**КАНДИДОЗЫ (CANDIDOSIS)**

Кандидозы (синонимы: кандидамикозы, кандидиаз) — болезни, вызываемые дрожжеподобными грибами рода *Candida.* Помимо относительно благоприятно протекающих кандидозов слизистых оболочек и кожи, возможны тяжелые висцеральные формы микоза, чаще с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. Эти формы особенно часто развиваются у ВИЧ-инфицированных лиц.

Этиология. Возбудителями чаще являются следующие виды: *Candida albicans,* С. *tropicalis,* С. *parapsilosis, С. guillierinondii,* С. *krusei.* Они относятся к дрожжеподобным грибам и отличаются от истинных дрожжей способностью образовывать мицелий и отсутствием полового способа воспроизведения, т. е. относятся к неспорообразующим дрожжам. Могут расти на агаровых питательных средах. Антигены возбудителей обладают аллергизирующими и антигенными свойствами, но титры антител высокими бывают лишь при висцеральных кандидозах. Грибы рода кандида нередко выявляются как сапрофиты в микрофлоре полости рта, кишечника, вагины.

Эпидемиология. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* обитают на коже и слизистых оболочках респираторного и желудочно-кишечного тракта, входят в состав нормальной микрофлоры. Они широко распространены также в природе (на фруктах, овощах, в молочных продуктах и т. д.). Заболевание возникает обычно в результате эндогенной инфекции. Чаще всего это бывает обусловлено *Candida albicans.*

Патогенез. Кандидозы развиваются вследствие внедрения в ткани грибов, являющихся нормальными обитателями слизистых оболочек. Переходу *Candida* в паразитическое состояние может способствовать дисбактериоз, возникающий при назначении антибиотиков широкого спектра действия, снижение защитных сил организма при длительном назначении некоторых препаратов (кортикостероидов, иммунодепрессантов), наличие тяжелых заболеваний (рак, болезни крови, диабет и др.). Особенно часто кандидоз развивается у ВИЧ-инфицированных лиц. Аспергиллез и кандидоз являются наиболее частыми оппортунистическими инфекциями микозной природы у больных СПИДом. Проникновению кандид в ткани может способствовать повреждение кожи и слизистых оболочек, например, повреждение желудочно-кишечного тракта при перфорациях, травмах, хирургических операциях, введении катетеров в сосуды, при перитонеальном диализе, внутривенном введении лекарств и т. д. При висцеральных формах кандидоза отмечаются очаги некроза, нейтрофильной воспалительной инфильтрации. При висцеральных формах наиболее часто поражаются почки, мозг, сердце, печень, селезенка.

Симптомы и течение. Кандидоз слизистой оболочки полости рта (молочница) проявляется в виде белых налетов (сплошных или в виде изолированных участков) на слизистой оболочке щек, задней стенки глотки, на языке. Пораженные места обычно безболезненны, но при уплотнении налета, образовании трещин может быть нерезко выраженная болезненность в полости рта. При кожном кандидозе отмечаются краснота, мацерация кожи, могут быть баланиты, зуд в области заднего прохода, паронихии. При локализации на коже промежности или на мошонке могут наблюдаться отдельные пустулезные элементы. При хроническом кожно-слизистом кандидозе могут развиваться поражения в виде гиперкератоза, поражения ногтей, гнездного облысения в сочетании с длительными изменениями слизистых оболочек. Более глубокие поражения слизистых оболочек (что нередко отмечается при диссеминированых формах) проявляются в обширных изменениях, при которых налеты распространяются на слизистые оболочки пищевода, желудка, трахеи, бронхов. Это сопровождается нарушением глотания и загрудинными болями. Может развиться массивное кандидозное поражение слизистой оболочки после катетеризации мочевого пузыря.

