Министерство науки и образования Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра оториноларингологии

Реферат

на тему: «Фарингомикоз»

Подготовила врач-интерн кафедры оториноларингологии Мохнюк Т.С.

г. Симферополь 2016 год

Определение.

Фарингит - воспаление слизистой оболочки ротоглотки. Тонзиллит - воспаление одного или нескольких лимфоидных образований глоточного кольца. Фарингомикоз (ФМ), тонзилломикоз (ТМ), грибковый аденоидит (ГА) - фарингит/тонзиллит, вызванный грибами. Или же: грибковое поражение полости рта, грибковый фарингит, грибковый тонзиллит, грибковое поражение глотки, молочница.

Классификация.

ФМ - по локализации - хейлит, глоссит, стоматит, гингивит, фарингит, ТМ, ГА, - тонзиллит, аденоидит.

По клиническому течению выделяют 2 формы фарингомикоза - острая и хроническая. Во многих случаях острый процесс переходит в хронический вследствие неправильной диагностики и нерационального лечения.

Клинико-морфологические варианты ФМ:

· эритематозный (катаральный) - эритема с гладкой «лакированной» поверхностью, при этом наблюдается болезненность, жжение, сухость в полости рта;

· псевдомембранозный - налеты белого цвета, творожистого вида, снимающиеся с обнажением ярко-красного основания, иногда с кровоточащей поверхностью;

· гиперпластический - гиперплазия лимфоидной ткани, эритема с гладкой «лакированной» поверхностью, при этом наблюдается болезненность, сухость , жжение в полости рта;

· эрозивно-язвенный - белые пятна и бляшки, трудно отделимые от подлежащего эпителия, по удалении обнажается эрозированная кровоточащая поверхность слизистой оболочки.

Эпидемиология

Частота развития ФМ за последние 15 лет резко увеличилась и составляет до 30% в структуре инфекционных пораженй глотки и миндалин.

В детском возрасте заболеваемость ФМ высока Особенно распостраненным является кандидоз слизистой оболочки полости рта у новорожденных (молочница). Возникновение кандидоза связано с незавершенностью формирования иммунной защиты у новорожденных от микотической инфекции. ФМ часто болеют и дети старшего возраста. У многих из них возникновение заболевания связано с грибковым инфицированием в раннем возрасте и неполной элиминацией очага инфекции. ФМ встречается у 14.9% детей с хроническим фарингитом, ТМ у 25.6 % детей с хроническим тонзиллитом и ГА - у 18.8% детей с хр. аденоидитом.

У взрослого населения ФМ диагностируется с одинаковой частотой от 16 до 70 лет, а в отдельных случаях и в более старшем возрасте.

Хронические ларингиты составляют 8,4% - 10% от всей патологии ЛОР-органов. Доля грибкового поражения при хроническом ларингите может достигать 38%, среди них на долю гиперпластической формы приходится до 55% наблюдений, на катаральную форму - 31 % наблюдений, и на атрофическую - 14% наблюдений, соответственно.

Этиология

Основными возбудителями ФМ являются различные виды дрожжеподобных грибов рода Candida (у 97% случаев): C. Albicans, C. Tropicalis, C. Krusei, C. Intermedia и другие. Доминирующим возбудителем является гриб C. Albicans, выделяемый в 50% наблюдений. В 3% грибковые поражения ротоглотки вызываются плесневыми грибами родов Geotrichum, Aspergillus, Penicillium и другие.

При грибковом поражении глотки и миндали у детей возбудителями явились грибы рода Candida, они выявлены в 100% наблюдений. При культуральной диагностике выделяют следующие виды: C. Albicans (40.6%), C. Tropicalis (17.1%), С.spp (34,6%).

Патогенез

В основном все виды грибов вызывающих микоз ЛОР-органов, относятся к условно-патогенных и вызывают заболевание только при определенных факторах, предрасполагающих к развитию и размножению грибов, обеспечивая их переход от сапрофитии к патогенности. В связи с этим важно знать предшествующие заболеванию условия, приводящие к реализации патогенных свойств грибов. Основными патогенетическими моментами возникновения микоза являются адгезия (прикрепления гриба к слизистой оболочке), колонизация гриба и его инвазивный рост.

