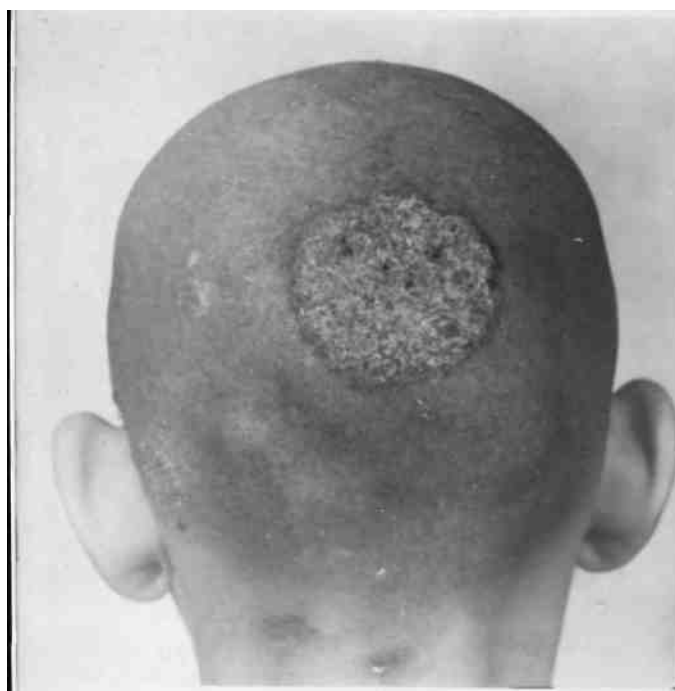


Рис. 37. Инфильтративная форма трихофитии волосистой части головы
Возбудитель - *T.mentagrophytes var.gypseum*.



Рис. 38. Нагноительная форма трихофитии шеи
Возбудитель- *T. mentagrophytes* var. *gypseum*.



Рис 39. Источник заболевания кошки, больная микроспорией.
Возбудитель-*M. canis*.



Рис. 40. Микоз гладкой кожи.
Возбудитель - *T. rubrum*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кожные и венерические болезни / под редакцией проф. О. Л. Иванова. – М., Шико, 2002. – 480 с.
2. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем: Учебное пособие / под ред. Ю.С. Бутова. – М.: Медицина, 2002. – 400 с.
3. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Руководство для практических врачей. – М.: Изд-во «Литера», 2005. – 282 с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. – СПб., 2002. – 314 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
КЛАССИФИКАЦИЯ МИКОЗОВ.....	4
РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ	6
Клиническая задача № 1.....	8
ПЬЕДРА	9
ТРИХОМИКОЗЫ	10
Трихофития.....	10
Микроспория.....	30
Фавус.....	35
Тестовый контроль по теме: ТРИХОМИКОЗЫ (лечебный факультет).....	39
Клиническая задача № 2	42
ЧЕРЕПИТЧАТЫЙ МИКОЗ.....	43
КАНДИДОЗ.....	44
Тестовый контроль по темам: ТРИХОМИКОЗЫ. КАНДИДОЗ (педиатрический факультет)	55
Клиническая задача № 3	58
ЭПИДЕРМОФИТИЯ ПАХОВАЯ.....	58
МИКОЗЫ СТОП И КИСТЕЙ.....	61
Клиническая задача № 4.....	70
Тестовый контроль по темам: РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ. МИКОЗЫ СТОП. РУБРОФИТИЯ. КАНДИДОЗ (лечебный факультет)	70
Контрольные вопросы	75
Ответы к тестовым контролям.....	76
Ответы к клиническим задачам.....	77
Ответы к контрольным вопросам	79
ПРИЛОЖЕНИЕ (иллюстрации).....	81
Список литературы	101

Учебное издание

Авторы:

Пестерев Петр Николаевич
Светлана Анатольевна Хардикова

МИКОЗЫ

Учебное пособие

Редактор Харитонова Е.М.

Технический редактор, оригинал-макет Забоенкова И.Г.

Редакционно-издательский отдел СибГМУ

634050, г. Томск, пр. Ленина, 107

тел. 8(382-2) 51-57-08

факс. 8(382-2) 51-53-15

E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 25.03.2009 г.

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 6,4

Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ

634050, Томск, ул. Московский тракт, 2