

*Ю. Морозюк, О. Шестакова, І. Хуторнова,  
студенти II курсу  
Одеського медичного інституту,  
Міжнародний гуманітарний університет*  
*К. Меньшикова,  
студентка I курсу  
Одеського медичного інституту,  
Міжнародний гуманітарний університет;  
Наукові керівники:  
Л. П. Зубкова,  
доктор медичних наук, професор  
В. А. Бочаров,  
доктор медичних наук, професор,  
Міжнародний гуманітарний університет*

## **ОСОБЛИВОСТІ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТУ ТА ШКІРИ З НАЯВНІСТЮ ЛЕВУРИДІВ**

**Вступ.** Кандидозна інфекція слизових оболонок порожнини рота та шкіри в сучасний період є не тільки розповсюдженим захворюванням, але й має певні особливості. Це, перш за все, залежить від поширеності станів вторинних імунodefіцитів та недостатньо обґрунтованим використанням антибактеріальних засобів. Особливу увагу звертає на себе проблема мікогенної сенсibiliзації організму, що формується як при стертих формах поверхневих мікозів, так і при виражених їх проявах. Однією з ознак сенсibiliзації є сверблячка шкіри. Окрім сверблячки, також можуть мати місце висипка на шкірі та слизових оболонках алергічного характеру [1, с. 209–210; 2, с. 23–28].

Після впливу різних екзо– та ендогенних факторів відбувається не тільки формування алергидів, при наявності основного осередку грибкового ураження, але й загострення вторинної алергічної висипки. При цьому гіперергічна реакція формування імунітету не завершується, та, по мірі зростання сенсibiliзації до збудника захворювання, виникає специфічна гіперергія, що супроводжується вторинною висипкою, при цьому процес набуває хронічного рецидивуючого характеру [3, с. 98–105].

Дана робота є фрагментом комплексної НДР і виконана на підставі аналізу амбулаторного прийому хворих співробітниками Одеського медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету.

Відомо, що характер алергічних зрушень в організмі при поверхневих мікозах може залежати від видового складу збудників. В той же час при кандидозній інфекції умови інфікування та еволюції мають особливості: попадання *Candida* на шкіру та слизові оболонки відбувається в ранньому дитинстві; незважаючи на тривалий контакт організму з *Candida*, часто клінічних змін не відбувається, що призводить до тривалого міконосійства; «пусковий» фактор (специфічний або неспецифічний) призводить не тільки до розвитку специфічного патологічного процесу, але й алергічних його проявів [4, с. 22–94; 5, с. 37–38].

Алергічні прояви кандидозу дуже різноманітні; різною також може бути і тяжкість ушкодження. Висловлюється думка, що для їх появи необхідним є існування в організмі хворого сенсibiliзуючого осередку у внутрішніх органах, на слизових оболонках або шкірі. До факторів ризику виникнення алергічних станів при кандидозах відносять також генетично детерміновану схильність, ендокринопатії, хронічні соматичні захворювання, нераціональна антибактеріальна терапія, дистрофічні процеси, порушення імунологічного статусу. Слід також враховувати, що гриби роду *Candida* можуть виконувати роль допоміжних алергенів (з іншою інфекцією, ліками, параспецифічними факторами). Тобто, кандидозна інфекція може або попередньо створювати сенсibiliзацію організму, або доповнювати та посилювати алергічні стани. Деякі автори взагалі пропонують назвати цей стан «алергічним синдромом», причому ступінь його тяжкості у хворих на кандидоз може перевищувати основне захворювання (розвиток алергічного васкуліту, тромбофлебиту, мікотичної екземи та ін.). Не виключно, що в ряді випадків має місце і т. з. вторинна сенсibiliзація, тобто *Candida* сприяє сенсibiliзуючому впливу на організм різних мікроорганізмів (стрептококи, мікобактерії туберкульозу), ліків та інших факторів. Виникнення алергічного синдрому може суттєво вплинути як на клінічні симптоми кандидозу та первинної патології, на фоні яких він розвинувся, так і на ускладнений перебіг основного та супутніх захворювань.

