

ФЛУКОНАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 266-58-14. E-mail: baumt@rambler.ru;

²ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» МЗ КК,

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/5,

тел. (861) 222-03-26. E-mail: tata@rambler.ru

Статья посвящена вопросам лечения кандидоза у новорожденных и детей раннего возраста. В ней разбираются факторы риска развития заболевания, особенности клиники, способы применения и дозы лечения противогрибковым препаратом флуконазолом.

Ключевые слова: дети раннего возраста, кандидоз, флуконазол.

T. G. BAUM¹, V. A. SHASHEL¹, T. V. SCHERBAKOVA², O. V. PERVISHKO¹

FLUCONAZOLE IN TREATMENT OF CANDIDIASIS THE CHILDREN IN EARLY AGE

¹GBOU VPO KubGMU Ministry of health of Russia,

Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4, tel. (861) 266-58-14. E-mail: baumt@rambler.ru;

²GBUZ «Specialized clinical pediatric infectious hospital» MH QC,

Russia, 350000, Krasnodar, Krasnaya partizan, 6/5, tel. (861) 222-03-26. E-mail: tata@rambler.ru

The article deals with issues fluconazole in treatment of candidiasis the children in early age. The article discusses risk factors for this disease, particular clinic, the ways of using, dose of antifungal drug treatment fluconazole.

Key words: the children in early age, candidiasis, flukonazole.

Введение

В последние годы наблюдается интенсивный рост частоты грибковых заболеваний в педиатрической практике, особенно у новорожденных и детей раннего возраста. В большинстве случаев кандидоз обусловлен грибами рода *Candida*. *Candida albicans* встречается в 75–94% случаев, значительно реже – *Candida tropicalis*, *Candida Krusei*, *Candida pseudotropicalis* и другие [1, 2].

Возрастание частоты кандидоза в инфекционной патологии детей раннего возраста обусловлено рядом факторов, которые принято обозначать как факторы риска [1, 2]. К факторам риска относятся:

- наличие грибковых заболеваний мочеполовой сферы у матери ребенка во время беременности (интранатальное инфицирование);
- особенности раннего периода жизни ребенка (недостаточность естественных защитных барьеров кожи и слизистых, а также особенности клеточного звена противоинфекционной защиты у детей раннего возраста);
- интенсивная иммуносупрессивная и антибактериальная терапия;
- критические ситуации (реанимация и интенсивная терапия, оперативное вмешательство и т. д.), где прослеживается тенденция превентивного назначения антибиотиков без должного бактериологического и микологического контроля;
- повышение колонизации грибов в кишечнике, т. е. кандидоносительство.

Среди различных форм кандидоза новорожденных и детей раннего возраста наиболее широко распространены поверхностные поражения кожи (кандидоз кожи), видимых слизистых (кандидоз видимых слизистых) и желудочно-кишечного тракта (кандидоз ЖКТ).

При врожденном кандидозе кожи наиболее часто процесс обусловлен *C. albicans*, значительно реже –

C. tropicalis, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*. *C. tropicalis* [1, 2]. Чаще он проявляется на 2-е сутки жизни. Приобретенный кандидоз кожи у детей раннего возраста в 60–65% случаев вызывается *C. albicans* [2, 3]. В остальных случаях кандидоз кожи, особенно складок на туловище детей, вызывается в основном *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* [3]. Приобретенный кандидоз кожи, как правило, протекает совместно с кандидозом полости рта. Вначале поражается кожа в подмышечных и пахово-бедренных складках, в процесс могут вовлекаться и кожные покровы внутренней задней поверхности бедер, вплоть до голени [1, 2].

Другим вариантом поражения кожи является кандидозный пеленочный дерматит, обычно развивающийся у детей, которые являются носителями грибов *Candida* в кишечнике. Обычно в процесс вовлекается кожа перианальной, межъягодичной областей, паховых складок, промежности и нижней части брюшной стенки. У мальчиков может быть поражена кожа мошонки и полового члена с развитием эрозивного баланита, у девочек – половые губы и влагалище. Пораженная кожа темно-красного цвета с лаковым блеском [1, 2, 3].

У новорожденных и детей раннего возраста кандидоз слизистых оболочек ротовой полости может проявляться в виде хейлита, гингивита и стоматита, но чаще, как правило, преобладают псевдомембранозная форма кандидоза полости рта, известная как молочница. Клинически она характеризуется типичными внешними проявлениями: гиперемией и умеренной отечностью пораженных слизистых оболочек, наличием легко снимающихся налетов белого цвета творожистого вида, иногда наблюдается зуд. Может поражать щеки, язык, редко небо и остальные отделы полости рта [1, 2].

