

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра терапевтической стоматологии

Е.Е. Ковецкая

**КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО

2021

УДК 616.311:616.313:616.317]:616.992.282-036.1-07-079.4-08(075.9)

ББК 56.6я73

К 56

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
от 20.05.2021 (протокол № 5)

Автор:

Ковецкая Е.Е., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГУО
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Матвеев А.М., Главный внештатный специалист Министерства
здравоохранения Республики Беларусь по стоматологии, Главный врач
Республиканской клинической стоматологической поликлиники, кандидат
медицинских наук, доцент

Кафедра хирургической стоматологии УО «Белорусского государственного
медицинского университета»

Ковецкая Е.Е.

К 56

Кандидоз слизистой оболочки полости рта, губ и языка. Особенности
клинической картины, диагностика, дифференциальная диагностика,
лечение: учеб.-метод. пособие / Е.Е. Ковецкая. – Минск: БелМАПО, 2021. –
36 с.

ISBN 978-985-584-614-8

В учебно-методическом пособии рассматривается этиология, патогенез и
клиническая картина различных форм кандидоза. Описана дифференциальная
диагностика. Приведены рекомендации по профилактике кандидоза. Подробно изложены
особенности лечения.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих
содержание образовательных программ: переподготовки по специальностям
«Терапевтическая стоматология», «Стоматология»; повышения квалификации врачей-
стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, других врачей стоматологического
профиля. Может быть полезно врачам-интернам и клиническим ординаторам

УДК 616.311:616.313:616.317]:616.992.282-036.1-07-079.4-08(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-584-614-8

© Ковецкая Е.Е., 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ЭТИОЛОГИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА	5
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА	6
ПАТОГЕНЕЗ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА	7
КЛАССИФИКАЦИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	8
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	8
ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА	18
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА СОПР	21
Дифференциальная диагностика кандидозного стоматита	21
Дифференциальная диагностика кандидоза уголков рта (кандидозной заеды)	23
Дифференциальная диагностика кандидозного хейлита	24
Дифференциальная диагностика кандидозного глоссита	25
ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА СОПР	26
ДИЕТА	33
ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА	33
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	35

ВВЕДЕНИЕ

Кандидоз слизистой оболочки полости рта и языка – это хроническая оппортунистическая грибковая инфекция, которая возникает у людей со сниженным иммунитетом, и отличается полиморфизмом проявлений – от бессимптомного носительства до генерализованной формы. Жизнеспособные клетки *Candida* могут быть обнаружены в почве, питьевой воде, пищевых продуктах, на коже и слизистых оболочках человека и животных. Грибы этого рода – сапрофиты и могут встречаться на слизистой оболочке полости рта (46-52%), в фекалиях (80%), во влагалище (12,7%), особенно в последнем триместре беременности (30-86%). Исход контакта с дрожжеподобными грибами рода *Candida* обусловлен состоянием системы антифунгальной резистентности человека. В большинстве случаев такой контакт представляет собой транзитное кандидоносительство, когда структуры и механизмы антифунгальной резистентности обеспечивают спонтанную деконтаминацию организма человека. В то же время у лиц с нарушениями в системе антифунгальной резистентности контакт может сформировать как персистирующее носительство, так и кандидоз.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения 20% населения земного шара хотя бы раз перенесло различные формы кандидоза. Распространенность кандидоза в структуре гнойно-воспалительных заболеваний за последние 15-20 лет составила 17%. Доля кандидоза слизистой оболочки полости рта среди других кандидозов составляет 63%.

Причины возникновения кандидоза слизистых оболочек очень variabelны. Это может быть физиологический иммунодефицит в ранний детском и старческом возрасте, при беременности. В связи с неконтролируемым приемом медикаментов могут возникать ятрогенные иммунодефициты. Например, последствия лечения глюкокортикостероидами, иммунодепрессантами, антибиотиками, а также антицитокиновая, лучевая и полихимиотерапия могут вызвать кандидоз полости рта и языка. Заболевания эндокринной системы, такие как сахарный диабет, аутоиммунный, гипотиреоз часто сопровождаются кандидозом. Одним из основных симптомов СПИД, цирроза печени является кандидоз с проявлениями в полости рта.

Вызывают затруднения методы диагностики и дифференциальной диагностики кандидоза полости рта и языка. Отсутствует единое мнение о тактике лечения, выборе оптимальных средств и длительности их применения.