Эндогенными факторами, предрасполагающими к распространению микотического поражения, являются соматические заболевания. Сопутствующее им общее ослабление организма, нарушение обмена веществ, авитаминозы могут играть немаловажную роль в возникновении микоза. А также проведение лечения цитостатическими препаратами и лучевая терапия.

Рост числа больных ФМ и ТМ обусловлен существенным увеличением факторов риска и их развития, среди которых ведущие позиции занимают ятрогенные иммунодефицитные состояния, возникающие вследствие массивной антибактериальной терапии, длительного использования ГКС и иммуносупрессивных препаратов, при онкологических заболеваниях, болезнях крови, ВИЧ-инфекции, эндокринопатиях. Среди профессиональных вредностей имеет значение контакт с пылью, газами, повышенными температурами. При этом создаются максимальные предпосылки для развития грибкового воспаления, возбудителями которых являются оппортунистические грибы, сапрофитирующие на слизистой оболочке глотки и в окружающей среде. Проблема микоза слизистой оболочки глотки приобретает важное социальное значение не только вследствие более широкого распостранения, но также и потому, что грибковое поражение этой области протекает тяжелее, чем другие воспалительные процессы той же локализации, и может явиться первичным очагом диссеминированного висцерального микоза либо стать причиной грибкового сепсиса.

Скрининг

Микроскопия нативного и окрашенного препарата - мазок со слизистой оболочки полости глотки и с поверхности миндалин при ФМ, ТМ.

Клиническая картина

При ФМ у больного имеют место жалобы на дискомфорт в горле, ощущение жжения, сухости, саднения, першения, которые более выражены, чем таковые при бактериальном поражении глотки. Болевая симптоматика выражена умеренно, при глотании и приеме раздражающей пищи боль усиливается. Больные отмечают иррадиацию боли в подчелюстную область, на переднюю поверхность шеи в ухо.

При ГА у детей отмечают беловатые нитчатые наложения на поверхности глоточной миндалины, в криптах. По характеру распостранения налет наиболее часто локализован в нижних отделах, хотя встречаются варианты с поражением всей поверхности глоточной миндалины. Данные признаки сочетаются с отеком миндалины, сглаженностью лакун, а также наличием слизистого или слизисто-гнойного секрета. Причем характер секрета, как правило, густой. При этом степень гипертрофии глоточной миндалины соответствует Ⅱ - Ⅲ.

Диагностика клиническое обследование

Анамнез

При опросе обязательно учитываются следующие данные - время начала заболевания, особенности течения. Следует выяснить, не было ли ранее паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов, каковы периодичность, длительность и характер обострений тонзиллита. Учитывается ранее проводимое лечение (местное или общее), его эффективность: не было ли ухудшения состояния. Обязательно надо выяснить, лечились ли ранее больные антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками (длительность и интенсивность лечения), особенности производственных и бытовых условий, перенесенные ранее заболевания, аллергологический анамнез. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции) у больных с подозрением на ЛМ.

Следует иметь в виду, что у больных ФМ и ТМ отмечаются частые обострения, отсутствие или незначительный эффект от стандартных методов лечения.

Физикальное исследование

Морфологические изменения при ФМ характеризуются отёком и инфильтрацией слизистой оболочки, расширением и инъекцией сосудов, десквамацией эпителия. Характерным клиническим признаком хронического фарингита грибковой этиологии является неравномерная гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки задней стенки глотки. На фоне субатрофии отмечается увеличение боковых валиков. Нередко патологические изменения сопровождаются беловатыми творожистыми легко снимающимися налётами, под которыми обнаруживаются зоны эрозии слизистой оболочки. При язвенно-некротической форме грибкового тонзиллита налёты распространяются за пределы нёбных миндалин на нёбные дужки и мягкое, а иногда и твёрдое нёбо. Наличие налётов и одностороннее поражение являются патогномоничными диагностическими признаками ФМ.

При хроническом тонзиллите обследование проводится вне периода обострения. Нужно обращать внимание на окраску слизистой оболочки ротоглотки, миндалин, характер налетов (их цвет, распространенность), размер миндалин, степень отечности, консистенцию (плотные или рыхлые), спаянность с дужками, наличие в лакунах гнойного содержимого. Обязательно осматривается язычная миндалина (ее окраска, размеры наличие налетов), лимфатические узлы.

