***1.ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ***

Возбудителями грибковых болезней являются расти­тельные микроорганизмы — грибы, основную группу кото­рых составляют нитчатые грибы. Грибы относятся к классу низших растений, характеризующихся образованием нитей мицелия и спор, с помощью которых они размножаются и распространяются во внешней среде. Грибы широко распространены в природе; они могут паразитировать на животных и человеке. Заражение происходит при контакте человека с больным человеком или животным и при контак­те с предметами, содержащими элементы гриба. Наряду с патогенными существуют непатогенные грибы или сапрофиты, не вызывающие заболеваний у людей или вызы­вающие их при определенных условиях (грибы рода кандида).

Выделяют 4 группы грибковых заболеваний:

1. *кератомикозы* (отрубевидный лишай и др.), при которых грибы локализуются в роговом слое, не вызывают воспа­ления и ощущений. Они малоконтагиозны, придатки кожи не поражаются;
2. *дерматофитии***,** при которых грибы локализуются в эпидермисе, вызывают выраженную воспа­лительную реакцию кожи, поражают придатки кожи. К этой группе относятся трихофития, микроспория, фавус и мико­зы стоп;
3. *кандидамикозы,* (кандидозы), при которых могут поражаться слизистая оболочка рта, кожа, ногти и внутренние органы;
4. *глубокие микозы***,** при которых в процесс вовлекаются слизистые оболочки, кожа, мышцы, кости, внутренние органы и нервная система.

1

***2.ОТРУБЕВИДНЫЙ (РАЗНОЦВЕТНЫЙ) ЛИШАЙ***

*Отрубевидный лишай* (pityriasis versicolor) харак­теризуется появлением розовато-коричневых пятен с легким отрубевидным шелушением без воспалительных явлений и ощущений на коже шеи, груди, спины, плеч. Возбудитель — Pityrosporum orbiculare.

Болеют чаще лица молодого возраста. Способствует заболеванию повышенное потоотделение. Появившиеся пятна медленно увеличиваются в размере, иногда сливают­ся, образуя обширные очаги с фестончатыми очертаниями и отрубевидным шелушением, обусловленным разрыхле­нием рогового слоя. При смазывании очагов поражения настойкой йода чешуйки рогового слоя интенсивно погло­щают йод, и их окраска становится более насыщенной — положительная проба с йодом. Очаги поражения не пропус­кают УФ-лучи, которые губительно действуют на возбу­дителя болезни, поэтому после загара происходит отшелушивание рогового слоя эпидермиса и возникает вторичная лейкодерма, т. е. становится видна нормально пигмен­тированная кожа на фоне загоревшей кожи. Полного излечения после загара не происходит, так как гриб проникает в устья фолликул, а в весеннее время, размно­жаясь, вызывает рецидив заболевания.

Диагноз разноцветного лишая подтверждается положи­тельной пробой с настойкой йода, нахождением мицелия гриба.

Назначают 20% раствор бензилбензоата либо протирание кожи 5% салициловым спиртом в течение 15—20 дней или др.

Для профилактики рецидивов в весеннее время реко­мендуется в течение месяца протирание кожи 2% салици­ловым спиртом.

2

***3.ТРИХОФИТИЯ***

*Трихофития* (trichophytia)-грибковое заболевание кожи и ее придатков, вызывается антропофильными (парази­тирующими только на человеке) и зоофильными (паразити­рующими как на человеке, так и на животных) грибами рода трихофитон. Первые вызывают поверхностную, а вторые — инфильтративно-нагноительную трихофитию.

*Поверхностная трихофития.*Источниками заражения являются больной поверхност­ной или хронической трихофитией, а также предметы, которыми пользуется больной (расчески, головные уборы, белье и пр.). Чаще болеют дети.