Четко сформулированные рекомендации к выбору методов диагностики, дифференциальной диагностики, а также выбору средств и методов лечения кандидоза полости рта и языка необходимы для врачей-стоматологов, практикующих в организациях здравоохранения государственной и негосударственной формы собственности.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальностям «Терапевтическая стоматология» (дисциплина «Заболевания пародонта (периодонта), слизистой оболочки полости рта, языка, каймы губ»), «Стоматология» (дисциплина «Проявления кожных заболеваний на слизистой оболочке полости рта»); повышения квалификации врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, других врачей стоматологического профиля. Может быть полезно врачам-интернам и клиническим ординаторам.

ЭТИОЛОГИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА

Кандидоз – это неинфекционное заболевание, возникающее на фоне сниженного иммунитета.

Первые сведения о кандидозе с поражением слизистой оболочки наблюдал Гиппократ. Впервые описал патогенность дрожжеподобных грибов и выделил заболевание в нозологическую форму *V. Langenbeck* в 1839 году. Первые исследования патогенности дрожжеподобных грибов провел *A. Robin* в 1853 году. Впервые *Candida albicans* как главный возбудитель кандидоза была описана ботаником *Cristine Marie Berchaut* в 1923 году. В 1939 году на III Международном конгрессе микробиологов дрожжеподобные грибы стали называть кандидами.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – условно патогенные одноклеточные микроорганизмы размерами 6-10 мкм. В настоящее время насчитывается более 150 видов кандид, среди которых наиболее часто встречаются *C. Albicans* (62-93%), *C. Tropicalis* (5%), *C. Krusei* (10-11%), *C. Stellatoidea*, *C. Glabrata*, *C. Lusitanice*, *C. Rugosa* (3%), *C. Parapsiliosis* (3%). Кандиды отличаются тем, что в различных условиях они образуют бластоспоры (клетки-почки), хламидоспоры (споры с двойной оболочкой) и псевдомицелий (нити удлинённых клеток).

Заболевание кандидозом слизистых оболочек предопределено наличием так называемых «факторов патогенности» у грибов рода *Candida*. В частности, клетки гриба могут прикрепляться к эпителиоцитам (адгезия), а

затем через трансформацию в нитевидную форму (псевдомицелий) внедряются в слизистую оболочку и даже «закрытые» системы (инвазия) и вызывают некроз тканей макроорганизма за счет секреции ферментов – протеиназ и фосфолипаз. Слизистая оболочка полости рта имеет мукозальную защиту за счет неспецифических гуморальных факторов, такие как лизоцим, комплемент, секреторный IgA, трансферрин, лактоферин, дефензины и др. Однако решающее значение в системе антифунгальной резистентности имеет функция фагоцитирующих клеток – полиморфноядерных и мононуклеарных фагоцитов, и Е-киллеров. Специфический антифунгальный гуморальный ответ реализуется за счет синтеза В-клетками специфических противокандидозных антител классов IgA, IgM, IgG, IgE. Сложная кооперация дендритных (и других антиген-презентирующих клеток, Т-хелперов 1, 2 и 17 типа, а также Т-регуляторных клеток обеспечивает адекватный специфический иммунный ответ. Дефекты в кратко описанной выше системе антифунгальной резистентности являются факторами, способствующими возникновению кандидоза, или так называемыми факторами риска.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

1. Экзогенные факторы, нарушающие целостность слизистой оболочки полости рта:

- механические (плохо подогнанные зубные протезы, зубной камень, острые края пломб, острые края зубов и др.);
- химические (курение, прием алкоголя, ожог слизистой стоматологическими гелями и жидкостями, ожог электрическим током при проведении электрофореза, ожог слизистой при проведении отбеливания зубов и др.).

2. Эндогенные факторы:

- неконтролируемый прием лекарств (антибиотиков);
- несбалансированное питание, голодание, различные диеты;
- вредные привычки (курение, прием алкоголя);
- лучевая терапия и прием цитостатиков (онкобольные);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотериоз);
- заболевания крови (железодефицитная анемия);
- заболевания ЖКТ;
- гиповитаминозы;

- гинекологические заболевания и длительный прием контрацептивов, дисменорея, аменорея;
- беременность;
- инфекционные заболевания (сифилис, ВИЧ-инфицирование, СПИД, гонорея, трихомоноз, туберкулез);
- детский и пожилой возраст;
- генетически детерминированные иммунодефициты (напр., селективный дефицит IgA, общая переменная иммунная недостаточность, синдром Шедиака-Хигаши и др.);
- лечение глюкокортикостероидами, иммунодепрессантами;
- хронические «истощающие» заболевания (напр., цирроз печени);
- ожоги тела больших размеров.

