Кандидоз новорождённых

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P37.5 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов», Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ)

Кандидоз новорождённых — инфекционное заболевание органов и систем новорождённого ребёнка, вызванное грибами рода Candida; он бывает поверхностным и инвазивным. Рекомендация описывает распознавание инвазивной инфекции, микробиологическое подтверждение, противогрибковую терапию и профилактику у детей высокого риска, прежде всего у глубоко недоношенных.

Главное

- Поверхностный кандидоз поражает кожу и слизистые. Инвазивный кандидоз — это инфекция с вовлечением любых органов и/или систем; он может протекать с кандидемией и/или выделением Candida из стерильного локуса и сопровождается признаками синдрома системного воспалительного ответа.
- Наиболее высокий риск инвазивного кандидоза у глубоко недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ, особенно при лечении в ОРИТН. Дополнительные факторы риска: ЦВК, инвазивные устройства, полное парентеральное питание, системные антибиотики, операции на органах брюшной полости, НЭК и блокаторы Н2-рецепторов.
- Поверхностный кандидоз чаще проявляется на 5–14-й день жизни: молочницей, стоматитом, глосситом, хейлитом, гингивитом и пелёночным дерматитом. Клиническая картина инвазивного кандидоза неспецифична; возможно нарастание инфекционного токсикоза вплоть до полиорганной недостаточности.
- При обнаружении Candida в крови или другом стерильном локусе системную противогрибковую терапию начинают не позднее 12 часов; затем препарат при необходимости корректируют с учётом вида возбудителя и его чувствительности.
- Для выявления очагов диссеминации системного грибкового процесса проводят УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек и надпочечников, НСГ, ЭХО-КГ, ЭКГ, офтальмоскопию и рентгенографию лёгких.
- Для профилактики у детей ЭНМТ в ОРИТН применяют флуконазол 3, 4 или 6 мг/кг/сут внутривенно или перорально дважды в неделю, но не более 6 недель, если частота инвазивного кандидоза в отделении превышает 2%; при частоте менее 2% нужны дополнительные факторы риска.

Диагностика

1. Уточнить материнский анамнез: кандидоз во время беременности, системные противогрибковые, антибактериальные и кортикостероидные препараты, противоопухолевую терапию, а также результаты бактериологических посевов. УУР С, УДД 4.
2. Провести визуальный осмотр новорождённого и оценить признаки инфекционного токсикоза, диспепсии, дыхательных и гемодинамических нарушений, нарушения мочеотделения, желтуху и гепатоспленомегалию. УУР С, УДД 5.
3. Всем новорождённым при подозрении на поверхностный кандидоз рекомендуется культуральное исследование соскоба полости рта, кала на Candida spp. и соскоба кожи на дрожжевые грибы для идентификации возбудителя. УУР С, УДД 4.
4. При врождённом кандидозе предположительный диагноз может быть поставлен при микроскопическом исследовании соскоба с кожи; подтверждение проводят выделением микроорганизма из очага поражения при культуральном исследовании или микроскопией мазков с поражённых участков кожи.
5. При подозрении на кандидемию и перед окончанием системной противогрибковой терапии выполняют культуральное исследование крови на дрожжевые грибы. УУР С, УДД 4.
6. Из других стерильных и нестерильных локусов проводят культуральное исследование на дрожжевые грибы с последующим определением вида гриба и чувствительности к системным противогрибковым препаратам.
7. При кандидемии исключают поражение почек и ЦНС: исследуют мочу, а при подозрении на инвазивный кандидоз ЦНС и перед завершением лечения выполняют культуральное исследование СМЖ. Мочу собирают стерильным мочевым катетером. УУР В, УДД 3.

8. Для оценки системного воспаления выполняют общий анализ крови и определяют С-реактивный белок; при технической возможности дополнительно используют пресепсин или прокальцитонин. УУР В, УДД 3 для общего анализа крови и С-реактивного белка.
9. Для поиска диссеминации проводят УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек и надпочечников, НСГ, ЭХО-КГ, ЭКГ, офтальмоскопию и рентгенографию лёгких. УУР В, УДД 3 для перечисленных исследований, кроме рентгенографии лёгких; для рентгенографии лёгких — УУР С, УДД 5.