У большинства новорожденных детей (в 73% случаев) кандидоз ЖКТ сочетается с кандидозом кожи

ягодиц и вокруг анального отверстия, а также видимых слизистых оболочек [1, 2].

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности применения препарата флуконазола [4] в лечении кандидоза у новорожденных и детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 167 детей первого года жизни, госпитализированных в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара за период 2009–2011 гг. У 69 (41,3%) больных на основании нашего обследования была выявлена кандидозная инфекция. Среди них 31 (44,9%) мальчик и 38 (55,1%) девочек (2/3 детей – первых шести месяцев жизни). Для диагностики кандидозной инфекции проводили определение антигена методом ПЦР со слизистой ротовой полости, бактериологический посев со слизистых кожи на грибы и микроскопическое исследование кала на грибы. Грибы рода *Candida* выделялись из фекалий при посевах в количествах, превышающих 10^{4-5} КОЕ/мл. Больные были распределены на три группы.

Первая группа – 40 детей (59,2%) с кандидозом слизистой ротовой полости, вторая группа – 11 детей (16,3%) с кандидозом кожи, третья группа – 17 детей (24,5%) с сочетанным поражением слизистых и кожи (рис. 1).

Клинические исследования показали, что основными заболеваниями у детей первого года жизни с кан-

дидозным инфицированием был кандидоз слизистой ротовой полости (молочница). Кандидоз слизистых оболочек полости рта обычно не требует общей терапии, достаточно проводить лишь местное лечение. Традиционно с этой целью использовали обработку пораженных участков 5–10%-ными растворами буры в глицерине, анилиновыми красителями, 2%-ным раствором бикарбоната натрия. В настоящее время возможности местной терапии значительно расширились. При поражении кожи и слизистых половых органов использовали анилиновые красители в сочетании с нистатиновой мазью или кремом «Кандид». При неэффективности местного лечения использовали препарат флуконазол внутрь или внутривенно по показаниям. Флуконазол (дифлюкан, медофлюкон, микосист, флюкостат, форкан), производное триазола, оказывает выраженное противогрибковое действие, активен в отношении ряда дрожжевых грибов, дерматофитов и возбудителей оппортунистических и эндемических микозов [4]. При кандидозе слизистой оболочки назначается в первые дни в дозе из расчета 6 мг/кг массы тела, затем 3 мг/кг/сут., при сочетанном поражении – до 10–12 мг/кг/сут. в один прием.

Результаты исследования и их обсуждение

При распространенном кандидозе полости рта у 15 (37,5%) новорожденных и детей раннего возраста



Рис. 1. Распределение детей с различными формами кандидоза

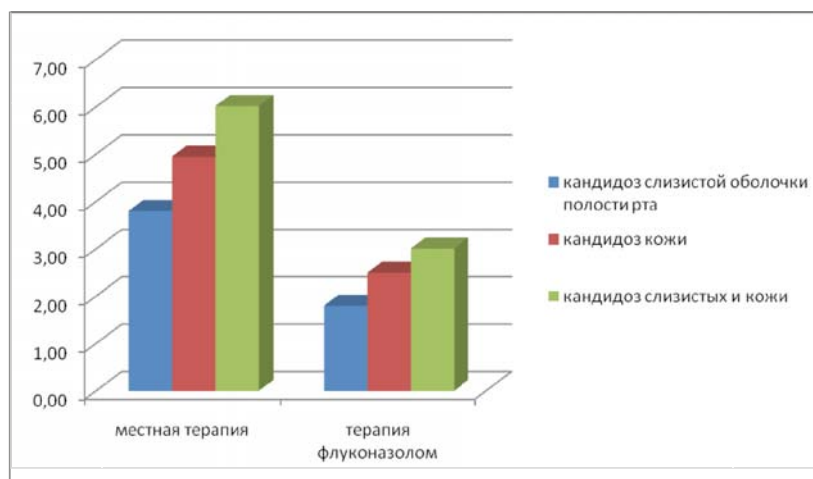


Рис. 2. Сравнительная эффективность терапии

использовали флуконазол из расчета 3–5 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема. Диагноз кандидоза был как самостоятельным, так и сопутствующим при другой инфекционной патологии. В зависимости от степени поражения кожных покровов (кандидозная опрелость – 7 (10,3%), тотальное поражение всей поверхности тела – 4 [5,9%]) дети получали как местную, так и терапию флуконазолом. Флуконазол назначали из расчета 5–6 мг/кг массы тела один раз в сутки. Длительность курса определялась выраженностью кожного поражения. При местной терапии эффект наступал на 6–7-й день, при приеме флуконазола – на 3–4-й день от начала терапии (рис. 2).

При сочетанном поражении слизистых оболочек полости рта с кандидозом других отделов желудочно-кишечного тракта 10 (14,4%) детей получали флуконазол внутрь, а 7 (10,1%) – внутривенно.

Клиническое наблюдение показало, что начальный терапевтический эффект отмечен более чем у 2/3 больных на 2-й, а у остальных – к концу 1-го дня применения препарата. Полная санация оболочки полости рта у большинства детей достигнута в течение 3–4 дней терапии. Как видно из рисунка 2, клинические исследования показали, что у 66 (39,3%) пациенток отмечалось исчезновение или значительное уменьшение выраженности симптомов заболевания уже на следующий день после применения препарата флуконазола. Трое пациентов нуждались в более длительном курсе, до 5–7 дней. Эту группу составили дети с кандидозом желудочно-кишечного тракта и с длительной антибактериальной терапией.

Высокая клиническая эффективность, короткий курс лечения, низкая частота побочных эффектов позволяют назначать флуконазол при первых проявлениях кандидоза у новорожденных и детей раннего возраста. У всех больных, получавших флуконазол, отмечались хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций. Катамнестическое наблюдение в течение трех месяцев не выявило рецидивов кандидозной инфекции.

Препарат флуконазол является эффективным и безопасным средством для лечения кандидоза у новорожденных и детей раннего возраста, способствует сокращению продолжительности симптомов заболевания и сроков пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина В. Ф., Ключникова С. О., Самсыгина Г. А. Патология новорожденных и детей раннего возраста // Лекции по педиатрии. – М.: РГМУ, 2002. – Т. 2. – С. 124.
2. Самсыгина Г. А., Буслаева Г. Н., Конюшин М. А. Кандидоз новорожденных и детей раннего возраста: Пособие для врачей. – М., 2006. – 40 с.
3. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии, диагностика, клиника и лечение. – М.: ТРИАДА-Х, 2000. – 148 с.
4. Страчунский Л. С., Белоусов Ю. Б., Козлова С. Н. Антибактериальная терапия: Практик. рук. – М., 2000. – 348 с.

Поступила 25.10.2012

С. А. БОЙКОВ¹, Э. М. ШАДРИНА², Е. Г. БАЛЯНОВА¹, Н. С. ШАТОХИНА¹

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ АМИНОКИСЛОТ У РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

¹Педиатрическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,

Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1;

²кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8-961-859-77-63. E-mail: LMSHADR @list.ru

В данной статье представлен клинический пример длительного применения в качестве основного лечебного продукта смеси, содержащей свободные аминокислоты у ребенка с тяжелой формой пищевой аллергии. Катамнестическое наблюдение подтвердило высокую эффективность и безопасность вскармливания смесью «Неокейт», позволило исключить одну из основных причин заболевания – аллергию к белку коровьего молока, сохранить полноценное питание и обеспечить гармоничное физическое и нервно-психическое развитие ребенка.

Ключевые слова: аллергия, диета, лечебная смесь.

S. A. BOYKOV¹, E. M. SHADRINA², E. G. Balyanova¹, N. S. SHATOKHINA¹

EXPERIENCE MIXTURES BASED ON AMINO ACIDS IN A CHILD WITH SEVERE FOOD ALLERGY

¹Department of pediatric Children's regional clinical hospital,

Russia, 350007, Krasnodar, Victory square, 1;

²department of faculty of pediatric SBEI HPE KubSMU of the Ministry of health development of Russia,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8-961-859-77-63. E-mail: LMSHADR @list.ru

This article presents a clinical example of long-term use as a primary therapeutic product mixture containing free amino acids in a child with severe food allergies. Follow-up confirmed the high efficacy and safety of feeding a mixture of «Neocate» has eliminated one of the major causes of disease – an allergy to cow's milk, to keep good nutrition and ensure a harmonious physical and psychological development of the child.

Key words: allergy, diet, therapeutic mixture.