ПАТОГЕНЕЗ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА

Основная причина развития кандидозной инфекции в нарушении клеточного иммунитета: нарушение функции Т-лимфоцитов, нарушение взаимодействия Т- и В-лимфоцитов, а также нарушение фагоцитарной активности нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов. Фунгицидный эффект крови снижается, так как нарушается хемотаксис этих клеток по отношению к *Candida* за счет снижения в гранулах протеинов и пероксидазы. При снижении концентрации пероксидазы в крови эффект поглощения грибов нейтрофилами сохраняется, но отсутствует фунгицидная активность. Поэтому, *Candida*, попав в лейкоцит, размножается, разрывает клетку и выходит наружу.

Патогенез кандидоза СОПР характеризуется последовательным прохождением грибами следующих этапов адгезии, инвазии, кандидемии и висцеральных поражений. На первом этапе микромицеты адгезируются к эпителиоцитам какого-либо участка слизистой оболочки полости рта. В дальнейшем, дефекты в системе резистентности позволяют микромицетам через трансформацию в псевдомицелий внедряться (инвазировать) в слизистую оболочку и подлежащие ткани. Цитопения позволяет инвазирующимся грибам достигать стенки сосудов, разрушать ее и циркулировать в сосудистом русле (этот этап называют кандидемией). В отсутствие адекватной терапии кандидемия приводит к образованию очагов инвазивного кандидоза в висцеральных органах, чаще в печени и селезенке, легких, центральной нервной системе.

КЛАССИФИКАЦИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Существует несколько классификаций кандидоза слизистой оболочки полости рта.

Классификация кандидоза (Соснин Г.П., Бойко Г.И., 1985)

По течению:

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. Острый | 2. Хронический |
| • катаральный | • катаральный |
| • псевдомембранозный | • атрофический |
| • эрозивно-язвенный | • гиперпластический |

По локализации:

- Стоматит (множественные поражения)
- Гингивит
- Глоссит
- Хейлит

Классификация кандидозного глоссита (Трофимова Е.К., 1995)

- Эрозивная форма
- Инфильтративная форма
- Эритематозная форма
- Десквамативная форма

Классификация кандидоза СОПР по ВОЗ (2010)

- V.37.0 Кандидозный стоматит
- V.37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит
- V.37.01 Острый эритематозный (атрофический) стоматит
- V.37.02 Хронический гиперпластический стоматит
- V.37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит (протезный стоматит в результате кандидозного инфицирования)
- V.37.04 Кожно-слизистый кандидоз
- V.37.06 Ангулярный хейлит

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Признаки кандидоза слизистой оболочки рта у взрослых:

1. Наличие покраснений, отека, чувства сухости и болезненности во рту;
2. Белый творожистый налет на слизистой, который на первоначальном этапе, в виде мелких белых крупинок, изнутри покрывает поверхность щек;

3. Молочные пленки либо бляшки, которые при тяжелой форме заболевания даже сливаются между собой, покрывая большие участки полости рта (язык, миндалины, десна);
4. Образование белых чешуек и хлопьев на коже губ;
5. При снятии налета, в ротовой полости четко прослеживаются ярко выраженные покраснения и язвочки;
6. Чувство зуда и жжения во рту (как проявление аллергии на грибок);
7. Ощущение металлического привкуса во рту и снижение вкусовой чувствительности;
8. Множественные кровоточивые ранки во рту;
9. Болезненные ощущения при глотании слюны, приеме пищи;
10. Ощущение так называемого «кома» в горле;
11. Повышение температуры тела;
12. Образование микотических (дрожжевых) заед в уголках рта, в которых также визуализируются мелкие чешуйчатые образования и налет белого цвета.

По наличию тех или иных симптомов кандидоза ротовой полости можно определить форму заболевания. Это может быть острый кандидоз, который в свою очередь бывает псевдомембранозным и атрофическим либо хронический кандидоз, делящийся также на два вида: гиперпластический и атрофический.

В.37.00 Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница)

Это одна из наиболее часто встречаемых форм заболевания. Страдают преимущественно дети грудного возраста, ослабленные инфекционным заболеванием, бронхитом, а также недоношенные дети. Взрослые заболевают при наличии сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, болезней крови, онкологических заболеваний.

Жалобы. Болеющие дети становятся вялыми, капризными, плохо спят, отказываются от еды. Взрослые жалуются на сухость, отечность слизистой оболочки, дискомфорт и боль во время еды. Общее состояние обычно не страдает. Может быть искажен вкус.

