**ПЛАН**

ВВЕДЕНИЕ

1. ФАВУС
2. ПСЕВДОМИКОЗЫ
3. ГЛУБОКИЕ МИКОЗЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Самыми распространенными среди инфекционных заболеваний кожи являются грибковые заболевания (микозы). Дерматофиты — это группа нитчатых грибов, которые поражают ороговевшие кератиноциты (роговой слой эпидермиса, ногти и волосы). К ним относятся представители родов Epidermophyton, Microsporum и Trichophyton.   
Заболевания, которые вызывают дерматофиты, называются дерматофитиями. Дерматофитии делят на эпидермомикозы, трихомикозы и онихомикозы — в зависимости от того, какая ткань преимущественно поражена.   
Однако чаще используют другую классификацию дерматофитии, основанную на анатомической локализации поражения (например, дерматофития стоп, паховая дерматофития и т. д.).  
У детей чаще страдает волосистая часть головы (возбудители — Microsporum spp. и Trichophyton spp.), у молодых людей — межпальцевые промежутки стоп и паховые складки.  
Известно более 40 видов грибов, принадлежащих к родам Epidermophyton, Microsporum и Trichophyton. Примерно 10 из них — частые возбудители дерматофитии у человека.  
Источники инфекции — больной человек (заражение через предметы обихода; это самый частый путь передачи), животные (обычно щенки и котята), почва. В зависимости от среды обитания дерматофитов делят на антропофильных, зоофильных и гео-фильных. Антропофильные **-** передаются от человека к человеку через предметы обихода.   
Зоофильные - передаются от животного к человеку через предметы обихода или при непосредственном контакте.   
Геофильные - обитают в почве.

ФАВУС

Фавус – (волчий лишай, парша) – хроническое инфекционное заболевания грибковой природы, поражающее волосистую часть головы, пушковые и длинные волосы на теле, гладкую кожу, ногти и реже – внутренние органы. Заболевание мало контактное. Известны случаи, когда инфицированные фавусом люди страдали с раннего детства до глубокой старости.

Заболевание распространено повсеместно. Чаще встречается в странах Европы, Азии, Северной Америке. На территории России зарегистрированы единичные случаи. Фавусом заболевают чаще дети, нежели взрослые. Были зарегистрированы случаи наследственной предрасположенности, но только среди лиц женского пола.

Предрасполагающими факторами для развития грибковой инфекции является ряд причин, которые условно делят на 2 большие группы:

Экзогенные факторы (наружное воздействие) – приводящие к нарушению барьерной функции наружных кожных покровов, то есть к утрате их целостности:ссадины;частые порезы;ожоги;глубокие травмы кожных покровов, вплоть до повреждения подкожно-жирового слоя и мышц.

Эндогенные факторы (внутреннее воздействие) – обусловленные снижением иммунитета и общей резистентности (устойчивости) организма к инфекционным агентам:хронические заболевания внутренних органов;гиповитаминозы;эндокринологические заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз);различные интоксикации;прием препаратов угнетающих иммунную систему (имуносупрессоры – при пересадке внутренних органов, цитостатические и химиопрепараты при раковых заболевания);длительные прием гормональных препаратов;многократное облучение организма (при онкологических заболеваниях, у людей, работающих в отрасли радиологии, работников атомных станций).

## Этиология.

Возбудителей заболевания относят к роду трихофитов. Среди этой группы выделяют антропофильных возбудителей, которые паразитируют только на человеке Trichophyton schonleinii и зоофильных возбудителей, поражающих как людей так и животных – кошек, мышей, собак, птиц - Trichophyton quinskeanum Zopf. Инфекция передается при контакте с больными фавусом людьми и через их предметы обихода (одежду, головные уборы, средства личной гигиены, постельное белье). Но, несмотря на тесный контакт с инфицированными людьми заражение происходит не часто и только при наличии факторов риска, описанных выше.

При наличии больного человека в семье болезнь тянется годами, с частыми рецидивами, это зависит от того, что даже в мертвых, выпавших волосах или на слущивщихся кожных покровах возбудитель живет годами и может происходить повторное заражение. Это диктует необходимость к постоянному наблюдению за очагом инфекции с проведением ежедневной дезинфекции до полной его ликвидации.