*Поверхностная трихофития**гладкой кожи* характеризуется появлением очагов преимущественно на открытых участках кожи. Очаги резко отграничены, овальных или округлых очертаний, по их периферии имеет­ся бордюр из мелких пузырьков, узелков, корочек, а в центре — отрубевидное шелушение.При *поверхностной трихофитии волосис­той части головы*появляются мелкие очаги с нечет­кими границами, серовато-розоватого цвета, с неболь­шим шелушением. Большая часть волос в очагах обломана на уровне кожи или на 2—3 мм от нее. Иногда очаги опре­деляются в виде черных точек, так как волосы обламыва­ются на уровне кожи. Субъективные ощущения отсутст­вуют.

*Хроническая трихофития взрослых***,** как правило, начинается в детстве, возникает как поверхност­ная трихофития волосистой части головы или гладкой кожи и не проходит, как обычно, к периоду половой зрелости. Болеют преимущественно женщины. В патогенезе хрони­ческой трихофитии взрослых играют роль дисфункция желез внутренней секреции (чаще половых), авитаминоз и гиповитаминоз А, вегетоневрозы, которые снижают защит­ные функции организма.Хроническая трихофития волосистой части головы ха­рактеризуется наличием диффузного или мелкоочагового шелушения в затылочной и височной областях. В этих же местах можно обнаружить так называемые черные точки — «пеньки» волос, обломанных в устьях фолликулов. Позднее появляются многочисленные мелкие атрофические рубчи­ки. На гладкой коже, особенно в области ягодиц, бедер, на фоне акроцианоза образуются серые тонкие че­шуйки.

*Трихофития ногтей* **—** поражение гладкой кожи и волосистой части головы часто сочетается с изменением ногтей, которое может быть изолированным. Чаще пора­жаются ногти на руках. На свободном крае ногтя появля­ются серовато-белые пятна и полосы, затем ногти утолща­ются, становятся бугристыми, неровными, теряют глад­кость, легко крошатся. Надногтевая пластинка не воспале­на. Субъективные ощущения отсутствуют.

*Инфильтративно-нагноительная, или глубокая, трихофития.* Возбудители паразитируют на животных (рогатый скот, лошади и др.). Чаще всего болеют лица, проживаю­щие в сельской местности, имеющие контакт с больными животными (доярки, телятницы, конюхи и др.).На волосистой части головы возникает резко ограничен­ный округлой формы воспалительный инфильтрат синюш­но-красного цвета, выступающий над уровнем окружающей кожи; увеличиваясь в размерах, он может достигнуть 6—8 см в диаметре. Вокруг каждого волоса в очаге поражения возникает пустула, после чего волосы в очаге выпадают, при надавливании на очаг из расширенных воспаленных волосяных фолликулов выделяются капельки гноя; пальпация очага болезненна. Регионарные лимфа­тические узлы могут быть увеличены, болезненны. Ино­гда отмечаются недомогание, повышение температуры тела. Без лечения очаг через 2—3 месяца

3 обычно полностью разрешается и на его месте остается рубец. Может наблю­даться поражение и гладкой кожи. Аналогичный очаг в об­ласти бороды или усов носит название паразитарного сикоза.

4

***4.МИКРОСПОРИЯ***

*Микроспория* (mikrosporia) болезнь кожи и волос, вызываемая паразитическими грибами рода Microsporum: антропофильным Microsporum ferrugineum (ржавый), который патогенен только для человека, и зоофильным Microsporum lanosum,патогенным для человека и животных (кошки,собаки). Антропофильной микроспорией заражаются только от больных людей, в том числе через зараженные предметы (головные уборы, расчески и пр.). Микроспорией зоофильной болеют чаще дети, заражение которых происходит от больных кошек и собак или через предметы, содержащие споры этого гриба; заражение от человека бывает очень редко.

