

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. КАЗЕКО, Л. Л. АЛЕКСАНДРОВА, А. Г. ДОВНАР

# КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616.311-002(075.8)

ББК 56.6я73

К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.06.2019 г., протокол № 10

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. 2-й каф. терапевтической стоматологии Т. Н. Манак; каф. стоматологии детского возраста

**Казеко, Л. А.**

К14 Кандидоз слизистой оболочки полости рта : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова, А. Г. Довнар. – Минск : БГМУ, 2019. – 28 с.

ISBN 978-985-21-0416-6.

Изложены современные представления об этиологии и факторах риска развития кандидоза слизистой оболочки полости рта. Описана клиническая картина, приведены методы диагностики, алгоритмы лечения и профилактики заболевания.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов, магистрантов, аспирантов, практикующих врачей-стоматологов.

УДК 616.311-002(075.8)

ББК 56.6я73

---

Учебное издание

**Казеко Людмила Анатольевна  
Александрова Людмила Львовна  
Довнар Анна Георгиевна**

## **КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко  
Редактор Н. В. Оношко  
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 26.09.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 40 экз. Заказ 591.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

**ISBN 978-985-21-0416-6**

© Казеко Л. А., Александрова Л. Л., Довнар А. Г., 2019  
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

## ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы, за последние десятилетия в мире увеличилась заболеваемость грибковыми оппортунистическими инфекциями, в том числе кандидозом слизистой оболочки полости рта (СОПР), который в структуре заболеваний слизистой рта составляет 22,4 %, а у пожилых лиц, пользующихся съемными протезами, распространенность кандидоза достигает 65 %.

Клиническая картина заболевания многообразна и представлена различными клинико-морфологическими формами с острым и хроническим течением, в связи с чем постановка окончательного диагноза требует лабораторного (микробиологического, морфологического, иммунологического и др.) подтверждения наличия грибковой инфекции.

После проведенного лечения у части пациентов сохраняется склонность к рецидивам, а достижение длительной ремиссии затруднено ввиду различных местных и общих факторов. Прежде всего, следует учитывать, что кандидоз развивается на фоне различных патологических состояний организма (заболевания эндокринной и пищеварительной систем, вторичные иммунодефициты и другая соматическая патология), а также вследствие применения антибиотиков и других неблагоприятных воздействий. Кандидоз СОПР диагностируется у 20–30 % пациентов с онкологией, у трети ВИЧ-инфицированных и 60–90 % пациентов со СПИДом.

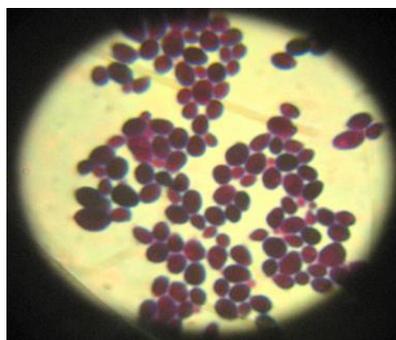
Таким образом, проблема кандидоза СОПР остается актуальной и требует от врачей-стоматологов знаний о клинической картине и алгоритмах действий при диагностике, лечении и профилактике данного заболевания.

## ЭТИОЛОГИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Дрожжеподобные грибы представляют собой сборную группу условно-патогенных микроскопических грибов размером 6–10 мкм, не имеющих типичного мицелия и способных к существованию в виде единичных клеток, псевдогиф и гифальных форм (рис. 1).



*a*



*б*

Рис. 1. Микроскопическая картина *C. albicans*:  
*a* — гифы; *б* — почкующиеся клетки

В большинстве случаев кандидоз СОПР вызывается грибами *C. albicans* — их доля в этиологии заболевания составляет от 50 до 90 %. Однако в последнее время значительный рост кандидоза обусловлен и другими видами грибов этого рода — *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. glabrata* и др. В г. Минске в период с 2007 по 2011 г. проводилось ретроспективное исследование результатов бактериологического анализа соскобов с СОПР и ротоглотки по данным документации 87 организаций здравоохранения. Установлено, что в структуре выявленных дрожжеподобных грибов ( $n = 6786$ ) наиболее часто идентифицирован *C. albicans* —  $(73,02 \pm 0,54)$  % штаммов, иные виды рода *Candida* составили 25,29 %, другие дрожжеподобные грибы — 1,69 %.

Следует отметить, что, по мнению некоторых ученых, с течением времени список возбудителей грибковых инфекций будет увеличиваться.

Различные виды грибов отличаются морфологическими, биохимическими, физиологическими свойствами, разной изначальной природной чувствительностью к антимикотикам, что затрудняет диагностику и лечение.

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

По данным ряда авторов, факторы риска развития кандидоза СОПР могут быть местными и общими. К местным факторам относятся:

1. Множество экологических ниш (неудовлетворительная гигиена, кариес и его осложнения, болезни пародонта).

2. Благоприятные факторы ротовой полости (постоянная температура, рН, пищевой фактор).

3. Нарушение неспецифического местного иммунитета.

4. Понижение барьерной функции эпителия слизистой оболочки полости рта.

5. Дисбиоз полости рта.

6. Гипосаливация, снижение защитных свойств слюны, др.

Общие факторы:

1. Иммунодефицитные состояния (врожденные, приобретенные).

2. Соматическая патология.

3. Гормональный дисбаланс.

4. Антибиотико-, гормоно- и лучевая терапия.

5. Нарушения питания и обмена (недостаточность витаминов группы В и др.).

6. Гипергликемия.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА

При рассмотрении этиологических агентов кандидоза следует помнить, что микроорганизмы, обитающие в полости рта, находятся в сложных экологических отношениях друг с другом. Так, в организме человека 70–80 % бактериальных и грибковых инфекций, особенно хронических, персистирующих, сопровождаются образованием биопленок. Грибковые биопленки представляют собой уникальные образования из живых клеток (около 15 % по объему), погруженных в виде микроколоний в экзополимер — полисахаридный и гликопротеиновый матрикс (85 %), который образуется самими дрожжевыми клетками.

Грибковые биопленки не только более резистентны к антимикробным агентам, чем отдельные планктонные клетки, но и способны противостоять иммунным защитным механизмам хозяина. *S. albicans* в составе биопленки может быть в 20 раз более резистентна к амфотерицину В и более чем в 100 раз — к флуконазолу по сравнению с несвязанными в сообщество планктонными вариантами. Известно, что грибы рода *Candida*, особенно *S. albicans*, являются главными грибковыми агентами, образующими биопленки на медицинских приборах (мочевых и кровяных катетерах), искусственных протезах (в том числе стоматологических), а также на поверхности эпителиальных клеток восприимчивого организма. Считается, что *S. albicans* производит количественно большую и структурно более сложную биопленку, чем другие *Candida*. Таким образом, биопленку можно рассматривать как защищенную нишу для бактерий и грибов, где они в безопасности от антибиотиков и иммунитета хозяина могут создать источник рецидивирующей инфекции.