## Классификация.

По локализации процесса:

1. Фавус волосистой части головы:

-скутулярный;

-импетигинозный;

-сквамозный.

2.Фавус гладкой кожи;

3.Фавус ногтей.

## Клинические проявления.

Инкубационный период длится 2 – 3 недели. При фавусе на первом месте по частоте поражения стоит волосистая часть головы, приблизительно 26% приходится на ногтевые пластины, и 3 – 5% приходится на гладкую кожу.

### Симптомы поражения волосистой части головы сводятся к трем характерным признакам:

1) вокруг волоса образуется беловато-желтые наслоения в виде щитка (скутула) – так выглядит сам гриб;

2)все пораженные волосы обязательно выпадают (при других грибковых заболеваниях волосистой части головы – [трихофития](http://gribkovye-zabolevaniya.ru/trihofitiya), [микроспория](http://gribkovye-zabolevaniya.ru/mikrosporiya) – волосы обламывались на одинаковой длине);

3)в местах поражения развивается атрофические и рубцовые изменения, которые приводят к стойкой алопеции (облысению).

После проникновения возбудителя на кожу волосистой части головы идет его размножение и разрастание, которое начинает проникать в устье волосяного фолликула. На 14-й день после заражения вокруг пораженного волоса формируется небольшое пятно ярко-красного цвета. На его поверхности видно незначительное шелушение, процесс сопровождается интенсивным зудом. В центре пятна, которое как раз приходится на устье волосяного фолликула появляется пузырек желтого цвета, заполненный гноем – так начинает формироваться скутула. В последствии красное пятно обрастает желтовато-серыми корками, волос выпадает или выходит из волосяного фолликула, на его месте образуется впадина.

Такие скутулы разрастаются в диаметре достигая 1,5см, цвет их меняется на сероватый или зеленоватый. Без адекватного лечения скутулы начинают сливаться, поражая обширные участки волосистой части головы. Такие сливные поражения из корок напоминают запечатанные медовые соты, от сюда и пошло названия заболевания («Фавус» - соты). От очагов поражения начинает исходить затхлый запах. При снятии корок образуются эрозии с гладким дном, розового цвета, блестящие, которые могут слегка кровоточить. Пораженные грибом волосы становятся тусклыми, сухими, безжизненными, приобретают тускло-серый цвет. Со временем волосы выпадают полностью либо остаются впаянными в скутулы (корки), по виду такие волосы торчат в разных направлениях и напоминают парик.

Впоследствии на коже волосистой части головы в местах скутул формируются рубцовые изменения, которые приводят к очаговой стойкой алопеции (облысению), по мере прогрессирования процесса облысение становится обширным, почти сплошным.

Вместе с типичной – скутулярной формой фавуса на волосистой части головы встречается:

-сквамозная форма – появление на коже головы мелких беловато-желтых чешуек, пронизанных тусклыми волосами. Скутулы не образуются. На месте очага впоследствии появляется рубец и стойкое облысение;

-импетигинозная форма – очаги поражения состоят из пузырьков заполненных гнойным содержимым, поверх которых образуются желтые корочки.

### Симптомы поражения гладкой кожи:

Излюбленные локализации поражения – лицо, шея, конечности. В дебюте заболевания на коже появляются розовые пятна небольшого диаметра, на периферии которых находятся пузырьки, заполненные прозрачной жидкостью. Впоследствии пузырьки начинают вскрываться, и их содержимое ссыхается с образованием грубых желтых корок плотно спаянных с кожей. При разрешении высыпаний атрофических изменений на коже не остается.

### Симптомы поражение ногтевых пластин:

а)ногтевые пластины становятся толстыми и ломкими;

б)поверхность ногтя теряет блеск и становится шероховатой;

в)ноготь прорастает скутулами желтого цвета;

г)впоследствии ноготь разрушается.

## Лечение.

После подтверждения диагноза больной изолируется от окружающих. Осмотр людей, которые находились в контакте с больным проводится по схеме:1 раз в 10 дней 1 месяц;затем через 3 месяца;в 6 месяцев;через 1 год;1 раз в год в течении 5 лет.

Госпитализации подлежат все больные с поражением волосистой части головы и те, у которых имеется более 3х очагов поражения на гладкой коже.

В лечении используют гризеофульвин в сочетании с местной обработкой антисептическими и противогрибковыми мазями.

