# МИКОЗЫ

Общее название заболеваний кожи, вызываемых паразитическими грибами. Их развитию способствуют недостаточная плотность рогового слоя эпидермиса волос с варьирующими изменениями химизма водно-липидной мантии, иммунные, нейроэндокринные и метаболические нарушения. Грибковые заболевания широко распространены. Наиболее часто встречаются микозы стоп, микозы с поражением волосистой части головы (микроспория и трихофития), эпидермофития паховая и отрубевидный лишай.

Клиническая картина грибковой инфекции кожи зависит от локализации поражения, защитных сил организма и вида возбудителя.

  Дерматофиты могут вызывать слабую ответную реакцию и хроническое течение инфекции (например, Trichophyton rubrum) или сильное острое воспаление (например, Micosporum canis).

  В диагностике большинства микозов существенную роль играют микроскопические исследования. Возбудителя грибкового заболевания обычно обнаруживают после просветления рогового вещества в горячем растворе едкой щелочи.

**Лишай отрубевидный**

(лишай разноцветный). Заболевание из группы кератомикозов.

Этиология и патогенез. Возбудитель — Pityrosporum orbiculare. Предпосылками для возникновения микоза являются повышенная потливость, нарушения углеводного

обмена, вегетодистония.

Клиническая картина. На коже спины, груди, шеи, плечевого пояса и волосистой части головы располагаются пятна желтовато-коричневого цвета, невоспалительного характера, различных размеров и очертаний, склонные к слиянию. При поскабливании появляется скудное отрубевидное шелушение.

Диагноз**.** Основывается на клинической характеристике пятен, подтверждается

йодной пробой или смазыванием анилиновыми красителями, рельефно выявляющими участки поражения, феноменом «стружки» (симптом Бенье), выявляющим наличие скрытого шелушения. Возможна люминесцентная диагностика (при помощи лампы Вуда), обнаруживающая очаги темно-коричневого или красновато-желтого цвета.

Лечение. Втирание в очаги фунгицидных средств: нитрофунгина, микосептина, микозолона, 2— 5 % салицилово-резорцинового спирта, 16 % серной мази или жидкости Андриасяна (Hexamethylentetra-mini 10,0, Glycerini 20,0 Sol. Ac. acetici 5-8 % 70,0) в течение 3—7 дней, после чего назначается гигиеническая ванна).

#### Эритразма. Поверхностный псевдомикоз

Этиология и патогенез. Возбудитель — Corynebacterium minutissimum.

## Возникновению заболевания способствуют повышенная потливость, сахарный

диабет, ожирение, нерациональный гигиенический режим.

Клиническая картина. Очаги красно-бурого или кирпично-красного цвета в

пахово-мошоночных, пахово-бедренных складках, а также под молочными железами, в подмышечных областях. У детей очаги эритразмы наблюдаются в межпальцевых складках кистей и стоп.

Лечение. Обработка очагов 2—3 раза в день октицилом, 1—2 % спиртовым

раствором йода, 2—3 % раствором салицилово-резорцинового спирта с

последующим смазыванием мазями: 1 % бифоназона, 5— 10 % эритромициновой, 5% серно-салициловой, кремом клотримазола.

#### Микроспория. Грибковое заболевание кожи и волос

Этиология и патогенез. Возбудитель — Microsporum canis — собачий микроспорум или М. felineum — кошачий микроспорум. Источники — кошки (особенно котята), собаки. Пути передачи — прямой (основной) и опосредованный. Антропонозная форма обусловлена возбудителем М. ferrugineum или М. audouini, чаще встречается в странах Европы. Возбудитель относится к зоофильным грибам и паразитирует на коже кошек и собак. Заражение происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью, редко от человека (в 2 %). Инкубационный период 5—7 дней. Проявления зооантропонозной и антропонозной форм микроспории однотипны. Поражаются роговой слой эпидермиса и волосы. Возникновению болезни способствуют дисбаланс гуморально-клеточных факторов иммунитета и недостаточность бактерицидных компонентов сыворотки крови со снижением уровня фунгистазы в волосяных фолликулах.