Особого внимания заслуживает тот факт, что под влиянием разнообразных как общих, так и местных факторов состав микрофлоры полости рта может меняться и приводить к развитию *дисбиоза (дисбактериоза)*, при котором происходит уменьшение количества оральные стрептококков, оказывающих антагонистическое действие на многих представителей непостоянной группы микробиоценоза полости рта, в том числе на грибы. В результате этого грибы, лишаясь конкурентов, получают возможность адгезии, ускоренного роста и колонизации эпителия. *Дисбиоз* в настоящее время рассматривают как клиничко-лабораторный синдром, возникающий при ряде заболеваний, который характеризуется изменением качественного и/или количественного состава нормофлоры определенного биотопа, транслокацией различных ее представителей в несвойственные биотопы, а также сопровождающийся метаболическими и иммунными нарушениями. При дисбиозе полости рта отмечаются следующие изменения: нарушается колонизационная резистентность СОПР, изменяется бактериальный антагонизм нормальной микрофлоры, происходит выраженный сдвиг местных защитных факторов. В связи с этим дисбиоз может приводить к развитию инфекционно-воспалительных поражений тканей полости рта, а также поддерживать или усугублять течение

уже развившихся патологических состояний слизистой, в том числе кандидоза.

Таким образом, возникновение грибковой инфекции в организме человека зависит от множества сложных взаимодействий в системах «гриб – организм», «гриб – другой микроорганизм» в определенных условиях среды, что также необходимо учитывать при планировании диагностики и лечения кандидоза СОПР.

## **КЛАССИФИКАЦИИ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Ввиду разнообразия клинических проявлений кандидоза предложено множество классификаций, учитывающих течение, форму, локализацию заболевания. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1997), кандидоз относится к инфекционным и паразитарным заболеваниям (A00–B99), блоку «Микозы (B35–B49)» и представлен следующими нозологическими формами, которые проявляются на слизистой оболочке полости рта:

V37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит

V37.01 Острый эритематозный кандидозный стоматит

V37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит (кандидозная лейкоплакия, множественный тип хронического гиперпластического кандидозного стоматита)

V37.03 Хронический атрофический кандидозный стоматит (стоматит под съемным зубным протезом, вызванный кандидозной инфекцией)

V37.04 Кожно-слизистый кандидоз

V37.05 Кандидозная гранулема

V37.06 Ангулярный хейлит

V37.08 Другие уточненные проявления в полости рта

V37.09 Проявления в полости рта неуточненные (кандидозный стоматит, молочница)

В отличие от других классификаций Г. П. Соснин, Г. И. Бойко в 1985 г. при остром течении выделили эрозивно-язвенную форму заболевания, определили его локализацию (хейлит, палатинит, стоматит) и степень тяжести (легкая, средняя, тяжелая).

В 1991 г. предложена классификация L. P. Samaranayake, модифицированная Т. Axell (1997 г.), в которой поражения СОПР при кандидозе разделены на две основные группы: группа I — первичный оральный кандидоз (без поражения других слизистых и/или кожи), группа II — вторичный кандидоз, при котором поражается СОПР и другие слизистые и/или кожа.

В дополнение к этим двум группам L. P. Samaranayake описаны заболевания, объединенные в понятие «Candida-ассоциированные поражения»,

поскольку они имеют мультифакторную этиологию и могут протекать как при участии грибов, так и без них.

*Первичный оральный кандидоз:*

1. «Первичная триада»:

- 1) псевдомембранозный (как правило, острый);
- 2) эритематозный (острый, хронический);
- 3) гиперпластический (как правило, хронический):
  - узелковый (бляшечный);
  - налетоподобный.

2. Candida-ассоциированные поражения:

- 1) протезный стоматит;
- 2) ангулярный хейлит;
- 3) срединный ромбовидный глоссит;
- 4) черный волосатый язык;
- 5) линейная десневая эритема.

*Вторичный оральный кандидоз* — проявления в полости рта системного кожно-слизистого кандидоза (например, при аплазии тимуса или синдроме кандидозной эндокринопатии, синдроме Ди Джорджи, хроническом гранулематозе).

Кроме приведенных классификаций, A. V. Newton в 1962 г. предложил клиническую классификацию протезного стоматита, включающую три типа воспаления слизистой. К типу I автор отнес локализованное простое воспаление, при котором наблюдаются эритема и отек ограниченного участка слизистой оболочки, прилежащей к ортопедической конструкции. Тип II представляет диффузное воспаление тканей протезного ложа (генерализованная эритема). При типе III определяется воспалительная папиллярная гиперплазия, которой сопутствуют «красные» элементы поражения, возвышающиеся над слизистой (гранулез).

Таким образом, множество предложенных классификаций кандидоза СОПР подтверждает широкую вариабельность клинических проявлений и свидетельствует о трудностях их систематизации.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Клиническая картина кандидоза СОПР представлена так называемыми «красными» и «белыми» поражениями, которые встречаются как при остром, так и при хроническом течении заболевания. «Красные» поражения возникают вследствие атрофии эпителия или воспаления слизистой оболочки без нарушения ее целостности. «Белые» поражения являются следствием повышенного образования кератина в эпителии (гиперкератоз) или патологического истончения его сосочкового слоя (акантоз), а также результатом

некротических изменений в поверхностном слое эпителия. Возможно сочетание этих поражений, которое обусловлено воздействием факторов патогенности грибов. К «красным» поражениям по классификации МКБ-10 относят острую эритематозную и хроническую атрофическую форму кандидоза. К «белым» — острый псевдомембранозный и хронический гиперпластический кандидоз.

В зависимости от клинических проявлений грибковой инфекции с учетом различных классификаций выделяют:

- острый псевдомембранозный и острый эритематозный кандидозные стоматиты;
- хронический гиперпластический и хронический эритематозный (атрофический) стоматиты;
- эрозивно-язвенный стоматит;
- ангулярный хейлит;
- ромбовидный глоссит, волосатый язык и др.

**Острый псевдомембранозный кандидоз** относится к «белым» поражениям и сопровождается повышенной десквамацией эпителия вследствие интенсивного роста гиф дрожжей на слизистой оболочке и появлением белесоватого творожистого налета, состоящего из некротических масс, десквамированных эпителиальных клеток, фибрина, дрожжевых клеток, бактерий, остатков пищи (рис. 2). Он легко снимается механически, в результате чего обнажается эрозированная поверхность слизистой оболочки, которая может незначительно кровоточить. Это наиболее распространенная форма кандидоза СОПР у новорожденных, пациентов пожилого возраста, находящихся на длительной кортикостероидной или антибактериальной терапии, у лиц с плохо контролируемым сахарным диабетом, с онкогематологической патологией, ВИЧ-инфекцией. При отсутствии лечения она может перейти в острую эрозивно-язвенную или острую, а затем хроническую эритематозную форму.



Рис. 2. Острый псевдомембранозный кандидоз

Клинически **острый эритематозный кандидоз** определяется как локализованный участок гиперемии СОПР разной степени интенсивности с гладкой сухой лакированной поверхностью (рис. 3). Нередко эта форма является

осложнением антибактериальной терапии или следствием применения местных (в том числе ингаляционных) или системных кортикостероидов. Слизистая оболочка становится чувствительной к тактильным, химическим и температурным раздражителям, что делает болезненным прием грубой и острой пищи, холодного и горячего.



