

# КАНДИДОЗ КОЖИ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов  
«Справочник дерматолога»

КАНДИДОЗ (син.: кандидамикоз) - заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, обусловленное патогенным воздействием дрожжеподобных грибов рода *Candida*, относящихся к аэробным условно-патогенным микроорганизмам.

У подавляющего большинства больных кандидоз представляет собой аутоинфекцию. Этим можно объяснить его многоочаговость и хроническое рецидивирующее течение.

Предрасполагающими факторами являются нарушение барьерных механизмов и снижение защитных сил заболевшего вследствие экзогенных причин:

- микротравм и химических повреждений,
- мацерации кожи, особенно в складках,
- побочного действия
  - антибиотиков,
  - имидазолов,
  - цитостатиков,
  - кортикостероидов,
  - антидиабетических средств,
  - оральных контрацептивов;
- состояний эндогенной природы:
  - несостоятельности клеточного иммунитета;
  - сахарного диабета;
  - гиповитаминоза,
  - дисбактериоза кишечника;
- общих тяжелых заболеваний, прежде всего
  - онкологических;
  - хронических инфекций (особое место занимает ВИЧ-инфекция);
  - беременности;
  - гинекологических заболеваний.
- несомненное значение имеет возраст больных.

**Кандидоз полости рта** (стоматит кандидозный, молочница) часто встречается у детей грудного возраста. Заболевание возникает в первые недели жизни, как правило, у ослабленных детей. Заражение новорожденных часто происходит от больной матери.

На фоне гиперемии и отека слизистой оболочки полости рта появляются величиной от точки до булавочной головки изолированно расположенные налеты беловатого цвета, состоящие из вегетаций грибов, постепенно увеличивающиеся в размерах и образующие пленки блестящего белого, сероватого или желтоватого цвета, легко удалимые без повреждения подлежащей слизистой оболочки.

При хроническом течении поражение может распространиться на слизистые оболочки носа, голосовых связок, губ, глотки, пищевода и даже желудка.

*У взрослых кандидоз слизистой оболочки рта* встречается значительно реже, имеет хроническое течение, возникает нередко при травмировании зубными протезами. Толстые и грубые налеты плотно прилежат к слизистой оболочке и при удалении оставляют эрозии. Язык увеличивается в размерах, покрывается многочисленными глубокими бороздами, на дне которых обнаруживается налет белого цвета и, по выражению больных, может "заполнять весь рот". Субъективно -сухость во рту, жжение, усиливающиеся при приеме пищи.

**Кандидоз слизистой оболочки половых органов** ([Баланит](#). Вульвовагинит).

**Кандидоз углов рта (заеда кандидозная)** возникает главным образом у детей в результате распространения заболевания со слизистой оболочки рта, однако может быть изолированным. Поражаются, как правило, оба угла рта; в глубине переходной складки, имеющей серовато-белую окраску, почти всегда расположена сочная эрозия или трещина. По периферии очага проходит бахрома отслаивающегося рогового слоя.

**Хейлит кандидозный** нередко сочетается с заедами; характеризуется отеком и синюшностью красной каймы губ и скудным ее шелушением тонкими пластинчатыми чешуйками сероватого цвета. Субъективно отмечается небольшое жжение.

Клиническая картина **кандидоза складок** весьма своеобразна и типична: обширные эрозивные участки имеют малиновый цвет с фиолетовым, синюшным или ливидным оттенком; их влажная поверхность имеет характерный лаковый блеск. Чаще всего поражаются межпальцевые складки кистей, крупные складки.

**[Паронихия](#) и онихия кандидозная, кандидоз ногтевых валиков и ногтей** возникает в результате местной травматизации, влажности и мацерации. Край ногтевого валика становится отечным, гиперемизированным, на ощупь пастозным и болезненным. Со временем ноготь становится тусклым и утолщенным, покрытым поперечными коричневатыми бороздками.

**Кандидоз гладкой кожи** развивается, как правило, вторично, при распространении процесса со складок, слизистых оболочек или пораженных ногтей и околоногтевых валиков, отличается большим разнообразием клинических проявлений. При типичных вариантах заболевание начинается чаще всего с появления обильных мелких пузырьков с вялой покрывкой, отличающихся большей стойкостью, чем аналогичные пузырьки при локализации процесса в складках.

**Кандидоз хронический генерализованный (гранулематозный)** развивается в детском возрасте с молочницы слизистой оболочки рта. Особое значение при этом имеют недостаточность иммунной защиты эндокринные нарушения. Характерно образование инфильтрированных эритематозно-сквамозных очагов, напоминающих [псориаз](#) или [пиодермию](#), узелков до 2 см в диаметре синюшно-коричневатого цвета, напоминающих [саркому Капоши](#).

**Диагноз кандидоза** ставят на основании:

- клинических данных,
- микроскопии патологического материала,

- посевов
- серологических исследований.

Основной критерий диагностики - обнаружение элементов почкующегося мицелия дрожжеподобных грибов при мик-роскопировании нативных и, особенно, окрашенных анилиновыми красителями препаратов.

#### **Лечение кандидоза:**

- устранение факторов, способствующих развитию кандидоза;
- диета с ограничением углеводов.

При легких вариантах ограничиваются местным лечением:

- «Пимафуцин» крем, суспензия и вагинальные таблетки,
- «Микозолон»,
- «Миконазол»,
- «Травоген»,
- «Эконазол»,
- «Тридерм»,
- крем «Ламизил»;
- раствор и вагинальные таблетки клотримазола;
- 1-2% водные и спиртовые растворы анилиновых красителей,
- 10% нистатиновая мазь и др.

При распространенном кандидозе, тяжелом и упорном его течении, а также при неудачах наружной терапии показано системное лечение.

- дифлюкан 150 мг/ в неделю в течение 2-6 недель (в тяжелых случаях - 50 мг/сутки в течение 2 недель),
- орунгал по 100 мг/сут. в течение 7-14 дней.

#### ***Вагинальный кандидоз***

- одно- двухкратный прием 150 мг дифлюкана.

При ***орофарингиальном кандидозе*** -

- дифлюкан 50-100 мг/сут., 7-14 дней.

При ***кандидозе полости рта***, связанном с ношением зубных протезов -

- дифлюкан 50 мг/сут, в течение 14 дней.

При ***системном кандидозе***

- суточная доза составляет 400 мг дифлюкана в 1-й день и 200 мг в последующие дни
- низорал - по 200 мг/сут, при упорных формах суточную дозу увеличивают до 400 мг.

- полиеновые антибиотики нистатин и леворин назначают соответственно по 10 000 000- 12 000 000 и 5 000 000 - 6 000 000 ЕД в сутки в 3-4 приема в течение 2-4 нед, повторными курсами.

**Профилактика кандидоза** заключается в предупреждении его развития у лиц, входящих в группу риска - больных с иммунодефицитными состояниями, болезнями крови, новообразованиями и другой тяжелой патологией, а также получивших ионизирующее излучение, прошедших массивное лечение антибиотиками, кортикостероидными гормонами.

При обнаружении миконительства назначают в течение 3-4 нед по 2 000 000 ЕД нистатина или 100 мг низорала в сутки. Для более эффективной профилактики у больных из групп риска применяют дифлюкан 50-400 мг/сут в зависимости от степени риска развития грибковой инфекции.

Особое внимание уделяется коррекции дисбактериоза кишечника, лечению половых партнеров при генитальном кандидозе, выявлению и лечению кандидоза у беременных и детей грудного возраста, исключению вредностей на производстве.