

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ФАРИНГОМІКОЗІВ У ДІТЕЙ

Фарингомікоз (ФМ) – це ураження слизової глотки та порожнини ротової порожнини грибами (В 37.0 згідно МКХ-10).

Епідеміологія. В даний час дана патологія зустрічається досить часто, особливо у дітей і складає близько 30% інфекційних уражень глотки. Грибкова етіологія визначається у 29% випадків фарингіту та 17% випадків хронічного тонзиліту. Особливо розповсюдженим є кандидоз слизової оболонки порожнини рота у новонароджених (молочниця). Виникнення кандидозу пов'язано з незформованістю імунного захисту у новонароджених та дітей молодшого віку від дії мікотичної інфекції. На ФМ часто хворіють діти старшого віку. У багатьох з них виникнення захворювання пов'язано з грибковим інфікуванням у ранньому віці й не повній елімінації джерела інфекції.

Етіологія. Основними збудниками ФМ являються різноманітні види дріжджеподібних грибів роду *Candida* (в 95-97 % випадків): *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. intermedia*, *C. brumpti*, *C. sake* та інші. Домінуючим збудником є *C. albicans*, що виділяється в понад 50% спостережень. В 3-5% грибкові ураження глотки викликаються пліснявими грибами родів *Geotrichum*, *Aspergillus*, *Penicillium* та інших.

Класифікація. Виділяють наступні клініко-морфологічні варіанти фарингомікозу: еритематозний (катаральний); псевдомембранозний; гіперпластичний; ерозивно-виразковий. За перебігом фарингомікоз буває гострим та хронічним.

Клініка. При ФМ наявні скарги на дискомфорт в горлі, відчуття печіння, сухості, садіння, першіння, поколювання, котрі більш виражені, ніж при бактеріальному ураженні глотки. Біль, як правило помірний, підсилюється при ковтанні й прийомі подразнюючої їжі. Можливий виражений кашель. Рідше виникає гіпертермія, шийний лімфаденіт, Інколи захворювання протікає безсимптомно й виявляється випадково.

Діагностика. Важливим є збір скарг та анамнезу (зокрема прийом антибіотиків, цитостатиків, наявність імунodefіцитів). Візуально виявляється виражена гіперемія, набряк та інфільтрація слизової оболонки. Характерна наявність нашарувань творожистих нашарувань білого кольору, що знімаються при огляді не лише на мигдаликах, але й на задній стінці глотки, дужках, піднебінні, в порожнині рота (шоки, ясна, губи). Наявність нашарувань і однобічне

ураження є патогномонічними діагностичними ознаками ФМ. При мікологічному дослідженні проводяться мікроскопія, бажано з фарбуванням, та посів виділень на харчові середовища. Як правило, кандиди висіваються за результатами звичайного бактеріологічного посіву. Бажаним є виконання клінічного аналізу крові, глюкози крові, імунограми.

Диференційну діагностику проводять з бактеріальним фарингітом та тонзилітом (частіше лакунарною ангіною), лептотрихозом, скарлатиною, дифтерією, туберкульозом, сифілісом, ангінозною формою інфекційного мононуклеозу, злоякісними новоутвореннями, неврозами глотки.

Лікування. У деяких випадках фарингомікоз минає самостійно, без використання будь-яких засобів. Частіше захворювання має стійкий характер та вимагає активного лікування. Метою лікування є елімінація гриба – збудника микозу, та корекція імунodefіцитного стану. Лікування, як правило, проводиться в амбулаторних умовах. Кінцевим очікуваним результатом лікування є зникнення скарг пацієнта та нормалізація фарингоскопічної картини. Середня тривалість лікування становить 7 днів.

За останні 3 роки на базі ДКЛ №2 м. Києва проліковано, переважно амбулаторно, близько 180 дітей з фарингомікозами. Враховуючи високу чутливість за результатами лабораторних досліджень кандиди до ністатину та клотримазолу в якості стартової терапії ми місцево призначили водний розчин клотримазолу (Кандид) у вигляді крапель, або обережних аплікацій тричі на добу. Додатково призначали Ністатин двічі на добу у вигляді суспензії, приготованої *ex tempore*, для комфорту пацієнтів маскуючи препарат медом, що дозволяло забезпечити максимально тривале знаходження препарату в порожнині рота та глотки. Дітям після 4-х років додатково призначали зрошення (Орасепт) глотки або полоскання (Стоматидин) антисептиками, що мають антимікотичну дію. Інколи призначали таблетки для розсмоктування, що містять деквалінію хлорид. Усім пацієнтам додатково призначали препарати, що нормалізують флору порожнини рота та глотки (Біогайл прорентіс, Бактобліс) по 1 таблетці на ніч протягом 10 днів. Пацієнтам з ФМ рекомендували щадну, вітамінізовану дієту. Курс лікування складав 5-10 днів.

В окремих випадках системно призначали Флюконазол курсами від 3-х до 10 днів в дозі

10 мг/кг до 4-х років у вигляді суспензії, з 4-х років у таблетованій формі, з 12 років стандартно у дозі 150 мг на добу одноразово. Показаннями були: неефективність місцевої терапії; часті рецидиви після місцевої терапії, хронічні тривалі рецидивуючі форми ФМ, імунодефіцит. Додатково даним пацієнтам з метою неспецифічного підвищення імунітету призначали імупрет, місцевий імуностимулятор імудон.

© Ю.В. Шевчук, Л.М. Бака, 2019

Ю.В. ШЕВЧУК, О.В. МОЗИРСЬКА (КИЇВ, УКРАЇНА)
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГІПЕРТРОФІЇ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА
З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ**

Гіпертрофія аденоїдів є найбільш поширеною патологією, що викликає обструкцію верхніх дихальних шляхів в дитячому віці. Хоча гіпертрофія аденоїдів є мультифакторіальним станом і його етіологія не до кінця вивчена, загальноприйнятою є думка, що хронічні та періодичні важкі запальні захворювання аденоїдної тканини, є важливим фактором розвитку алергії. Алергічний процес є розповсюдженим видом запалення.

Аденоїди піддаються дії антигенів через дихальні шляхи і опосередковують імунологічний захист верхніх дихальних шляхів і травного тракту. Алергічні захворювання можуть ініціювати запальні процеси, які впливають на аденоїдну тканину, і в цьому випадку вони можуть призвести до алергічного аденоїдиту. Це призводить до того, що відбувається інфільтрація аденоїдної тканини ІgЕ-позитивними тучними клітинами.

Алергічний риніт (АР) є одним з найбільш поширених хронічних захворювань, що вражає 10-40% всієї популяції. Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність цього захворювання росте. АР зазвичай виникає після другого року життя, для сенсibiliзації дітей необхідно принаймні дві або більше сезонів експозиції пилку. Коморбідна залежність між аденоїдною і аденотонзиллярною гіпертрофією та алергією верхніх дихальних шляхів, запаленням слизового бар'єру верхніх дихальних шляхів через ІgЕ-опосередковану гіперчутливість показана в багатьох дослідженнях.

Алергія вважається фактором ризику гіпертрофії аденоїдів. З іншого боку, оскільки клінічні симптоми АР і гіпертрофії аденоїдів

Реабілітації та диспансерного нагляду пацієнт не потребує.

Висновок. При лікуванні фарингомикозів у дітей слід віддавати перевагу місцевому лікуванню, призначаючи антимікотичні препарати та препарати що нормалізують мікрофлору ротоглотки. Системну антигрибкову терапію слід використовувати лише за обмеженими показаннями.

подібні, лише один з них зазвичай діагностується у пацієнта. Доведено, що продукція ІgЕ не обмежена лише слизовою оболонкою носа, але також присутня в лімфатичній тканині кільця Вальдеєра.

За допомогою носової ендоскопії та акустичної ринометрії продемонстровано, що тканина носоглотки максимально тимчасово гіпертрофована навесні. Також було досліджено вплив атопії на АГ і продемонстровано, що АР є фактором ризику розвитку гіпертрофії аденоїдів у дітей. Доведено, що ризик гіпертрофії більший у дітей з АР, які мають алергію на кліщів домашнього пилу.

Встановлено, що у пацієнтів, які перенесли аденотомію, середнє значення загального ІgЕ в гомогенатах аденоїдної тканини атопічної групи виявилось вищим, ніж в групі неатопіків, виявлено, що середнє значення антитіл НДМ-специфічних ІgЕ і ІgА були значно вищими, ніж у неатопіків.

Проведені дослідження, які вивчають зв'язок між АР та гіпертрофією аденоїдів в біохімічному, гістологічному, цитологічному та імуногістохімічному контекстах. Також дослідження показують ефективність антиалергічних препаратів, в першу чергу топічних глюкокортикостероїдів, в лікуванні гіпертрофії аденоїдних вегетацій.

В нашому дослідженні 308 пацієнтів, що мали утруднене дихання через ніс і дихали ротом, 80 мали аденотонзиллярну гіпертрофію, 61 – тільки гіпертрофію аденоїдів і 66 – гіпертрофія мигдалин. Серед них 110 (36%) були атопічними і мали позитивні шкірні тести на інгаляційні алергени: 105 (95%) пацієнтів були позитивні-