

Дерматомикозы (дерматофитии)- это грибковые инфекции, поражающие кожу, волосы, ногти.

К ним относится паховая эпидермофития, трихофития, фавус, микроспория и многие другие.

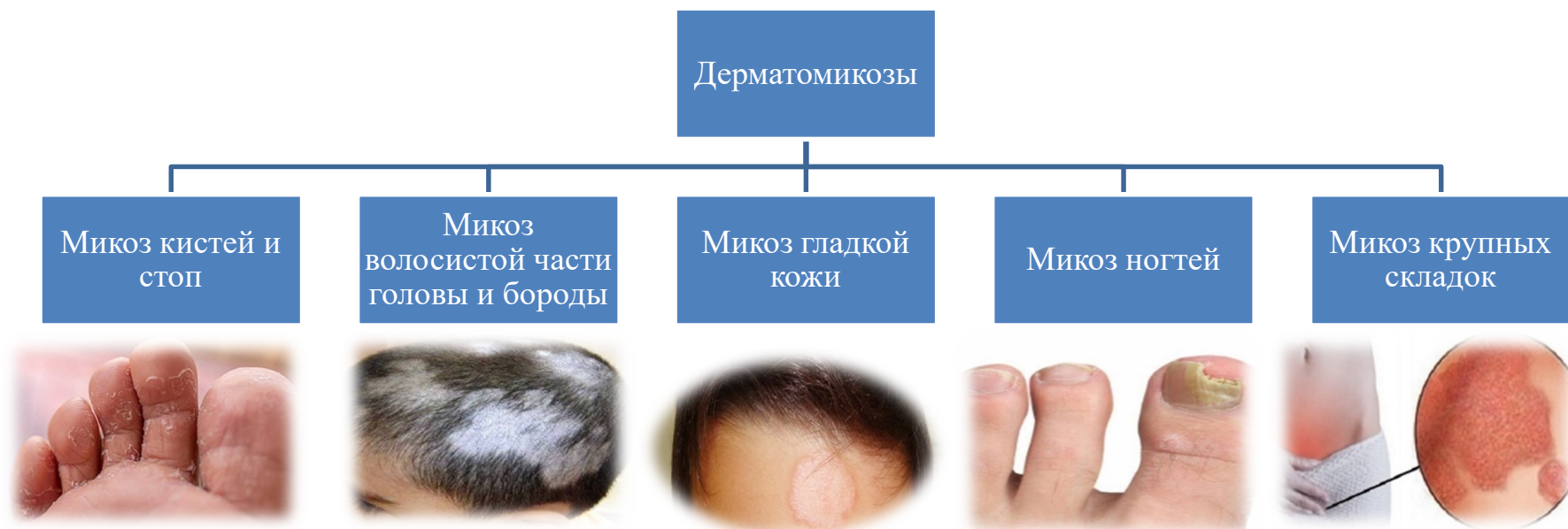
Микроспория - высоко контагиозный микоз, поражающий эпидермис, дерму (при глубоких формах - все слои кожи) с частым вовлечением в воспаление волос, вызываемое грибами рода *Microsporum* (антропофильными, зоофильными и геофильными разновидностями).

Трихофития - высоко контагиозный микоз, поражающий эпидермис и дерму (при глубокой форме - все слои кожи), с вовлечением в процесс волос и ногтей, вызывается грибами рода *Trichophyton* (антропофильные, зоофильные и геофильные виды).

Руброфития - это микоз, поражающий кожу туловища, кистей, стоп и ногтевые пластины, обусловлен антропофильными грибами рода *Trichophyton* (*Tr. rubrum*).

Эпидермофития – микоз, поражающий кожу паховых складок, стоп, ногтевых пластин, обусловлен антропофильными грибами *Tr. mentagrophytes*, var. *Interdigitale*.

Кандидоз - это микоз, поражающий поверхностные слои кожи, слизистых оболочек, область крупных и мелких складок, ногти. Возбудитель - грибы рода *Candida* (spp. *Candida - albicans*, *krusei*, *tropicalis*, *pseudotropicalis*).



Микоз волосистой части головы и бороды включает в себя поражения при поверхностных и глубоких (инфильтративно-нагноительных) формах микроспории и трихофитии.

При микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начале возникает очаг шелушения, далее характерно образование одного или двух крупных очагов, округлых или овальных очертаний с четкими границами, размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких «дочерних» очагов (отсевов), размером 0,3-1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 6-8 мм. Кожа очага с незначительной эритемой или обычной окраски, вся поверхность покрыта белесоватыми чешуйками (симптом «терки»), которые могут пронизываться обломками волос (симптом «муфты»).	При мелкоочаговой поверхностной трихофитии наблюдаются мелкие очаги округлых или неправильных очертаний, с нечеткими границами, покрытые небольшим количеством серых чешуек по периферии. Воспалительные явления выражены незначительно. Волосы в очагах разрежены за счет их обламывания на уровне 1-2 мм над кожей. Пораженные волосы - тусклые, серого цвета. Волосы могут обламываться на уровне кожи и иметь вид «черных точек» с атрофией в очаге (чаще при хронической форме). Возможно диффузное шелушение волосистой кожи головы, симулирующее себорею (маскирующее атрофические очаги и обломанные волосы, включенные в чешуйки). Редко поверхностная трихофития протекает в виде <i>крупноочаговой</i> формы.
--	--

Микоз гладкой кожи - поражение гладкой кожи при поверхностной микроспории, трихофитии и руброфитии (зоофильными и антропофильными грибами).

Микроспория гладкой кожи представлена отечными (возвышающихся) эритематозными очагами, с четкими границами, округлых или овальных очертаний, покрытыми сероватыми чешуйками – <i>эритематозно-сквамозная</i> форма зоофильной микроспории. При <i>антропонозной форме</i> - очаги имеют вид «<i>мишени</i>» (iris) с наличием валика из микроузелков и микровезикул. При периферическом росте появляются новые «окружности»	Трихофития гладкой кожи. Очаги могут локализоваться на любых участках кожи, но чаще открытых: лице, шее, предплечьях и плечах. Чаще представлены эритематозными очагами округлых или овальных очертаний, четко очерченными за счет периферического гиперемированного валика (с наличием в нем узелков, пузырьков и корочек); центральные части очагов бледнее и шелушатся. Очаги нередко сливаются, образуя фигуры причудливых очертаний. Зуд отсутствует или незначительный. При локализации <i>поверхностной трихофитии</i> в области бровей, ресниц, кожи верхней губы и подбородка - очаги обычно мелкие, покрыты чешуйками и коротко обломанными волосами серого цвета.	Руброфития гладкой кожи. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожи, чаще на голених, бедрах, ягодицах и животе. Типичные клинические признаки руброфитии гладкой кожи: четкие границы, кольцевидные или неправильные очертания с приподнятым воспалительным валиком по периферии, признаки регресса в центре и склонность очага к росту и слиянию.
---	--	---

Микоз крупных складок характеризуется появлением на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, реже - в межъягодичной складке, а также в подмышечных и субмамарных областях розово-красных пятен с чешуйками. В начале заболевания размер

элементов около 1 см в диаметре, далее они увеличиваются в размерах, при этом воспалительные явления в центре могут уменьшаться, в связи с чем в центре очага окраска становится бледной. Формируются крупные (до 10 см в диаметре) кольцевидные пятна красного цвета с чешуйками, образующие при слиянии «фестончатые» очаги. Границы очагов четкие, подчеркнуты отечным, более ярким, воспалительным валиком, на его поверхности могут появляться пузырьки, корочки и чешуйки. Высыпания сопровождаются зудом.

Микоз ногтей (онихомикоз) - это поражение ногтевых пластин при руброфитии, кандидозе, эпидермофитии и недерматофитных плеснях (геофильными и антропофильными грибами).

Выделяют нормотрофический, гипертрофический и атрофический типы онихомикоза.

Для <i>нормотрофического</i> типа характерно появление в толще ногтя полос желтоватого и белого цвета, при этом ногтевая пластинка не изменяет своей формы, подногтевой гиперкератоз не выражен.	При <i>гипертрофическом</i> типе ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, приобретает желтоватую окраску, крошится, края становятся зазубренными.	<i>Атрофический</i> тип онихомикоза характеризуется значительным истончением, отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа с образованием пустот или частичным ее разрушением.
--	--	--

Микоз кистей. Клинически наблюдаются: сухость кожи, легкая эритема, муковидные чешуйки, явления гиперкератоза и акцентуация кожных складок. Вследствие хронического воспаления снижается эластичность кожи и могут появляться мелкие трещины и повышенная сухость кожи. Очаги на тыле кистей имеют прерывистые края и представлены узелками и корочками.

