

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 (різнобарвний лишай).
Дерматофітії	- захворювання, що викликаються нитковими грибами роду <i>Epidermophyton</i> , <i>Trichophyton</i> , <i>Microsporum</i> , 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 <i>Candida</i> (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, міцетома, 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	<i>Candida albicans</i> , іноді – <i>Candida tropicalis</i> , <i>C. pseudotropicalis</i> (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 імунodefіцитний стан, ендокринопатії, гіповітамінози, обмінні порушення, хронічні хвороби. Використання антибіотиків, цитостатиків, вплив факторів, які знижують резистентність організму.
Класифікація кандидозу	
1. Кандидоз слизових оболонок :	1.1. Поверхневий кандидоз слизових оболонок: а) дріжджовий глосит (псевдомембранозний, атрофічний, гіперпластичний) ; б) дріжджовий стоматит (молочниця); в) кандидоз мигдалин; г) кандидоз кутів роту (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 зішкрябуванні 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 зливатися 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 плоті 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 пароніхія та оніхія	- 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 вражуються 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	- розвивається у осіб з імунодефіцитним

кандидоз	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), ламізил, 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).
Місцево:	- змашування вогнищ уражень 1-2% розчином йоду, аніліновими барвниками, левориновою маззю, 3% саліциловою маззю, фукорцином, 1% клотримазол-крем, похідні триазолу та імідазолу.
Онїхомікоз	- (ураження нігтів). У хворих на рубромікоз є тенденція до множинного ураження нігтів ступнів і кистей. Розрізняють три варіанти онїхомікозів.
Нормотрофічний:	- конфігурація і товщина нігтьових пластинок тривалий час не змінена, проте з'являються смуги і плями білого чи жовтого кольору, які схильні до злиття.
Гіпертрофічний:	- ніготь стає тьмяним, потовщується, кришиться по краю, може набути форми дзьоба чи кігтів (онїхогрифоз).

Атрофічний:	- більша частина нігтя зруйнована, кришиться, іноді ніготь відділяється від ложа за типом оніхолізу.
Діагностика	- Враховують: 1) клінічні прояви хвороби з одночасним ураженням ступнів, нігтів, кистей; 2) схильність вогнищ до периферійного росту, групування, утворення напівкілець, дуг із щільним запальним, іноді переривчастим валком по периферії; 3) гіперпігментація вогнищ і лущення; 4) суб'єктивно — сверблячка; 5) хронічний перебіг із загостренням в теплу пору року, на тлі лікування антибіотиками, кортикостероїдами, цитостатиками; 6) мікроскопічне і мікологічне дослідження. Питання встановлення діагнозу руброфітії вирішують лабораторні дослідження на наявність грибів у лусочках шкіри та нігтях.
Диференціальна діагностика	- проводиться залежно від клініки і локалізації процесу. з епідермофітією, трихофітією, кандидозом, екземою, псоріазом, парапсоріазом, дискоїдними червоним вовчаком, себорейним і периоральним дерматитом, нейродермітом тощо; оніхомікоз відрізняють від червоного плоского лишая, псоріазу нігтів, уражень нігтів синегнійною паличкою. Вирішальними є позитивні результати мікологічних досліджень, іноді можна застосовувати пробну антимікотичну терапію протягом 7-10 днів з оцінкою її результатів. Слід зважити і на той факт, що хворі часто до встановлення діагнозу займаються самолікуванням з використанням кортикостероїдних мазей із сильною протизапальною дією, що тимчасово усуває

	сверблячку, зменшує запальні явища, справляючи враження позитивного ефекту, але й змінює клініку мікозу, сприяє поширенню процесу і розвитку фолікулярно-вузлуватих форм, утруднює діагностику.
Лікування.	При ураженні шкіри тулуба, обличчя, складок, сідниць, гомілок і наявності окремих вогнищ, а також кистей і ступнів без вираженого гіперкератозу і оніхомікозу при наявності гострих запальних явищ призначають гіпосенсибілізуючі, антигістамінні, седативні препарати.
Місцево	- дезинфікуючі примочки (з нітратом срібла, резорцином, калію перманганатом); після зникнення гострозапальних явищ - анілінові барвники, 2 % настойку йоду та антимікотичні пасти та мазі з мікозолоном, міконіом, клотримазолом, тридерм, ламізил, нізорал, толміцен, мікоспор, батрафен. Терапія має бути тривалою, до 4 - 6 тижнів, при ураженні підшв, долонь до 2 - 3 місяців, до повного зникнення об'єктивних і суб'єктивних симптомів, негативних даних лабораторних аналізів на гриби.
При наявності вираженого ороговіння на підшвах, долонях	- перший етап лікування полягає у відлученні рогових нашарувань, оскільки крізь них не проникає мазь і результати лікування будуть незадовільними. Це досягається накладанням на ороговілі ділянки після теплих ніжних ванночок 20 % саліцилової мазі (чи інших кератолітичних засобів) під целофанову плівку, при цьому слід захищати здорові ділянки шкіри від опіків, змащуючи їх цинковою пастою чи маззю. Ця процедура

	виконується кілька днів поспіль до повного розм'якшення рогових нашарувань і видалення їх механічним зішкрябуванням, а далі використовуються названі вище мазі.
При наявності у хворого множинних вогнищ уражень чи генералізованого рубромікозу (з оніхомікозом)	- призначають протигрибкові антибіотики усередину: гризеофульвін, нізорал або тербінафін (ламізил), орунгал. Також доцільне призначення імудомодуляторів, полівітамінів, засобів, що нормалізують метаболічні процеси та корегують ендокринні порушення. -
Профілактика	- Громадська: гігієнічне утримання і регулярна дезінфекція лазень (підлоги, гумові підстілки, килимки, миски для миття тощо), душових, басейнів, профілактичні огляди обслуговуючого персоналу, санітарно-просвітня робота. Особиста: користування тільки своїм взуттям, дотримання гігієни ступнів, лікування підвищеної пітливості.