Клиническая картина. У детей грудного возраста матери отмечают появление на слизистой оболочке губ, языка, щек, нёба белых пятен или белого налета, который скапливается в виде бляшек или пленки (рис. 1). При легкой степени кандидоза бляшки легко снимаются, оставляя на своем месте очаг гиперемии (рис. 2). При тяжелой степени тяжести – очаги налета сливаются и распространяются на всю слизистую оболочку рта. При поскабливании такой налет отслаивается с трудом, а под ним

обнаруживается эритема или кровоточащие эрозии (рис. 3, 4). При отсутствии лечения острый псевдомембранозный кандидоз может перейти в атрофическую форму.



Рисунок 1.



Рисунок 2.



Рисунок 3.



Рисунок 4.

В.37.01 Острый атрофический кандидоз

Возникает как самостоятельно, так и после острой псевдомембранозной формы. Основная причина возникновения – побочный эффект от приема антибактериальных препаратов, ингаляционных кортикостероидов.

Жалобы. Сухость и ощущение жжения в полости рта, невозможность передвигать языком, чувствительность слизистой к любым раздражителям. Общее состояние обычно не страдает. Может быть искажен вкус.

Клиническая картина. Слизистая оболочка резко гиперемирована, огненно-красного цвета, сухая, блестящая, что затрудняет свободное открывание рта, вызывает болезненность при разговоре, приеме пищи и при инструментальном осмотре стоматолога. При осмотре языка обнаруживаются пятна эритемы без налета или с налетом в крупных складках языка, огненно-красный цвет слизистой, спинка языка (при его вовлечении в инфекцию, (рис. 5). Красная кайма губ гиперемирована, отечна,

покрыта тонкими серыми чешуйками, иногда на губах появляются корочки, трещины, эрозии (рис. 6).



Рисунок 5.



Рисунок 6.

В.37.02 Хронический гиперпластический кандидоз

Встречается у 75% пациентов. Основная причина возникновения – прием цитостатиков, антибиотиков, у больных туберкулезом, болезнями крови, у ВИЧ-инфицированных, курильщиков и иногда у людей, пользующихся съемными протезами.

Жалобы. Пациенты предъявляют жалобы на извращение вкуса, боль при приеме острой и кислой пищи, на жжение, сухость во рту. При наличии эрозий отмечают болезненность.



Рисунок 7.

Клиническая картина.

Слизистая гиперемирована, на языке и щеках могут появляться белые бляшки различной величины, образующие неровную поверхность («бульжная мостовая»). Со временем они уплощаются и приобретают желтоватый цвет. В запущенных случаях возникает грубый беловато-серый налет, удаляющийся с

трудом. Под налетом обнаруживаются кровоточащие эрозии. Если поражен язык, то может наблюдаться разрастание сосочков. Налет чаще располагается на спинке языка, наиболее часто в ромбовидной ямке. Процесс может

распространяться на разные отделы полости рта. В зависимости от места поражения выделяют кандидозный глоссит, хейлит, ангулярный хейлит (заеды), палатинит, пареит (рис.7).

В.37.03 Хронический атрофический кандидоз

Диагностируется у пациентов с зубными протезами, пожилых людей, имеющих сопутствующие заболевания: атрофический гастрит, сахарный диабет и т.д. Кандидоз этой формы зачастую поражает оболочку протезного ложа, причем в большинстве случаев это протезы верхней челюсти. Длительно текущее заболевание может вызвать атрофию сосочкового аппарата языка.

Жалобы. Пациенты жалуются на сухость во рту, жжение и болезненность при ношении протеза, выделение вязкой тягучей слюны.



Рисунок 8.

В полости рта наблюдается сухость. Налет можно заметить только в глубоких складках и на боковых поверхностях языка (рис. 8).

Клиническая картина. Объективно под протезами слизистая оболочка гиперемирована, отечна, сухая. Часто при этой форме кандидоза образуется трудно снимаемый налет, который слабо визуализирован, а потому редко бывает замечен больным. Под налетом обнаруживается гиперемированная слизистая. В полости рта наблюдается

В.37 Кандидозный глоссит

Кандидозный глоссит может проявляться в эрозивной, инфильтративной, эритематозной, десквамативной, гиперпластической формах.



Рисунок 9.

Клиническая картина
Основными симптомами **эрозивной формы** (В.37.00) являются гиперемированная, отечная слизистая оболочка спинки языка, покрытая рыхлым, легко снимающимся налетом серовато-белого цвета, с обнажением эрозий (рис. 9).