# Антропофильная микроспорияпроявляется через 4—6 недель после заражения. На гладкой коже очаги напоминают поверхностную трихофитию и представляют собой четко очерченные кольца, состоящие из узелков, пузырьков, корочек. Кольца как бы вписаны одно в другое, иногда они сливаются. На волосистой части головы очаги возникают чаще в краевых зонах, где сливаются и образуют обширные участки поражения с переходом на гладкую кожу. Воспалительная реакция обычно отсутствует, в очагах отмечается слабое шелушение, часть волос обломана на уровне 6—8 мм и более. Субъективные ощущения отсут­ствуют.

*Зоофильная микроспория*характеризуется возникновением на гладкой коже очагов округлых очерта­ний с валиком по периферии из слившихся пузырьков, папул, корочек, которые очень напоминают поверхностную трихофитию гладкой кожи.

На коже волосистой части головы обычно образуется 1—2 крупных очага с резкими границами, округлых или овальных очертаний, часто с небольшой воспалительной реакцией и отрубевидным шелушением на поверхности. Волосы в очагах все обломаны на уровне 4—6 мм, они как бы подстрижены, в связи с чем это заболевание длительное время называлось стригущим лишаем. Обло­манные волосы имеют беловатый цвет, так как грибы, как чехол, покрывают «пеньки» обломанных волос. Подтверж­дает диагноз микроспории зеленое свечение пораженных волос при освещении лампой Вуда.

*Диагностика трихофитии и микроспории.*В чешуйках, ногтях находят мицелий, а в волосах — споры гриба. Для идентификации рода гриба проводят культуральную диагностику, используя в этих целях искусственные пита­тельные среды.

При обнаружении в чешуйках и ногтях мицелия можно говорить лишь о наличии при соответствующей клиничес­кой картине грибкового заболевания, так как мицелий при всех описанных микозах выглядит одинаково.Отношение спор гриба к волосу позволяет уточнить диагноз микоза. Так, при исследовании волоса, поражен­ного возбудителем поверхностной трихофитии (хрони­ческая трихофития взрослых) обнаруживается Тг. endothrix. При этом волос сплошь заполнен цепочками из располо­женных параллельно спор. При инфильтративно-нагноительной форме споры грибов, располагаясь цепочками, оку­тывают волос снаружи, внутри волоса могут быть лишь единичные споры. Пораженные волосы боль­ных микроспорией представляются окутанными очень мел­кими, мозаично расположенными спорами; внутри волоса обнаруживают небольшие скопления таких же спор и от­дельные нити мицелия**.**

*Лечение трихофитии и микроспории***.** Лечение больных проводится в стационаре. Внутрь назначают гризеофульвин из расчета 22 мг на 1 кг массы тела ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы (20—25 дней), затем через день в течение 2 недель и 2 раза в неделю в течение еще двух недель до полного выздоровления**.** Волосы в очагах сбривают 1 раз в неделю и очаги смазывают утром 3-5% настойкой йода, на ночь –5% серно-салициловой или 5-10%серно-дегтярной мазью. При поражение гладкой кожи очаги смазывает утром 2-5% йодной настойки и 5%серно-салициловой мазью вечером в течение 2 недель. При хронической трихофитии взрослых обязательна коррекция обширных нарушений

*Лечение больных инфильтративно-нагноительной формой трихофити* начинают с назначения примочек или влажно высыхающих повязок из 10-20%водного раствора водного ихтиола, 0,25%раствора нитрата серебра или раствора лактата этакридина 1:1000.Перед применением примочек с очагов удаляют корки и проводят ручную эпиляцию в очаге и на 0,5 вокруг него,Затем в течение 3-3 недель очаг поочередно смазывают 5%йодной настойкой и 5%серно-дегтярной мазью.

