



МИКОЗ

- Относятся к инфекционным болезням
- Распространены повсеместно
- Резервуар антропонозных микозов - человек, зоонозных (зооантропонозных) - больное животное.
- Могут поражать все слои кожи и любой другой орган

Кератомикозы

- Процесс в роговом слое или на поверхности кутикулы волоса.
- Лишай разноцветный (отрубевидный)
Pityrosporum orbiculare

Развитию способствует пониженное питание, повышенная потливость, себорея, замедленное физиологическое шелушение, патология внутренних органов и желез внутренней секреции.

Заболевание контагиозное, имеет склонность к рецидивам.

- Локализация кожа туловища: грудь, спина, плечи, живот.
- Розоватые, быстро приобретающие коричневую окраску шелушащиеся пятна, чешуйки напоминают отруби.
- Элементы склонны к периферическому росту и слиянию.



Лечение

- Лечение подлежат все больные члены семьи
- Дезинфекция нательного и постельного белья, одежды
- Курс лечения повторяют 2-3 раза с месячным интервалом
- Применяют обработку по методу Демьяновича: 10% р-р сульфата натрия, 65% р-р хлористой кислоты-6 дней; 20% р-р бензил бензоата-3 дня; 5% салициловую мазь на ночь и 3-5% салициловый спирт утром.
- 1% крем Ламизил, мазь Экзодерил, мазь Певарил и др противогрибковые препараты

Трихоспория узловая(пьедра)

- Заболевание кутикулы волоса с образованием на нем узелков белого или черного цвета
- Возбудители рода дрожжевых грибов: *Trichosporon beigellii*-возбудитель белой пьедры, *Trichosporon hortai* - возбудитель черной пьедры.
- Развитию болезни способствует теплый климат, мытье волос не проточной водой, молоком, обработка минеральными маслами.

Клиника

- Хроническое течение.
- Белая пьедра поражает волосы бороды, усов, головы и области половых органов.
- Черная пьедра поражает в основном волосы головы.
- На волосах образуются множественные мелкие, твердые узелки, овальной формы, охватывают почти весь волос. Могут сливаться в сплошную муфту. Волосы могут м/у собой склеиваться – «колумбийский колтун»
- При сгибание волос слышен хруст, волосы не обламываются

Лечение

- Ежедневное мытье головы горячим раствором сулем 1:1000-1:2000; 0,1% сулемовым уксусом или 2%р-ром салициловой кислоты с последующем расчесыванием частым гребнем, затем промывание волос горячей водой с мылом.
- При запущенных формах волосы сбривают, внутрь назначают вит А.



Дерматофитии

- - объединяют в группу заболеваний, вызываемых дерматофитами – нитчатыми грибами родов: *Epidermophyton*, *Trichophyton*, *Microsporum*, способными поражать эпидермис, все слои дермы, волосы и ногти.

Эпидермофития паховая

- Грибковое заболевание в основном крупных складок.
- Возбудитель *Epidermophyton floccosum*.
- Чаще болеют мужчины.
- Способствует: повышенная потливость, нарушение УВ обмена, t окр.среды.
- Заражение при контакте с больным, чаще ч/з предметы личного пользования.

Клиника

- Локализация: кожа складок промежности, под молочными железами, в аксиллярных складках.
- Островоспалительные явления.
- Очаги – четко ограниченные округлые пятна, розовой окраски, по периферии отечный валик на котором м/б везикулы, пустулы, корочки, чешуйки, иногда мокнутие – имитация экземы.
- Субъективно: отмечается зуд.
- Диагноз: на основании клинической картины и обнаружение возбудителя в чешуйках



Лечение

- Антигистаминные препараты.
- Местно: примочки 0,25% р-ром нитрата серебра или 1% р-ром резорцина.
- При исчезновении островоспалительных явлений: смазывание 5-6дн 1% йодной настойкой, затем 2-3 нед 3-5% серно-дегтярной мазью.
- Ламизил, Экзодерил, Певарил, Травоген

Эпидермофития стоп (*син. Стопа атлета*)

- Хроническое грибковое заболевание.
- Возбудитель: *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*.
- Регистрируется повсеместно.
- Заражение при непосредственном контакте с больным
- Проникновению способствует: нарушение целостности эпидермиса, длительное ношение резиновой обуви, нарушение тонуса сосудов нижних конечностей, дисфункции эндокринной, нервной и иммунной систем.