Клиническая картина. Поражаются волосистая часть головы и гладкая кожа. Волосы на участках поражения обломаны на уровне 6—8 мм. Остатки обломанных волос плотно окружены муфтами из спор гриба. Кожа вокруг обломков застойно-гиперемирована, покрыта плотным слоем серых асбестовидных чешуек или чешуек-корок. Поражение гладкой кожи проявляется эритематозно-сквамозными высыпаниями правильной округлой или овальной формы с четкими границами, иногда приобретающими кольцевидную форму вследствие разрешения процесса в

центре и прогрессирования по периферии. В процесс вовлекаются пушковые волосы. При выраженной воспалительной реакции возможно увеличение регионарных лимфатических узлов.

Диагноз. Подтверждается лабораторными исследованиями (микроскопическое, культуральное), а также наличием флюоресценции зеленого цвета в лучах лампы Вуда.

Лечение. Назначают гризеофульвин, низорал, очаги поражения смазывают 2—5 %

настойкой йода утром и 3 % салициловой мазью, 10 % серной мазью вечером.

**Руброфития (рубромикоз)**

Хроническое грибковое заболевание, поражающее гладкую кожу, пушковые волосы, ногти.

Этиология и патогенез. Возбудитель -Trichophyton rubrum. Развитию микоза

способствует снижение резистентности кератиноцитов эпидермиса и кутикулярных структур волос. В последние годы значительную роль в патогенезе руброфитии играют лекарственные препараты: антибиотики, цитостатические средства, кортикостероиды.

## Клиническая картина. Различают руброфитию кистей и стоп, генерализованную форму и рубромикоз ногтей. Дети болеют чаще в возрасте 7-15 лет. При поражении

кистей и стоп преобладает значительная сухость кожи с гиперкератозом,

слабовыраженной эритемой застойного оттенка и муковидным шелушением в

складках и кожных бороздах. Рубромикоз стоп — наиболее частая локализация процесса и обычно предшествует заболеванию кистей и стоп.

Проявления грибковых поражений стоп весьма разнообразны, что обусловлено видом гриба, условиями внешней среды и состоянием организма заболевшего. Первые признаки заболевания могут проявляться в едва заметном шелушении кожи подошв и межпальцевых складок стоп. Чаще всего в глубине межпальцевых складок возникает мацерация, образуются трещины. Заболевание может протекать в виде опрелости, как правило, у страдающих повышенной потливостью стоп. Грибковые поражения проявляются и в виде зудящих пузырьков с толстой покрышкой, возникающих в толще кожи преимущественно на своде подошв.

 Со временем полостные элементы ссыхаются в корки или вскрываются с образованием эрозий. У части больных на коже подошв наблюдается муковидное шелушение и участки гиперкератоза. Нередко в патологический процесс вовлекаются ногтевые пластинки (онихомикоз).

Предрасполагающие факторы: потливость, сосудистые расстройства, связанные с длительным перегреванием или переохлаждением стоп, плоскостопие. Определенное значение имеет уменьшение в коже фунгистатических субстанций, которыми являются ненасыщенные жирные кислоты.

Заражение происходит, как правило, в банях, душевых, бассейнах и спортивных залах.

Диагноз. Подтверждается микроскопическим и культуральным исследованиями.

Лечение. Гризеофульвин и низорал внутрь в комплексе с иммуномодуляторами и

антигистаминными средствами. Наружно назначают фунгицидные препараты

(водно-спиртовые растворы анилиновых красителей, 2—5 % настойка йода,

нитрофунгин, жидкость Кастеллани, Бережного с последующим применением мазей «Микосептин», «Микозолон», «Канестен», 1-2 % мазь «Бифоназол», 5—10 %

серно-дегтярная мазь Вилькинсона). При показаниях производят отслойку эпидермиса по Ариевичу и Шеклакову. Лечение ногтей проводят в микологических кабинетах.