При физикальном исследовании больного ФМ обращает на себя внимание регионарный лимфаденит.

Лабораторные исследования

Комплексное общеклиническое обследование больного хроническим фарингитом и тозиллитом проводят для выяснения этиологических факторов развития воспалительного процесса и сопутствующей патологии.

Грибковое поражение глотки может быть заподозрено на основании данных осмотра, но решающее значение для постановки правильного диагноза имеют микологические лабораторные методы исследования. При этом однократно полученные отрицательные результаты не указывают на отсутствие грибкового заболевания, поэтому при выраженных клинических признаках микоза необходимо произвести повторное исследование патологического отделяемого. И наоборот, единичный рост грибов в посеве не всегда свидетельствует о грибковом патологическом процессе.

При микологическом исследовании проводятся микроскопия, а затем посев патологического отделяемого на питательные среды. Для точной диагностики важен правильный отбор проб патологического материала на исследование. Налеты с поверхности миндалин обычно легко снимаются. Большие, плотные налёты снимают на предметное стекло с помощью ушного пинцета, и, не размазывая, покрывают другим предметным стеклом. Скудные налеты удаляют с помощью ложки Фолькмана осторожно, чтобы не травмировать окружающие ткани. При кандидозе миндалин важны микроскопические исследования как в нативном, так и в окрашенном виде. При окраске по Романовскому-Гимзе выявляются споры дрожжеподобных грибов рода Candida.

Культуральные исследования являются одним из важных методов диагностики кандидозов. Они не только подтверждают диагноз грибкового заболевания, но и дают возможность определить вид возбудителя, судить об эффективности лечения.

Помимо этого обязательно выполнение клинического анализа крови, мочи, определение уровня сахара крови, ВИЧ, RW, HBs, HCV, иммунограмма.

Таким образом, диагноз грибкового поражения глотки и ставится на основании:

клинических данных,

выявления грибов при микроскопии мазков со слизистой оболочки,

положительных результатов при посевах на элективные питательные среды.

Инструментальные исследования

Осмотр глотки желательно производить при помощи увеличивающей оптической техники. Специфическими признаками клинической картины ФМ являются - налёты белого цвета, творожистого вида, снимающиеся с обнажением ярко-красного основания, иногда с кровоточащей поверхностью при псевдомембранозной форме поражения; эритема с гладкой «лакированной» поверхностью, при этом наблюдается болезненность, жжение, сухость в полости рта при эритематозной (катаральной) форме ФМ; белые пятна и бляшки, трудно отделимые от подлежащего эпителия при гиперпластичекой форме; изъязвления и налёт фибрина при эрозивно-язвенной форме (уровень доказательности II).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику ФМ необходимо проводить с острым бактериальным фарингитом и тонзиллитом, туберкулёзом, сифилисом, скарлатиной, ангинозной формой инфекционного мононуклеоза, фузоспирохетозом глотки (ангиной Симановского-Плаута-Венсана-Раухфуса), злокачественными новообразованиями, лептотрихозом, лейкоплакией, ксеростомией слизистой оболочки глотки, красным плоским лишаём, дифтерией, ангинозной формой инфекционного мононуклеоза, истинной (вульгарной) пузырчаткой, гранулематозом Вегенера, «географическим языком, неврозами глотки, железами Фордайса.

Больных, страдающих грибковым поражением глотки, обследуют на ВИЧ-инфекцию, т.к. часто это заболевание бывает единственным её проявлением на ранних стадиях.

. Также необходима консультация смежных специалистов: консультация иммунолога - выявление и коррекция иммунодефицитных состояний; эндокринолога - выявление эндокринной патологии, коррекция эндокринной патологии; онкологом - исключение новообразования полости рта и глотки; инфекциониста - исключение дифтерии и мононуклеоза, ревматолога - исключение аутоиммунных заболеваний; дерматолога - исключение заболеваний соединительной ткани.

Лечение ФМ и ТМ

Целью лечения являются элиминация гриба - возбудителя микоза, а также коррекция иммунодефицитного состояния.

Показания к госпитализации

Показаниями к госпитализации являются осложнённые формы тонзилломикоза аспергиллёзной этиологии.