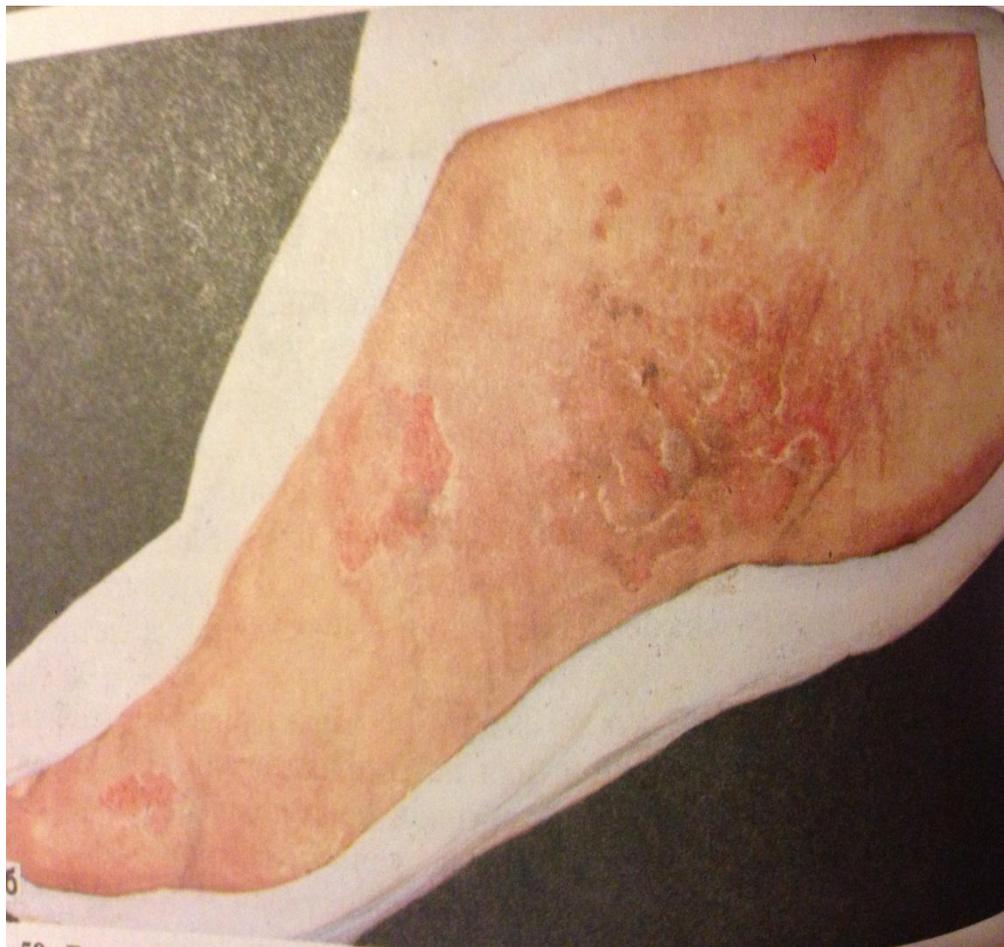
Клинические формы

- Сквамозна
- Интертригинозная
- Дисгидротическая
- Острая эпидермофития

Сквамозная форма

- Проявляется шелушением кожи свода стоп (м/б на гиперемизированном фоне). Процесс распространяется на боковые поверхности пальцев стоп. Могут образовываться участки диффузного утолщения кожи по типу омпозелелостеи, с пластинчатым шелушением.

Сквамозная форма





Интертригинозная форма

- Начинается с малозаметного шелушения кожи в 3-х или 4-х межпальцевых складках стоп. Затем процесс приобретает вид опрелостей с трещиной в глубине складки, окруженной отслаивающимся, белесоватого цвета роговым слоем эпидермиса. Нагрузки ухудшают течение кожного процесса.
- Субъективно: зуд, жжение.
- Течение хроническое, обострения в летнее время.

Интертригинозная форма







Дисгидротическая форма

- Характеризуется наличием на сводах, нижнебоковой поверхности и на соприкасающихся поверхностях пальцев стоп пузырьков с толстой роговой крышкой, с прозрачным или опалесцирующим содержимым «саговые зерна». Пузыри располагаются группами, склоны к слиянию. После вскрытия образуются эрозии, окруженные периферическим валиком отслаивающегося эпидермиса. Может присоединяться вторичная инфекция, у больных возникаю лимфангиты, лимфадениты, болезненность, повышение t тела.

Дисгидротическая форма





Острая эпидермофития

- Это следствие резкого обострения дисгидротической и интертригинозной форм.

Характерны везикуло-булезные высыпания, на отечной воспаленной коже подошв и пальцев стоп.

Высыпания сопровождаются лимангиитом, лимфаденитом, выраженной местной болезненностью, повышением t тела. Хотьба затруднена

Острая форма



- Поражение ногтей преимущественно I и V пальцев стоп, встречается в 20-30%. Ноготь тускнеет, желтоватый, неровный. В его толще появляются пятна желтого цвета. Развивается подногтевой гиперкератоз, «изъеденность его свободного края»

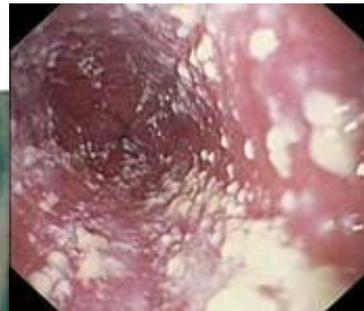


Лечение

- Покрышку пузырей вскрывают, далее применяют р-ры анилиновых красителей; в последующем пасты и мази с антимикотиками (дегтя 2-3%, серы 3-10%, настойка йода 2%)
- Примочки 1-2% р-ра резорцина; 0,1%р-ра этакридина.
- Антимикотические препараты: 1% Ламизил крем, Экзодерил, Травакор, Микозолон, Певарил, Микосептин.
- При онихомикозе применяют кератолитические и фунгицидные пластыри. (удаление размягчённой ногтевой пластины и лечение ногтевого ложа фунгицидными

- Эффективны при онихомикозе: Орунгал 200мг/сут в течении 3х мес; Ламизил 250мг/сут.
- Лечение от 6-3мес, но может продолжаться и более 6мес.
- Соблюдение общей профилактики





Кандидозы



Кандидоз (кандидомикоз) – заболевание
кожи, слизистых оболочек и внутренних
органов, обусловленное патогенным
воздействием дрожжеподобных грибов
рода *Candida*.