### Трихофития

Грибковое заболевание кожи, волос и ногтей, подразделяющееся на поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную формы. Поверхностная разновидность наблюдается чаще у детей. Возбудители — антропофильные трихофитоны (Trichophyton violaceurn, T. tonsurans), поражающие роговой слой эпидермиса и волосы (по типу эндотрикс). Антропофильные трихофитоны располагаются преимущественно внутри волоса, не вызывая резкой воспалительной реакции со стороны кожи. Вызываемое ими поражение носит поверхностный характер (поверхностная трихофития). При поражении волосистой части головы волосы на мелких шелушащихся очагах обламываются на высоте

2—4 мм над уровнем кожи. Зоофильные грибы вызывают образование

инфильтративно-нагноительной формы трихомитии (очаги с инфильтрацией, эритемой, экссудацией). Источник заражения — больной человек.

**Поверхностная трихофития**.

Проявляется поражением гладкой кожи, волос, ногтей. Очаги эритематозно-сквамозного шелушения локализуются на любом участке кожного покрова. Они разной величины (мелко-и крупноочаговые), правильно-округлые или овальные с четкими, валикообразно приподнятыми краями, на которых расположены

пузырьки, пустулы, подсохшие корочки. На волосистой части головы также возникают эритематозно-шелушащиеся округлые или овальные пятна, склонные к слиянию за счет периферического роста. Пораженные волосы обламываются избирательно низко, на 2—3 мм от кожи, а у детей старшего возраста — у основания, образуя «черные точки». Ногти вовлекаются в процесс у 2—3 % больных, как правило, на руках. Ногтевые пластинки, утолщаются, деформируются, становятся серовато-землистого цвета.

Хроническая трихофития взрослых является следствием поверхностной трихофитии детского возраста, сохранившейся при недостаточном лечении или если последнее не проводилось.

Патогенез. Развитию заболевания способствуют вегетодистония, иммунные

нарушения, эндокринопатии, гиповитаминоз А и Е. Встречается обычно у женщин, у мальчиков к половозрелому возрасту наступает излечение.

Клиническая картина. На гладкой коже отдельные, едва заметные розовато-синюшные очаги чаще всего располагаются на голенях, ягодицах, разгибательной поверхности коленных и локтевых суставов, с поражением пушковых волос, а также на тыле кистей и ладонях. На волосистой части головы — едва заметные участки рубцовой атрофии с единичными черными точками на месте пораженных волос. Чаще поражаются ногти кистей с явлениями гиперкератоза, деформациями.

**Инфильтративно-нагноительная трихофития**.

Возбудители — зоофильные трихофитоны, поражающие эпидермис, волосистую часть головы (по типу эндотрикс). Источники — больные животные (крупный рогатый скот, особенно телята), лошади, а также грызуны (крысы, мыши), иногда больные люди.

Клиническая картина.

В области волосистой части головы, усов и бороды образуются глубокие фолликулярные абсцессы с гнойным отделяемым, напоминающим медовые соты. На гладкой коже начальная стадия поражения неотличима от поверхностной

трихофитии, затем нарастающая воспалительная реакция трансформируется в сочные инфильтративные глубокие фолликулиты с поражением пушковых волос. Разрешение воспалительных очагов заканчивается рубцеванием. Все формы глубокой трихофитии сопровождаются общими явлениями (интоксикация, субфебрильная температура тела, озноб) с увеличением регионарных лимфатических узлов.

Диагноз. Подтверждается данными микроскопического и культурального

исследований.

Лечение. При поверхностной и хронической формах трихофитии назначают

антимикотические препараты внутрь (гризеофульвин или низорал). При

изолированном ограниченном поражении гладкой кожи возможно только местное

лечение — 2—5 % спиртовой раствор йода, мази: 3 % салициловая, 10 % серная, мазь

Вилькинсона, «Микосептин», «Микозолон», «Канестен».

Инфильтративно-нагноительная трихофития любой локализации склонна к

самоизлечению. Вначале устраняют островоспалительные явления (гипертонический раствор, фукорцин, 2 % раствор фурацилина), а затем применяют антимикотические мази.