Рисунок 10.

При **инфильтративной форме** (В.37.00) кандидозного глоссита язык гиперемирован, отечен, его боковые поверхности покрыты трудно снимающимся налетом наподобие тонких пленок, сосочки языка атрофированы (рис. 10).



Рисунок 11.

При **эритематозной форме** (В.37.01) язык отечен, ярко гиперемирован, покрыт пенистым, вязким, легко снимающимся налетом (рис. 11).

Гиперпластическая форма (В.37.02) протекает с резкой гипертрофией и пигментацией нитевидных сосочков (рис. 12, (черный волосатый язык, рис. 13)).



Рисунок 12.

Рисунок 13.

Десквамативная форма (В.37.03) характеризуется участками десквамации эпителия на спинке языка, которые окружены серовато-белым или темно-желтым трудно снимающимся налетом. Язык становится чувствительным к любым раздражителям (рис. 14).



Рисунок 14.

В.37 Кандидозный хейлит

Это заболевание, при котором поражается красная кайма губ. Зачастую хейлит поражает нижнюю губу: сначала на ней появляются отдельные пузырьки, со временем сливающиеся в белую пленку. Для хейлита характерен сильный зуд, усиливающийся ночью и чувство стягивания.

Клиническая картина

Острый псевдомембранозный хейлит (В.37.00) возникает у новорожденных и ослабленных детей, характеризуется отеком и гиперемией губ, на которых появляются мелкие бляшки белого цвета, напоминающие творог. Они легко снимаются без повреждения целостности слизистой. При более тяжелом течении налет на губах становится плотным, при его удалении обнажаются эрозии (рис. 15).



Рисунок 15.



Рисунок 16.

Острый атрофический хейлит (B.37.01) чаще встречается на красной кайме губ. Пациенты жалуются на сухость и жжение губ, которые усиливаются при приеме пищи под воздействием раздражающих факторов. Объективно наблюдается яркая гиперемия красной каймы губ, сухость, отсутствие налета, шелушение и корочки. При открывании рта наблюдается образование небольших кровоточащих трещин губ (рис. 16).

Хронический атрофический хейлит (B37.03) может развиваться у лиц, пользующихся съемными протезами. Хронический атрофический кандидозный хейлит характеризуется тем, что поражается вся поверхность губ. Красная кайма губ синюшная, с небольшим шелушением. Тонкие пластинчатые чешуйки имеют сероватый цвет и свободно приподняты края. Кожа губ истончается и собирается в нежные радиальные складки. Заболевание имеет хронический характер и нередко сочетается с микотическими заедами (рис. 17).



Рисунок 17.

В. 37.06 Ангулярный хейлит

Кандидозный ангулярный хейлит встречается в следующих формах: хронический атрофический ангулярный хейлит ((кандидозная заеда) и хронический гиперпластический кандидозный ангулярный хейлит.

Хронический атрофический ангулярный хейлит (кандидозная заеда) возникает в результате распространения инфекции со слизистой оболочки полости рта, но может быть и изолированным. В развитии заболевания значительную роль играют недостаточность витаминов, особенно В2 (рибофлавина). Заеды обычно наблюдаются у детей от 2 до 6 лет, имеющих привычку сосать палец или облизывать губы. Заболевание носит хронический рецидивирующий характер. У взрослых встречаются в пожилом возрасте, при сниженном прикусе.



Рисунок 18.

эрозия или трещина с четкими границами. Поражение распространяется на кожу, что приводит к инфильтрации, розово-красному окрашиванию и шелушению. По периферии очага располагается бахрома отслаивающегося рогового слоя эпителия (рис. 18).

Клиническая картина: поражаются, как правило, оба угла рта. Характерны мацерация кожи углов рта, наличие трещин, покрытых налетом, болезненность при открывании рта, жжение, зуд. Слизистая оболочка незначительно инфильтрирована, имеет серовато-белую окраску, в глубине складки выявляется

Хронический гиперпластический кандидозный ангулярный хейлит может развиваться у лиц, страдающих заболеваниями крови, туберкулезом, СПИДом, длительно принимающих антибиотики и цитостатики.

Клиническая картина: красная кайма губ и слизистая оболочка в углах рта гиперемирована, отечна. Отмечается сухость и образование белого творожистого налета в виде бляшки, который возвышается над поверхностью угла рта. Налет снимается при соскабливании, обнажая эрозированную поверхность.