Гризеофульвин назначают из расчета 17 мг на 1 кг массы тела. Курс лечения 2 – 3 недели.

### Местное лечение включает в себя обработку очагов анилиновыми красителями: фукарцин, бриллиантовый зеленый.

Кетоконазол - применяют в форме крема, наносят на очаги поражения 1 раз в сутки, при этом рекомендуют захватывать здоровую кожу и волосистый покров минимум на 2 см. Лечение продолжают после исчезновения заболевания еще несколько дней. Курс лечения 2 - 6 недель.

Кетоконазол – шампунь наносят на волосистую часть головы на 5 - 7 минут и затем смывают водой.

Клотримазол - выпускают в виде крема, аэрозоля и раствора для наружного применения. Крем, аэрозоль, раствор наносят тонким, ровным слоем на пораженные участки кожи и волосистой части головы 2 - 4 раза в сутки и осторожно втирают. Курс лечения продолжают в среднем 4 недели. После исчезновения признаков заболевания лечение рекомендуют продолжить в течении двух недель.

Ламизил - крем наносят 1 – 2 раза в сутки. Курс лечения 2 – 4 недели.

Микозолон - комбинированный препарат, который содержит противогрибковый препарат (миконазол) и гормон (мазипредон). Мазь оказывает противогрибковое, противовоспалительное и противоаллергическое действие. Средство наносят 1 - 2 раза в сутки на пораженную грибком кожу или ногти. Курс лечения составляет 2 - 5 недель.

Критериями выздоровления считается 3 отрицательных посева с интервалом в 5 – 7 дней.

*Фавус – (волчий лишай, парша) – хроническое инфекционное заболевания грибковой природы, поражающее волосистую часть головы, пушковые и длинные волосы на теле, гладкую кожу, ногти и реже – внутренние органы. Заболевание мало контактное. Возбудителей заболевания относят к роду трихофитов. Среди этой группы выделяют антропофильных возбудителей, которые паразитируют только на человеке Trichophyton schonleinii и зоофильных возбудителей, поражающих как людей так и животных – кошек, мышей, собак, птиц - Trichophyton quinskeanum Zopf. Инфекция передается при контакте с больными фавусом людьми и через их предметы обихода (одежду, головные уборы, средства личной гигиены, постельное белье). Инкубационный период длится 2 – 3 недели. При фавусе на первом месте по частоте поражения стоит волосистая часть головы, приблизительно 26% приходится на ногтевые пластины, и 3 – 5% приходится на гладкую кожу. Симптомы поражения волосистой части головы сводятся к трем характерным признакам: 1) вокруг волоса образуется беловато-желтые наслоения в виде щитка (скутула) – так выглядит сам гриб;2)все пораженные волосы обязательно выпадают (при других грибковых заболеваниях волосистой части головы –*[*трихофития*](http://gribkovye-zabolevaniya.ru/trihofitiya)*,*[*микроспория*](http://gribkovye-zabolevaniya.ru/mikrosporiya)*– волосы обламывались на одинаковой длине); 3)в местах поражения развивается атрофические и рубцовые изменения, которые приводят к стойкой алопеции (облысению).*

ПСЕВДОМИКОЗЫ

Псевдомикозы включают эритразму и актиномикоз, которые ранее относились к грибковым процессам, но более детальное изучение возбудителей позволило отнести их к особым микроорганизмам, занимающим промежуточное положение между грибами и бактериями.

Эритразма – очень распространенное заболевание кожных складок.

Этиология и патогенез.

Возбудитель эритразмы – Corynebacterium minutissum, ее выявляют в чешуйках эпидермиса в виде тонких слабоветвящихся септированных нитей, между которыми располагаются кокковидные клетки. Развитию заболевания способствует повышенная потливость, несоблюдение правил личной гигиены, а также высокая температура и влажность окружающей среды. Болеют преимущественно мужчины. Контагиозность невелика.

Клиническая картина.