Рис. 3. Острый эритематозный кандидоз

**Эрозивно-язвенная форма кандидоза СОПР** встречается редко, характеризуется более глубоким поражением слизистой с доминирующим некротическим компонентом (рис. 4). При удалении некротических масс образуется кровоточащая поверхность. Пациенты предъявляют жалобы на болезненность, сухость, жжение в полости рта, слизистая чувствительна к температурным, химическим раздражителям. Наиболее часто эрозивно-язвенная форма встречается при диабетическом кетоацидозе и аутоиммунной полиэндокринопатии. Кандидоз СОПР при данных патологических состояниях следует дифференцировать со вторичной грибковой колонизацией эрозивно-язвенных поражений эпителия, обусловленных повреждениями (травматизация протезом) или другими заболеваниями слизистой (плоский лишай, системная красная волчанка и др.).



Рис. 4. Острый эрозивно-язвенный кандидоз

**Хроническая атрофическая форма кандидоза** чаще встречается у пожилых людей, которые пользуются зубными протезами, поэтому ее называют также протезным стоматитом (рис. 5). Для нее характерны эритема и отек слизистой оболочки с гладкой блестящей поверхностью.



Рис. 5. Хронический атрофический кандидоз

При **хроническом гиперпластическом кандидозе** имеется слегка возвышающийся участок слизистой оболочки с четкими границами в виде бляшки, которая не отделяется от подлежащего эпителия (кандидозная лейкоплакия). Гистологически при данной форме кандидоза отмечается проникновение грибковых гиф в толщу эпителия. Если белые участки слизистой оболочки чередуются с эритематозными — их относят к узелковой форме кандидозной лейкоплакии. Хронический гиперпластический кандидозный стоматит требует динамического наблюдения, поскольку в 15–20 % случаев возможна его малигнизация (рис. 6).

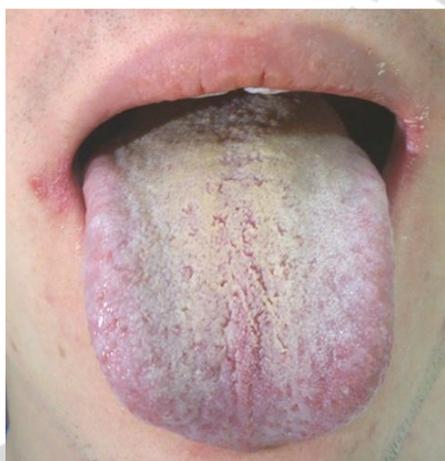


Рис. 6. Хронический гиперпластический кандидоз

**Срединный ромбовидный глоссит** проявляется в виде ромбовидного или овального очага атрофии нитевидных сосочков кпереди от желобовидных сосочков в средней трети спинки языка (рис. 7). Некоторые исследователи предполагают, что ромбовидный глоссит является врожденным и его

развитие обусловлено нарушениями процессов эмбриогенеза, в ходе которого происходит возникновение еще одной эпителиальной выстилки. Другие авторы указывают на роль микробного фактора в этиологии ромбовидного глоссита, поскольку в очаге поражения преобладает условно-патогенная грибковая микрофлора (*Candida* и *Actinomyces*). Заболевание встречается преимущественно у мужчин, курящих и злоупотребляющих алкоголем. Выделяют 3 клинические формы ромбовидного глоссита. Для плоской формы характерен красноватый гладкий элемент поражения с отсутствием на нем сосочков, который располагается на одном уровне с окружающими тканями. При бугорковой форме поражение представлено несколькими бугорками, которые разделены глубокими складками. Пораженная область воспалена, красного цвета, иногда цианотична. При папилломатозной форме на поверхности языка определяются папилломатозные разрастания до 3–5 см, возвышающиеся над остальными тканями. Пациенты с такой патологией жалуются на наличие во рту образования, инородного тела, дискомфорт при приеме пищи и разговоре.



Рис. 7. Срединный ромбовидный глоссит

**Черный волосатый язык** — заболевание, при котором наблюдается ороговение и разрастание нитевидных сосочков языка, вследствие чего образуются ворсинки, цвет которых может варьировать от светло-коричневого до черного. Изменения происходят по центральной линии языка, при этом кончик и боковые стороны остаются неповрежденными. Пораженное место приобретает вид темного треугольника или овала. Причины болезни не установлены, однако патология часто развивается после перенесенных инфекционных заболеваний и при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, при которых возникают оптимальные условия для роста грибов.

**Кандидоз углов рта** (угловой, или ангулярный, хейлит, кандидозная заеда) встречается у лиц с нарушением высоты нижней трети лица и образованием глубоких складок в углах рта, лиц старшего возраста при вторичной адентии, при наличии съемных зубных протезов и с наличием вредной привычки «облизывания» углов рта, губ (рис. 8). В складках углов рта определя-

ется эритема и трещины, легко снимающийся белесоватый налет, представленный слоями мацерированного эпителия, появляется болезненность при открывании рта и движении губ. Заболевание зачастую протекает как хроническое рецидивирующее или персистирующее, в результате чего вокруг трещины возникает инфильтрация, трещина углубляется, ее края утолщаются.



Рис. 8. Ангулярный кандидозный хейлит и стоматит

### **ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Клиническое стоматологическое обследование пациентов с кандидозом проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2013 г., 5-е издание) и с «Клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов (взрослое население) на терапевтическом стоматологическом приеме», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1245 от 26.12.2011 г.

Лабораторное исследование проводится в специализированных лабораториях. Наиболее часто для диагностики кандидоза используются микроскопическое исследование патологического материала и культуральный метод с определением чувствительности к противогрибковым лекарственным средствам. Среди других лабораторных методов выделяют: биохимический (физиологический) метод идентификации на основе ферментации углеводов; молекулярные методы (ПЦР-диагностика); серологические исследования (реакция связывания комплемента, реакции преципитации и агглютинации).

Для *микроскопического и культурального исследования* пациенту за 3–4 дня до забора материала рекомендуется не использовать противомикробные средства местного или системного действия, анализ сдают натощак и до чистки зубов.

Забор материала включает соскоб со слизистой оболочки, мазок-отпечаток, мазок-перепечаток, забор слюны, смывы из полости рта. Например, при видимых поражениях слизистой оболочки используют соскобы и мазки непо-

средственно с патологического очага. В случаях, когда нет четкого элемента поражения или когда оно локализовано в труднодоступном участке ротовой полости, возможно использование непрямых методик забора материала (слюны) или получение смывов с СОПР. После забора материала его высевают на первичную среду, где грибы рода *Candida* образуют кремообразные колонии беловато-желтого цвета, имеющие гладкую поверхность.

Обнаружение большого количества почкующихся клеток и псевдомицелия в нативном или окрашенном препарате при микроскопии свидетельствует о наличии заболевания. Единичные почкующиеся клетки, найденные в мазке со слизистых оболочек, не имеют диагностического значения, так как выявляются и у здоровых лиц, и у кандидоносителей. Принято считать, что однократное выделение дрожжеподобных грибов со слизистой оболочки в количестве, не превышающем 300 КОЕ/мл слюны, рассматривается как кандидоносительство, а выделение 500 КОЕ/мл и более свидетельствует о наличии заболевания. Однако следует отметить, что при некоторых формах кандидоза (хронический гиперпластический, атрофический), несмотря на выделение небольшого количества колоний грибов, они могут являться этиологическим агентом заболевания. В таких случаях гистологическое исследование биопсийного материала позволяет подтвердить клинический диагноз. Благодаря специальному окрашиванию (PAS, Gomori и др.) гистологического препарата выявляют бластоспоры, гифы и псевдогифы гриба, проникшие глубоко в ткани слизистой оболочки.