Микоз стоп. Причиной микоза стоп может быть руброфития и эпидермофития. Различают следующие клинические формы микоза стоп: *сквамозную, гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую.*

Сквамозная форма характеризуется наличием шелушения на коже межпальцевых складок и подошв. Все микозы стоп, как правило, начинаются с этой формы. В области боковых поверхностей подошв также могут наблюдаться явления десквамации	Гиперкератотическая форма проявляется диффузным или очаговым утолщением рогового слоя (гиперкератозом) боковых и подошвенных поверхностей стоп, несущих наибольшую нагрузку. Обычно пораженные участки кожи имеют слабовыраженную воспалительную окраску и покрыты отрубевидными чешуйками. Измененная стопа может иметь вид «подследника» или «индейского чулка»	Интертригинозная форма (межпальцевая) клинически сходна с опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Процесс характеризуется гиперемией, отеком, мокнутием и мацерацией, в ряде случаев - пузырьковыми высыпаниями. Нередко образуются эрозии, покрытые серой массой	Дисгидротическая форма представляет собой наиболее тяжелую разновидность заболевания и проявляется множественными пузырьками с толстой крышкой. Преимущественная локализация высыпаний - свод стопы, а также межпальцевые складки и кожа пальцев. Сливаясь, пузырьки образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета, экссудат подсыхает с формированием буро--
---	---	---	--

эпидермиса, субъективных ощущений	без	- «мокасиновый тип». Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечаются сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения.	клеточного детрита, а со временем и глубокие болезненные трещины с воротничком отека по краям. Субъективно отмечаются зуд, жжение и болезненность в очагах поражения	коричневых корок. Высыпания располагаются на неизменной коже. При распространении процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи, что придает этой разновидности сходство с острой дисгидротической экземой.
-----------------------------------	-----	--	--	---

2. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается на основании клинической картины и результатов лабораторного обследования.

Проводятся:

- Бактериологическое исследование
- Бактериоскопическое исследование
- Люминесцентное исследование

3. Профилактические мероприятия при дерматофитиях гладкой кожи и волосистой части головы включают следующие мероприятия:

- регистрация больных,
- изоляция больного дерматомикозом,
- выявление источников заражения и лиц, бывших в контакте с больными дерматомикозами,
- диспансерное наблюдение после лечения,
- активное выявление больных,
- проведение дезинфекционных мероприятий,
- санитарно-просветительская работа среди населения,
- вакцинация животных.

При лечении на дому следует изолировать пациента в отдельную комнату или в какую-то ее часть, ограничить количество предметов, находящихся в его пользовании. Предметы личного пользования следует хранить отдельно, стирку постельного белья и личных вещей пациента проводят после предварительного обеззараживания. Больному ребенку микроспорией или трихофитией запрещается посещение детских организованных коллективов, парикмахерских, общественных бань до момента выздоровления. Взрослые пациенты, относящиеся к лицам определенных профессий (декретированные группы населения) отстраняются от работы с оформлением листка нетрудоспособности.

Выявление источников заражения и лиц, бывших в контакте с больными дерматофитиями. Медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения. У пациента устанавливают: контакты за четыре недели до появления первых симптомов заболевания, с лицами, имеющими аналогичные клинические проявления, факты пребывания в закрытых коллективах, в том числе на отдыхе, участие в спортивных мероприятиях, посещение коммунальных объектов. При дерматофитиях зоонозного происхождения уточняются возможные контакты с домашними и/или сельскохозяйственными животными. Животные должны быть обследованы в ветеринарных лечебницах по территориальному принципу.

Все контактные лица подлежат клиническому осмотру с целью выявления среди них больных дерматомикозами. В первые три дня после выявления больного дерматовенеролог проводит осмотр лиц, бывших с пациентом в бытовом контакте. При трихофитии, вызванной антропофильными грибами, осмотр медицинским персоналом контактных лиц следует проводить в течение 1 месяца 1 раз в 10 дней, затем через 3-6 месяцев.

В образовательных учреждениях первый целевой осмотр контактных лиц проводит дерматовенеролог, второй - осуществляют медицинские работники детских учреждений через 2 недели. В течение двух недель рекомендуется не переводить детей в другие группы.

Проведение дезинфекционных мероприятий. В очаге, в течение всего периода времени лечения пациента и после его окончания проводят дезинфекционные мероприятия, а именно текущую и заключительную дезинфекцию.