Наиболее часто поражаются пахово-бедренные складки, подмышечные ямки, соприкасающиеся поверхности под молочными железами у женщин. Вместе с тем очаги эритразмы могут быть на туловище, конечностях (включая межпальцевые складки и своды стоп) и даже на крайней плоти и головке полового члена. У мужчин обычной и весьма характерной локализацией являются участки внутренней поверхности бедер, прилежащие к мошонке (мошонка почти никогда не поражается). В указанных зонах появляются резко отграниченные пятна невоспалительного характера, цвет которых варьирует от желтовато-красного до красно-коричневого. Пятна округлые, размером от точечных до величины монет различного достоинства; при слиянии пятен образуются крупные – до ладони и более – очаги с фестончатыми контурами. Поверхность начальных высыпаний гладкая; со временем присоединяется слабое шелушение мелкими чешуйками. Субъективные ощущения отсутствуют. Под влиянием повышенной влажности, трения и присоединения вторичной инфекции очаги эритразмы в области складок, особенно летом, осложняются воспалительными явлениями (гиперемия, отечность, отторжение рогового слоя) вплоть до формирования опрелости, сопровождающемся зудом.

Диагноз неосложненной эритразмы не вызывает затруднений и ставится на основании клинической картины. Его подтверждает кораллово-красное свечение очагов поражения (за счет водорастворимого порфирина. вырабатываемого бактериями) в лучах лампы Вуда. При необходимости производят микроскопическое исследование чешуек.

Лечение: 5% эритромициновая мазь (легкое втирание в очаги 2 раза в сутки в течение 7 дней), 5% салициловый и 5% глицерин-салициловый спирт, при распространенных формах – эритромицин внутрь по 0,2 ) 5 раз в сутки в течение 5—7 дней. Для устранения присоединившейся опрелости используют водные растворы анилиновых красителей. Профилактика заключается в гигиеническом содержании тела, тщательном осушивании кожи, особенно складок, после водных процедур; устранение гипергидроза.

Актиномикоз – хроническое инфекционное неконтагиозное заболевание, поражающее человека и животных, вызываемое актиномицетами.

Заболевание наблюдается во всех странах мира. Больные актиномикозом составляют до 10% среди больных хроническими тонными процессами. Мужчины болеют в 2 раза чаще женщин, возраст больных колеблется от 20 до 40 лет.

Этиология и патогенез.

Возбудитель актиномикоза – анаэробные лучистые грибки – актиномицеты, чаще Actinomyces israeli. Наибольшее признание получила гипотеза эндогенного заражения, при которой лучистые грибки, постоянно сапрофитирующие в организме (в полости рта, желудочно-кишечном тракте, верхних дыхательных путях), приобретают патогенные свойства. Возникновению заболевания способствуют ослабление иммунитета, хронические инфекции, переохлаждение и др. Защитные свойства слизистой оболочки нарушаются за счет местных воспалительных процессов, микротравм. Возможно также экзогенное инфицирование открытых травм, развитие актиномикоза в эпителиальном копчиковом ходе, бронхиогенных свищах с последующим распространением на окружающие ткани. Вокруг внедрившихся возбудителей в подслизистый слой или подкожную клетчатку образуется специфическая гранулема – актиномикома с распадом и нагноением и образованием рубцовой (хрящеподобной) ткани.

Клиническая картина.

Актиномикоз поражает органы дыхания, пищеварительный тракт, параректальныс ткани, мочеполовые органы, кости, кожу. Актиномикоз кожи может быть первичным и вторичным и протекает в виде нескольких форм (узловатая, бугорковая, язвенная и др.).

Узловатая форма  актиномикоза характеризуется образованием плотного, малоподвижного безболезненного узла диаметром 3—4 см и более, который по мере роста выступает над уровнем кожи и спаивается с ней, отчего кожа приобретает темно-красный цвет с фиолетовым оттенком. Рядом могут образовываться новые очаги. Узлы склонны к абсцедированию и образованию свищей, через которые изливается гнойное содержимое часто с желтоватыми зернами – друзами актиномицета. Одни свищи рубцуются, другие возникают вновь. Процесс носит упорный хронический многолетний характер и локализуется главным образом в области щечной, подподбородочной, поднижнечелюстной областях, в области промежности, межъягодичной складки, ягодиц. При бугорковой форме, которая обычно развивается при первичном актиномикозе кожи, высыпания представляют собой плотные, полушаровидные темно-красные бугорки диаметром 0,5 см, не сливающиеся между собой и вскрывающиеся с выделением капли гноя из образовавшегося свищевого хода и покрывающиеся буро-желтыми корками. Процесс имеет тенденцию поражать подкожную клетчатку и распространяться на соседние топографические области.

