Поверхностные кандидозы

А.Н.Родионов
"Справочник по кожным и венерическим болезням"

Кандидоз - острое или хроническое инфекционно-аллергическое заболевание, вызванное условно-патогенными грибами рода Candida. У человека наиболее частым возбудителем кандидоза является C. albicans.

Кандидоз может развиваться как первично, так и вторично — на фоне другого заболевания в результате экзогенного или эндогенного инфицирования. Выделяют следующие патогенетические этапы развития кандидаинфекции: адгезия (прикрепление) возбудителя к поверхности слизистой оболочки и (или) кожи, колонизация в месте прикрепления, инвазивный рост с нарушением барьерных функций кожи и слизистой оболочки, проникновение в кровь с диссеминацией.

Предрасполагающие факторы для развития кандидоза

Конкретная форма заболевания, глубина и распространенность поражения определяются степенью неполноценности тканевых барьеров и недостаточностью иммунных реакций. Патогенетическими факторами могут служить локальные причины (раны, ожоги, повышенная потливость, зубные протезы и т. д.), болезни обмена веществ и эндокринопатии (диабет, гипопаратиреоз, гипотиреоз, гипо- и гиперкортицизм, ожирение, энтеропатический акродерматит, дефицит цинка, железа и т. д.), тяжелые заболевания (гипотрофия, опухоли, болезни системы крови и т. д.), первичные и вторичные иммунодефицитные состояния, химио- и лучевая терапия (антибиотики, стероиды, цитостатики, рентгено- и радиотерапия), объемные оперативные вмешательства, дисбактериоз.

Разновидности кандидозов

Различают кандидоз слизистых оболочек, красной каймы губ и углов рта, гладкой кожи, в частности крупных и мелких складок, паронихии и онихии.

Кандидоз слизистых оболочек

Кандидоз слизистых оболочек полости рта, давно известный под названием молочницы, чаще всего встречается в форме хейлита, гингивита, глоссита, стоматита. Особенно часто наблюдается у новорожденных детей, у взрослых — почти исключительно как осложнение, при тяжелых соматических заболеваниях.

На слизистой оболочке языка, мягкого неба, щек, реже десен, на фоне выраженной гиперемии появляется крошковатый налет белого цвета, постепенно образующий сплошную пленку. Вначале пленка легко снимается, но в затяжных случаях она становится более плотной, приобретает грязноватый цвет и после ее удаления обнаруживается кровоточащая поверхность.

Значительно реже наблюдается поражение слизистой оболочки влагалища (вульвовагинит), встречающееся как у взрослых женщин, так и у маленьких девочек. На слизистой оболочке преддверия влагалища и шейки матки появляется серовато-белый крошковатый или пленчатый налет на гиперемированном основании, сопровождающийся своеобразными крошковатыми выделениями. Характерен мучительный зуд. Поражение отличается большим упорством и склонно к рецидивам.

Еще реже наблюдается дрожжевое поражение слизистой оболочки мочевого пузыря и уретры. Дрожжевой цистит обнаруживается при цистоскопии в виде белых налетов на слизистой оболочке мочевого пузыря. При дрожжевом уретрите наблюдаются крошковатые белые выделения. В свежевыпущенной моче как при цистите, так и при уретрите, наряду с лейкоцитами и эпителиальными клетками, обнаруживается большое количество почкующихся дрожжевых клеток и членистые мицелиальные нити.

Диагностика дрожжевого поражения слизистых оболочек не представляет затруднений. От поражений слизистых оболочек при красном плоском лишае, лейкоплакиях, сифилисе дрожжевые поражения отличаются относительно легко снимаемым налетом.

Дрожжевое поражение углов рта (заеда)

Дрожжевое поражение углов рта (заеда) мало чем отличается от аналогичного стрептококкового поражения. В углах рта образуются ограниченные эрозии и болезненные трещины, окруженные белесоватой каемкой мацерированного рогового слоя (при стрептококковом поражении чаще отмечаются медово-желтые корочки). При длительном существовании кожа вокруг трещины слегка инфильтрируется.