Немедикаментозное лечение. Во время проведения терапии ФМ больным необходимо придерживаться щадящей диеты, избегать контрастных, острых блюд. Необходимо тщательно проводить гигиеническую обработку съемных зубных протезов и по необходимости их замену с целью избегания дополнительного травмирования слизистой оболочки полости рта и создания там очага грибковой инфекции.

Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

Медикаментозное лечение

Лечение всегда следует начинать с элиминации возбудителя. При проведении лечения необходимо учитывать предшествующие эпизоды грибкового поражения и лечения антимикотиками. Коррекция общих и местных предрасполагающих факторов проводится одновременно либо вторым этапом.

Традиционно лечение ФМ начинают с применения местных форм противогрибковых препаратов. К ним относятся водные суспензии полиеновых антимикотиков и производные имидазола, назначаемые в виде аэрозолей, растворов, капель, жевательных таблеток. Полиеновые антимикотики местного действия (нистатин, натамицин, амфотерицин В) в России, к сожалению, представлены в формах, не приспособленных для нанесения на слизистую оболочку полости рта и глотки, поэтому врачу и пациенту необходимо адаптировать их самостоятельно. Необходимо объяснить пациенту, что любой препарат для местного лечения должен максимально долго находиться в полости рта. Разжёванная после еды таблетка нистатина в виде кашицы должна находиться в полости рта несколько минут. Можно приготовить суспензию нистатина, для чего таблетку разминают и смешивают с небольшим объёмом воды (уровень доказательности II).

Из производных имидазола широко применяется клотримазол в виде раствора для смазывания полости рта и миконазол в виде геля. Также возможно применение растворов антисептиков и красителей, однако эти препараты уступают по эффективности антимикотикам, их непрерывное использование вызывает раздражение слизистой оболочки и к ним быстро развивается устойчивость возбудителей ФМ. Поэтому местные антисептики рекомендовано чередовать каждую неделю. Растворы антисептиков нельзя проглатывать, в отличие от растворов антимикотиков (уровень доказательности II).

Системные препараты не рекомендуются в качестве средств первого выбора, их назначают только при определённых показаниях: неэффективность местной терапии; частые рецидивы после местной терапии, хронические многолетние рецидивирующие формы ФМ; иммунодефицит на фоне ВИЧ-инфекции; сопутствующие онкологические заболевания; тяжёлые формы сахарного диабета; сопутствующий кандидоз гладкой кожи и её придатков (уровень доказательности II).

Препаратом выбора при назначении системной терапии иммунокомпетентным пациентам является флуконазол. Для лечения обострений ФМ у пациентов с иммунодефицитом доза флуконазола увеличивается до 200 мг/сутки, а продолжительность терапии - до 28 дней, при этом обязателен приём «противорецидивной» дозы - 100 мг флуконазола 3 раза в неделю пожизненно (уровень доказательности I).

Препаратом резерва для проведения системной терапии ФМ и ТМ являются итраконазол и кетоконазол. Они назначаются пациентам, у которых при выявлении возбудителя доказана его резистентность к флуконазолу. Альтернативными препаратами являются: амфотерицин В, вориконазол, позаконазол и каспофунгин. Они назначаются только в стационаре, только по жизненным показаниям пациентам с иммунодефицитом различного генеза. Лечение обострения ФМ должно продолжаться в среднем 2-3 недели и в течение 1 недели после стихания жалоб и клинических признаков заболевания. При лечении ЛМ применяют те же препараты, что и при терапии ФМ, но при лечении ТМ увеличивают продолжительность курса и дозу системного противогрибкового препарата (уровень доказательности II).

Таблица 1. Режимы применения местных противогрибковых препаратов для лечения фарингомикоза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Препарат | Лекарственная форма | Способ применения |
| Нистатин | Таблетки по 250000, 500000 ЕД | Рассасывать или разжёвывать 4 раза в день после еды (B-II) |
|  | Водная суспензия 100000ЕД/1мл (готовится ex temporе) | Смазывание поражённых участков 4-6 мл 4 раза в сутки или полоскание глотки 20 мл 4-5 раз в сутки в течение 1 мин (B-II) |
| Амфотерицин В | Суспензия 100мкг/мл (готовится ex tempore) | Смазывание поражённых участков 1 мл суспензии 4 раза в сутки (C-I) |
| Натамицин | Суспензия, 2,5% | Смазывание поражённых участков 1 мл суспензии 6 раз в сутки (C-I) |
| Клотримазол | Раствор, 1% | Смазывание поражённых участков 1 мл раствора 4 раза в сутки (B-I) |

Так как поражение слизистой оболочки глотки происходит на фоне локального дисбиоза, необходимо проводить и микробиологическую коррекцию данного биоптата. Мы применяем пробиотические комплексы на основе смеси нормальных стрептококков и лактобациллл.