Язвенная форма  отмечается у ослабленных больных, у которых на месте абсцедировавшпх инфильтратов формируются язвы с мягкими подрытыми неровными краями и вялыми грануляциями на дне.

Диагноз ставится на основании клинической картины, подтвержденной бактериоскопией и культурально. Лечение: актинолизат внутримышечно по 3—4 мл или внутрикожно начиная с 0,5 мл до 2 мл 2 раза в неделю, на курс 20—25 инъекции, иммунокорректоры, антибиотики широкого спектра действия (в случае присоединения вторичной инфекции), хирургическое иссечение очагов поражения вместе с подкожной клетчаткой.

*Псевдомикозы включают эритразму и актиномикоз, которые ранее относились к грибковым процессам, но более детальное изучение возбудителей позволило отнести их к особым микроорганизмам, занимающим промежуточное положение между грибами и бактериями. Возбудитель эритразмы – Corynebacterium minutissum, ее выявляют в чешуйках эпидермиса в виде тонких слабоветвящихся септированных нитей, между которыми располагаются кокковидные клетки. Контагиозность невелика. Наиболее часто поражаются пахово-бедренные складки, подмышечные ямки, соприкасающиеся поверхности под молочными железами у женщин. Вместе с тем очаги эритразмы могут быть на туловище, конечностях (включая межпальцевые складки и своды стоп) и даже на крайней плоти и головке полового члена. У мужчин обычной и весьма характерной локализацией являются участки внутренней поверхности бедер, прилежащие к мошонке (мошонка почти никогда не поражается). Возбудитель актиномикоза – анаэробные лучистые грибки – актиномицеты, чаще Actinomyces israeli. Наибольшее признание получила гипотеза эндогенного заражения, при которой лучистые грибки, постоянно сапрофитирующие в организме (в полости рта, желудочно-кишечном тракте, верхних дыхательных путях), приобретают патогенные свойства. Актиномикоз поражает органы дыхания, пищеварительный тракт, параректальныс ткани, мочеполовые органы, кости, кожу. Актиномикоз кожи может быть первичным и вторичным и протекает в виде нескольких форм (узловатая, бугорковая, язвенная и др.).*

ГЛУБОКИЕ МИКОЗЫ

К гpyппe глубоких (системных) микозов кожи относят грибковые заболевания, поражающие кожу, слизистые оболочки и внутренние органы. Для них характерны длительность течения и торпидность к применяемому лечению. Некоторые из них (актиномикоз, хромомикоз, плесневые микозы и др.) в нашей стране встречаются относительно редко, другие (гистоплазмоз, кокцидиоидоз) - крайне редко, хотя в ряде стран число регистрируемых больных значительно. В настоящее время актиномикоз и хромомикоз рассматривают как бактериальные заболевания и относят к псевдомикозам.

Актиномикоз - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое различными видами актиномицетов.

**Этиология и патогенез.**

 В настоящее время большую группу актиномицетов расценивают как бактерии. А само заболевание - как псевдомикоз. Различают аэробные актиномицеты, которые чаще встречаются в почве, воздухе, воде, на злаках, и анаэробные, саирофитирующие чаще на слизистых оболочках животных и человека. Наиболее частыми возбудителями заболевания являются анаэробные актиномицеты - Actinomyces israelii и Actinomyces boves. Актиномицеты, сапрофитирующие в полости рта, в кишечнике чело века могут привести к развитию болезни путем аутеинокуляции этих случаях способствуют ослабление защитных иммунологических свойств организма и активизация патогенности и вирулентности возбудителя. В других случаях широко распространенные в природе актиномицеты попадают в организм человека через рот, дыхательные пути и слизистую оболочку кишечника. Возбудитель может внедриться также через поврежденную кожу и слизистые оболочки, если на раневую поверхность попадают земля, пыль, части растений. Однако экзогенное заражение кожи происходит реже, а чаще процесс на коже возникает вторично, при распространении процесса с глубжележащих тканей и органов per continuitatem или путем метастазирования.

Клиника.

Длительность инкубационного периода неизвестна.

Наиболее часто наблюдается поражение шейно-лицевой области, реже грудной (при поражении легких) и брюшной (с изменениями печени, селезенки, почек, кишечника) полостей. Как уже указывалось, кожа редко поражается первично.