Дрожжевое поражение красной каймы губ (дрожжевой хейлит)

Дрожжевое поражение красной каймы губ (дрожжевой хейлит) встречается редко, обычно одновременно с поражением углов рта. Красная кайма губ незначительно гиперемирована, слегка отечна и шелушится тонкими пластинчатыми чешуйками, плотно прилегающими в центре и отстающими по краям. Диагноз устанавливается на основании микроскопического или культурального исследования.

Дрожжевое поражение крупных складок (дрожжевая опрелость)

Дрожжевое поражение крупных складок (дрожжевая опрелость) наблюдается чаще всего в пахово-мошоночной области, в межъягодичной складке (часто у грудных детей), под молочными железами у женщин, реже в подмышечных впадинах и в складках живота у тучных людей. Заболевание начинается с высыпания мелких, величиной с булавочную головку, поверхностных пузырьков и пустул, которые, вскрываясь, образуют эрозии, быстро разрастающиеся периферически и сливающиеся между собою. В стадии полного развития болезни на соприкасающихся поверхностях кожи видна эрозированная поверхность с полициклическими очертаниями, резко отграниченная от окружающей здоровой кожи и окаймленная воротничком набухшего мацерированного рогового слоя. Поверхность эрозии имеет темно-красный цвет, нередко с синюшным оттенком, умеренно влажная. В глубине складки отмечаются небольшие трещины и скопление белесоватой кашицеобразной массы мацерированного рога. Вокруг основного очага наблюдается высыпание свежих пузырьков и пустул (так называемые отсевы).

Диагноз. Наиболее характерными особенностями дрожжевой опрелости, в отличие от поражений больших складок другой этиологии, являются темно-красный цвет и

умеренная влажность эрозивной поверхности, а также наличие по периферии отсевов. Однако дифференциальная диагностика не всегда бывает проста. Точный диагноз устанавливается лишь на основании лабораторного исследования.

Межпальцевый кандидоз кистей

Межпальцевые эрозии кистей — одна из наиболее частых форм дрожжевых поражений кожи. Наблюдаются почти исключительно у женщин, занимающихся домашним хозяйством, иногда как профессиональное заболевание (кондитерское, консервное производства и др.). В одном из межпальцевых промежутков, чаще всего между III и IV пальцами, отмечается мацерация рогового слоя; кожа в области складки и ближайших участков боковых поверхностей пальцев становится белой и слегка утолщается за счет набухания рогового слоя. В дальнейшем мацерированный роговой слой отслаивается и образуется влажная эрозия темно-красного цвета, окруженная белой каемкой мацерированного рогового слоя эпидермиса. Вокруг эрозии нередко наблюдаются высыпания небольшого числа пузырьков. Больные ощущают жжение и зуд. Заболевание имеет склонность к длительному течению и частым рецидивам.

Межпальцевый кандидоз стоп

Межпальцевые эрозии стоп наблюдаются чаще у мужчин и, в отличие от соответствующего поражения кистей, локализуются не в одном, а в нескольких, нередко во всех межпальцевых промежутках. После кратковременного начального периода, характеризующегося мацерацией рогового слоя и проходящего обычно незаметно для больного, образуются эрозии, которые, начавшись в глубине складок, быстро распространяются на боковые, а нередко и на подошвенные поверхности пальцев. Эрозии имеют темно-красный цвет с синюшным оттенком и окружены воротничком мацерированного рогового слоя эпидермиса. Больные испытывают значительную болезненность, препятствующую ходьбе, и сильный зуд. Присоединяющаяся нередко пиококковая инфекция может привести к развитию лимфангита и лимфаденита.

Кандидоз ногтевых валиков и ногтей

Дрожжевое поражение ногтевых валиков и ногтей наблюдается главным образом у женщин, часто в сочетании с межпальцевыми эрозиями; иногда отмечается у грудных детей, страдающих молочницей. Чаще всего поражаются ногти III и IV пальцев кистей. Заболевание начинается с поражения ногтевых валиков; задний, а затем и боковые валики припухают, краснеют и становятся резко болезненными. Быстро исчезает ногтевая кожица (eponychium); при надавливании на задний ногтевой валик из-под него нередко выделяется капелька гноя. В дальнейшем на поверхности ногтевого валика выявляется незначительное шелушение, а иногда и небольшие болезненные трещины. Несколько позднее развивается поражение ногтевой пластинки, которое начинается в области луночки и боковых валиков ногтя. Ногтевая пластинка мутнеет и приобретает буровато-серый цвет; боковые края ее отслаиваются. В дальнейшем ногтевая пластинка на этих участках расслаивается, выкрашивается и истончается. Одновременно с этим на ногтевой пластинке, в результате периодических обострений паронихии, часто образуются поперечные борозды, Значительно реже отмечается отслойка ногтевой пластинки в области луночки. Постепенно распространяясь, поражение может захватить всю ногтевую пластинку. Течение хроническое.