Поверхностный кандидоз кожи

□ **кандидоз складок кожи:**
появление опрелостей (интертригинозный дерматит) в крупных складках кожи в виде покраснения, отеков и формирования очагов с пузырьками, наполненными серозной жидкостью. После их самостоятельного вскрытия образуются участки эрозий с гладкой блестящей поверхностью малинового цвета с синюшным оттенком;



Межпальцевый кандидоз

Дрожжевые эрозии (опрелости) между III и IV или IV и V пальцами. Позже на месте опрелостей развиваются отеки и покраснения с ободком отслоившегося верхнего слоя кожи (эпидермиса) по краям;



Кандидоз ногтевых валиков (паронихия) и ногтевых пластин (онихия)

Причины: местная травматизация, влажность и мацерация.

Вначале поражается ногтевой валик. На месте внедрения гриба, обычно у края валика, на границе с ногтем, отмечаются гиперемия и отечность, которые становятся все более интенсивными и охватывают весь валик. Клинически на этом начальном этапе он представляется розово-красным и утолщенным, на ощупь пастозным и болезненным. Со временем острые явления стихают и паронихия принимает хроническое течение. Ноготь становится тусклым и утолщенным, покрытым поперечными коричневатыми бороздками.



Кандидоз слизистой оболочки рта (кандидозный стоматит)

- кандидоз языка
- кандидоз десен
- кандидоз углов рта

Кандидозный стоматит (молочница)



- чаще всего развивается у грудных детей.
- поражается слизистая губ, щек, языка.

Слизистая оболочка - ярко-красная, сухая, гладкая, появляются точечные высыпания, похожие на творожистый налет (белого, серого цвета) легко снимается ватой.

В тяжелых случаях - налет становится плотным и удаляется с образованием эрозивной кровоточащей поверхности.



Различают: острую и хроническую формы.

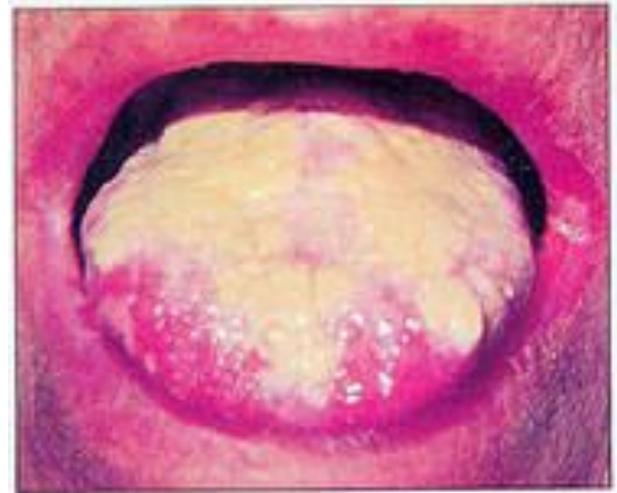
Острый кандидоз: псевдомембранозный (молочница) и атрофический

Хронический кандидоз: гиперпластический и атрофический

Острый псевдомембранозный глоссит.

Различают:

- *Эрозивная форма* - слизистая оболочка спинки языка гиперемирована, отечна, покрыта рыхлым налетом серовато-белого цвета, легко снимающимся, с образованием эрозий.
- *Инфильтративная форма* - слизистая оболочка отечна, ярко гиперемирована, боковые поверхности языка покрыты трудно снимающимся налетом, сосочки языка инфильтрированы.
- *Эритематозная форма* - язык отечен, гиперемирован, покрыт пенистым вязким, снимающимся налетом.
- *Десквамативная форма* - на спинке языка участки десквамации эпителия, чувствительные, болезненные, окруженные темно-желтым трудно снимающимся налетом.