Гематогенно диссеминированные формы кандидоза (кандидозный сепсис) характеризуются тяжелым течением, высокой лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации. Лихорадка неправильного типа с повторными ознобами, перемежающимися с обильным потоотделением. Сопровождается поражением различных органов (легких, желудочно-кишечного тракта, мозга, почек и др.). Характерно наличие нескольких очагов поражений. Часто развиваются поражения сетчатки (один или несколько очагов), процесс распространяется на стекловидное тело. Отмечается боль в глазу, нарушение зрения. Гематогенное поражение легких характеризуется развитием инфильтратов. Больных беспокоит сильный кашель, вначале сухой, затем с небольшим количеством вязкой слизисто-гнойной мокроты, иногда с прожилками крови. При рентгенологическом исследовании выявляются инфильтраты, чаще в нижних долях, склонные к слиянию; нередко наблюдается распад с образованием полостей. В процесс может быть вовлечена плевра; прикорневые лимфатические узлы увеличены и уплотнены. При вторичном кандидозе легких (на фоне пневмонии, туберкулеза) необходимо учитывать изменение клинической симптоматики (ухудшение общего состояния, появление гектической лихорадки и др.). При кандидозе кишечника отмечаются боли в животе, вздутие кишечника, понос, испражнения часто содержат примесь крови, могут быть боль в области прямой кишки и зуд в области заднего прохода. Кандидоз органов пищеварения обычно сопровождается сплошным поражением слизистых оболочек полости рта, пищевода, желудка. Кандиды могут обусловить развитие гнойного менингита и абсцесса мозга. При гематогенной диссеминации может развиться абсцесс почек с последующей азотемией. Поражение опорно-двигательного аппарата проявляется в виде артритов, остеомиелитов, миозитов.

Кандидоз у ВИЧ-инфицированных. Кандидоз является одним из самых частых оппортунистических микозов при ВИЧ-инфекции, поэтому появление и прогрессирование симптомов кандидоза может указывать на необходимость обследования больного на ВИЧ-инфекцию. Начинается кандидоз с поражения слизистых оболочек полости рта, задней стенки глотки, пищевода, у ВИЧ-инфицированных женщин очень часто развивается хронический вагинальный кандидоз. В дальнейшем развивается гематогенно диссеминированный кандидоз, протекающий очень тяжело, который может привести к гибели больного.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Выделение культуры из мокроты, слизи зева, испражнений, мазков и соскобов с пораженных слизистых оболочек, кожи, ногтей не может служить доказательством диссеминированного (висцерального) кандидоза. Диагностическое значение имеет выделение культуры из крови, спинномозговой жидкости, внутрисуставной жидкости или в биопсированных тканях. При поражении кожи и слизистых оболочек диагностическое значение имеет обнаружение (при микроскопии) большого количества кандид в мокроте, испражнениях, в слизи зева, а также выявление достаточно высоких титров антител в РСК и реакции агглютинации со специфическим антигеном. Положительными считаются высокие титры (1:160—1:1600) или нарастание титров антител в ходе болезни. У ВИЧ-инфицированных серологические реакции остаются отрицательными.

Кандидоз легких дифференцируют от бактериальных пневмоний, туберкулеза и от других глубоких микозов (актиномикоз, аспергиллез, нокардиоз, гистоплазмоз). Для кандидоза характерно относительно быстрое исчезновение инфильтратов и даже каверн под влиянием антимикозной терапии. Имеет значение и то, что перед развитием висцерального кандидоза отмечается появление и прогрессирование кандидозного поражения слизистых оболочек.

Лечение. Устранение факторов, способствующих возникновению кандидоза. Витамины группы В и аскорбиновая кислота. При поражении кожи используют мази с противомикозными препаратами, лечение проводят открытым способом. При поражениях слизистых оболочек (оральный, вагинальный кандидоз) используют местно суспензию, содержащую нистатин. При поражении слизистой оболочки пищевода применяют кетоконазол (Ketoconazole) по 200—400 мг в день (эффективность около 50%), если симптомы поражения пищевода не исчезают в течение 5—10 дней, то следует использовать Diflucan(fluconazole). Его назначают внутрь по 100 мг в день в течение двух дней (эффективность около 90%). В этих случаях можно также внутривенное введение амфотерицина В по 0,3 мг/кг. При кандидозном поражении мочевого пузыря в течение 5 дней проводят инстиляции раствора амфотерицина В по50 мкг/мл. При диссеминированном (системном, висцеральном) кандидозе используют амфотерицин В, его назначают внутривенно в 5% растворе в виде капельных вливаний из расчета 250 ЕД/кг массы тела (0,3 мг/кг), курс лечения может занять несколько недель. Эффективным препаратом для лечения системного кандидоза является Diflucan, который назначают внутрь по 200 мг в день в течение двух дней. Побочные реакции отмечаются относительно редко(2—4%) в виде тошноты, диареи, головной боли.