Текущая дезинфекция проводится в очаге в присутствии больного (в течение всего времени его пребывания в очаге). Проводит либо сам больной, либо лицо, ухаживающее за ним. Лицо, ухаживающее за больным, должно соблюдать правила личной гигиены (работать в халате, шапочке или косынке, перчатках) после контакта с больным или его личными предметами тщательно мыть руки с мылом.

Для дезинфекции можно использовать: кипячение, чистка щетками и пылесосом, лучше с увлажнителем, многократное проглаживание горячим утюгом. Также использование безопасных моюще-чистяще-дезинфицирующих фунгицидных средств, разрешенных в быту, использование которых не требует усиленных мер индивидуальной защиты.

Больного обеспечивают отдельной постелью, личным полотенцем и предметами ухода (расчески, мочалки, губки, таз для мытья ног, щетки для чистки одежды, маникюрные и педикюрные принадлежности, носки, обувь и др.).

Верхняя одежда больного, включая головные уборы, обувь, перчатки должна храниться отдельно от одежды членов семьи.

Для сбора грязного белья больного используется мешок или корзина, и его хранение до дезинфекции проводится отдельно от членов семьи.

Обеззараживание белья проводят кипячением в воде или 2% раствором каустической соды в течение 15 минут с момента закипания или способом замачивания в дезинфицирующем средстве. Запрещается сдавать белье больного в стирку в общественную прачечную.

При поражении волосистой части головы необходимо ношение шапочки, плотно прилегающей к голове, или косынке из легко стирающейся ткани, закрывающую всю волосистую часть головы.

В комнате или квартире где проживает больной ежедневно проводят влажную уборку с использованием моющих или моюще-дезинфицирующих средств. Для этих целей выделяют отдельный уборочный инвентарь (тряпка, швабра без щетины, ведро, уборочная ветошь).

На время болезни из комнаты убирают ковры и паласы; на мягкую мебель надевают чехлы или затягивают их полиэтиленовой пленкой, постельные принадлежности (матрац, подушку, одеяло) ежедневно чистят увлажненной щеткой или пылесосом. Щетки, пылесборник пылесоса после применения дезинфицируют с использованием растворов дезинфицирующих средств.

Санитарно-техническое оборудование дезинфицируют моюще-чистяще-дезинфицирующими или моюще –дезинфицирующими средствами, разрешёнными в быту, в соответствии с режимом, изложенным в инструкции.

После проведения уборки уборочный инвентарь подлежит обеззараживанию методом кипячения или способом погружения в раствор дезинфицирующего средства. После дезинфекции его прополаскивают, высушивают и хранят в сухом виде в специально выделенной для этого отдельной емкости.

Верхнюю одежду, чехлы с мебели чистят увлажненной щеткой, либо пылесосят. Одежду рекомендуется проглаживать несколько раз горячим утюгом через увлажненную ткань. Щетки, пылесборник пылесоса после применения дезинфицируют.

Инфицированный материал (повязки, марлевые салфетки и т.д.) обеззараживают путем погружения в раствор дезинфицирующих средств либо сжигают.

Заключительная дезинфекция проводится в очагах после выбытия больного для госпитализации в ЛПУ или **после полного выздоровления.**

При заключительной дезинфекции обязательной обработке подвергают помещение, где находился больной, места общего пользования, объекты в окружении больного и вещи, бывшие в применении. Объем заключительной дезинфекции, а также перечень предметов подлежащих камерной дезинфекции, зависит от места локализации патологического процесса. Так при поражении гладкой кожи голени или стопы – чулки, носки, колготки, обувь.

Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрацы и пр.), чехлы с мебели, одежду больного (шапки, обувь, перчатки, пальто, шубы и пр.), книги, мягкие игрушки вне зависимости от места локализации очага заболевания подвергаются камерной дезинфекции по паровому, паровоздушному или пароформалиновому методу в зависимости от характера объектов и выдерживания объектами условий обработки выбранным методом.