Лечение

- При поверхностном кандидозе с низким риском диссеминации используют местную терапию. При кандидозе полости рта — 1% раствор клотримазола на поражённые участки 3–4 раза в день между кормлениями до исчезновения клинических проявлений; при пелёночном дерматите — нистатин, клотримазол или миконазол на область подгузника 2 раза в день. УУР С, УДД 5.
- Системный препарат при поверхностном кандидозе используют только при неэффективности местного лечения: флуконазол внутрь 6 мг/кг/сут в течение 7 дней.
- При подозрении на инвазивный кандидоз, вызванный Candida albicans, или при подтверждённой инфекции назначают флуконазол 12 мг/кг/сут внутривенно ежедневно. Лечение продолжают 14 дней после первого отрицательного культурального исследования крови или материала из очага. УУР С, УДД 5.
- При Candida non-albicans или устойчивости Candida albicans к флуконазолу применяют микафунгин 4 мг/кг/сут внутривенно; при неэффективности этой дозы или подозрении на гематогенный кандидозный менингоэнцефалит повышают дозу до 10 мг/кг/сут. УУР С, УДД 5 для стартовой дозы; УУР В, УДД 2 для повышения дозы.
- В качестве других системных противогрибковых препаратов применяют амфотерицин В 0,4–0,6 мг/кг/сут внутривенно, максимум 1 мг/кг/сут; липидный комплекс амфотерицина В — 3 мг/кг/сут, максимум 5 мг/кг/сут; липосомальный амфотерицин В — 1–3 мг/кг/сут с повышением при необходимости до 5 мг/кг/сут.
- Стартовую терапию начинают не позднее 12 часов после выявления Candida в крови или другом стерильном локусе. Наряду с целенаправленной терапией заменяют все центральные и периферические венозные, пупочные и уретральные катетеры, эндотрахеальную трубку и дренажи; после определения чувствительности препарат при необходимости корректируют.
- При поражении ЦНС лечение продолжают 4 недели после исчезновения клинических симптомов и получения отрицательного культурального исследования СМЖ. При диссеминации в органы-мишени курс составляет 4–6 недель от первого отрицательного культурального исследования; при эндокардите, медиастините или остеомиелите лечение может длиться более 6 месяцев и должно сочетаться с хирургическим лечением.
- Вориконазол применяют при тяжёлых длительно текущих инфекциях, вызванных резистентными штаммами, в режиме off-label, совместно с клиническим фармакологом либо по решению консилиума и с информированным согласием родителей. Доза — 12–20 мг/кг/сут внутривенно, кратность введения — каждые 8 или 12 часов; уровень препарата в крови контролируют раз в 7 дней.

Когда направить и как наблюдать

- Поверхностный кандидоз кожи и слизистых без высокого риска диссеминации можно лечить амбулаторно.
- Инвазивный кандидоз лечат в стационаре. Госпитализация показана при системной грибковой инфекции, сопровождающейся повышением лабораторных маркёров синдрома системного воспалительного ответа и/или кандидемией и/или инструментальными признаками диссеминации.
- При признаках диссеминации нужны консультации детского хирурга, кардиолога, офтальмолога, невролога и нейрохирурга.
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, отсутствии системных проявлений и признаков диссеминации, нормативных показателях маркёров воспаления, отрицательном культуральном исследовании крови и завершении системной терапии: не менее 14–21 дня всего и не менее 14 дней после первого отрицательного культурального исследования крови.

Частые вопросы

Как отличить поверхностный кандидоз от инвазивного?

Поверхностный вариант ограничен кожей, слизистыми или просветом полого органа и сопровождается местным воспалением. Инвазивный включает поражение органов и/или систем, может протекать с кандидемией или выделением Candida из стерильного локуса и сопровождается признаками системного воспалительного ответа.

Какие анализы нужны при подозрении на кандидемию?

Нужны культуральное исследование крови на дрожжевые грибы, определение вида и чувствительности возбудителя по результатам культурального исследования биологического материала, общий анализ крови и С-реактивный белок. При выявлении Candida в крови дополнительно исключают поражение почек и ЦНС; исследование СМЖ проводят при подозрении на инвазивный кандидоз ЦНС и перед завершением лечения.

Как лечить молочницу и пелёночный кандидоз?

При молочнице используют 1% раствор клотримазола 3–4 раза в день между кормлениями до исчезновения проявлений. При пелёночном дерматите нистатин, клотримазол или миконазол наносят на область подгузника 2 раза в день; системный флуконазол оставляют для случаев неэффективности местной терапии.

Какова первая линия при инвазивном кандидозе у новорождённого?

При Candida albicans назначают флуконазол 12 мг/кг/сут внутривенно. При Candida non-albicans или устойчивости к флуконазолу используют микафунгин 4 мг/кг/сут, а при подозрении на поражение ЦНС или неэффективности стартовой дозы — 10 мг/кг/сут.

Кому нужна профилактика флуконазолом?

Профилактика показана всем детям с ЭНМТ при частоте инвазивного кандидоза в отделении свыше 2%. При частоте менее 2% её применяют у детей с ЭНМТ при наличии дополнительных факторов риска, включая центральные, пупочные или постоянные уретральные катетеры либо терапию карбапенемами или цефалоспоринами 3-го поколения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/944-kandidoz-novorozhdennyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/944_1