Таблица 2. Дозы и режимы применения системных противогрибковых препаратов для лечения ФМ и ЛМ у иммунокомпетентных пациентов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Препарат | Лекарственная форма | Режимы применения |
| Флуконазол | Капсулы, 50 или 100 мг | Внутрь, 50-100 мг в сутки в течение 14 дней (A-I) |
| Итраконазол | Раствор для приёма внутрь, 10 мг/мл | Внутрь, 200 мг в сутки в течение 14 дней (B-I) |
|  | Капсулы, 100 мг | Внутрь, 100-200 мг в сутки в течение 14 дней (B-II) |
| Кетоконазол | Таблетки, 200 мг | Внутрь, 200-400 мг в сутки в течение 28 дней (B-II) |
| Вориконазол | Таблетки, 50 или 200 мг | Внутрь, 200 мг 2 раза в сутки или 6 мг/кг в сутки в 2 приема, затем 4 мг/кг в 2 приема (A-I) |
| Позаконазол | Суспензия, 40 мг/мл | Внутрь, 400 мг 2 раза в сутки первые 3 дня, затем 400 мг в сутки в течение 28 дней (A-II) |
| Каспофунгин | Лиофилизированный порошок | Внутривенно, 70 мг первые сутки, затем 50 мг в сутки (A-I) |
| Амфотерицин В | Лиофилизированный порошок, 50000 ЕД | Внутривенно капельно, 0,3 мг/кг в сутки (B-II) |

Хирургическое лечение при ФМ не проводится. Хирургическое лечение при ТМ и ГА проводится в плановом порядке по общим показаниям для хронического тонзиллита, не менее чем через 1 месяц после купирования явлений грибкового воспаления.

Профилактика. Основные меры по профилактике ФМ должны быть направлены на устранение факторов, имеющих значение в патогенезе грибкового заболевания и способствующих активации грибковой флоры, а именно: рациональная фармакотерапия; коррекция гликемического профиля у больных с СД, общеукрепляющая терапия, тщательный подбор сьемных зубных протезов, обработка глотки после ингаляции кортикостероидов у больных с БА. Пациенты с грибковым поражением глотки и гортани должны находиться на диспансерном учете у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 2 месяца, а при благоприятном течении 4 раза в год.

Прогноз при своевременном обращении и адекватной противогрибковой терапии - благоприятный.

фарингомикоз грибковый глотка

Список литературы

1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В.. Диагностика микозов. Пособие для врачей. С-Пб.2004.185с.

2. Веселов А.В., Климко Н.Н., Кречикова О.И. и др. In vitro активность флуконазола и вориконазола в отношении более чем 10 000 штаммов дрожжей: результаты 5-летнего проспективного исследования ARTEMIS Disk в России. Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2008; том 10, № 4. С. 345-354

. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Ви Джи Групп, 2008. - 336 с.

. Кунельская Н.Л., Изотова Г.Н., Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И., Андреенкова О.А. Фарингомикоз. Диагностика, профилактика и лечение. Медицинский совет. 2013. № 2. С. 42-45

. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Современный подход к диагностике и лечению микотических поражений ЛОР-органов. «Вестник оториноларингологии» №6, 2012г. Москва стр.76-81

. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Д.И. Красникова, Андреенкова О.А. Рациональные методы лечения кандидоза ВДП.Успехи медицинской микологии. Том11. Глава 3. 2013г. Москва с.99-102;

. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б.. Опыт применения флуконазола для лечения фарингомикоза. Проблемы медицинской микологии. Т6, №2, 2004 с.89-90

. Курдина М.И., Иванников И.О., Сюткин В.Е.. Системные антимикотики при дерматомикозах и патологии гепатобилиарной системы. Пособие для врачей. Москва, Медиа Сфера, 2004г.

. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. М.: Бионом-пресс 2003г. 440с.