В клинической практике *серологические методы* редко применяются для диагностики кандидоза СОПР, однако они могут быть прогностически значимыми у пациентов с трудно поддающимся лечению заболеванием.

Сегодня *молекулярно-генетические методы* являются наиболее точными, но и самыми дорогостоящими. Они позволяют анализировать фрагменты ДНК грибов, находить и изолировать отдельные гены и их сегменты и устанавливать в них последовательность нуклеотидов. Для генетической идентификации дрожжей применяют ПЦР, гель-электрофорез, гибридизацию ДНК-ДНК и другие методы.

Важным этапом диагностики грибковой инфекции является *определение чувствительности выделенного патогена к антимикотикам in vitro*. Дрожжеподобные грибы способны приобретать резистентность к противогрибковым лекарственным средствам (ПГЛС) и некоторым антисептикам. В настоящее время рост резистентности кандид регистрируется во всех странах мира. Определяется повышение устойчивости изолятов *Candida albicans* и *non-albicans* к азолам и эхинокандинам. Увеличение доли резистентных штаммов подтверждает необходимость постоянного локального микробиологического мониторинга, без которого невозможно создание эффективных протоколов противогрибковой терапии.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Алгоритм обследования пациента с кандидозом СОПР был разработан и предложен 1-й кафедрой терапевтической стоматологии БГМУ (2012, 2017).

При *первичном посещении* пациента врач-стоматолог:

1. Проводит клиническое обследование, которое включает:

1.1. Опрос:

– жалобы (жжение, боль, сухость, наличие элементов поражения, дискомфорт, галитоз и др.);

– анамнез стоматологического здоровья: начало заболевания, наличие факторов риска и местных предрасполагающих факторов, вредных привычек (курения), осложнения кариеса, болезней тканей периодонта, других заболеваний СОПР, проведенное ранее лечение и его эффективность;

– анамнез общего здоровья пациента: перенесенные заболевания, сопутствующие заболевания, наличие вторичного иммунодефицита, аллергический фон организма, прием лекарственных средств (кортикостероидов, антибиотиков, цитостатиков), профессиональные вредности, особенности питания, стресс.

1.2. Визуально-инструментальное обследование челюстно-лицевой области, слизистой рта, периодонта, твердых тканей зубов:

– экстраоральный осмотр (конфигурация лица, цвет кожных покровов, пальпация лимфатических узлов, состояние височно-нижнечелюстного сустава);

– периоральный осмотр (носогубные складки, красная кайма и кожа вокруг губ, физиологическое дыхание);

– интраоральный осмотр СОПР по анатомо-топографическим зонам (комиссуры и слизистая оболочка губ, щек справа и слева, слизистая vestibularных и оральных поверхностей альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей, переход в область ротоглотки — твердое и мягкое небо, зев, все поверхности языка, дно полости рта) с детальной оценкой элементов поражения (изменение цвета (белые, красные, сочетанные); изменения рельефа (гладкие, возвышающиеся); нарушение целостности эпителия; локализация; форма, размер, глубина поражения; изменение фона при- и подлежащей слизистой (гиперемия, отек, уплотнение и др.); болезненность, (пальпация в сопоставлении с окружающими тканями); контуры и площадь поражений);

– оценка состояния тканей периодонта (наддесневые и поддесневые зубные отложения, воспаление десны, наличие периодонтальных карманов, рецессия десны, подвижность, патологическая миграция зубов);

– оценка состояния твердых тканей зубов, протезов и зубных рядов;

– определение очагов одонтогенной инфекции (апикальные периодонтиты, болезни тканей периодонта) — об их наличии судят по результатам

лучевой диагностики (дентальным рентгенограммам, панорамным и компьютерным томограммам зубов);

– прикус, состояние уздечек, архитектура мягких тканей преддверия и дна полости рта;

– состояние слюнных желез и их протоков.

1.3. Индексную оценку стоматологического статуса (состояние гигиены полости рта — индекс ОНI-S, J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964 г.; выраженность изменений на дорсальной поверхности языка — индекс дорсальной поверхности языка (ИДПЯ), Л. А. Иванова, Т. Л. Рединова, 2010 г.; состояние тканей периодонта — индекс КПИ, П. А. Леус, 1988 г.; индекс воспаления слизистой (ИВС), А. С. Рутковская и соавт., 2014 г.; кариозные поражения и их осложнения — индекс КПУ, Klein, Palmer, Knutson, 1930 г.).

2. Ставит предварительный диагноз на основании клинического обследования.

3. Оказывает неотложную помощь по показаниям. Устраняет боль и воспаление.

4. Нормализует гигиену рта. Формирует мотивацию, дает рекомендации по уходу за полостью рта, осуществляет подбор средств гигиены, профессиональную гигиену (по возможности).

5. Устраняет ятрогенные и другие факторы риска. Мотивирует к отказу от вредных привычек, шлифует острые края зубов, пломб, корректирует ортопедические конструкции.

6. Направляет на лабораторное исследование:

– для видовой идентификации микроорганизмов полости рта (дисбиоз);  
– исключения грибов рода *Candida* и других дрожжеподобных грибов и определения их чувствительности к противомикробным лекарственным средствам;

– исключения возбудителей других инфекций;

– морфологического исследования с целью выявления внутриэпителиального роста грибов, дисплазии и малигнизации эпителия;

– серологического, молекулярно-генетического и других исследований.

7. Направляет пациента на обследование общего состояния здоровья в учреждения здравоохранения по месту его жительства:

– для исключения других заболеваний СОПР (онкологических, эрозивно-язвенных и др.), проведения цитологического исследования, биопсии, исследования реакции на стоматологические материалы;

– определения соматического статуса к врачу-терапевту и другим врачам-специалистам — включает общий и биохимический анализ крови, исследование крови на глюкозу, определение вторичного иммунодефицита и нарушения обмена веществ, показателей гормонов щитовидной железы, флюорографию, осмотр гинеколога (для женщин) и исключение специфических инфекций (ВИЧ, хламидийной, сифилиса, гепатита и др.).

8. Заполняет учетно-отчетную документацию (формы, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь):

- стоматологическая амбулаторная карта (форма № 43/у-10);
- листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (фельдшера зубного) (форма № 037/у-10);
- дневник учета работы врача-стоматолога (фельдшера зубного) (форма № 039/у-10).

Врач-терапевт и другие врачи-специалисты (инфекционист, гастроэнтеролог, дерматолог, онколог и т. д.):

1. Проводят полное обследование пациента с целью исключения кандидоза других локализаций, заболеваний эндокринной системы (сахарного диабета, щитовидной железы), заболеваний крови, желудочно-кишечного тракта, вторичного иммунодефицита и другой патологии.

2. Назначают специальные лабораторные методы диагностики (микробиологические, вирусологические, иммунологические и др.).