В.37. Кандидозный гингивит

В настоящее время доказана роль дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии патологии пародонта и в частности гингивита. В литературе это описано как гингивоз. В настоящее время подтверждаются сведения о кандидоассоциированной форме пародонтита. Обсемененность тканей пародонта грибковой микрофлорой связана с пониженным иммунитетом у больных.

При бактериологическом обследовании пациентов с катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом в 66% случаев выявлен рост грибов *Candida*. При этом наиболее часто встречалась *Candida tropicalis* – 72%, *Candida albicans* – только в 6% случаев. А спектр дрожжеподобных грибов в полости рта был представлен *C. Tropicalis*, *C. Albicans*, *C. Krusei*, *C. Glabrata*, (Мелехов С.В., Чумак Л.Б, Овчаренко Е.С., 2007).

При длительном течении кандидозного гингивита появляется неприятный запах изо рта, появляются общие симптомы интоксикации (головная боль, тошнота, дискомфорт в области живота и др.). Это объясняется тем, что *Candida* вырабатывают ряд токсинов (кандитоксин, кардиотоксин, гемолитический фактор и др.), что негативно сказывается на течении заболевания десны и не поддается классической терапии гингивита (рис. 19).



Рисунок 19.

ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования при кандидозе полости рта являются соскобы, смывы, налет со слизистой оболочки рта. При псевдомембранозной форме налет с очагов поражения снимается стоматологическим шпателем или хирургической ложечкой Фолькмана, с эрозивных поверхностей – стерильным увлажненным тампоном. Перед процедурой пациент не должен чистить зубы. Ему рекомендуется прополоскать рот чистой водой.

Материал помещают в транспортную среду или физиологический раствор и направляют в лабораторию для последующего морфологического изучения и посева на питательные среды.

Морфологический микологический метод. «Стандарт» диагностики кандидоза слизистых оболочек – обнаружение псевдомицелия *Candida* при морфологическом исследовании соскобов со СОПР или смывов. С целью обнаружения псевдомицелия используют морфологические микологические методы с окраской мазков по Цилю-Нильсену, Романовскому-Гимза, Хочкиссу-Мак-Манусу, Гридли, Граму (рис. 20). Диагноз подтверждается при обнаружении в соскобе с поверхности пораженных участков слизистой рта грибов рода *Candida*.

При микроскопии видны округлые клетки-бластоспоры. Они размножаются путем почкования от материнской клетки. Бластоспоры у дрожжеподобных грибов способны к фламентации (удлиняются и образуют нить – псевдомицелий). Псевдомицелий отличается от истинного мицелия тем, что не имеет общей оболочки. Также обнаруживаются хламидоспоры (клетки с двойной оболочкой) (рис.21).

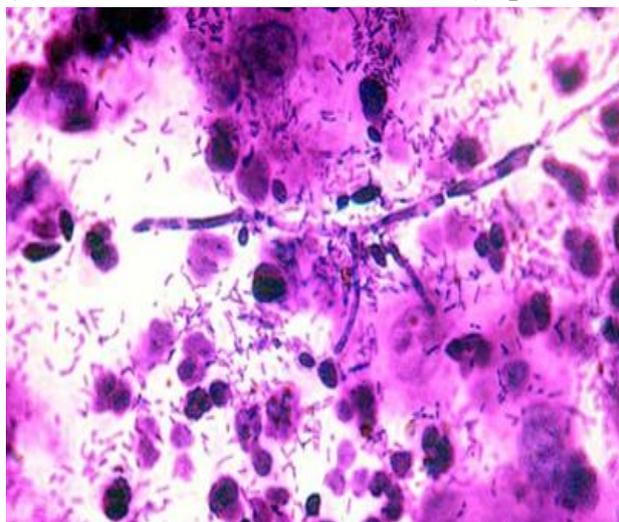


Рисунок 20.

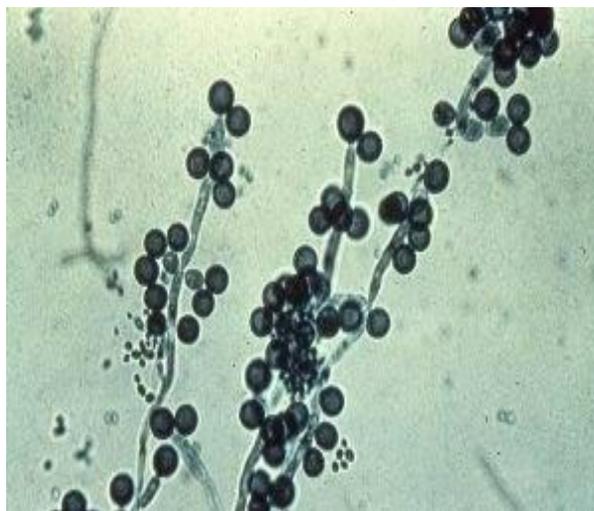


Рисунок 21.

