

особливу увагу підготовці лікарів інших спеціальностей стосовно діагностики даної патології.

Н.В.КЛИМЕНКО

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДИФЛЮКАНА

Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

В останні роки звертає на себе увагу ріст захворюваності на кандидози. Цьому сприяє зниження рівня імунного захисту організму людини на фоні різних інфекційних та соматичних захворювань.

Candida albicans нечутливий (за даними багатьох дослідників) до ністатину і нітрофунгіну, помірно чутливий до декаміну, канестену, нізоралу, додеконію. Найактивніше діють на нього (при локалізованих формах) декаметоксин і антифунгін. Кандидози, що розвинулись внаслідок масивної антибактеріальної терапії, відносно добре піддаються лікуванню. Кандидоз як системне або генералізоване захворювання лікується дуже важко.

Пропонуємо до Вашої уваги наше клінічне спостереження.

Хворий Л., 20 років, госпіталізований в СОКЛІ 9.03.1999 р. з діагнозом генералізований кандидоз, хронічний кандидозний менингоенцефаліт, кандидоз шлунково-кишкового тракту. Скаржився на головний біль, періодичні болі в попереку, стегнах, зниження апетиту, слабкість.

З анамнезу: в дитинстві неодноразово лікувався з приводу тубінфікування. З 1991 року встановлено діагноз орофарингеального кандидозу, в 1996 р. перехворів на сифіліс, з 1997 року приєднався кандидоз шкіри. Під наглядом дерматолога з 1997 року. Лікування ністатином, леворинном неефективне. У листопаді 1998 р. погіршення стану, з діагнозом тубменингіт госпіталізований в обласну тублікарню. Після численних досліджень виключена туберкульозна, а лабораторно підтверджена кандидозна етіологія менингоенцефаліта. Хворому короткими курсами призначали дифлюкан.

При госпіталізації в СОКЛІ загальний стан хворого середньої важкості. Різко виражені менінгеальні знаки. Слизові оболонки ротової порожнини, м'якого піднебіння, язичка вкриті щільними кандидозними нальотами. Тони серця ослаблені, систолічний шум в 5-й точці. АТ 100-110/70 мм рт.ст., температура 36,3 °С.

В зв'язку з відсутністю дифлюкану, був призначений ністатин (8 000 000 ОД/добу), терапія яким не давала бажаного ефекту, навпаки з'явилися диспептичні явища, щільність і площа нальотів збільшилися, що було приводом до його відміни. Хворий отримував тільки симптоматичну терапію, стан його погіршувався і 25.03 з'явилися ознаки набряку мозку. Інтенсивна терапія, яка проводилася хворому, не давала стійкого позитивного ефекту.

Реальна допомога у вигляді дифлюкану надійшла від фірми «Pfizer». На фоні адекватної специфічної терапії протягом доби зникли прояви кандидозу з боку слизових оболонок, покращився стан хворого, препарат переносився хворим добре (без побічних ефектів), зменшилися менінгеальна та вогнищева симптоматика, при аналізі ліквору - зменшення вмісту білка з 6,6 г/л до 1,32 г/л, цитоза з 1013×10^6 /л до 70×10^6 /л (з переважанням лімфоцитів 95%), збільшився вміст глюкози (з 0,71 ммоль/л до 1,69 ммоль/л).

Не дивлячись на проведену терапію – спочатку по 400 мг дифлюкана на добу внутрішньовенно, потім 200 мг/добу протягом місяця - санації не відбулося. Незважаючи на зникнення клінічних проявів кандидозу шлунково-кишкового тракту, в контрольних мазках зі слизової оболонки ротової порожнини виділили гриби Кандида (на 20-й день специфічної терапії). Стан хворого знову погіршився, посилилися менінгеальна та вогнищева симптоматика. 24.04.1999 р. хворий переведений до неврологічного відділення, був перерваний курс лікування дифлюканом (відсутність його).

Відсутність тривалого стійкого ефекту від лікування в даному випадку обумовлена тривалістю процесу, генералізацією кандидоза внаслідок так і невстановлених (тому і не ліквідованих) причин. Однією з причин може бути зниження чутливості грибів Кандида до дифлюкану внаслідок порушення схеми лікування в зв'язку з відсутністю препарата.