Острый атрофический кандидоз

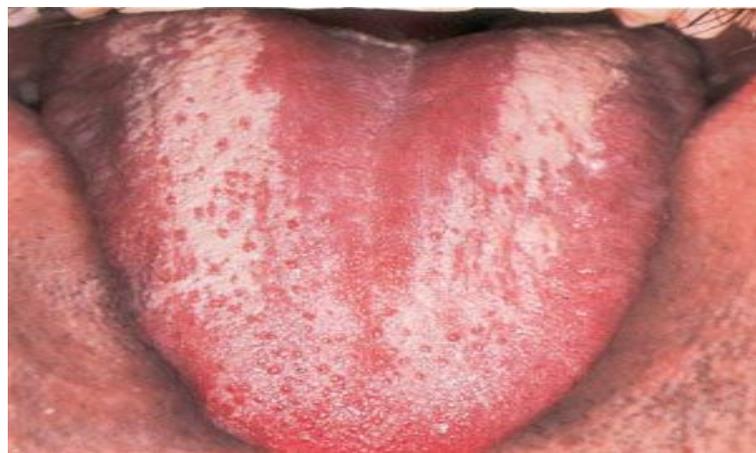
Характеризуется

- болезненностью
- жжением
- сухостью в полости рта

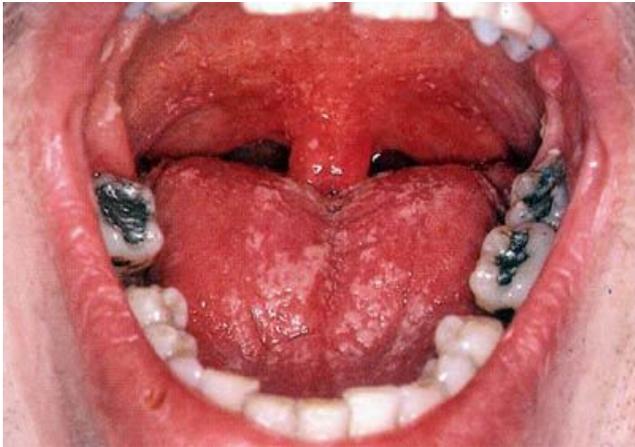
Слизистая оболочка рта огненно-красная, сухая. При локализации на языке его спинка становится малиново-красного цвета, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофированы.



Хронический гиперпластический кандидоз возникает на гиперплазированной истонченной слизистой оболочке щек в углу рта, на спинке языка и в заднем отделе неба - крупные белые папулы, которые могут сливаться, налет соскабливается с трудом.

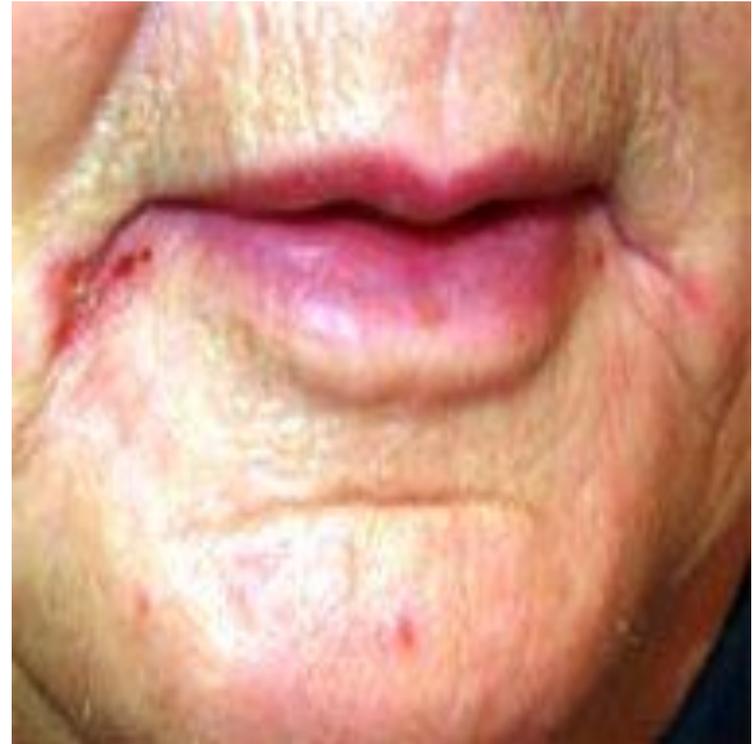


Хронический атрофический кандидоз - на фоне гиперемированной, истонченной слизистой оболочки проявляется в виде малозаметного налета и локализуется под съемными протезами.



Кандидоз углов рта

Кандидозный хейлит (острый атрофический) - красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта коркой (тонкими серыми чешуйками). Некоторые участки слизистой оболочки мацерируются с появлением эрозий и трещин.



Дрожжевые заеды (хронический кандидоз):

возникает у людей пожилого возраста, которые имеют во рту съемные протезы и глубокий прикус.

В углах рта - эрозия слабомокнущие с нежными корочками, покрытые белым налетом.



Кандидоз слизистой оболочки гениталий

Кандидозный вульвовагинит

Причины:

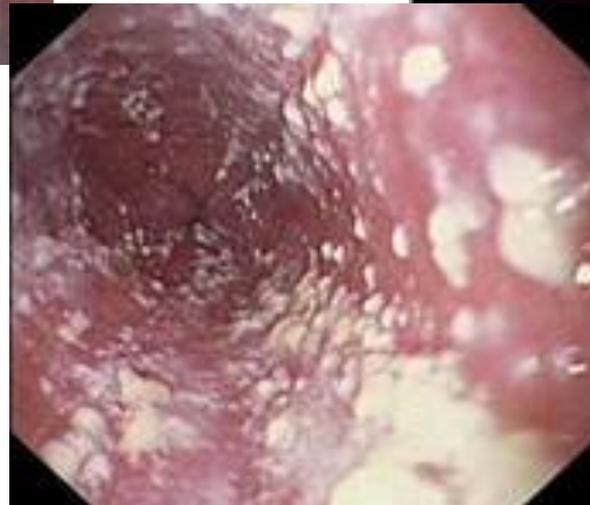
Вызывается кандидоз грибами рода кандиды (*Candida albicans*) в 80%-95% случаев. Грибы являются нормальной флорой влагалища и присутствуют у 22% женщин без симптомов заболевания, и у 39% с симптомами вульвовагинита.