*Профилактика*.При поверхностной и хронической трихофитии, при микроспории, профилактика заключается в осмотре контактов в семье(каждые 5 дней в течение 6-8 недель) и коллективах, особенно детских в которых находился больной. При микроспории, вызванной М. lanosum, кроме осмотра контактов в детских коллективах, важными профилактическимимероприя­тиями являются отлов беспризорных кошек и собак, систе­матический осмотр домашних животных.Профилактика инфильтративно-нагноительной трихофитии заключается в обследовании всех лиц, контактиро­вавших с больным; ветеринарная служба проводит осмотр и лечение больных животных. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди населения.

6

***5.МИКОЗЫ СТОП***

*Микозы стоп* - очень распространенное хроническое заболевание кожи и ногтей.

Выделяют 4 клинические формы эпидермофитии, каждая из которых может сочетаться с поражением ногтей стоп:

## Клиническая характеристика эпидермофитии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Клиническая форма | Локализации на стопах | Симптомы | Объективные явления |
| *стертая* | Складки между5-6,4-3 пальцами | Небольшое шелушение | Иногда слабый зуд |
| *сквамозная* | Свод стоп | Небольшая эритема с шелушением, иногда утолщение кожи по типу омозолелости | Слабый зуд |
| *дисгидротическая* | Свод стопы | Напряженные разнокалиберные пузыри, эрозии, корочки | Часто сильный зуд |
| *итеригинозная* | Складки между пальцами | Мацерация, мокнутие, эрозирование, трещины | Часто сильный зуд |

Все формы эпидермофитии, но чаще *дисгидротическая* и *интертригинозная*, могут осложняться лимфангитом и лимфаденитом вследствие присоединения пиококковой инфекции, которые часто сопровождаются повышением температуры и нарушеним общего состояния. Эпидермофития может осложниться рожистым воспалением голени, развитием, прежде всего на кистях, вторичных аллергиче­ских высыпаний, в которых никогда не обнаруживаются элементы гриба. При эпидермофитии поражаются в основном ногти I и V пальцев стоп. В толще ногтя появляются пятна и полосы желтого цвета, которые, медленно увеличиваясь, занимают весь ноготь. Постепенно развивается более или менее выра­женный подногтевой гиперкератоз, в результате которого ноготь утолщается. Болевыеощущения отсутствуют.

При*рубромикозе*, помимо поражения кожи и ногтей стоп, в процесс могут вовлекаться кожа и ногти кистей, а также гладкая кожа.

Поражение кожи стоп и кистей характеризуется сухостью и небольшим ороговением кожи с подчеркнутым рисунком кожных борозд и муковидным шелушением последних. Иногда кожа ладоней имеет красновато-синюш­ный цвет. Вначале, как правило, поражается стопа, позднее появляются проявления микоза на кистях. На гладкой коже определяются обширные очаги с крупнофестончатыми очер­таниями, центр очагов синюшно-розового цвета, слегка шелушится. По периферии очагов имеется прерывистый воспалительный валик, состоящий из узелков, корочек, чешуек. В процесс часто вовлекаются пушковые волосы. При поражении ногтей стоп и кистей в их толще образуются серовато-желтые пятна и полосы, постепенно занимающие весь ноготь. Ноготь может оставаться гладким, блестящим или деформируется, крошится и разрушаетсяВ отдельных случаях руброфития носит генерализованный характер — поражается вся кожа, включая кожу лица, ногти и пушковые волосы.

*Эпидемиология*. Заражение происходит в банях, душевых, бассейнах, спортивных залах, где на кожу здорового человека попадают дерматофиты вместе с чешуйками больных, страдающих микозом стоп. Возможно, внутрисемейное заражение при нарушении элементарных правил личной гигиены (ношение одной обуви, чулок и т. д.).

*Патогенез.* Развитию микоза стоп способствует ряд факторов: повышенная потливость стоп, функциональные расстройства сосудов нижних конечностей, сухость кожи стоп с образованием трещин, особенно в межпальцовых складках, мелкие травмы, плоскостопие, длительное переохлаждение или перегревание нижних конечностей, длительное пользование резиновой обувью, нарушение эндокринной системы, снижение иммунологической реактивности организма и др.