Определение профиля специалиста и метода лабораторной диагностики проводится в зависимости от клинических проявлений заболевания, степени его тяжести, выявления взаимосвязи поражений слизистой рта с различной общесоматической патологией.

При повторном посещении пациента врач-стоматолог:

1. Проводит клиническое обследование:

1.1. Уточнение жалоб, анамнеза; повторный осмотр пациента; определение динамики изменений; контроль гигиены полости рта.

1.2. Анализ полученных результатов микробиологического исследования с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов, в том числе грибов рода *Candida* и других дрожжеподобных грибов к антибиотикам, обследования у врача-терапевта или других врачей общего профиля.

2. Устанавливает окончательный диагноз — проводится различными специалистами на основании анамнеза, клинического течения заболевания и результатов лабораторных исследований.

3. Выполняет местное медикаментозное лечение СОПР по показаниям.

4. Оказывает все виды специализированного стоматологического лечения с учетом состояния СОПР.

5. Придерживается принципов деонтологии и конфиденциальности.

6. Заполняет врачебную документацию.

## **ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Основополагающим в лечении грибковых поражений СОПР является медикаментозное лечение, которое может быть местным и общим и назначается согласно существующим протоколам лечения и инструкции по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь («Профилакти-

ка рецидивов кандидоза слизистой оболочки полости рта», 2017 г.). Назначение общего медикаментозного лечения проводит врач-терапевт и другие врачи-специалисты, оно подразумевает выбор противогрибкового средства, его дозировки, способа введения. Местное лечение чаще назначает врач-стоматолог. Основу местной и общей этиологической терапии кандидоза СОПР составляют ПГЛС (антимикотики). По химической структуре выделяют следующие группы ПГЛС:

- 1) полиеновые антибиотики (Нистатин, Леворин, Амфотерицин В, Натамицин);
- 2) производные имидазола (Клотримазол, Кетоконазол, Миконазол, Изоконазол, Оксиконазол, Бутоконазол);
- 3) производные триазола (Флуконазол, Итраконазол, Вориконазол);
- 4) аллиламины (производные N-метилнафталина: Тербинафин, Нафтифин);
- 5) эхинокандины (Каспофунгин, Микафунгин, Анидулафунгин);
- 6) другие группы (Флуцитозин, Гризеофульвин, Аморофин, Циклопирокс).

При назначении антимикотиков *местно* наиболее часто используют лекарственные средства группы полиеновых антибиотиков и производные азолов. Данные лекарственные средства назначаются в форме мази, геля, спрея, суспензии, крема, пастилок, таблеток для рассасывания (прил. 1).

*Антибиотики полиенового ряда* действуют на клеточную мембрану грибов путем связывания с эргостеролом, что вызывает нарушение целостности клеточной мембраны, изменение молекулярного и ионного обмена и лизис клетки. Они оказывают фунгистатическое или фунгицидное действие в зависимости от концентрации. Данные лекарственные средства фактически не всасываются в желудочно-кишечном тракте и при местном использовании. При поражениях слизистых оболочек таблетки нистатина по 500 000 ЕД назначают 3–4 раза в день для рассасывания в полости рта. Возможно приготовление водной суспензии нистатина 100 000 ЕД/мл в 5 мл воды и ее применение в виде ротовых ванночек 4 раза в день по 1–2 мин в течение 7–14 дней несколькими курсами. Суточная доза — 1 500 000–3 000 000 ЕД, в тяжелых случаях — до 4 000 000–6 000 000 ЕД. Продолжительность лечения — 10–14 дней, при необходимости время лечения может быть продлено и увеличено количество курсов.

Вторая наиболее распространенная группа противогрибковых препаратов — *азольные соединения*. Их антифунгальное действие заключается в специфическом угнетении системы цитохрома P450 грибов, в результате чего нарушается синтез эргостерола клеточной мембраны. Наиболее часто применяют клотримазол в виде крема, мази, спрея, раствора.

Следует отметить, что использование противогрибковых антибиотиков (Нистатина, Леворина и др.) и химиотерапевтических лекарственных средств (Флуконазола, Итраконазола и др.) не всегда дает положительный клинический

эффект. Многие авторы подчеркивают, что перед началом лечения необходимо достоверно идентифицировать возбудитель и проанализировать его чувствительность *in vitro*. Это актуально не только для других видов *Candida*, но и для *C. albicans*, у которого в последние годы отмечается рост резистентности к лекарственным средствам. Кроме того, по данным литературы, только у 47,1 % пациентов выделяется патогенная монокандидозная флора, в то время как в 56,6 % случаев выявляется ассоциированное кандидо-бактериальное поражение. С целью более эффективного разрушения грибково-бактериальных биопленок в схему лечения кандидоза следует включать антисептики.

К часто применяемым для местного лечения *антисептикам* в странах СНГ и Западной Европы относятся цетилпиридиния хлорид, хлоргексидина биглюконат, деквалиния хлорид, триклозан, гексетидин, сангвиритрин. Некоторые из них (мирамистин, триклозан, цетилпиридиний) способны оказывать и противовоспалительный эффект за счет подавления выработки медиаторов воспаления. При местном лечении используют антисептики в виде растворов, гелей, мазей, аэрозолей на органических носителях, к которым относятся желатин и полимеры. Их назначают в соответствии с инструкцией производителя на срок от нескольких дней до месяца.

Симптоматическое лечение кандидоза СОПР предполагает использование лекарственных средств, способствующих эпителизации, стимулирующих процессы пролиферации и дифференцировки клеток эпителия. Для этого применяются витамины А, Е, Солкосерил, Актовегин, Метилурацил в форме аппликаций по 20 мин 3–4 раза в день с 4–5-го дня от начала лечения. При острой эритематозной или эрозивно-язвенной форме кандидоза, если они сопровождаются болевыми симптомами, используют средства с обезболивающим эффектом (гели Холисал, Калгель, Дентинокс и др.).

Продолжительность лечения острых форм заболевания средствами местного действия составляет в среднем 2–3 недели. Его рекомендовано продолжать до исчезновения жалоб и клинических проявлений, а затем еще в течение 1 недели, что в среднем составляет 2–3 недели для ПГЛС и до 3 недель — для антисептиков.

С целью достижения стойкой ремиссии и исключения рецидивов при хроническом процессе рекомендовано проводить повторные курсы лечения с перерывами в 1–2 недели.

*Системное лечение* кандидоза СОПР (прил. 2) назначается врачом-терапевтом и другими специалистами:

- при хроническом гиперпластическом кандидозе;
- эрозивно-язвенном кандидозе;
- кандидозе при сахарном диабете;
- кандидозе на фоне иммунодефицитных состояний;
- кандидозе нескольких локализаций;
- неэффективности местного лечения;
- частых рецидивах в анамнезе.

Существуют разные схемы системного этиотропного лечения. Наиболее часто назначают: Флуконазол по 50–100 мг в день в течение 10–21 дня; Кетоконазол по 200–400 мг в день до 10 дней; Итраконазол по 100–200 мг в день 7–15 дней. При частых рецидивах проводят пульс-терапию Флуконазолом по 150 мг 1 раз в неделю курсом различной продолжительности.

В соответствии с литературными данными, грибы рода *Candida* способны вызывать аллергические реакции немедленного и замедленного типа. В этих случаях в схему лечения кандидоза СОПР следует включать десенсибилизирующие лекарственные средства.