Предрасполагающие факторы: сахарный диабет; беременность; ожирение; лечение антибиотиками, стероидами, иммунодепрессантами; ношение тесно облегающего нижнего белья и др.

Симптомы:

Зуд, жжение в области вульвы и влагалища, покраснение, отек, обильные творожистые выделения молочного или серого цвета, болезненное мочеиспускание.

Отмечается картина вульвовагинита: влагалище, его преддверие и вульва гиперемированы с наличием белых пятен и пустулезных сателлитов по периферии очагов гиперемии.



Кандидозный баланопостит

-грибковое поражение кожи, покрывающей головку полового члена и внутреннего листка крайней плоти.

Возбудитель: грибы рода *Candida*.

Несмотря на то, что носительство дрожжеподобных грибов на половом члене встречается у 14–18% здоровых мужчин, кандидозный баланопостит обычно передается половым путем и достоверно чаще наблюдается у больных фимозом, сахарным диабетом, ожирением и при снижении иммунологической реактивности.

Субъективно: чувство раздражения и жжения, покраснение в области головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти.

Слизистая оболочка головки полового члена блестящая, с легким шелушением, эрозиями, пустулами, иногда отеком и краснотой. На эрозиях могут появляться беловатые, творожистого вида налеты типа молочницы. Очаги поражения на крайней плоти характеризуются возникновением белесоватых псевдомембранозных налетов. Крайняя плоть инфильтрируется, на ней появляются болезненные трещины, обнажение головки полового члена затрудняется. При длительном течении баланопостита может произойти сужение крайней плоти с образованием стойкого приобретенного фимоза. Возможно развитие бородавчатых разрастаний, вегетирующих язв, гранулематозного кандидоза. Хронический длительно протекающий кандидозный баланопостит является факультативным предраковым состоянием.



Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз

Развивается в детском возрасте с молочницы слизистой оболочки рта.

Предрасполагающие факторы: недостаточность иммунной защиты, эндокринные нарушения.

В процесс вовлекается слизистая оболочка, губы, ногтевые валики и ногти, волосистая часть головы, половые органы, бедра, область лобка и др.

Характерно образование инфильтрированных эритематозно-сквамозных очагов, напоминающих псориаз или пиодермию, узелков до 2 см в диаметре синюшно-коричневого цвета, напоминающих саркому Капоши.

Возможны осложнения: кандидозная пневмония, поражение почек, печени, глаз, сердца с летальным исходом.



Псевдомикозы

Поверхностные псевдомикозы:

1. Эритразма. Возбудитель *Corynebacterium minutissimum*.
2. Подкрыльцовый трихонокардиоз. Возбудитель *Nocardia tenuis Castellani*.

Глубокие псевдомикозы:

1. Актиномикоз. Наиболее частый возбудитель *Actynomices Israeli*.
2. Нокардиоз. Возбудители относятся к классу *Actynomycetes*, роду *Nocardia*.

Псевдомикозы

- **Эритразма** – поверхностный псевдомикоз, вызываемый *Corynebacterium minutissimum*.
- Клинически представляет собой мономорфную сыпь из резко отграниченных пятен коричневатого цвета. Нередко их края окрашены интенсивнее, чем центр. Пятна округлые, размером от точечных до величины монет различного достоинства; при слиянии пятен образуются крупные – до ладони и более очаги с фестончатыми контурами. Поверхность начальных высыпаний гладкая; со временем присоединяется слабое шелушение мелкими чешуйками. Субъективные ощущения отсутствуют.

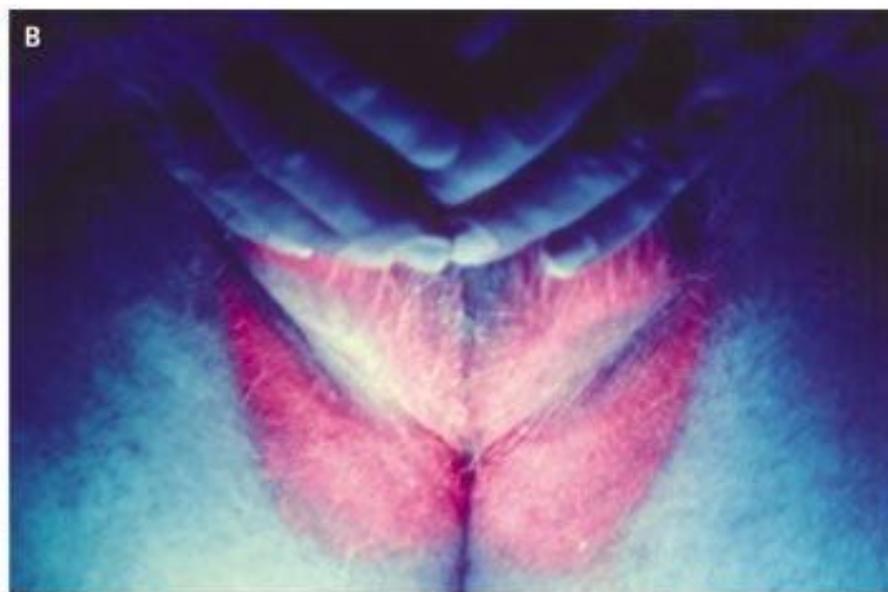
Эритразма – локализуется в подмышечной области



