

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Мікози (грибкові захворювання шкіри)	- обумовлені патогенними грибами, які викликають у людини ураження шкіри, її придатків, а іноді внутрішніх органів. За частотою мікози посідають друге місце серед усіх шкірних хвороб. За даними ВОЗ у третини населення спостерігаються мікози. Найчастіше зустрічаються мікози ступнів, в тому числі оніхомікози, і кількість цих уражень постійно збільшується.
У патогенезі мікозів відіграють певну роль такі чинники:	
1) вік:	а) на мікроспорію хворіють переважно діти, у яких шкіра виділяє менше жирних кислот, що мають фунгіцидні властивості; б) мікози ступнів домінують у старшому віці (у похилому віці ними страждає до 80% людей), чому сприяють гіпогідроз, варикоз, атеросклероз, імунодепресивні стани, часте вживання ліків;
2) стать:	- хронічна трихофітія частіше трапляється у жінок (тонке волосся, вплив естрогенів);
3) порушення вуглеводного обміну	- цукровий діабет, при цьому збільшується концентрація цукру не тільки в крові, а й у шкірі, слизових оболонках;
4) дисбактеріоз,	- внаслідок широкого вживання антибіотиків, які пригнічують мікрофлору, що протидіє розвитку дріжджових грибків; зокрема, тетрацикліни сприяють злуццю епітелію слизових оболонок, створюючи вхідні ворота для дріжджових грибків
5) зниження імунологічної реактивності організму	- внаслідок широкого застосування кортикостероїдів, цитостатиків, на тлі СНІДу тощо;
6) місцеві чинники:	- хімічний склад поту, травматизація, гіпостаз тощо.
Резервуаром інфекції є:	- хвора людина (<i>антропонозні</i> мікози), - хворі тварини (<i>зооантропонозні</i> мікози), - ґрунт (<i>геофільні</i> мікози).
Розрізняють:	
Кератомікози	- грибковий процес розвивається у роговому шарі епідермісу та на поверхні кутикули волосся, а запальні явища у нижче розташованих шарах відсутні або слабо виражені (різnobарвний лишай).

Дерматофітії	- захворювання, що викликаються нитковими грибами роду Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum, які уражують епідерміс, усі шари дерми, волосся та нігті (пахвинна епідермофітія, епідермофітія ступнів, руброфітія, трихофітія, мікроспорія).
Кандидоз	- захворювання шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів, яке викликається грибами роду Candida (кандидоз поверхневий, хронічний генералізований, вісцеральний).
Глибокі мікози	- поєднують ураження шкіри та внутрішніх органів; найбільш поширені у тропічних та субтропічних зонах (кокцидіоз, гістоплазмоз, хромомікоз, споротріхоз, аспергильоз, мукороз, пеніциліоз, міцетом, бластомікози).
Псевдомікози	- поверхневі та глибокі ураження негрибкової природи (еритразма, трихонокардіоз, актиномікоз, нокардіоз).
Кандидоз.	- грибкове ураження шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів, яке викликається грибами . Захворювання відомо ще з давнини. Особливо кандидоз поширений в тропіках та субтропіках
Збудник	Candida albicans, іноді – Candida tropicalis, C. pseudotropicalis (більше 100 видів). Гриби цього роду відносять до умовно – патогенних мікроорганізмів, в якості сапрофітів вони широко розповсюджені у природі, знаходяться на шкірі, слизових оболонках та калі п'ятої частини здорових людей. Кандидозом хворіють не тільки люди, а й птахи, скот, домашні та дикі тварини.
Джерело зараження	1) хвора людина (поцілунок, статевий контакт, інфікування плода при пологах), 2) активування кандидозної флори, яка є в організмі в мікробних асоціаціях (розвиток вторинного кандидозу при пневмонії, туберкульозі, неоплазмах).
	вологий клімат, мацерації, порушення правил гігієни, а також імунодефіцитний стан, ендокринопатії, гіповітамінози, обмінні порушення, хронічні хвороби. Використання антибіотиків, цитостатиків, вплив факторів, які знижують резистентність організму.
Класифікація кандидозу	
1. Кандидоз слизових	1.1. Поверхневий кандидоз слизових оболонок:

оболонок :	а) дріжджовий глосит (псевдомембранозний, атрофічний, гіперпластичний) ; б) дріжджовий стоматит (молочниця); в) кандидоз мигдалин; г) кандидоз кутів рота (заїда); д) кандидоз піхви (вагініт, вульвовагініт) 1.2. Глибокий кандидоз слизових оболонок (езофагіт, кандидоз трахеї, бронхів, цистит)
2. Кандидоз шкіри :	2.1. Кандидоз вологої шкіри : а) інтертрігінозний кандидоз (дріжджова попрілість); б) міжпальцева дріжджова ерозія; 2.2. Кандидоз шкіри статевих органів: а) баланіт, баланопостіт; б) вульвіт 2.3. „Пов’язковий” кандидоз 2.4. Пелюшковий кандидоз
3. Кандидоз нігтів та нігтьових валиків:	3.1 Дріжджова онихія та пароніхія
4. Вісцеральний кандидоз	
5. Хронічний генералізований кандидоз	
Дріжджовий глосит —	- найбільш часта форма ураження слизової оболонки рота у дітей. Він може тривало існувати ізольовано, особливо у осіб зі складчастим язиком.
Кандидоз гострий псевдомембранозний	- у продромальному періоді характеризується появою гіперемії, сухості слизової оболонки язика (нерідко і інших ділянок ротової порожнини), а потім білого крапкового нальоту на спинці язика, який легко знімається при зшкрябуванні шпателем та оголює гладку, трішки набряклу червону поверхню. У подальшому весь язик збільшується за рахунок набряку, вкривається нальотом, який набуває жовтуватого або сіруватого кольору. У тяжких випадках глоситу нальоти стають грубими, щільними, важко видаляються, після чого оголюється ерозована та кровоточива поверхня
Хронічний гіперпластичний кандидоз	- характеризується появою на гіперемованій слизовій оболонці крупних білих папул, які можуть зливатись у бляшки (по формі нагадують плоску лейкоплакію). При зішкрябуванні нальот знімається лише частково;

Гострий атрофічний кандидоз	- слизова оболонка спинки язика набуває малиново – червоного кольору, стає болючою, сухою, блискучою з атрофією ниткових сосочків. Білувато – сірий нальот є тільки по периферії , на бічних поверхнях язика та у складках, він важко знімається.
Хронічний атрофічний кандидоз	- локалізується на протезному ложі. Клінічно – гіперемія, сухість слизової оболонки, поодинокі крапкові нальоти
Диференціюють	з десквамативним глоситом.
Дріжджовий стоматит(молочниця)	- характеризується появою білого нальоту на різних ділянках слизової оболонки рота. На початку захворювання з'являються білі крапки (скипіле молоко) розташовані на незмінній слизовій оболонці, у подальшому крапкові вогнища зливаються, утворюючи суцільний нальот, який потім пронизується фібрином та набуває вигляду жовтувато – сірих плівок, які важко зішкрябаються шпателем, після чого оголюється гіперемійована ерозивна кровоточива поверхня.
Диференціюють	від лейкоплакії, червоного плоского лишая.
Кандидоз піхви (вагініт, вульвовагініт)	- характеризується гіперемією слизової оболонки з появою білого нальоту та утворенням поверхневих ерозій, а також наявністю білуватих крихтоподібних виділень. Відчувається свербіж, печіння.
Диференціюють	- від трихомонадного вагініту, бактеріального вагініту, червоного плоского лишая.
Інтертрігінозний кандидоз (дріжджова попрілість)	- частіше зустрічається у дітей та у людей похилого віку, особливо у повних жінок. Локалізується переважно у природних складках пахвинної ділянки, під грудьми у жінок, навколо анусу і зовнішніх статевих органів. Ділянки шкіри у вогнищах ураження яскраво – червоного кольору з чіткими межами. На вологій шкірі з'являються плоскі, в'ялі пухирці і пустули, які швидко лопаються й ерозуються. По периферії вогнища ураження оточені підритим обідком відшарованого епідермісу. Ерозії червоного кольору з блискучим лівідним відтінком, фестончатими обрисами. Зливаючись, ерозії утворюють великі ділянки з гірляндоподібними обрисами. Поширюється процес внаслідок появи нових висипів по периферії старих вогнищ ураження.
Диференціюють	- з попрілістю, псоріазом шкірних складок, еритразмою