Поскольку при кандидозе имеются нарушения иммунитета, могут применяться лекарственные средства, способствующие повышению резистентности организма (иммуномодуляторы, иммуностимуляторы, адаптогены), которые назначает врач-иммунолог или терапевт после подтверждения нарушений клеточного или гуморального иммунитета.

Анализ литературных данных показал, что кандидоз СОПР, как правило, сопровождается дисбиозом не только полости рта, но и кишечника. Следовательно, лечение должно быть направлено на восстановление микробиоценоза всего желудочно-кишечного тракта, при этом главным направлением считается местное и системное применение симбионтной флоры и комплексных иммуномодуляторов бактериального происхождения. Пробиотические лекарственные средства применяют для лечения и для профилактики развития дисбактериоза, их делят на несколько групп в зависимости от природы составляющих компонентов:

- 1) пробиотики;
- 2) пребиотики;
- 3) синбиотики;
- 4) вакцины;
- 5) биологически активные добавки;
- 6) бактериофаги.

Лекарственные средства для системного применения представлены в прил. 2.

Лечебное питание при кандидозе СОПР предусматривает ограничение продуктов, содержащих избыток сахара и способствующих процессу брожения. Пища должна быть легко усвояемой, механически и химически щадящей. Рацион должен включать продукты, подавляющие рост грибов, способствующие нормализации биоценоза кишечника и рта (кисломолочные, содержащие клетчатку, с низким содержанием сахаров).

Таким образом, лечение грибковой инфекции СОПР должно включать комплекс мероприятий, направленных на этиологические, патогенетические и симптоматические механизмы заболевания. Также необходимо учитывать степень тяжести заболевания, соматический и стоматологический статус пациента и чувствительность выделенных возбудителей кандидоза к противогрибковым лекарственным средствам.

## ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Для закрепления результатов лечения кандидоза при рецидивирующем течении, наличии предрасполагающих заболеваний рекомендуется проводить профилактическое противорецидивное лечение (инструкция по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Профилактика рецидивов кандидоза слизистой оболочки полости рта», 2017 г.).

Для системной и местной вторичной медицинской профилактики кандидоза СОПР используются лекарственные средства, включенные в Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь, которые назначаются врачами-специалистами согласно инструкции по медицинскому применению и/или листку-вкладышу.

### *Местные профилактические мероприятия:*

1. При условии сохранения факторов риска рецидива кандидоза СОПР через 7–14 дней после проведенного лечения проводится противорецидивный курс местными противогрибковыми антибиотиками с учетом чувствительности выделенного возбудителя к противогрибковым антибиотикам.

2. Продолжение антисептической обработки полости рта в течение 10–14 дней после проведенного лечения кандидоза СОПР.

3. После завершения противорецидивного приема противогрибковых антибиотиков и антисептиков рекомендовано назначение лекарственных средств, восстанавливающих нормальную микрофлору полости рта.

4. Поддержание индивидуальной гигиены полости рта и ортопедических конструкций (очищение зубов, межзубных промежутков, спинки языка, ежедневная гигиеническая чистка 2–3 раза в день съемных протезов и их антисептическая обработка 1 раз в день).

5. Динамическое наблюдение с микробиологическим исследованием при возникновении клинических проявлений заболевания.

### *Общие профилактические мероприятия:*

1. Лечение сопутствующих соматических заболеваний.

2. Назначение и/или коррекция приема лекарственных средств системного действия.

3. Коррекция иммунитета (на основании заключения врача-иммунолога).

4. Нормализация метаболических процессов.

5. Восстановление нормальной микрофлоры полости рта и кишечника.

6. Пациентам с хроническим рецидивирующим течением кандидоза СОПР, сочетающимся с кандидозом других локализаций, рекомендовано длительное (до 3–6 месяцев) профилактическое назначение противогрибковых антибиотиков с учетом чувствительности выделенных возбудителей.

7. Профилактическое назначение противогрибковых антибиотиков ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется согласно соответствующим клиническим протоколам лечения.

8. Рекомендации по соблюдению диеты с низким содержанием простых углеводов, употреблением кисломолочных продуктов и пищевых волокон.

9. Динамическое наблюдение с микробиологическим исследованием при возникновении клинических проявлений заболевания.

Алгоритм диагностики, лечения и профилактики рецидивов кандидоза представлен в прил. 3.

Репозиторий БГМУ

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алгоритм* диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 103-1117 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 01.12.2017 / УО «Белорус. гос. мед. ун-т» ; сост. : А. С. Рутковская, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова. Минск, 2017. 10 с.
2. Довнар, А. Г. Грибковая инфекция у пациентов с лейкоплакией и раком слизистой оболочки рта / А. Г. Довнар // *Стоматолог.* 2014. № 3. С. 48–52.
3. Довнар, А. Г. Особенности клинических проявлений кандидоза слизистой оболочки рта у взрослых / А. Г. Довнар, Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко // *Стоматолог.* 2015. № 1. С. 52–57.
4. *Клинический* протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 26.12.2011. № 1245 [Электронный ресурс]. Режим доступа : [http://minzd-rav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy\\_lechenia/protokoly\\_2011](http://minzd-rav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2011). Дата доступа : 07.02.2018.
5. Луницына, Ю. В. Кандидоз слизистой оболочки полости рта : актуальная проблема стоматологии XXI века / Ю. В. Луницына, С. И. Токмакова // *Проблемы стоматологии.* 2012. № 2. С. 30–33.
6. Луцкая, И. К. Кандидозный стоматит в полости рта / И. К. Луцкая, И. В. Кравчук // *Здравоохранение.* 2017. № 10. С. 29–34.
7. *Метод* вторичной медицинской профилактики кандидоза слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 051-0717 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.08.2017 / УО «Белорус. гос. мед. ун-т»; сост. : Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова, А. Г. Довнар. Минск, 2017. 7 с.
8. Мкртчян, З. Г. Дисбактериоз полости рта (обзор литературы) / З. Г. Мкртчян, Л. А. Шариманян, А. А. Арутюнян // *Вестн. стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.* 2012. Т. 9, № 2–3. С. 31–36.
9. Довнар, А. Г. Протокол лечебно-профилактических процедур пациентам с кандидозом слизистой оболочки полости рта / А. Г. Довнар, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова // *Стоматол. журн.* 2017. Т. 18, № 2. С. 137–140.
10. Сахарук, Н. А. Кандидоз : этиология, клиника, диагностика, лечение : монография / Н. А. Сахарук, В. В. Козловская. Витебск : ВГМУ, 2010. 191 с.
11. *Современные* аспекты этиологии и патогенеза кандидоза слизистой оболочки полости рта / Г. С. Межевикина [и др.] // *Рос. мед.-биол. вестн. им. И. П. Павлова.* 2012. № 3. С. 158–163.
12. Шабашова, Н. В. Местный иммунитет и микробиота ротовой полости (обзор) / Н. В. Шабашова, Е. Ю. Данилова // *Проблемы мед. микологии.* 2015. Т. 17, № 4 С. 4–13.
13. *Acetaldehyde* production and microbial colonization in oral squamous cell carcinoma and oral lichenoid disease / E. Marttila [et al.] // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. and Oral Radiol.* 2013. Vol. 116, N 1. P. 61–68.
14. *Adherence* and biofilm formation of non-Candida albicans Candida species / S. Silva [et al.] // *Trends in Microbiol.* 2011. Vol. 19, N 5. P. 241–247.
15. *Antifungal* and post-antifungal effects of chlorhexidine, fluconazole, chitosan and its combinations on Candida albicans / S. E. Calamari [et al.] // *Med. Oral Patol. Oral Cir. y Bucal.* 2011. Vol. 16, N 1. P. e23–e28.
16. *Candida* in oral lichen planus / S. G. Shivanandappa [et al.] // *J. of Indian Acad. of Oral Med. and Radiol.* 2012. Vol. 24, N 3. P. 182–185.