*Диагноз* микоза стоп подтверждается обнаружением мицелия гриба в чешуйках или ногтях. Для определе­ния вида возбудителя проводят культуральное исследо­вание.

*Лечение.* При рубромикозе стоп и ладоней проводят от­слойки рогового слоя мазями с кератолитическими вещест­вами. Если поражена гладкая кожа, назначают 2 % йодную настойку и 3—5 % серно-салициловую мазь. Пораженные ногти удаляют, после чего назначают гризеофульвин, который больные принимают длительно (до полугода).

Лечение больных эпидермофитией зависит от формы заболевания и остроты воспалительного процесса. При нали­чии красноты, отечности, мокнутия, болезненности рекомен­дуются дезинфицирующие холодные примочки. Пузыри вскрывают. По мере стихания процесса применяют пасты (2—5 % борно-дегтярная, борно-нафталанная, ихтиоловая). После стихания островоспалительных явлений переходят на применение фунгицидных растворов (фукарцин, 2 % йодная настойка) и мазей («Ундецин», «Цинкундан», 3—5 % серно-салициловая и 3—5 % серно-дегтярная).

Профилактика микозов стоп сводится к соблюдению мер личной гигиены (борьба с потливостью, потертостью стоп и пр.) и общественной, которая включает гигиеническое содержание бань, душевых установок, бассейнов.

8

***6.КАНДИДОЗ***

*Кандидоз* - грибковое заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida. Болеют люди любого возраста,но чаще дети и лица престарелого возраста.

*Клиника*. Проявления кандидоза чрезвычайно разнообраз­ны. Candida могут вызывать поражение слизистых оболочек, кожи, особенно складок, ногтей. Чаще всего встречаются поверхностные формы кандидозов. Иногда, при наличии благоприятных факторов и, прежде всего клеточного иммуно­дефицита, заболевание принимает генерализованный харак­тер, при котором поражаются внутренние органы. Еще реже у детей возникает генерализованный гранулематозный кандидоз, протекающий торпидно и длительно.

Наиболее часто встречающейся формой поражения слизистой оболочки рта является *дрожжевой глоссит*. Он может длительное время существовать изолированно, особенно у лиц со складчатым языком, но может быть началом дрожжевого стоматита. Дрожжевой глоссит характеризуется появлением белого точечного налета на спинке языка. Налет легко снимается при поскабливании шпателем, после чего обнажается гладкая, слегка отечная гиперемированная поверхность. В дальнейшем весь язык покрывается налетом, который приобретает желтоватый или сероватый оттенок. В отдельных, упорно протекающих слу­чаях глоссита налет пропитывается фибрином, образуя грубые желтовато-серого цвета пленки, которые плотно спаяны с подлежащей слизистой оболочкой. Встречается и другая форма дрожжевого глоссита — атрофическая, при которой слизистая оболочка спинки языка становится малиново-красной, сухой, блестящей, нитевидные сосочки атрофиру­ются. Беловато-серый налет имеется только по периферии, на боковых поверхностях языка или в складках; он снимается с трудом и представляет собой слущивающийсяэпителий, в котором под микроскопом без труда можно обнаружить грибы. При наличии благоприятных факторов и без соответ­ствующего лечения процесс с языка распространяется на слизистую оболочку щек, губ, десен, нёба, миндалин.