Міжпальцева дріжджова ерозія	- виникає між III и IV пальцями кистей (на перехідній складці і бічних поверхнях основних фаланг), частіше у осіб, які працюють у кондитерському виробництві, робітників плодо – овочевих баз. Починається з розвитку в'ялих пухирців, які лопаються, утворюючи м'ясо–червону ерозію з помірно мокнучою, гладкою, блискучою поверхнею і чіткими межами. Шкіра набуває яскраво – червоного кольору. Нерідко в глибині міжпальцевої складки є тріщина. Відчувається свербіж, печіння.
Диференціюють	з коростою
Баланіт, баланопостіт	- характеризується подразненням голівки статевого члену, утворенням на внутрішньому листку крайньої плоти та на голівці статевого члену нальоту білого кольору та ерозивних поверхонь. Відчувається біль, печіння.
Диференціюють	- з псоріазом, сверблячими дерматозами.
Вульвіт	- характеризується білями, печінням, свербіжем. Сечовипускання болюче, часте.
„Пов'язковий” кандидоз	- характеризується почервонінням, свербіжем, мокнуттям під оклюзійною або гіпсовою пов'язкою , а у важких хворих - на шкірі спини.
Пелюшковий кандидоз	- виникає у дітей, яких турбує печіння, біль при сечовипусканні, дефекації, зміні підгузника. Диференціюють з дифузним нейродермітом, псоріазом, простим контактним дерматитом, себорейним дерматитом.
Дріжджова оніхія та пароніхія	- починається з валика нігтя. Характеризується набряком, інфільтрацією, гіперемією (спочатку обмеженою), а потім поширюється на весь нігтьовий валик. Він набухає, немов нависає над нігтем, зникає піднігтьова пластинка. При натискуванні на валик виділяється крапля гною. Процес переходить на ніготь, який втрачає блиск, стає тьмяним і відокремлюється від ложа. Біля країв нігтя виникають вогнища бурувато – коричневого кольору, які при зскрібанні легко кришаться, нерідко утворюючи дефекти півмісяцевої форми. Поверхня нігтя стає нерівною, вкривається поперечними борозенками буруватого кольору, потовщується.
Диференціюють	- з дерматофітією нігтів, стафілококовою пароніхією, герметичним панарицієм.
Вісцеральний кандидоз	- як правило вражаються органи травлення та дихання. У хворих знаходять ознаки гастриту, вони

	скаржаться на зниження апетиту, схуднення, відчуття печіння язика, губ, дисфагію, метеоризм, порушення стулу. При ураженні органів дихання у хворих відмічається бронхіт, вони скаржаться на кашель з мокротою, відчуття недостатку повітря, постійний субфібрилітет. Як правило, у таких хворих знаходять порушення з боку ендокринних органів.
Хронічний генералізований кандидоз	- розвивається у осіб з імунодефіцитним станом та ендокринопатіями. Починається у ранньому віці з кандидозу слизової оболонки рота, глоситу, макрохейлії. Потім приєднуються оніхії та пароніхії, вражається гладка шкіра тулуба, кінцівок, волосистої ділянки голови. Вогнища на шкірі гіперемійовані, інфільтровані з наявністю пластинчатого лущення, папул, горбиків. У таких хворих часто спостерігаються пневмонії, гастрити, гепатити.
Діагностика	- базується на клінічних проявах з урахуванням результатів мікроскопії або посіву.
Диференціюють	- від туберкульозу, бластомікозу легень, інших вісцеральних мікозів.
Лікування:	- призначають патогенетичну, етіотропну та симптоматичну терапію. Призначають ністатин, леворин (курсом по 6-8 млн. ОД на добу протягом 2-3 тижнів з перервою 7 днів між курсами), ламізіл, орунгал, мікогептин, нізорал та флюконазол по схемах. У тяжких випадках (вісцеральна форма в / в амфотерицин Б по 250 ОД на 1 кг ваги курсом до 2 млн. ОД).
<i>Місцево:</i>	- змашування вогнищ уражень 1-2% розчином йоду, аніліновими барвниками, левориновою маззю, 3% саліциловою маззю, фукорцином, 1% клотримазол-крем, похідні тріазолу та імідазолу.