Эритразма – локализуется в складках
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ



Эритразма – локализуется в паховой области (А), лампа Вуда вызывает характерное свечение (В)



Псевдомикозы

- **Трихонокардиоз подмышечный (трихомикоз узловатый Паттерсона)** – поверхностный псевдомикоз, вызываемый *Corynebacterium tenuis*, или *Nocardia tenuis Castellani*.
- На поверхности волос появляются узелки мягкой консистенции желтого, реже красного и черного цвета, в связи с чем различают желтый, красный и черный трихонокардиоз. Впоследствии узелки сливаются, образуя слизистый чехол вокруг волос. Волосы становятся бугристыми, хрупкими, часто склеиваются, имеют тот же цвет, что и узелки.

Трихонокардиоз подмышечный



Псевдомикозы

- **Актиномикоз** – хроническая инфекционная болезнь человека и животных, вызываемая различными актиномицетами, но наиболее часто у человека - *Actinomyces israeli*.
- **Различают несколько клинических вариантов:**
 - 1) атероматозный, при котором инфильтраты на ранних стадиях развития напоминают атеромы
 - 2) бугорково-пустулезный с последующим образованием свищей
 - 3) гуммозно-узловатый, отличающийся появлением узлов с последующим вскрытием и образованием гнойных свищей
 - 4) язвенный, характеризующийся образованием язв на месте нагноившихся инфильтратов

Актиномикоз: шейно-челюстно-лицевая форма
встречается чаще других



Актиномикоз челюстно-лицевой области



Актиномикоз челюстно-лицевой области



Actinomycosis in mouth and face

Актиномикоз характеризуется образованием гранулематозных очагов в различных тканях и органах



Вскрытый узел



АКТИНОМИКОЗ



Актиномикоз – висцеральный псевдомикоз



Псевдомикозы

- **Нокардиоз (кладотрихоз, стрептотрихоз)** – глубокий псевдомикоз, вызываемый проактиномицетами - *Nocardia asteroides*.
- Клинически характеризуется развитием острой абсцедирующей пневмонии (нокардиоз легких), генерализованным поражением с развитием менингоцеребральных изменений или мицетомой.
- Мицетома – хроническое тропическое воспалительное заболевание стоп. Характеризуется появлением в глубине тканей стоп гранулемы, которая медленно увеличивается, абсцедирует и вскрывается с образованием свища с гнойно-кровянистым или гнойно-серозным отделяемым.

Нокардиоз – кожные проявления



Диагностика МИКОЗОВ

Лабораторные методы:

- Микроскопический
- Культуральный
- Люминисцентный
- Иммунологический (аллергологический и серологический)
- Гистологический
- Биологический (эксперименты на животных)



Взятие патологического материала

- Прекращение лечения в очагах поражения на коже за несколько дней
- Перед забором материала обработка очага поражения 96% спиртом или раствором ксилола
- Кожные чешуйки и соскобы с поверхностных очагов ногтевых платинок снимаются скальпелем; утолщенные ногтевые пластины срезают скальпелем или маникюрными кусачками; корочки, волосы – эпиляционным пинцетом
- Полученный материал исследуют в лаборатории в течение 1 часа после взятия при хранении в условиях комнатной температуры или не более чем через 3 ч при хранении в холодильнике при 4°C

Микроскопическое исследование

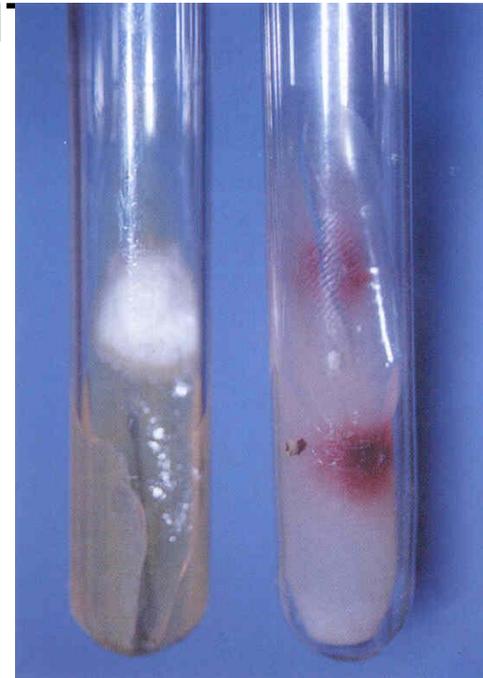
производят в нативных и окрашенных препаратах