Оценка результатов:

В норме грибы рода *Candida* присутствуют в полости рта в незначительных количествах. При микроскопическом исследовании они обнаруживаются в виде единичных дрожжеподобных клеток.

При кандидоносительстве обнаруживаются единичные почкующиеся клетки грибов *Candida*.

При кандидозе слизистой оболочки полости рта в исследуемом препарате выявляют скопления почкующихся и не почкующихся клеток, а также тонкие, ветвящиеся нити псевдомицелия. При остром кандидозе в препарате соскоба преобладают клеточные формы, круглые, частично почкующиеся. При хроническом – цепочки из округлых удлинённых почкующихся клеток и нити псевдомицелия. Диагноз данного заболевания может быть подтвержден при проведении алергопробы с полисахаридным антигеном разных грибов. Учет диморфности *Candida* является ключом к дифференциальному диагнозу между кандидозом и кандидоносительством.

Культуральный микологический метод основан на посеве биоматериалов слизистых оболочек на среду Сабуро, сусло-агар, кандида-агар (рис. 22). Преимущество данного метода – в возможности видовой идентификации грибов рода *Candida* и тестирования культуры на чувствительность к антимикотикам. Актуальность таких исследований обусловлена тем, что различные виды *Candida*, в частности *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis*, *C.krusei*, *C.glabrata* и др. имеют различную чувствительность к современным антифунгальным препаратам. Культуральное исследование биоматериалов слизистых оболочек с определением вида возбудителя становится строго необходимым при рецидивирующем течении кандидоза или резистентности к стандартной антимикотической терапии (рис. 23).



Рисунок 22.



Рисунок 23.

Оценка результатов:

Норма: необходимо дифференцировать нормальное пребывание грибов в организме человека от патологического. Считается, что обнаружение гриба кандиды в малом количестве (до 10 колоний при первичном посеве на чашку Петри) можно расценивать как норму. Повторное исследование того же материала в динамике через 5-7 дней у здоровых лиц дает отрицательный или такой же, как при первом посеве, результат.

Кандидоносительство: однократное выделение гриба *Candida* со слизистой полости рта в количестве, не превышающем 300 колоний в 1 мл смыва, рассматривается как кандидоносительство. Если же число колоний грибов в повторном посеве вырастает до сотен колоний, то даже при отсутствии клинических признаков кандидоза следует расценивать этот факт как сигнал, требующий дальнейшего наблюдения за больным.

Кандидоз: Обнаружение при первичном посеве значительного числа клеток грибов (от 100 до 1 000 и более в 1 мл смыва) трактуется как кандидоз. Диагноз подтверждается, если при повторном посеве будет отмечено увеличение количества грибов.

При посевах на жидких питательных средах рост дрожжевых колоний свыше 1 000 на 1 г исследуемого материала свидетельствует о том, что выделенные грибы являются этиологическим агентом заболевания. 10-100 колоний на 1 г патологического материала не являются критерием для постановки диагноза кандидоза, а только сигналом к продолжению поисков возбудителя. Признаком кандидоза служит высевание со слизистых более 1 000 клеток в 1 мл смыва с тампона.

Диагностические системы для идентификации грибов рода *Candida*

В настоящее время в арсенале современных лабораторий имеется несколько диагностических систем для определения видовой принадлежности грибов и их чувствительности к антифунгальным препаратам. В основе видовой идентификации и определения чувствительности к антифунгальным препаратам лежит использование селективных питательных сред, изучение характера утилизации грибами сахаров и энзимный профиль грибов, метод разведений, флуоресцентная гибридизация и другое (диагностические системы «Кандиселект», «Ауксаколор», «Фунгискрин», «Фунгитест», и др.). Готовые тесты не трудоемки, отличаются удобством и быстротой диагностики.

Серологический метод: для диагностики кандидозной инфекции могут быть использованы различные *серологические реакции*, так как грибы кандиды являются полноценными антигенами: реакция агглютинации;

реакция связывания комплемента; реакция преципитации; реакция пассивной гемагглютинации.

Внутрикожные пробы на грибковые аллергены с грибковыми антигенами по общепринятой методике (внутрикожное введение 0,1 мл) позволяют выявить реакцию гиперчувствительности как немедленного, так и замедленного типов.