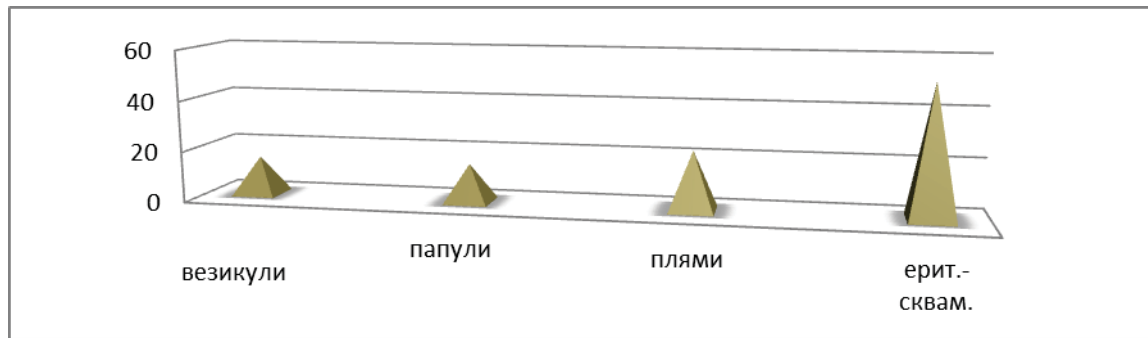
**Мета дослідження.** Порівняти клініко-анамнестичні дані у хворих на кандидозу шкіри з– та без наявності алергічних проявів; оцінити стан психофізіологічного стану (ПФС) пацієнтів у залежності від виду левурідів.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 80 хворих на поверхневі кандидози шкіри, чоловіків – 35, жінок – 45, віком від 20 до 50 років. Всі хворі були розподілені на три репрезентативні (за статтю, віком, давністю захворювання) групи: I, хворі на кандидоз, у яких не було жодних проявів алергічних реакцій як на шкірі, так і з боку інших органів та систем – 30; II, хворі на кандидоз, у яких єдиним проявом алергічної реакції була сверблячка шкіри – 20; III, хворі на кандидоз, у яких проявами алергічної реакції одночасно з сверблячкою була алергічна мономорфна чи поліморфна висипка – 30.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У хворих II групи, де сверблячка шкіри була єдиним проявом сенсibiliзації, вона у 18 з 20 (90,0%) пацієнтів спостерігалась у вогнищі ушкодження, у 12 (60,0%) – перифокально, у 8 (40,0%) – також на віддалених від основного осередку ушкодження місцях. У разі використання місцевих антикандидозних препаратів сверблячка шкіри зменшувалась в значній мірі у 13 з 20 (65,0%), ступінь її не зменшувався у 3 (15,0%), дещо посилювався – у 4 (20,0%).

В III групі, де окрім сверблячки шкіри виявлялась алергічна висипка, вплив місцевого лікування на зміни ступеню видів сверблячки (місцева, перифокальна, віддалена) був приблизно таким як і у II, відповідно – у 19 з 30 (63,3%), 5 (16,7%) та 6 (20,0%) пацієнтів.

На рисунку наведені дані про види алергічної висипки у хворих III групи.



**Рис. 1. Види алергічної висипки при кандидозах шкіри (у відсотках)**

Як свідчать дані, наведені на рисунку, у хворих на кандидози достовірно ( $p < 0,01-0,001$ ) частіше спостерігалися еритематозно-сквамозні алергічні прояви на шкірі.

**Висновки.** Таким чином, у хворих на кандидози шкіри клінічні прояви сенсибілізації організму можуть існувати у вигляді або тільки сверблячки, або сверблячки одночасно з алергічною висипкою. При цьому сверблячка шкіри зустрічається 3-х видів: безпосередньо у вогнищі ушкодження, перифокально і на віддалених ділянках. Серед її видів переважала висипка еритематозно-сквамозного характеру та у вигляді плям, але зустрічались також і везикули та папули. Перспективою подальших досліджень може стати з'ясування корелятивних зв'язків між впливом лікування та появою сверблячки і алергічної висипки на шкірі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Солошенко Е. М. Диференційна діагностика істинних та псевдоалергічних реакцій на лікарські засоби у хворих на поширені та тяжкі дерматози / Е. М. Солошенко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2004. – № 1–2 (7). – С. 209–210.
2. Кубась В. Г. Некоторые аспекты патогенеза кандидоза / В. Г. Кубась, В. П. Федотов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2002. – № 1–2 (5). – С. 23–28.
3. Светлова Е. Б. Грибковые заболевания и патология желудочно-кишечного тракта / Е. Б. Светлова // Журнал дерматовенерологии та косметологии ім. М.О. Торсуєва. – 2006. – № 1–2 (12). – С. 98–105.
4. Сергеев А. Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев // Лабораторная диагностика, клиника и лечение. – Москва: Три-ада, 2000. – 471 с.
5. Королева Ж. В. Лечение кандидоза кожи и разноцветного лишая / Ж. В. Королева, И. Н. Бондаренко // Розробка молодих вчених дерматовенерологів післядипломної освіти: матеріали наук.-практ. конф. – Київ, 2007. – С. 37–38.