**Кандидоз**

Кандидоз — поражение кожи, слизистых оболочек, ногтевых пласти¬нок и внутренних органов, вызванное дрожжеподобными грибами рода Candida.

Этиология. Дрожжеподобные грибы рода Candida (Monilia) относятся к несовершенным грибам — дейтеромицетам (анаскоспоровым) и представляют самостоятельный род. Наиболее распространен в каче¬стве возбудителя вид С. albicans.

Клиническая картина. Многочисленные клинические варианты дрожжевых поражений разделяют на кандидозы поверхностные (канди¬доз гладкой кожи и слизистых оболочек, кандидозные онихии и парони-хии) и системные, или висцеральные. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз некоторые авторы считают промежуточ-ной формой между поверхностным и висцеральным кандидозом. Отдель¬но выделяются кандидамикиды — вторичные аллергические сыпи.

Поверхностный кандидоз включает поражение гладкой кожи, слизис¬тых оболочек, онихии и паронихии. Заболевание гладкой кожи чаще начинается с поражения крупных складок (интертригинозный канди¬доз), где сначала формируются эритематозно-отечные очаги с везикула¬ми, серопапулами, пустулами, эрозиями с мокнутием. Участки поражения имеют четкие фестончатые края, окаймленные подрытым венчиком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий гладкая, блестящая, местами мацерированная с белесоватым налетом. По пери¬ферии основных очагов в результате аутоинокуляции рассеяны отдельно расположенные, ограниченные отечно-эритематозные пятна, се-ропапулы, везикулы, пустулы. При распространении воспаления с крупных складок на прилегающие участки возникает кандидоз глад¬кой кожи. Выделяют эритематоз-нур и везикулезную формы. Пре¬обладание эритематозно-отечных очагов застойно-ливидной окрас¬ки с эрозивными участками, мок¬нутием свойственно эритематоз-ной форме. Преобладание серопа

пул, везикул, пузырей, пустул на фоне отечно-эритематозной, воспа¬ленной кожи свойственно везикулезной форме кандидоза.

Межпальцевые дрожжевые эрозии кистей или стоп между III и IV или IV и V щльцами кистей и/или стоп наблюдаются у детей школьного возраста и взрослых. В группу риска входят работники кондитерских производств или имеющие контакт с овощами и фруктами. У них возни¬кают очаги мацерации с отечно-застойной гиперемированной кожей, окаймленные подрытым отслоившимся ободком эпидермиса. По пери¬ферии основного очага наблюдаются отсевы в виде серопапул и везикул.

Кандидоз слизистых оболочек формируется в полости рта, на генита¬лиях. Клинические варианты процесса соответствуют особенностям локализации. Кандидоз слизистых оболочек полости рта (молочница) проявляется белесоватым «творожистым» налетом, крошковатой или легко снимающейся пленкой. После их удаления иногда выявляется эри¬тема, в редких случаях — эрозивная поверхность. Поражение слизистой оболочки рта может сочетаться с поражением языка, углов рта, красной каймы губ, миндалин.

Кандидоз углов рта (кандидозная заеда) и кандидозный хейлит неред¬ко сочетаются с дрожжевым поражением слизистой оболочки рта, кан-дидозным глосситом, но могут формироваться и самостоятельно. Процесс чаще возникает у детей и лиц пожилого возраста (заниженный прикус). Глубокая складка в углах рта и постоянная мацерация этих участков кожи слюной у детей, жующих жевательную резинку, и сни¬женный прикус у лиц, имеющих зубные протезы, создают благоприят¬ные условия для возникновения дрожжевой заеды. Кожа в углах рта становится воспаленной, мацерированной, влажной, покрытой белым, легко снимающимся налетом, после удаления которого обнажается красная гладкая эрозированная поверхность.

Дрожжевые паронихии и онихии чаще сочетаются с поражением глад¬кой кожи или слизистых оболочек, йо возможно и изолированное пора¬жение. Паронихии проявляется отеком, инфильтрацией, гиперемией валиков ногтя, отсутствием надногтевой кожицы (эпонихиум). Около¬ногтевой валик как бы надвигается на поверхность ногтя. Нередко паро¬нихии и онихии существуют одновременно. Внедрение грибов происходит с боковых участков околоногтевого валика, поэтому свободный край ногтя остается непораженным. Боковые края ногтя деформируются: они как бы срезаны. Поверхность ногтя также деформируется, имеет неодинаковую толщину. В острой стадии заболевания процесс сопро¬вождается болезненностью, иногда зудом. Кандидозный вульвовагинит, баланит и баланопостит развиваются изолированно или вместе с другими формами кандидоза. У девочек вуль-виты и вульвовагиниты сочетаются с уретритом, у мальчиков возможны баланиты и баланопоститы. При развитии кандидозного вульвита или вульвовагинита появляются диффузные отечно-гиперемированные очаги с белым точечным крошковатым налетом. Налет легко удаляется, и под ним обнажается эрозивная поверхность с серозным или серозно-гемор-рагическим отделяемым. Заболевание сопровождается зудом и болез¬ненностью, особенно выраженными при мочеиспускании.

Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз формиру¬ется в результате истощающих заболеваний у лиц с врожденным или приобретенным иммунодефицитом, тяжелыми эндокринными рас¬стройствами. Переходу дрожжевой инфекции в хроническую форму способствуют лечение антибиотиками, длительное применение корти-костероидных гормонов, иммуносупрессоров.

Кандидоз висцеральный (системный)

Случаи распространенных комбинированных кандидозов с поражением внутренних органов, с развитием дрожжевого сепсиса стали регистри¬ровать во всех странах в связи с широким применением антибиотиков. Высказывают мнение, что в патогенезе висцеральных кандидозов имеет значение дисбактериоз с угнетением жизнедеятельности грамотрица-тельных палочек и кокков. В организме здорового человека антагонисты дрожжеподобных грибов рода Candida сдерживают их развитие.

Клиника и течение. При висцеральных кандидозах наиболее часто поражены слизистые оболочки дыхательных путей, желудочно-кишечно¬го тракта, мочеполовых органов. Описаны дрожжевые поражения сер¬дечно-сосудистой и нервной систем, почек, печени, селезенки, бронхов и легких (пневмония), мозговой ткани, мышцы сердца, кровеносных сосудов и других органов. Висцеральный кандидоз может привести к септическому состоянию, которое иногда возникает и без предшест¬вующего поражения внутренних органов. О дрожжевом поражении внутренних органов следует думать тогда, когда заболевание принимает затяжное, вялое течение (пневмония, энтерит, колит, миокардит и др.), отмечается субфебрильная температура, неэффективны обычные методы лечения, состояние ухудшается при применении антибиотиков. Заподозрить висцеральныи кандидоз нередко помогает дрожжевое поражение видимых слизистых оболочек (особенно полости рта), ногтевых валиков и ногте¬вых пластинок, которое часто сопровождает поражения внутренних органов. Реже в этих случаях поражаются различные участки кожного покрова. Окончательно вопрос решается на основании результатов лабо¬раторных исследований.

Диагностика. Кандидоз диагностируют путем обнаружения дрожже¬подобных грибов в материале из очага поражения.

Лечение. При всех формах кандидоза следует прежде всего устра¬нить факторы, способствующие возникновению заболевания. Лече¬ние должно быть комплексным и включать противогрибковые препа¬раты системного и наружного действия, общеукрепляющие средства, а также санитарно-гигиенические мероприятия. При поражении глад¬кой кожи и складок проводят общее лечение противокандидозными препаратами.

Из антимикотиков системного действия наиболее эффективным (и наиболее токсичным) остается амфотерицин В.

Дифлюкан (флюконазол) назначают взрослым по 400 мг/сут

Итроконазол дают взрослым по 100—200 мг ежедневно во время еды.

Пимафуцин — полиеновый антибиотик из группы макролидов. При¬меняется в таблетках по 100 мг 4 раза в день (от 10 дней до нескольких месяцев).

Анкотил (флуцитозин) назначают внутрь и внутривенно в суточной дозе 37,5—50 мг/кг 6 ч, суточная доза составляет 150—200 мг/кг.

Нистатин

Для местного лечения рекомендуют производные азоловых соедине¬ний — клотримазол, кетоконазол, миконазол, изоконазол и др. в виде кремов или мазей.

При мокнутии можно накладывать на очаги пасту Лассара пополам с левориновой, микогептиновой или другими противодрожжевыми мазями.

При поражении слизистых оболочек рта назначают взрослым 20%, детям 10% раствор тетрабората натрия (буры) в глицерине, 1—2% водные и спиртовые растворы анилиновых красителей. Можно применять лево-рин в таблетках для сосания, содержащих 250 000-500 000 ЕД антибиотика.

Профилактика предусматривает проведение санитарно-гигиенических мероприятий, выявление профессиональных дрожжевых поражений у работников овощных баз, кондитерских производств, в сельском хозяйстве и быту.

Лечение диабета и ожирения у лиц с нарушенным обменом веществ, заболеваний желудочно-кишечного тракта, вегетоневроза, общеукрепля¬ющая терапия ослабленных больных, лиц, перенесших тяжелые инфек¬ции, устранение нарушений витаминного баланса — все это является профилактикой поверхностного