**Тема лекции: «Микозы»**

**План:**

1. Классификация микозов
2. Кератомикозы
3. Дерматомикозы
4. Кандидомикозы
5. Глубокие микозы

Заболевания, вызываемые грибами – **микозы.**

**Выделяют следующие основные группы микозов:**

1. Кератомикозы – при которых поражается только роговой слой эпидермиса, не вызывают воспалений. Придатки кожи не поражаются.
2. Дерматомикозы – при которых поражается дерма. Вызывается выраженная воспалительная реакция кожи, поражаются придатки кожи.
3. Кандидомикозы – вызываются грибками рода Candida, при которых могут поражаться слизистые оболочки рта, кожа, ногти и внутренние органы.
4. Глубокие микозы – поражаются глубокие слои кожи, слизистые оболочки, мышцы, кости, внутренние органы.

**Кератомикозы**

К числу кератомикозов относят отрубевидный лишай, эритразму и тропические микозы (желтый, черный, черепицеобразный лишай и др.). Для заболеваний данной группы характерны паразитирование патогенных грибков в поверхностных отделах рогового слоя эпидермиса и отсутствие видимой воспалительной реакции со стороны дермы. Кератомикозы не очень заразны (малоконтагиозны).

**Лишай отрубевидный**

Факторами, провоцирующими развитие болезни, являются повышенная потливость, ношение летом одежды из синтетических тканей, несоблюдение правил личной гигиены, а также некоторые заболевания, протекающие с длительной лихорадкой, сахарный диабет, ожирение, себорея и др. Нередко отрубевидный лишай возникает на фоне изменения химического состава пота (чаще при сдвиге рН в щелочную сторону).

Заболевание встречается довольно часто, наблюдается преимущественно у молодых людей. Характеризуется появлением на кожных покровах и в устьях фолликулов пушковых волос желтовато-бурых или коричнево-красных пятен невоспалительного характера. Первоначально пятна небольшие, округлой формы, по мере развития болезни они увеличиваются в размерах, приобретая неправильные очертания и сливаясь между собой. Как правило, пятна локализуются на плечах, груди, спине и шее. Иногда заболевание сопровождается легким зудом.

При поскабливании на поверхности высыпаний появляются мелкие отрубевидные чешуйки, а при обработке пораженных участков спиртовым раствором йода кожа становится темно-коричневого цвета (положительная йодная проба). При интенсивном воздействии ультрафиолетового излучения отмечается гибель грибка, однако пораженные участки не загорают и четко выделяются на фоне потемневшей кожи. При последующих облучениях пигментация кожи восстанавливается. Зимой нередки рецидивы заболевания.

**Эритразма**

Заболевание, вызываемое коринебактериями, относится к группе бактериальных дерматомикозов и имеет хроническое рецидивирующее течение. Развивается при повышенной потливости (большое значение придается индивидуальным особенностям организма и химическому составу пота) и несоблюдении правил личной гигиены; провоцирующими факторами являются высокие показатели влажности воздуха и температуры окружающей среды.

Заболевание встречается преимущественно у молодых людей в возрасте 20-25 лет. Характеризуется появлением в кожных складках точечных пятен неправильной формы, светло-коричневого или кирпично-красного цвета, которые, увеличиваясь в размерах, сливаются и образуют крупные, четко очерченные, фестончатые по краю, слегка шелушащиеся очаги. Как правило, высыпания локализуются в пахово-бедренных и подмышечных складках, в складках живота, под молочными железами, между пальцами стоп, вокруг заднего прохода. Воспалительные явления и субъективные ощущения в виде зуда обычно отсутствуют или имеют умеренное проявление. При неблагоприятных условиях (высокая температура окружающей среды, потливость, ожирение) возможны осложнения в виде опрелости.

**Диагностика**

Диагноз отрубевидного лишая ставят на основании данных анамнеза, клинической картины, положительной йодной пробы, а также обнаружения элементов грибка при микроскопическом исследовании пораженных тканей кожи. Иногда возникает необходимость дифференцировать заболевание с витилиго, розовым лишаем, сифилитической розеолой и др.