Режимы камерного обеззараживания объектов, контаминированных грибами

Обрабатываемые объекты	Норма загрузки (кг на 1м ²)	Норма расхода формалина (мл) на 2 м ³ объема камеры	Температура (°C)	Экспозиция (мин)
Пароформалиновый метод				
Обувь и другие изделия из кожи, кожезаменителя.	35	120	55-57	90
Меховые изделия, сапоги на меху	18	300	49-51	240
Паровоздушный метод				
Одежда хлопчатобумажная и шерстяная. Изделия из химических волокон.	60	-	80-90	40
Постельные принадлежности.	60	-	97-98	15

Книги	80-1000экз.	-	70-75	180
Паровой метод				
Одежда. Постельные принадлежности. Нательное и постельное белье.	50	-	100	60
	60-72	-	104	30

Постельное, нательное белье, полотенца, салфетки, косынки, перевязочный материал, чехлы от мебели замачиваются в дезинфицирующем растворе на время экспозиции.

Расчески, щетки, ножницы, мочалки, губки, резиновые и пластиковые игрушки, предметы ухода за больными, тазы, уборочный инвентарь, медицинские отходы также дезинфицируются погружением в дезинфицирующие растворы.

Поверхности в помещениях, санитарно-техническое оборудование, место содержания животного обеззараживают способом орошения дезинфицирующим раствором.

Для дезинфекции используют фунгицидные средства, разрешенные для применения способом орошения. Предпочтение отдают таблетированным формам препаратов на основе дихлоризоцианурата натрия и трихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводным гидантоина, композиционным средствам, содержащим КПАВ.

В день проведения заключительной дезинфекции назначают мытье больного и всех проживающих с ним (контактных) лиц и смену белья

Мероприятия по предотвращению заражения микозами включают первичную индивидуальную профилактику, а именно, соблюдение правил личной гигиены, устранение гипергидроза, сухость кожи, использование ортопедической обуви при деформации стоп, лечение фоновых заболеваний, в том числе сахарного диабета, использование наружных противогрибковых препаратов при посещении бассейна, общественных душевых, спортзалов.

Первичная общественная профилактика включает повышение санитарной грамотности населения, в том числе через средства массовой информации, сети Интернет, гигиеническое содержание и дезинфекция мест общего пользования, активное выявление и лечение больных микозами,

включая организацию профилактических осмотров среди отдельных контингентов. К ним относятся декретированные контингенты детские коллективы в дошкольных образовательных учреждениях, общеобразовательных школах, других закрытых учреждениях, а также в спортивных организациях.

Вторичная индивидуальная профилактика направлена на предупреждение рецидивов заболевания, что обеспечивается адекватным клинико-лабораторным контролем излеченности. Вторичная профилактика также включает противоэпидемические дезинфекционные мероприятия.

Вакцинация животных. При зооантропонозных дерматомикозах в профилактические мероприятия включают вакцинацию домашних животных от микроспории (вакцина «Вакдерм-Ф», «Поливак ТМ»), выявление скрытого миконосительства среди домашних животных, вакцинацию поголовья крупного и мелкого рогатого скота (вакцина «ЛТД-130») в личном подворье.

Диспансерное наблюдение. Диспансерному наблюдению подлежат все больные микроспорией и трихофитией взятые на учет. Длительность диспансерного наблюдения при микроспории (трихофитии) гладкой кожи с поражением пушковых волос, а также микроспории (трихофитии) волосистой части головы, составляет 3 месяца, при этом контрольные микроскопические исследования проводят раз в месяц. При микроспории (трихофитии) гладкой кожи без поражения пушковых волос больных наблюдают 1 месяц с контрольным микроскопическим исследованием 1 раз в 10 дней. При хроническом течении поверхностной трихофитии диспансерное наблюдение продолжается 2 года. Микроскопическое исследование проводится 1 раз в месяц в течение 6 месяцев.

После окончания лечения дети могут посещать детские коллективы после двух отрицательных контрольных исследований на грибы; закрытые детские учреждения – после трех отрицательных контрольных исследований.

Взрослые пациенты, относящиеся к лицам определенных профессий (декретированной группе населения), допускаются к работе после двух отрицательных контрольных исследований на грибы. Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив или к работе выдает дерматовенеролог.

Диспансерному наблюдению подлежат больные с распространенными, часто рецидивирующими формами микозов кистей, стоп (онихомикозов), вызванные *T. rubrum*, *T. Interdigitale*; больные микозами стоп декретированных профессий, дети, спортсмены.

При микозах гладкой кожи, складок, кистей, стоп и онихомикозе контрольные микроскопические исследования проводят после разрешения клинических проявлений на коже или отрастания здоровых ногтевых пластин до отрицательных результатов микроскопического исследования с интервалом в 7 дней.