*Дрожжевой стоматит, или молочница* (soor), характеризуется появлением белого налета на раз­личных участках слизистой оболочки рта. В начале заболе­вания налет имеет вид белых точек, расположенных на неизмененной слизистой оболочке. У детей налет имеет вид створоженного молока, отсюда заболевание и получило название «молочница». В дальнейшем точечные очажки сливаются, образуя сплошной налет, который со временем пропитывается фибрином и приобретает вид желтовато-серых пленок. Пленки с трудом снимаются шпателем, после чего обнажается отечная гиперемированная слизистая оболочка, а иногда и легко кровоточащая эрозия.Дрожжевой глоссит следует дифференцировать от десквамативного глоссита. При последнем на спинке языка появляются участки десквамации эпителия различной вели­чины и формы, окруженные венчиком белого цвета, который образуется разрыхленным слущивающимся эпителием; участки десквамации эпителия мигрируют. Дрожжевой глос­сит и дрожжевой стоматит необходимо отличать от лейко­плакии и красного плоского лишая, при которых серовато-белый цвет слизистой оболочки обусловлен ороговением, а потому даже при энергичном поскабливании шпателем он не удаляется. Кроме того, дрожжевой стоматит дифферен­цируют от мягкой лейкоплакии, при которой слизистая оболочка разрыхлена, имеет серовато-белый цвет, эпителий частично слущивается и скусывается больным, после чего образуются небольшие поверхностные ссадины. Отсутствие в исследованном материале дрожжеподобных грибов по­зволяет исключить диагноз кандидоза.

*Кандидоз миндалин* характеризуется небольшим покраснением дужек и миндалин, которые покрыты точечным или сплошным белым, легко снимающимся налетом. Болезненность при глотании отсутствует. Кандидоз миндалин следует дифференцировать от поражения миндалин, вызван­ного лептотриксом. При поражении лептотриксом на неиз­мененных по окраске миндалинах имеются желтоватые проб­ки, плотно сидящие в лакунах миндалин. Эти пробки удаля­ются с трудом, иногда при этом появляются болезненность и кровотечение. Пробки представляют собой колонии лептотрикса.

*Кандидоз углов рта* *(кандидозная заеда)* наблюдается преимущественно у лиц пожилого возраста с заниженным прикусом. Наличие глубокой складки в углах рта и постоянная мацерация этих участков кожи слюной создают благоприятные условия для возникновения дрожже­вой заеды. Кожа в углу рта мацерирована, влажная, покрыта белым, легко снимающимся налетом, после удаления которого обнажается красная гладкая эрозированная поверх­ность. Процесс чаще двусторонний, локализуется в пределах кожной складки. В редких случаях кандидоз с углов рта пере­ходит на красную кайму губы, которая становится ярко-красной, отечной, покрывается сероватого цвета чешуйками и мелкими поперечно расположенными трещинами. При растя­гивании красной каймы возникает болезненность. Дрожжевую заеду следует дифференцировать от стрептококковой эрозии, для которой характерна яркая гиперемия, распространяю­щаяся за пределы кожной складки. В центре имеется щелевидная эрозия, часто покрытая нежными медово-желтого цвета гнойными корками. Следует также помнить о возмож­ной локализации в углах рта твердого шанкра и сифилитиче­ских папул.

*Кандидоз складок кожи (дрожжевая опре­лость)* чаще всего встречается у детей грудного возраста и престарелых, особенно женщин, предрасположенных к пол­ноте. У детей поражаются пахово-бедренные, межъягодичные складки и складки подмышечной области. У женщин, кроме того, процесс часто отмечается в складках под молочными железами. Участки кожи в очагах поражения ярко-красного цвета, с четкими границами. Кожа слегка влажная, покрыта белым налетом. По периферии нередко имеются бордюр отслаивающегося эпидермиса и мелкие отсевы, которые при слиянии могут придавать границам поражения неровный характер.

*Межпальцевая дрожжевая эрозия* обычно возникает между III и IV пальцами кистей, чаще у лиц, заня­тых в кондитерском производстве, у судомоек, рабочих пло­доовощных баз, т. е. носит профессиональный характер. Кожа имеет ярко-красный цвет, очаги поражения с четкими границами, обычно не выходящими за пределы складки, в центре — эрозия со скудным серозным отделяемым.