- «Просветление материала» - на исследуемый материал (на предметном стекле) наносят 1-3 капли 20-30% раствора КОН (NaOH)
- Осторожно подогревают над пламенем спиртовки до появления нежного белого ободка из кристаллов щелочи по периферии капли, накрывают покровным стеклом и исследуют в течение 2 ч с момента приготовления

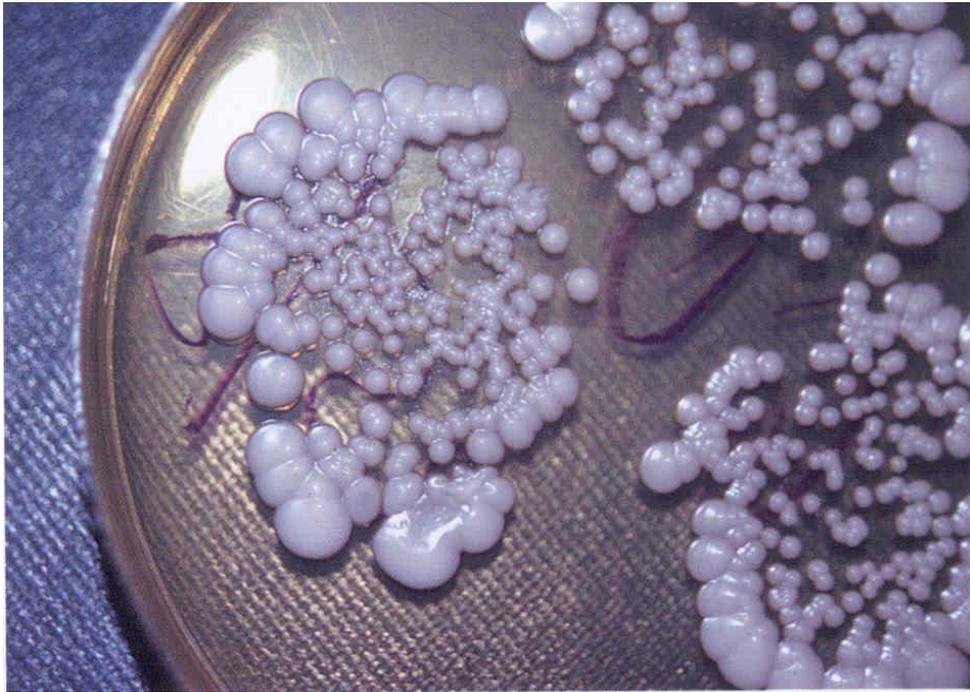
- Приготовление окрашенных препаратов: окраска PAS –методом, по методу Грамма, по Цилю-Нельсону и др.
- Микроскопический метод дает возможность изучить строение гриба, расположение спор, то есть позволяет лишь увидеть грибковую инфекцию

Культуральное исследование

- Высококочувствительный и специфический метод лабораторной диагностики; дает возможность выделить чистую культуру, определить род и вид возбудителя
- Эффективен для диагностики латентных форм микозов, носительства дерматофитов здоровыми людьми



- Используют плотные и жидкие питательные среды
- Для первичной изоляции пригодна стандартная агаризированная среда Сабуро (2-4% глюкозы; антибиотики (пенициллин+стрептомицин или биомицин) и антидрожжевой антибиотик актидон)
- Появление роста дерматофитов отмечается с 4 по 12 день инкубации. При отсутствии роста в течение 30 дней результаты культивирования считаются отрицательными. В оптимальных условиях первичные культуры многих дерматофитов можно идентифицировать на 7-10 день после посева, но следить за посевами нужно в течение 20-30 дней
- Идентификация по совокупности признаков: форме колоний, их цвету, консистенции, микроскопической картине и др. признакам



- *C. albicans*



Люминисцентное исследование

- Свечение дерматофитов в УФ лучах, пропущенных через фильтр Вуда.
- Характерно для волос, пораженных грибами рода *Microsporum* – яркое свечение. При поражении отрубевидным лишаем – красновато-желтое или бурое свечение
- Волос продолжает светиться после гибели гриба и после попыток экстрагировать флюоресцирующий материал горячей водой или холодным раствором бромида натрия
- Используется для диагностики и контроля за эффективностью лечения

Лампа Вуда



Свечение при микроспории
флюоресцируют голубовато-зеленым
свечением



Иммунологическое исследование

- Для выявления специфической перестройки организма и серологической диагностики грибковых заболеваний
- Серологические реакции для диагностики грибковых заболеваний проводят с грибковыми антигенами, как и для диагностики других инфекционных заболеваний (РА, РП, РСК, РИГА, РИФ и др.)
- Аллергические пробы можно проводить по общепринятым методикам внутрикожным введением соответствующих аллергенов (полисахаридные и белковые фракции из клеток или клеточных оболочек, взвесь клеток убитых грибов, фильтраты грибов)

Гистологический метод

- Используют различные гистологические окраски, наиболее информативной является PAS (периодическая кислотная реакция) – позволяет выявить полисахариды, имеющиеся в целлюлозе и хитине клеточной стенки большинства дерматофитов
- Реакции сульфатирования, импрегнация серебром гистологических срезов
- Воспалительные изменения в эпидермисе могут быть различными: от незначительного внутри- и внеклеточного отека шиповатых клеток до выраженного спонгиоза, иногда отмечается выраженный гиперкератоз (*T.rubrum*)

ЛЕЧЕНИЕ

Дерматофитии волосистой части ГОЛОВЫ

Препарат	Суточная доза	Продолжительность лечения, нед
Гризеофульвин	15-22 мг/кг	6-8
Тербинафин	7 мг/кг, не более 500 мг/сут.	6-12
Итраконазол	200 мг/сут	4
Флуконазол	3-6 мг/кг	4

- Местно: 2% шампунь кетоконазола, комбинированные препараты: Тридерм, Пимафукорт, Кандид-Б.