Обычно кожный процесс развивается вторично в результате проникновения инфекции из очагов в абдоминальной, плевральной полости, в полости рта и носа (кариозные зубы, миндалины, параназальные синусы).

Различают три формы актиномикоза кожи: гуммозно-узловатую, бугорково-пустулезную и язвенную.

Наиболее часто актиномикоз кожи проявляется в виде гуммозных образований. Развиваются подкожные деревянистой плотности инфильтративные бляшки и опухолевидные ливидного цвета узловатые образования с бородавчатой, дольчатой поверхностью. Очаги местами размягчаются, образуя свищи, из которых выделяются серовато-желтые, гнойные с неприятным запахом крошкообразные массы, содержащие мелкие зернистые частицы - колонии актиномицетов (друзы). Деструктивные процессы могут привести к разрушению глубоколежащих тканей с образованием язв. имеющих мягкие подрытые края и гранулирующее, с папилломатозными разрастаниями дно.

Язвенная форма актиномикоза встречается редко и возникает вследствие распада крупных узлов. Края этих язв мягкие, рыхлые подрытые. На дне язв имеются вегетации, некротические массы и значительное гнойное отделяемое с включением друз в виде желтоватых зернышек. При заживлении язвы образуются неровные, мостикообразные рубцы, спаянные с подлежащими тканями.

При бугорково-пустулезной форме актиномикоза образуются бугорки, которые быстро некротизируются и изъязвляются. В результате слияния бугорков происходит формирование инфильтративных поверхностей, также характеризующихся деревянистой плотностью, наличием свищей со значительным количеством гнойного отделяемого и отдельных язв на поверхности инфильтрата.

Женщины болеют актиномикозом в 2 раза реже, чем мужчины. Контагиозность заболевания ничтожная. Достоверных данных о заражении здорового от больного нет.

Глубокий бластомикоз Джилкрайста (син.: северо-американский бластомикоз) является хроническим инфекционным, неконтагиозным заболеваниям, вызываемым грибами рода Blastomyces dermatitidis. Бластомикоз Джилкрайста поражает преимущественно кожу, легкие, кости, а также печень, селезенку, почки. Воротами инфекции является кожа или дыхательные пути. Заболевание проявляется в двух формах - первично-кожной и системной (висцеральной).

Первичные кожные поражения характеризуются красноватыми папулезными высыпаниями на коже лица, конечностей, ягодиц. Узелки сливаются, на поверхности их образуются пустулы, которые покрываются гнойными корками, изъязвляются. Постепенно увеличиваясь, они образуют крупные бляшки, покрытые гранулирующими бородавчатыми разрастаниями с рубцующимся центром. Края очагов серпигинизирующие, синюшно-красного цвета, с характерными очаговыми милиарными пустулами.

Кожные проявления могут быть вторичного происхождения, как результат диссеминации из пораженных внутренних органов. Они имеют вид крупных подкожных и внутридермальных узлов, которые могут изъязвляться, образуя свищи и обширные язвы, оставляющие после себя плотные втянутые рубцы.

Глубокий бластомикоз Буссе-Бушке (син.: европейский бластомикоз, криптококкоз, торулез). Системное торпидное фунгозное заболевание с преимущественным поражением оболочек головного мозга. Описаны также поражения легких, селезенки, печени, почек, кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек. Вызывается дрожжевым грибом Cryptococcus neoformans (Saccharamyces neoformans).

Кожа поражается довольно редко. Возникают множественные угpeпoдобные папулы, подкожные гуммозного типа узлы, сливающиеся в крупные инфильтративные поверхности, а также подкожные абсцессы. Образуются очаги изъязвлений с наличием глубоких кратериформных гранулирующих язв с зубчатыми, слабоинфильтрированными, подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и слизисто-гнойным отделяемым, ссыхающимся в толстые корки. На месте язв образуются втянутые рубцы. Изредка отмечаются гиперкератоз ладоней, подошв, онихия. Нередки метастазы в легкие, кости, лимфатические узлы, костный мозг. При поражении нервной системы (менингит, менингоэнцефалит), пневмонии, сепсисе может наступить летальный исход.

