

Луцкая И. К., Бобкова И. Л., Кравчук И. В.

**ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ
КАНДИДОЗОВ ПОЛОСТИ РТА**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск,
кафедра терапевтической стоматологии*

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются представителями нормальной микрофлоры кожи и слизистых оболочек человека, которые в определенных ситуациях становятся этиологическим фактором для развития кандидоза.

Заболевание возникает эндогенно, будучи обусловлено не столько свойствами возбудителя, сколько ослаблением резистентности организма человека. При определенных условиях грибы становятся патогенными, размножаясь преимущественно в углублениях, складках, трещинах кожи и слизистых оболочек. Грибковая флора в полости рта начинает активироваться и проявлять патогенные свойства на фоне нарушения качественного и количественного состава нормальной микрофлоры (дисбактериоза), например, при длительном применении больших доз антибиотиков.

Начальными симптомами заболевания могут быть точечные покраснения краевых зон и кончика языка, уменьшение слюноотделения, приводящее к сухости полости рта. При хроническом кандидозном глоссите на языке могут появляться небольшие борозды с белыми налетами по краям и на дне. Изменения вначале обнаруживаются на основании языка, а в дальнейшем распространяются на остальные части, захватывая его боковые поверхности. Более выраженные изменения определяются в средней части языка. Больные отмечают чувство жжения, болезненность и сухость языка, боль во время приема пищи. Возможно извращение вкусовых ощущений.

Одновременно с воспалительными изменениями языка отмечаются кандидозные поражения щек, твердого нёба и зева.

Кандидоз полости рта может протекать в виде микотической заеды, когда поражается кожа в углах рта. При обследовании в глубине складок обнаруживается краснота, белый налет, который легко снимается, эрозии, трещины, мелкие чешуйки. Слизистая оболочка углов рта мацерируется, приобретает перламутровый вид. Больные жалуются на болезненность при открывании рта.

Поражение красной каймы губ проявляется сухостью, гиперемией, отеком, шелушением. Могут возникать болезненные эрозии, мелкие трещины, тонкие серые чешуйки. Субъективные ощущения заключаются в напряжении, жжении. Заболевание отличается длительностью течения, рецидивами.

Эрадикация возбудителя в полости рта — первое лечебное мероприятие, после которого можно переходить к профилактике рецидивов и коррекции местных и общих предрасполагающих факторов.

Этиотропная терапия может быть системной или местной. В большинстве случаев орофарингеального кандидоза назначают **местную терапию**. Препараты для местной этиотропной терапии кандидоза делятся на *антимикотики* и *антисептики*.

Случаи легкого локального поражения слизистой оболочки полости рта требуют назначения противогрибковых препаратов преимущественно местно в виде аппликаций. Высоким противогрибковым эффектом обладают противогрибковые антибиотики нистатинового ряда. Нистатин оказывает фунгистатическое и фунгицидное действие. Молекула антибиотика встраивается в мембрану грибковой клетки с образованием множества каналов, способствующих неконтролируемому транспорту воды, электролитов и неэлектролитов. Клетка теряет устойчивость к воздействию внешних осмотических сил и лизируется. После приема внутрь нистатин практически не всасывается в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), поэтому его резорбтивное действие не выражено. Активен в от-

ношении дрожжеподобных грибов рода *Candida* и аспергиллы. Толерантность к нистатину чувствительных грибов развивается очень медленно. Нистатиновую мазь наносят 3 раза в день ежедневно, смазывая заинтересованные участки. Курс лечения — от нескольких дней до 2–4 недель. Общая рекомендация — лечение до исчезновения жалоб и клинических проявлений, а затем в течение еще 1 недели. Крем миконазол в качестве действующего вещества содержит производное имидазола — миконазола нитрат. Он ингибирует биосинтез эргостерола и изменяет липидный состав мембраны, вызывая гибель клетки гриба. Крем наносят 2 раза в сутки (утром и вечером) тонким слоем на предварительно вымытую пораженную поверхность и тщательно втирают, захватывая небольшой участок вокруг очага поражения. Продолжительность курса лечения может составлять от 2 до 6 недель, в зависимости от вида грибкового поражения, эффективности лечения и результатов микробиологических тестов; применение препарата необходимо продолжать в течение 7–10 дней после исчезновения клинических симптомов заболевания.

Высокой антимикотической активностью обладает лекарственное средство клотримазол (также производное имидазола). Антимикотический эффект активного действующего вещества связан с изменением проницаемости мембраны и вызывает последующий лизис клеток грибов. В малых концентрациях действует фунгистатически, а в больших — фунгицидно, причем не только на пролиферирующие клетки. Следует, однако, помнить о несовместимости клотримазола с антибиотиками нистатинового ряда.

При наличии съёмных протезов внутренняя их поверхность обрабатывается так же, как и слизистая оболочка.

Антисептики с противогрибковым действием обычно назначают в форме смазываний или полосканий. Смазывания проводят 1–2 % водными растворами бриллиантовой зелени или метиленовой синьки, нанося их на предварительно высушенную поверхность слизистой. Эти препараты широко распространены, однако по эффективности уступают антимикотикам, к ним быстро развивается устойчивость, а непрерывное использование ведет к раздражению слизистой. Лучшее действие оказывают разведенный в 2–3 раза раствор Люголя, 10–15 % раствор буры в глицерине. Местные антисептики рекомендуется чередовать каждую неделю. Полоскания растворами марганцовокислого калия (1:5000), 1 % борной кислоты, йодной воды (5–10 капель йодной настойки на стакан) назначают обычно для профилактики рецидивов после системного или местного лечения или одновременно с назначением системных препаратов. Полоскания рекомендуется проводить 2–3 раза в день или после каждого приема пищи.

Эффективно использование современного антисептика — 0,05 % хлоргексидина биглюконата. Полоскания (10–15 мл раствора) проводятся в течение 30–60 секунд после приема пищи дважды в день. В отличие от полосканий с антимикотиками растворы антисептиков нельзя проглатывать. Хлоргексидин обладает широким спектром антибактериального и противогрибкового действия.

Затяжное течение кандидоза требует назначения внутрь противогрибковых препаратов с целью предупреждения инфицирования слизистых оболочек ЖКТ.

Антибиотики полиеновой группы (нистатин) плохо растворимы в воде, поэтому необходимо рассасывать их во рту, а затем проглатывать. Назначают ни-

статинов от 500 000 ЕД 3–4 раза в сутки до 1 000 000 ЕД в сутки в зависимости от тяжести течения (слишком малые дозы оказываются неэффективными). Необходимо объяснить больному, что любой препарат для местного лечения должен как можно дольше оставаться в полости рта. Таблетки нистатина следует разжевывать и долго держать кашицу во рту, но лучше приготовить из них суспензию. Растворы и суспензии дольше задерживаются в полости рта, если назначать не орошения, а компрессы.

Генерализованный кандидоз требует общего лечения у соответствующего специалиста. Антигрибковые препараты назначаются сочетано внутрь или парентерально в оптимальных дозах (в зависимости от локализации висцерального кандидоза). Врач-стоматолог во всех случаях местного лечения рекомендует общие мероприятия, направленные на оздоровление организма: обследование и лечение у специалиста в зависимости от предполагаемой общей патологии, общеукрепляющее лечение (витамиотерапия), ограничение в пищевом рационе продуктов, содержащих углеводы.

Важнейшую роль в профилактике кандидозов и рецидивов заболевания играет своевременная санация полости, рациональное протезирование, индивидуальная гигиена полости рта.