Кандидоз кожи вне складок

Дрожжевые поражения кожи вне складок встречаются редко и имеют разнообразный характер. Так, у грудных детей, чаще всего одновременно с поражением складок, на коже ягодиц, туловища и конечностей, может наблюдаться высыпание пятен различной величины, ярко-красного цвета, с блестящей, как бы лакированной поверхностью, или поверхностных эрозий, окруженных воротничком отслаивающегося, мацерированного рогового слоя, вокруг которых отмечается образование отсевов в виде мелких пузырьков или пустул. Аналогичное поражение может наблюдаться и у взрослых, чаще всего на участках кожи, подвергающихся длительной мацерации компрессами или влажными повязками.

У кормящих женщин, при наличии у ребенка молочницы слизистой оболочки полости рта, может развиться дрожжевое поражение ареолы в виде резко отграниченных розовых слегка шелушащихся или эрозированных очажков, окаймленных воротничком отслаивающегося рогового слоя эпидермиса. У основания соска нередко образуется трещина.

У больных, страдающих дрожжевым поражением ногтевых валиков и ногтей, на коже ладоней может наблюдаться диффузное утолщение рогового слоя, на фоне которого резко выделяются кожные борозды, окрашенные в грязно-коричневый цвет, а на тыльной поверхности пальцев и кисти — микровезикулезный, экземоподобный дерматит.

Крайне редко наблюдаются генерализованные дрожжевые поражения кожи, протекающие по типу эритродермии, обычно сочетающиеся с тяжелым дрожжевым поражением внутренних органов (легких, почек и др.).

Следует иметь в виду возможность возникновения при дрожжевых поражениях кожи (обычно в области больших складок) вторичных высыпаний, имеющих полиморфный (папуловезикулезный, типа экссудативной эритемы, розового лишая, экзематида и т. д.) характер. Патогенез их в точности не установлен. Положительный результат реакций на внутрикожное введение дрожжевой вакцины дает основание предполагать их гематогенно-аллергическую природу.
Дрожжевой баланопостит наблюдается редко, преимущественно у больных, страдающих диабетом, но отмечены случаи заражения от женщин, болеющих дрожжевым вульвовагинитом. На коже головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти появляются ограниченные очаги гиперемии, где роговой слой представляется белым, мацерированным. По его отторжении образуются небольшие эрозии или блестящая, но не влажная гиперемированная поверхность кожи. Больные испытывают сильный зуд.

Лечение кандидоза

При поражении слизистых оболочек полости рта — обработка 1% раствором метиленового синего, 10—20% раствором натрия тетрабората в глицерине, 0, 5—1% водным раствором пиоктанина, полоскание йодной водой (10 капель 5% спиртового раствора йода на 1 стакан воды), 1% йодинолом, чесночной водой, отварами календулы, чистотела, листьев эвкалипта. При неэффективности вышеназванных средств рекомендуются антифунгальные препараты: защечные таблетки нистатина, леворина, леворидона, декамин, сангвиритрин и т. д.

При поражениях гладкой кожи назначают антифунгальные кремы или мази — клотримазол, кандид, канестен, ламизил, певарил, пимафуцин, пимафукорт, травоген, травокорт в течение 10—14 дней. При поражении ногтевых пластинок целесообразно до

применения антифунгальных средств удалять пораженные ногти с помощью кератолитических пластырей.

При кандидозном вагините можно применять анилиновые красители, 20% раствор натрия тетрабората в глицерине, сангвиритрин, полиеновые антибиотики (нистатин, леворин), производные имидазола (канестен, низорал, гино-певарил, гино-травоген и др.) в виде мазей, растворов, влагалищных таблеток. Следует помнить о том, что перед нанесением препарата необходима обработка влагалища 3% раствором перекиси водорода, 0, 2% раствором хдоргексидина.