*Дрожжевая паронихия* характеризуется отеком, инфильтрацией, гиперемией валиков ногтя, отсутствием надногтевой кожицы. Пораженные ногти могут иметь нормаль­ную окраску, но иногда приобретают буровато-серый цвет. Латеральные края ногтя как бы срезаны. Поверхность ногтя становится неровной, покрывается поперечными бороздками, имеет неодинаковую толщину. Процесс, как правило, начи­нается от валика ногтя, а не со свободного края. Врач-стоматолог, страдающий паронихией или онихией, не должен работать с пациентами, особенно с детьми, так как возможна передача данной инфекции.

*Этиология и патогенез.* Грибы рода Candida считаются условно-патогенными, так как часто сапрофитируют на сли­зистых оболочках и у здоровых людей. Проявление их патогенных свойств в значительной степени зависит от со­стояния макроорганизма. Различные заболевания, снижающие иммунитет, являются фоном для возникновения кандидоза. К ним относятся болезни желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, особенно сахарный диабет, нару­шение витаминного баланса, тяжелые, истощающие организм заболевания, такие, как рак, лейкоз и др., дисбактериоз, возникающий при длительном лечении антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками. Реже возможно зара­жение дрожжеподобными грибами, например заражение новорожденного от матери при прохождении через родовые пути.

10

*Диагноз.* Кандидоз диагностируют на основании обнару­жения в материале, взятом из очага поражения, дрожжеподобных грибов. Материал берут на предметное стекло и обрабатывают 20% раствором едкой щелочи. Время обработки зависит от характера материала. В свежеприготовленном нативном препарате можно обнаружить скопления почкующихся дрожжевых клеток и тонкие ветвящиеся нити псевдомицелия. При посеве на культуральные среды количество колоний на 1 г материала должно быть свыше 1000. Обнаружение единичных дрожжевых клеток не дает права ставить диагнозкандидоза.

*Лечение.* Устраняют факторы, способствующие возникно­вению заболевания. Больные с упорно протекающим кандидозом должны быть тщательно обследованы в отношении возможного диабета, лейкоза, желудочно-кишечной патоло­гии и др. При упорной кандидозной заеде требуется проте­зирование, при котором следует повысить прикус. Из наруж­ных средств при поверхностных формах кандидоза приме­няют растворы анилиновых красителей, в первую очередь фиолетовых, и раствор фукарцина, 10—20% раствор буры в глицерине, нистатиновую, левориновую мази, клотримазол (канестен). При упорно протекающих кандидозах и генерали-зованных формах назначают нистатин, не менее 6 000 000 ЕД в сутки, леворин по 4000000 ЕД в сутки. Хороший тера­певтический эффект оказывает амфотерицин В. При дрож­жевом стоматите и глоссите применяют декамин в виде карамели (0,15 мг декамина в одном драже). Больные, стра­дающие кандидозом, должны соблюдать диету с ограничени­ем углеводов. Назначают большие дозы витаминов группы В, в первую очередь рибофлавин. Тщательная санация и гигиена полости рта также являются необходимым условием борьбы с кандидозом. С целью профилактики необходимо вылечить больного от основного заболевания, на фоне которого возни­кает кандидоз. При длительном лечении антибиотика­ми, особенно детей, необходимо с профилактической целью назначать нистатин. Иммунитета кандидозне остав­ляет.

11

***7.ЛИТЕРАТУРА***

Кожные и венерические болезни. Авт.: А. Л. Машкиллейсон, С. А. Кутин, Е. А. Абрамов и др.; Под ред.А.Л.Машкиллейсона.-М.:Медициеа,1986.-256с., ил.

12

### СОДЕРЖАНИЕ

*1.Грибковые болезни 1стр.*

*2.Отрубевидный (разноцветный) лишай 2стр.*

*3.Трихофития 3стр.*

*4.Микроспория 5стр.*

*5.Микозы стоп 7стр.*

*6.Кандидоз 9стр.*

*7.Литература 12стр.*