*К гpyппe глубоких (системных) микозов кожи относят грибковые заболевания, поражающие кожу, слизистые оболочки и внутренние органы. Актиномикоз - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое различными видами актиномицетов. Наиболее частыми возбудителями заболевания являются анаэробные актиномицеты - Actinomyces israelii и Actinomyces boves. Различают три формы актиномикоза кожи: гуммозно-узловатую, бугорково-пустулезную и язвенную. Глубокий бластомикоз Джилкрайста (син.: северо-американский бластомикоз) является хроническим инфекционным, неконтагиозным заболеваниям, вызываемым грибами рода Blastomyces dermatitidis. Бластомикоз Джилкрайста поражает преимущественно кожу, легкие, кости, а также печень, селезенку, почки. Воротами инфекции является кожа или дыхательные пути. Заболевание проявляется в двух формах - первично-кожной и системной (висцеральной). Глубокий бластомикоз Буссе-Бушке (син.: европейский бластомикоз, криптококкоз, торулез). Системное торпидное фунгозное заболевание с преимущественным поражением оболочек головного мозга. Описаны также поражения легких, селезенки, печени, почек, кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек. Вызывается дрожжевым грибом Cryptococcus neoformans (Saccharamyces neoformans).*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Невоспаленные очаги поражения на туловище, в паху, на кистях и стопах, как правило, поддаются лечению кремами с [клотримазолом](http://medbiol.ru/medbiol/drugs/0000c49e.htm) , [миконазолом](http://medbiol.ru/medbiol/drugs/0000e2ab.htm) , [кетоконазолом](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0022a4e4.htm) , [эконазолом](http://medbiol.ru/medbiol/har/0003c882.htm) , [нафтифином](http://medbiol.ru/medbiol/har/00191f3c.htm) ,[тербинафином](http://medbiol.ru/medbiol/drugs/0001e8be.htm) и [циклопироксом](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/00433479.htm) . При [гиперкератозе](http://medbiol.ru/medbiol/har/001a1b88.htm) эти средства малоэффективны, поэтому для удаления роговых наслоений на кистях и стопах сначала используют мазь Уитфилда (12% бензойной + 6% салициловой кислоты). Эту мазь не следует наносить на очаги поражения в паху, межпальцевых промежутках и в ягодичной складке, поскольку возникающая [мацерация](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/001be71e.htm) создает благоприятные условия для бактериальной суперинфекции.

При дерматофитиях, протекающих тяжелее и не поддающихся местному лечению, а также при поражении волосистой части головы, ногтей, бороды и усов [противогрибковые средства](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0033bde6.htm) назначают внутрь. Препарат выбора - [гризеофульвин](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0014c809.htm) . Его принимают во время еды один или два раза в сутки. Суточная доза высокодисперсной формы гризеофульвина - 500 мг, сверхвысокодисперсной - 375 мг. При упорных инфекциях дозу удваивают. Лечение продолжают до полного слущивания пораженного рогового слоя. Срезание пораженных волос и очищение пораженных межпальцевых промежутков ускоряет выздоровление.

Если к дерматофитии стоп присоединилась бактериальная инфекция, могут потребоваться примочки и антибиотики. Риск рецидива дерматофитии стоп можно снизить, если ноги все время держать чистыми и сухими.

При неэффективности [гризеофульвина](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0014c809.htm) можно использовать [итраконазол](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0021a791.htm) , 200 мг 1 раз в сутки. При[онихомикозах](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/002d7d3a.htm)[гризеофульвин](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0014c809.htm) малоэффективен, поэтому следует предпочесть [итраконазол](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/0021a791.htm) .

[Тербинафин](http://medbiol.ru/medbiol/drugs/0001e8be.htm) , 250 мг 1 раз в сутки, при поражении ногтей и кожи столь же эффективен, что и итраконазол. Однако пока не ясно, какой из препаратов обладает меньшими побочными эффектами.

[Онихомикозы](http://medbiol.ru/medbiol/infect_har/002d7d3a.htm) лечат противогрибковыми средствами для приема внутрь до тех пор, пока ногти полностью не отрастут и не будут срезаны все их пораженные участки. Деформированные ногти нередко растут медленнее обычного. Минимальная продолжительность лечения - 3 мес. Желательно ориентироваться не на внешний вид ногтей, а на результаты микроскопии и посева. Нередки рецидивы инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Онихомикозы. Грибковые инфекции ногтей.

2. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни.