

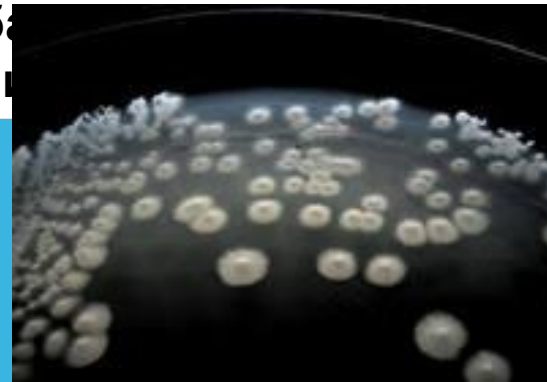
# КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

ВЫПОЛНИЛА: КУРЕНКОВА МАРИЯ  
07613ГР.  
ПРОВЕРИЛА: ТЕН Н.В..

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Кандидоз — одна из разновидностей грибковой инфекции, вызывается микроскопическими дрожжеподобными грибами рода *Candida* (*Candida albicans*). Всех представителей данного рода относят к условно-патогенным.**

**Микроорганизмы рода Кандида входят в состав нормальной микрофлоры рта, влагалища и толстой кишки большинства здоровых людей. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов рода *Candida*, а их размножением в большом количестве, или попаданием более патогенных штаммов гриба. Кандидоз возникает при снижении общего иммунитета.**



Грибы рода Candida – это одноклеточные микроорганизмы округлой или овальной формы. Диаметр клетки от 2 до 5 мкм, а длина может быть до 12-16 мкм.



Форма размножения – почкование. Почки возникают на одном или двух концах клетки, но мицелия грибы не имеют. Образовываются цепочки псевдомицелия, в отличие от истинного мицелия, который имеет общую оболочку и множество перегородок.

# ПРИЧИНЫ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

- осложненное течение родов (раннее отхождение околоплодных вод);
- инфекция, занесенная во время родов;
- позднее первичное прикладывание детей к груди матери (на 2-5 день жизни);
- ранний перевод на искусственное вскармливание с использованием смесей с повышенным содержанием сахара;
- общая слабость иммунитета;
- недоедание;
- нарушения функций желудочно-кишечного тракта;
- диарея;
- прием антибиотиков глюкокортикоидных, гормонов, цитостатиков;
- длительное воздействие неблагоприятных физических факторов (например, теплая влажная среда).



## Быстрая колонизация полости рта новорожденных и грудных детей грибами рода *Candida* обусловлена:

- высокой адгезивной способностью грибов *Candida*;
- недостаточностью развития иммунной системы ребенка (низкий уровень секреторного иммуноглобулина А, недостаточность фунгистатистической активности лизоцима, сывороточной фунгистазы крови и т.д.)
- отсутствием конкурентной микрофлоры (не стабилизирован микробный пейзаж полости рта детей);
- низким уровнем защитных свойств слизистой оболочки полости рта (отсутствие муцина и мальтозы);
- гипосаливацией и физиологическим ацидозом полости рта;
- высоким содержанием в слизистой полости рта детей раннего возраста гликогена;
- морфофункциональной незрелостью слизистой оболочки полости рта новорожденных и детей грудного



# В ГРУППУ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА ВХОДЯТ:

1. недоношенные дети;
2. новорожденные, рожденные от матерей с кандидозом;
3. часто болеющие дети с хроническими очагами в носо- и ротоглотке;
4. дети с оппортунистическими и внутриутробными вирусными и бактериальными инфекциями, протекающими на фоне вторичного иммунодефицита (герпетическая, цитомегаловирусная и др);
5. онкогематологические больные;
6. ВИЧ-инфицированные дети (риск развития кандидозного сепсиса);



# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА:

**По степени поражения:**

- Поверхностный
- Глубокий

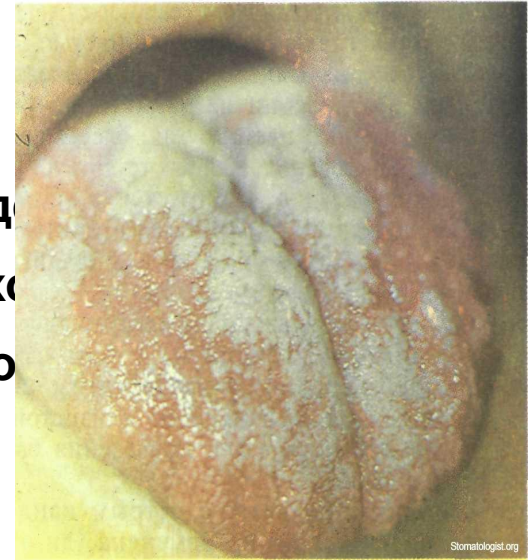
**По распространенности:**

- Генерализованный
- Очаговый.



# Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница).

Клинические признаки молочницы проявляются на 5 - 14-й день после рождения. Развитию молочницы предшествуют сухость и трещины слизистой оболочки, которая затем становится ярко-красной, отечной, блестящей.





# ЛЕГКАЯ ФОРМА

При легкой форме образование точечного или точечно-островкового характера, белого цвета, напоминает свернувшееся молоко, располагается на ограниченных участках слизистой оболочки полости рта, чаще на языке или щеках.



## СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА

При среднетяжелой форме грибки проникают в поверхностные, а затем и глубокие слои эпителия, что обуславливает затрудненное снятие налета, на месте которого образуется эрозированная, иногда кровоточащая поверхность слизистой оболочки. Регионарные лимфатические узлы могут быть несколько увеличены и болезненны.



# Тяжелая форма

При тяжелой форме, при соскабливании удаётся снять лишь небольшое количество налета. При этом сохраняется часть пленки беловатого цвета прочно спаянной со слизистой оболочкой полости рта.

Подлежащие ткани инфильтрированы. Выявляется лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов.

Нарушается общее состояние,

ребенок отказывается от приема пищи, повышается температура тела, появляется сухость слизистой оболочки полости рта, слюна становится вязкой. Грибы могут распространяться из полости рта на пищеварительный тракт и дыхательные пути. У маленьких детей нередко кандидозные поражения кожи в области гениталий, шейных и межпальцевых складок, что важно учитывать как источник повторного инфицирования полости рта. Тяжелая форма кандидоза слизистой оболочки полости рта часто сочетается с поражением ногтей, кожи и внутренних органов



# ХРОНИЧЕСКИЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ

**Хронический псевдомембранозный кандидоз - редкая форма грибковых поражений. Встречается у больных ВИЧ-инфекцией и при других формах иммунодефицита. Характерно длительное персистирующее течение, устойчивость к лечению, частое вовлечение в процесс всех отделов слизистой оболочки полости рта, пленки отделяются с трудом, после снятия остается эрозивная кровоточащая поверхность.**



# Острый атрофический кандидоз (кандидозный глоссит, антибиотиковый кандидоз)

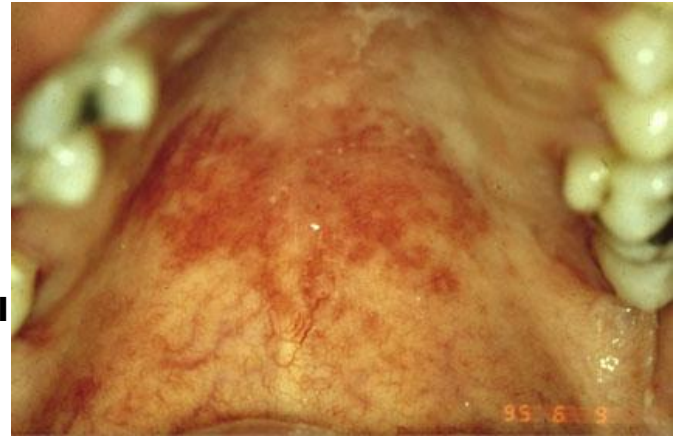
Может возникнуть сразу, на фоне нормального состояния слизистой оболочки полости рта или быть осложнением молочницы.

Клиническая картина: слизистая оболочка рта сухая, гиперемированная, возможна атрофия сосочков языка (язык - малиново-красного цвета, блестящий, слизистая оболочка языка гладкая, лишенная сосочков, гиперемированная, истонченная).



# ОСТРЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ (КАНДИДОЗНЫЙ ГЛОССИТ, АНТИБИОТИКОВЫЙ КАНДИДОЗ)

**При наличии складок на спинке языка процесс захватывает дно и боковые поверхности складок. Заболевание сопровождается чувством сухости, увеличения языжения, иногда довольно сильной болезненностью.**



**Характерный налет либо отсутствует, либо сохраняется только в глубоких складках, снимается с трудом. Общее состояние больного не страдает.**

# ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ



- 1) микроскопическое исследование патологического материала;
- 2) количественное определение степени обсемененности пораженных тканей грибами;
- 3) идентификацию полученных культур;
- 4) внутрикожную аллергическую пробу с антигеном Candida;
- 5) серологические реакции;
- 6) гистологические исследования;
- 7) биологические исследования (эксперимент на животных).

# ДИАГНОСТИКА

**8. Посев с учетом засеянности (в норме 150 - 1000 колоний в 1мл смыва, при кандидозе - 3600 - 13000 колоний в 1 мл смыва)**





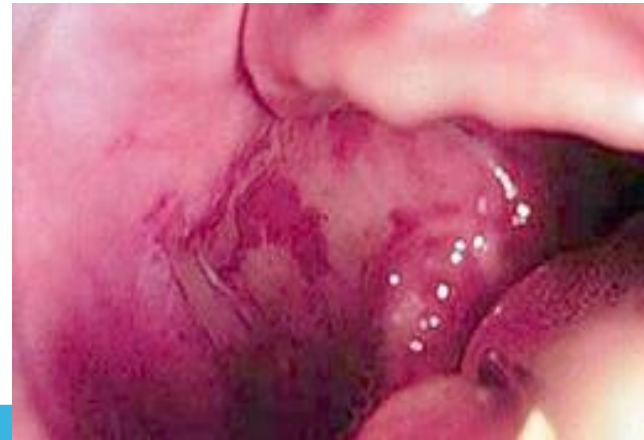
## Дифференциальный диагноз

Лейкоплакией (плоской и веррукозной формы), для которой характерными признаками являются помутнение эпителия с четкими границами, пятна белого и беловато-серого цвета, не соскабливаются. Верукозная лейкоплакия развивается на фоне имеющейся плоской, элемент поражения — бляшка, выступающая над окружающей слизистой оболочкой



## Дифференциальный диагноз

**С красным плоским лишаем (типичной формой), для которого характерными признаками являются папулы беловато-серого цвета, которые при поскабливании не снимаются. Слившиеся папулы образуют специфический ажурный рисунок**



# Дифференциальный диагноз

## Острый герпетический стоматит:

Наблюдаются симптомы общей интоксикации и региональный лимфаденит. Катаральный период характеризуется максимальной выраженностью симптомов общей интоксикации в сочетании с выраженными местными изменениями непосредственно в полости рта.

При тяжелой форме патологии температура может достигать 39–40°С, ринит, конъюнктивит, катаральные явления со стороны слизистой оболочки полости рта.

Резко выражен регионарный лимфаденит:

увеличены подчелюстные и шейные лимфатические узлы.

Возможно вторичное присоединение кандидиинфекции.



# Дифференциальный диагноз

Актиническим хейлитом, для которого характерными признаками являются отек, гиперемия, эрозии, трещины, чешуйки и корочки, шелушение в ответ на воздействие солнечной радиации;



# ДИФФИРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом следует дифференцировать острый псевдомембранозный кандидоз (молочницу). Для первого характерными клиническими признаками являются афты, одиночные, округлой формы, покрытые фиброзным налетом, с трудом снимающимся при поскабливании и обнажающим эрозивную кровоточащую поверхность.



# ДИФФИРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Сифилитической папулой, для которой характерны одиночные папулы на коже и слизистых, наличие уплотнения в основании папулы, в обильном отделяемом эрозии обнаруживается бледная трепонема. Положительная реакция Вассермана;



# ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

## Комплексное:

Этиотропное – создание условий, которые задерживают рост грибов: гигиена полости рта, ошелачивание, антисептические полоскания

Патогенетическое – лечение сопутствующих заболеваний, санация полости рта, гипосенсибилизирующая терапия, иммуностимулирующая терапия, витаминотерапия

Симптоматическое – обезболивание, кератолитические и кератопластические средства



## ПРОГНОЗ.

**Благоприятный. При соблюдении лечения.**





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