Диагноз эритразмы ставят на основании данных анамнеза и характерной клинической картины. Для подтверждения диагноза используют лампу Вуда (в пораженных областях отмечается кораллово-красное свечение) и проводят бактериологическое исследование соскобов (выявляют тонкие нити возбудителя и мелкие споры).

**Дерматомикозы**

**Трихомикозы**

Трихомикозы (фавус, трихофития, микроспория) – грибковые заболевания, поражающие волосистую часть головы. Микроспория, или стригущий лишай, встречается наиболее часто. Проявляется это заболевание частичным облысением, имеющим вид небольших пятен. На лишенной волос коже наблюдается шелушение.

**Диагностируется стригущий лишай** при визуальном осмотре под специальной лампой, в свете которой пораженные болезнью участки выглядят ярко-зелеными. Для окончательной постановки диагноза делается соскоб и проводится посев либо микроскопическое исследование.

Это заболевание чрезвычайно заразно, особенно подвержены ему дети. Ребенка, у которого обнаружена **микроспория**, следует изолировать от общения со сверстниками до разрешения врача. Источником стригущего лишая может также быть больное животное – кошка, собака.

**Дерматофития стоп**

При дерматофитии стоп (руброфитии) заражение чаще всего происходит в бассейне, сауне или на пляже, либо через обувь. Локализуется дерматофития между пальцами (чаще всего), либо на подошве, может сопровождаться пузырьковыми высыпаниями (дисгидротическая разновидность заболевания).

В группе риска находятся люди, страдающие от повышенной потливости ног. Обязательно следует бороться с этим неприятным явлением: регулярно делать ножные ванночки – к примеру, с морской солью или дубовой корой; использовать специальные кремы с противогрибковым и антибактериальным эффектом, присыпки.

**Лечение.** Применяют противогрибковые препараты: [Миконазол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%BB), [Клотримазол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%BB), [Кетоконазол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%BB), [Микосептин](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%81%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%BD&action=edit&redlink=1). Для лечения особо сложных случаев, когда глубоко поражены кожные, волосяные или ногтевые покровы, применяют орально [Griseofulvin](http://en.wikipedia.org/wiki/Griseofulvin). Также применяется настойка [йода](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%99%D0%BE%D0%B4).

Курс продолжают 1-2 недели (до исчезновения симптомов) и 1 неделю после этого, для исключения рецидива.

**Кандидомикоз**

Род Candida относят к группе условно-патогенных дрожжевых грибов. Увеличение кандид связано с применением антибиотиков и развитием дисбактериозов, поскольку некоторые виды (Candida albicans, например) входят в состав нормальной микробной флоры организма человека. Обычно кандидозы возникают эндогенно как следствие дисфункций иммунной системы и метаболических нарушений (сахарный диабет, применение глюкокортикоидов и др.). Урогенитальный кандидоз передается половым путем. В настоящее время грибы рода Candida (чаще C.albicans) - одни из наиболее распространенных возбудителей оппортунистических микозов.

**Диагностика** - микроскопическая, бактериологическая, серологическая (РСК, ИФА).

Наиболее типичные клинические проявления - молочница (чаще ротовой полости), вульвовагинит, диссеминированный кандидоз.

**Глубокие микозы**

**Аспергиллез**

Грибы этого рода широко распространены в почве, на растениях (зерновые культуры), в воде. Споры часто попадают в воздух. Повсеместная распространенность аспергилл делает их наиболее опасными агентами для пациентов с дефектами иммунной системы.

Клинически аспергиллезы протекают с преимущественным поражением легких, часто сопровождаются выраженными аллергическими реакциями, а у лиц с иммунодефицитом может генерализованно возникать диссеминированный аспергиллез, часто заканчивающийся летально.

**Лабораторная диагностика**

1. Обнаружение мицелия и характерных органов спороношения (конидиеносцев) в биоптатах (микроскопия).

2. Выделение культуры гриба.

3. Иммуноферментный анализ.

**Контрольные вопросы:**

1. Перечислите виды микозов.
2. Назовите меры профилактики микозов.