Дерматофитии ногтей

Препарат	Схема назначения	Суточная доза, мг	Продолжительность, мес	
			ногти рук	ногти ног
Гризеофульвин	ежедневно	1000	4-12	12-18
Тербинафин	ежедневно	250	1,5	От 3
Кетоконазол	ежедневно	200	4-6	12-18
Итраконазол	1 нед/мес	400	2	От 3
Флуконазол	1 сут/нед	150	4-6	6-12

- Местно: противогрибковые лаки (Лоцерил, Батрафен). Комбинированные препараты: Микоспор.

Дерматофитии кистей, стоп и гладкой кожи

- При поражении только кожи:
 - Тербинафин 250 мг/сут, 2-6 нед.
 - Итраконазол по 200 мг 2 р/сут, 1 нед.
- Местная терапия: противогрибковые кремы и мази (Тербинафин, Кетоконазол), 2-4 нед. Аэрозоли: Миконазол, Тербинафин, до исчезновения клинических проявлений + 1 нед.

Малассезиозы кожи.

- Разноцветный лишай:
 - 2-% шампунь кетоконазола, 1 раз/сут в течение 5 дней.
 - Имидазольные антимикотики в форме крема (клотримазол, миконазол, кетоконазол) 2 р/сут, 2 нед.
 - Противогрибковые спреи (Тербинафин), 2 нед.

При рецидивах:

- Кетоконазол 200 мг/сут, Итраконазол 200 мг/сут в течение 1 нед.

Кандидоз полости рта

Препарат	Лекарственная форма	Схема назначения
Нистатин	Водная суспензия	100 000 ЕД/мл
	Таблетки	100 000, 250 000, 500 000 ЕД
Леворин	Водная суспензия	20 000 ЕД/мл
	Таблетки	500 000 ЕД
	Раствор натриевой соли 20 000 ЕД/мл	Готовят из порошка 200 000 ЕД на флак.
Натамицин	Суспензия 2,5%	Во флаконах по 20 мл
Амфотерицин В	Суспензия 100 000 ЕД/мл	
Клотримазол	Раствор 1%	

Кандидоз полости рта

- Антисептики: р-р 0,12% хлоргексидина, 0,1% р-ра гексэтидина (Гексорал), полоскание в течение 30-60 сек после приема пищи 2 р/сут.
- Средство выбора при системном лечении: флуконазол 50-100 мг/сут, 10 сут.

Вагинальный кандидоз

Антимикотик	Вагинальные формы	Схема применения
Изоконазол	Суппозитории 600 мг	Однократно
Клотримазол (канестен) (кандид-В6)	Таблетки 100 мг Таблетки 200, 500 мг Крем 2%	По 1 в течение 7 сут. По 1 в течение 3 сут.
Миконазол	Суппозитории 100 мг	По 1 в течение 7 сут.
Эконазол	Суппозитории 150 мг	По 1 в течение 3 сут.
Нистатин	Таблетки 100 000 ЕД Суппозитории 250 000, 500 000 ЕД	По 2-3 в теч. 14 сут. По 1 в теч. 14 сут. По 1 в теч. 7 сут.
Натамицин	Суппозитории 100 мг	По 1 в течение 6 сут.
Циклопирокс	Суппозитории 100 мг Крем 1%	По 1 в течение 6 сут. По 5 г в теч. 6-12 сут

Вагинальный кандидоз

- Системное лечение:

Флуконазол 150 мг однократно

Итраконазол 400 мг однократно

Кетоконазол по 200 мг, 5 сут.

При рецидивах:

Флуконазол 150 мг/нед - 2 нед, затем

по 100 мг/нед в течение 6 мес.

Местно: вагинальные суппозитории с

клотримазолом по 500 мг (Кандид-

В1) однократно в течение первого

Кандидоз кожи

- Местные средства - антимикотики или антисептики: спиртовые или водные растворы анилиновых красителей, 0,25% р-р серебра нитрата. Имидазольные антимикотики в форме крема или мази.

Применяют до полного разрешения кожных очагов + 1 нед.

Флуконазол 150 мг однократно

Кандидоз ногтей

- Горячие ванночки с содой, 3% р-ром борной кислоты, калия перманганата
- Длительное (до полугода) назначение местных антимикотиков в сочетании с коротким курсом системных АМ:

Флуконазол 150 мг/нед, 2-6 нед

Итраконазол 200-400 мг/сут, 1 нед

Кетоконазол 200 мг/сут 2 нед

Спасибо за внимание!!!