



Лечение кандидоза у детей раннего возраста

А. В. Телунц*

2004, том 3, № 4, с.89-90.

Консультативно-диагностическая поликлиника Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Москва

Обследованы 32 девочки в возрасте от одного до пяти лет с микотическим вульвитом. Для их лечения применялся иммуномодулятор с противовоспалительной и противовирусной активностью Гепон в виде монотерапии (на пораженные участки кожи и слизистой вульвы прикладывали марлевую салфетку, смоченную 0,04% раствором Гепона). Процедуры выполняли один раз в сутки с интервалом 1-2 дня (курс - три процедуры). У девочек, получивших Гепон, выявлена полная санация мазка по истечению одного месяца от начала терапии. Все пациентки, получавшие Гепон, отмечали хорошую переносимость, отсутствие побочных реакций. Ключевые слова: *Гепон, микотический вульвит.*

Treatment infants with candidosis

A.V.Telunts

The Consultative-Diagnostic Outpatient Department of the Medical Center of the General Management Department of the President of the Russian Federation, Moscow.

There were observed 32 girls from 1 to 5 years old with mycotic vulvitis. The immunomodulator Gepon, which has anti-inflammatory and antiviral activity, was indicated as a monotherapy for their treatment. The gauze bandage with 0,04% solution of the medicine was applied on the affected skin area and on the mucous tunic of vulva once a day, every 1-2 day, total 3 times for course. After 1 month from the beginning of the therapy, there were detected overall sanitation of the uterus in patients, who received Gepon. There weren't any side effects and all the patients had good tolerance of this medicine. Key words: Gepon, mycotic vulvitis.

Воспалительные заболевания гениталий являются самой распространенной гинекологической патологией. В ее структуре вульвовагиниты в различные возрастные периоды составляют 68-93% [1, 2]. В последние годы отмечен рост инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, вызванных грибами рода *Candida*: среди новорожденных и детей раннего возраста их частота достигает 15,1% [1].

У новорожденных детей и детей раннего возраста, особенно грудного, возбудителем кандидоза в 75-94% случаев является *Candida albicans*, значительно реже - *Candida tropicalis*, *Candida Krusei* и др. Возможно сочетание *Candida albicans* с другими видами грибов и микроорганизмов [4].

Candida - аэробы и являются сапрофитами слизистых оболочек полости рта, кишечника, половых органов и кожи. Их принято относить к условно-патогенным микроорганизмам. Клетки гриба имеют сложное строение, препятствующее проникновению ряда веществ, в том

* Для корреспонденции:

Телунц Арменуи Володяевна, доктор медицинских наук, врач-гинеколог Консультативно-диагностической поликлиники Медицинского центра Управления делами Президента РФ

Адрес: 109012, Москва, Старопанский пер., 3 Телефон: (095)727-1166

Статья поступила 13.03.2004 г., принята к печати 06.07.2004 г.

числе и лекарственных препаратов, вглубь клетки.

Адгезивные и пролиферативные свойства грибов возрастают при воздействии на организм человека большинства антибиотиков, глюкокортикоидов и цитостатиков. Однако для развития заболевания процессов адгезии, пролиферации и даже инвазии грибов недостаточно, поскольку человек обладает естественной резистентностью к грибковой инфекции. Она обусловлена, прежде всего, защитными свойствами поверхностей тела, вступающих в контакт с возбудителем, а также фагоцитарной активностью, активностью факторов неспецифической защиты и собственно состоянием и уровнем ответа иммунной системы организма.

Физиологические особенности строения кожи и слизистых детей раннего возраста, несовершенство их защитных реакций формируют более благоприятные условия для персистенции грибов и развития инвазивного микотического процесса.

Несмотря на возможность антенатального и интранатального инфицирования, все же основным путем остается постнатальный. В таком случае грибы рода *Candida*, являясь постоянными обитателями кожи, слизистых оболочек ротовой полости, носоглотки и кишечника, респираторного и мочевого трактов, могут стать непосредственной причиной развития кандидозной инфекции у ребенка. Этому способствуют провоцирующие факторы, к которым можно отнести ранний перевод на искусственное вскармливание с использованием смесей с повышенным содержанием сахара, гипотрофию, интеркуррентные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, применение антибиотиков, глюкокортикоидных гормонов, цитостатиков [3, 4].

В течение многих лет в арсенале лечебных средств, используемых в терапии кандидоза у детей раннего возраста, имелся весьма ограниченный выбор антимикотических препаратов как местного, так и общего действия.

Целью исследования явилось изучение клинко-лабораторной эффективности препарата Гепон в лечении кандидоза у детей раннего возраста.

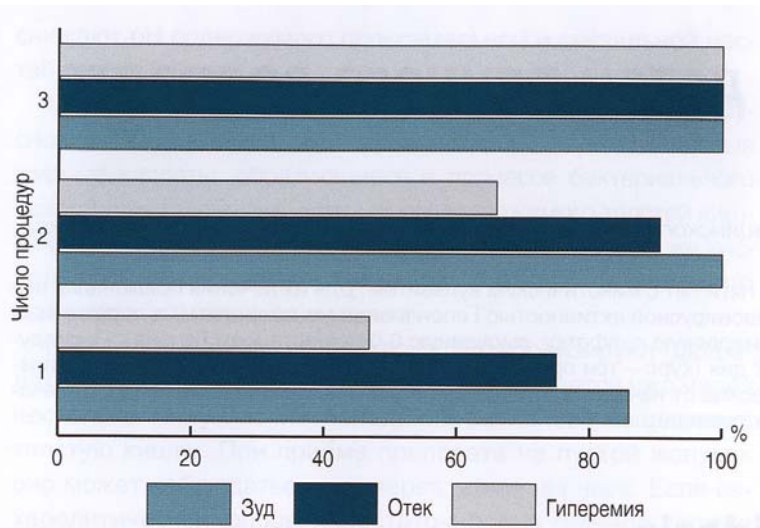


Рисунок. Динамика исчезновения симптомов микотического вульвита у детей раннего возраста, получавших примочки с Гепоном.

Под нашим наблюдением в амбулаторных условиях находились 32 девочки в возрасте от одного года до пяти лет, у которых на основании клинко-лабораторных исследований был диагностирован микотический вульвит.

У обследованных девочек доминирующими жалобами были сильный зуд и ощущение жжения в области наружных половых органов. У всех пациенток жалобы появились в течение месяца после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ). Из 32 девочек только 15 (47%) получали антибиотикотерапию.

При гинекологическом осмотре обнаружено, что вульва гиперемирована, отечна, с беловатыми наложениями.

Всем девочкам проведена микроскопическая оценка вагинального отделяемого (окраска по Граму). Вагинальные мазки у них отличались выявлением грибов рода *Candida*. У пяти девочек в вагинальных мазках отмечались обилие смешанной, преимущественно кокковой флоры.

Лечение проводили препаратом Гепон (отечественный иммуномодулятор с противовоспалительной и противовирусной активностью) в виде монотерапии. Гепон частично или полностью восстанавливает количество клеток в истощенных популяциях лейкоцитов и лимфоцитов, повышает ослабленные функции отдельных звеньев иммунитета и иммунной системы в целом [5].

Для терапии применяли примочки с Гепоном: на пораженные участки кожи и слизистой вульвы прикладывали марлевую салфетку, смоченную 0,04% раствором Гепона. Процедуры выполняли один раз в сутки с интервалом 1-2 дня (курс - три процедуры).

Клиническая эффективность терапии оценивалась по сроку исчезновения клинической симптоматики, нормализации показателей бактериоскопического исследования (рисунок).

У девочек, получавших Гепон, отмечались:

- исчезновение зуда и жжения после первой процедуры -86%, после второй - 100%;
- исчезновение гиперемии и отека вульвы после второй процедуры - 90,6% и 66% соответственно, после третьей процедуры - 100%;
- полная санация мазка по истечению одного месяца от начала терапии у всех девочек.

У всех пациенток, получивших Гепон, отмечались хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных реакций. У одной девочки начало терапии совпало с обострением аллергического дерматита.

Анализ отдаленных результатов лечения в течение трех месяцев показал, что стойкий терапевтический эффект (отсутствие рецидивов и хорошее самочувствие) наблюдался у всех девочек.

Таким образом, высокая терапевтическая эффективность, относительная простота применения, отсутствие побочных явлений, хорошая переносимость позволяют рекомендовать Гепон для лечения микотического вульвита у детей раннего возраста.

Литература

1. Богданова Е.А. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. Гинекология 1999; 1(3): 86-9.
2. Гуркин Ю.А., Гоготадзе И.Н. Расширение терапевтических возможностей при лечении вульвовагинитов у девушек. Гинекология 2000; 1: 20-2.
3. Коколина В.Ф., Бижанова Д.А. Диагностика и лечение вульвовагинитов Педиатрия 1993; (6): 57-9.
4. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н. Дифлюкан в лечении и профилактике кандидоза у новорожденных и детей раннего возраста. Педиатрия 1997; Приложение; 16.
5. Учайкин В.Ф. Гепон (Пособие для врачей). М., 2003; 30.