17. *Candida* in oral pre-cancer and oral cancer / P. R. Sanjaya [et al.] // Med. Hypotheses. 2011. Vol. 77, N 6. P. 1125–1128.
18. *Candida* species : current epidemiology, pathogenicity, biofilm formation, natural antifungal products and new therapeutic options / J. C. Sardi [et al.] // J. of Med. Microbiol. 2013. Vol. 62, N 1. P. 10–24.
19. *Clinical* practice guideline for the management of candidiasis : 2016 update by the infectious diseases society of America / P. G. Pappas [et al.] // Clin. Infect. Dis. 2015. Vol. 62, N 4. P. e1–e50.
20. *Giannini, G.* Diagnosis and management of oral candidiasis / G. Giannini, K. V. Shetty // Otolaryngol. Clin. of North Am. 2011. Vol. 44, N 1. P. 231–240.
21. *Manik, A.* A review on oral candidal infection / A. Manik, R. Bahl // J. of Advanced Medical and Dental Sciences Research. 2017. Vol. 5, N 3. P. 54–57.
22. *Mucosal Candidiasis Clinical Presentation.* [Electronic resource]. Mode of access : <https://emedicine.medscape.com/article/1075227-clinical>. Date of access : 03.03.2019.
23. *Effect* of fluconazole antifungal prophylaxis on oral mucositis in head and neck cancer patients receiving radiotherapy / N. Ourania [et al.] // Supportive care in cancer. 2006. Vol. 14, N 1. P. 44–51.
24. *Oral* colonization by *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730 after exposure to probiotics / E. Çaglar [et al.] // Int. J. of Paediatr. Dent. 2009. Vol. 19, N 5. P. 377–381.
25. *Sharon, V.* Oral candidiasis and angular cheilitis / V. Sharon, N. Fazel // Dermatol. Ther. 2010. Vol. 23, N 3. P. 230–242.
26. *Candida albicans* : pathogenesis, diseases and laboratory diagnosis [Electronic resource]. Mode of access : <https://microbeonline.com/candida-albicans-pathogenesis-diagnosis/>. Date of access : 12.02.2019.

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

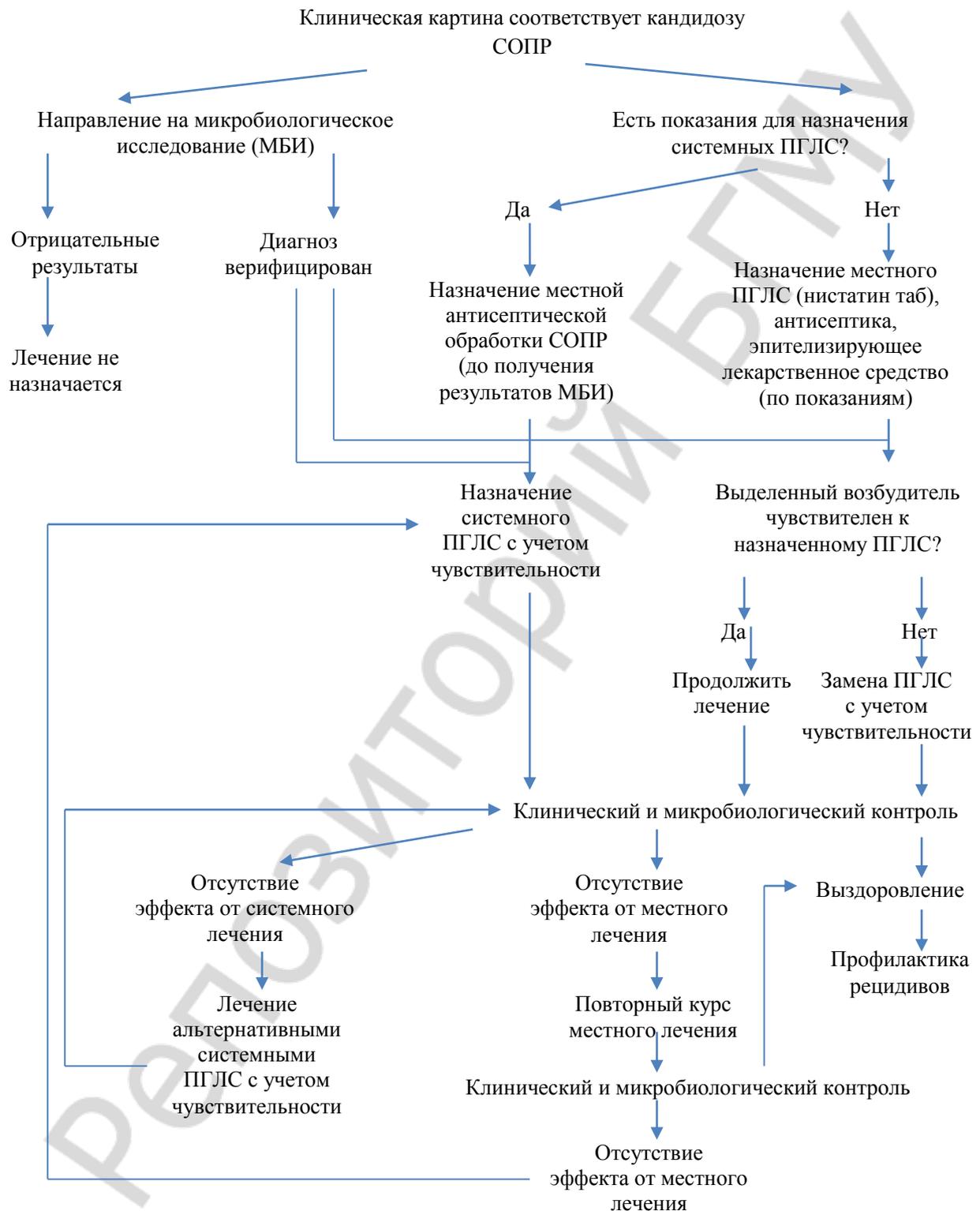
<b>Название</b>	<b>Форма выпуска</b>	<b>Способ применения</b>
<b>ПГЛС</b>		
Нистатин	Мазь для наружного применения 100000 ЕД / 1 г в тубах 15 г	Аппликации 2 раза в сутки по 30 мин 10–14 дней на область губ (при кандидозном хейлите)
	Таблетки 500 000 ЕД	Приготовление суспензии для ротовых ванночек из расчета 1 таблетка на 5 мл воды. Ротовые ванночки 4 раза в день по 1–2 мин в течение 7–14 дней несколькими курсами. Per os по 1 таблетке 4 раза в сутки 2 курсами по 10–14 дней с перерывом между курсами 7 дней
Пимафуцин (Натамицин)	Таблетки 100 мг	Приготовление суспензии для ротовых ванночек из расчета 1 таблетка на 5 мл воды. Ротовые ванночки 4 раза в день по 1–2 мин в течение 7–14 дней несколькими курсами. Per os по 1 таблетке 4 раза в сутки 2 курсами по 10–14 дней с перерывом между курсами 7 дней
Клотримазол или Канестен (для наружного применения)	Раствор 10 мг/1 мл, 1%-ный спрей, 1%-ный крем	Орошения, аппликации на область губ 2–3 раза в сутки 3–4 недели (при кандидозном хейлите)
<b>Антисептики</b>		
Тантум верде	Раствор или спрей	По 15 мл препарата для полоскания рта 2–3 раза в сутки или по 4–8 распылений 2–6 раз в сутки 7–14 дней
Сангвиритрин	1%-ный раствор	Орошения СОПР 2–3 раза в день до 5 дней
Септолете Тотал	Таблетки для рассасывания, спрей	Рассасывать во рту по 1 таблетке с интервалом 3–6 ч до 5 дней, орошения каждые 2–3 ч до 5 раз в сутки до 7 дней
Новосепт форте	Пастилки	Рассасывать во рту по 1 пастилке с интервалом 2–4 ч до 5 дней
Люголь спрей	1,25%-ный спрей	Орошения СОПР каждые 4–6 ч до 7 дней
Орасепт / Оросептин	1,4%-ный спрей	Орошения СОПР по 3–5 распылений каждые 2–4 ч до 5 дней
Хлоргексидина биглюконат	0,05%-ный раствор	Полоскания полости рта 2–3 раза в день 7–30 дней
Лизак	Таблетки для рассасывания	Рассасывать во рту по 1 таблетке каждые 2–3 ч до 7 дней
Холисал	Гель	Аппликации на сухие очаги поражения СОПР 3 раза в сутки до 7 дней
Анзибел	Пастилки	Рассасывать во рту по 1 пастилке каждые 2 ч до 7 дней

<b>Название</b>	<b>Форма выпуска</b>	<b>Способ применения</b>
Лорсепт	Таблетки для рассасывания	Рассасывать во рту по 1 таблетке каждые 2 ч до 7 дней
Мукосанин	Раствор для полосканий	Полоскания СОПР 2–3 раза в день 15–30 с 7–14 дней
<b>Препараты для коррекции местного иммунитета</b>		
ИРС 19	Спрей	По 1 дозе препарата в каждый носовой ход 2 раза в день 14 дней
<b>Препараты для нормализации биоценоза полости рта</b>		
Биофлор	Раствор	Полоскания полости рта по 1–2 мин 3 раза в день 10–14 дней
Бифидумбак-терин	Порошок	Содержимое пакета препарата растворить в 10 мл воды, использовать для полосканий полости рта по 1–2 мин 3–4 раза в день 10–14 дней
Бактолакт	Порошок	Содержимое флакона растворить из расчета 5 мл воды на 1 дозу, использовать для полосканий полости рта по 1–2 мин 3–4 раза в день 10–14 дней
Биогая	Таблетки	1–2 таблетки в день, разжевывать, до 30 дней
<b>Обезболивающие препараты при наличии болевого синдрома</b>		
Дентинокс Гель Н	Гель	Аппликации на СОПР по 10–15 мин 3 раза в сутки
Лидокаин	10%-ный спрей	Орошения участков поражения по 1–3 дозы
<b>Эпителизирующие препараты</b>		
Масляный раствор витамина А	3,4%-ный раствор	Аппликации на СОПР 3–5 капель на марлевой основе по 15–20 мин 3–4 раза в день до полной эпителизации
Солкосерил	Дентальная адгезивная паста	Аппликации на СОПР на 10–15 мин 3–5 раз в сутки до полной эпителизации
Репарэф-1, Репарэф-2	Мазь	Аппликации на СОПР по 5–7 мин 1–2 раза в день до полной эпителизации (не более 7 дней)

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

<b>Название</b>	<b>Форма выпуска</b>	<b>Способ применения</b>
<b>Противогрибковые антибиотики</b>		
Флуконазол	Капсулы 50, 100, 150 мг	Per os 200–400 мг в первый день, далее 50–200 мг в день 7–30 дней до полного исчезновения симптомов
Итраконазол	Капсулы 100 мг	Per os по 1 капсуле в сутки 10–15 дней
Нистатин	Таблетки 500 000 ЕД	Per os по 1 таблетке 4 раза в сутки 7–20 дней
Пимафуцин	Таблетки 100 мг	Per os по 1 таблетке 4 раза в сутки 7–20 дней
Амфотерицин В	Раствор для инфузий	В/в 0,3 мг/кг/сут 3–7 дней
<b>Для коррекции общего иммунитета</b>		
Иммунал	Таблетки 80 мг, капли	Per os по 1 таблетке 3–4 раза в сутки до 10 дней
Ликопид	Таблетки 10 мг	Per os по 1 таблетке под язык 1–3 раза в сутки 10 дней за 30 мин до еды
Циклоферон	Раствор 125 мг/мл для в/в и в/м введения	В/м 1 раз в сутки через день в разовой дозе 0,25 г. Курс — 10 инъекций
<b>Для нормализации биоценоза кишечника</b>		
Биофлор	Раствор	Per os по 1 десертной ложке за 30 мин до еды или через 1,5 ч после еды 3 раза в сутки 14 дней — 3 месяца
Бактолакт	Порошок	Содержимое флакона растворить из расчета 5 мл воды на 1 дозу, принимать внутрь по 5–10 доз за 30 мин до еды или через 1,5 ч после еды 3 раза в день 1–2 месяца
Линекс форте	Капсулы	Per os по 1 капсуле между приемами пищи 3 раза в день 7–10 дней
Биогая	Таблетки	1–2 таблетки в день, не зависимо от приема пищи, разжевывать, до 30 дней
Бак-сет форте	Капсулы	Per os по 2 капсулы 1–2 раза в день во время еды
<b>Витамины и минералы</b>		
Антиоксикапс с цинком	Капсулы	Per os по 1 капсуле 1 раз в сутки 1–3 месяца
Мильгамма	Таблетки	Per os по 1–3 таблетки в сутки до 1 месяца

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Этиология кандидоза слизистой оболочки полости рта.....	3
Факторы риска развития кандидоза слизистой оболочки полости рта.....	4
Особенности микроэкологии полости рта .....	5
Классификации кандидоза слизистой оболочки полости рта .....	6
Клиническая картина кандидоза слизистой оболочки полости рта .....	7
Диагностика кандидоза слизистой оболочки полости рта .....	12
Алгоритм обследования пациента с кандидозом слизистой оболочки полости рта .....	14
Подходы к лечению кандидоза слизистой оболочки полости рта.....	16
Профилактика рецидивов кандидоза слизистой оболочки полости рта.....	20
Список использованной литературы .....	22
Приложение 1 .....	24
Приложение 2 .....	26
Приложение 3 .....	27