ПЦР-диагностика широко используется в клинической практике. Суть состоит в естественной репликации нуклеиновых кислот и возможности получить фрагменты последовательности ДНК в количествах, достаточных для идентификации. ПЦР-диагностика позволяет выявить геном возбудителя даже в очень низкой концентрации. Преимуществом метода является сравнительная быстрота его выполнения, высокая специфичность и чувствительность, а также возможности дифференцировки различных видов возбудителя.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА СОПР

Дифференциальная диагностика кандидозного стоматита

Нозологическая форма	Объективные данные	Дополнительные методы исследования
Лейкоплакия (плоская, веррукозная)	Пятно или бляшка не соскабливаются, воспалительные явления отсутствуют или выражены незначительно, локализуются чаще в передних отделах щек, на нижней губе, твердом небе, кожа не поражается	Гистологическое исследование – гиперкератоз, акантоз и паракератоз
Лейкоплакия курильщиков (лейкоплакия Таппейнера)	Локализуется на слизистой твердого неба. Слизистая оболочка имеет серовато-белый оттенок, слегка складчатая, на фоне которой хорошо видны красные точки – устья выводных протоков мелких слюнных желез	Гистологическое исследование – гиперкератоз, акантоз и паракератоз
Плоский лишай (типичная форма)	Мелкие папулы, сливающиеся в рисунок, воспалительные явления выражены, локализуются на щеках и боковых поверхностях языка в средней и задней третях, имеются поражения кожи	Гистологическое исследование – гранулез, вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия
Аллергический стоматит	Имеется отек, сухость, гиперемия слизистой оболочки (в анамнезе контакт с аллергеном)	Общий анализ крови – повышение количества эозинофилов – эозинофилия (норма 0-5%)

Нозологическая форма	Объективные данные	Дополнительные методы исследования
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	Одиночные афты, округлой формы, покрытые фибринозным, трудно снимающимся налетом, при снятии которого обнажается эрозивная кровоточащая поверхность	Гистологическое исследование – вакуольная баллонизирующая дегенерация базального слоя эпителия
Сифилис (вторичный)	Сифилитические папулы более рыхлые, при соскабливании налета обнажается эрозия	Серологическое исследование – реакция Вассермана положительная, гистологическое исследование – обнаруживаются бледные трепонемы
СПИД	Увеличение лимфатических узлов челюстно-лицевой области и головы, упорное течение процесса, несмотря на лечение	Серологическое исследование – положительный тест на ВИЧ
ОГС	Страдает общее состояние больного, температура тела 38° С и выше, имеется продромальный период	Микроскопическое исследование – обнаружение гигантских многоядерных эпителиальных клеток
Корь(симптомы Филатова-Коплика-Бельского)	Имеется крошковатый беловато-желтый налет на СОПР. Налет не сливается и не снимается при поскабливании. Афты напоминают «брызги извести» Пятна появляются на СОПР в продромальном периоде на слизистой щек в проекции коренных зубов. Пятна исчезают с появлением коревой экзантемы на 3-4 сутки заболевания.	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Язвенный стоматит Венсана	На СОПР обнаруживается грязно-серый налет, покрывающий язвенные дефекты СОПР. Поражается ретромолярная область, боковая поверхность языка, дно полости рта. Имеется регионарный лимфоденит. Температура тела повышенная до 39-40° С	При микроскопическом исследовании обнаруживается фузоспирилярный симбиоз
Фолликулярная ангина	На миндалинах имеется творожистый налети белые пробки. Общее состояние страдает, имеется высокая температура тела до 40° С	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.

**Дифференциальная диагностика кандидоза уголков рта
(кандидозной заеды)**

Сифилитическая заеда	Болезненность при открывании рта, В углу рта (может быть не симметрично) серовато-белый налет, хорошо удаляемый при поскабливании	Серологическое исследование – реакция Вассермана положительна, гистологическое исследование – обнаруживаются бледные трепонемы
Туберкулезная заеда	Резко болезненная язва с подрытыми краями, мягкая при пальпации	Микроскопическое исследование – обнаружение микобактерий в мокроте
Стрептококковая заеда	Очаги поражения носят распространенный характер (в процесс вовлекаются губы и кожа), покрыты медовыми корочками, сопровождаются обильной экссудацией. Слизистую полости рта не поражают	Микроскопическое исследование – большое количество кокков и нет грибов.
Стафилококковая заеда	Отчетливо видны точечные пустулы типа гнойных фолликулов. Не распространяется на СОПР	Микроскопическое исследование – большое количество кокков и нет грибов.
Сифилитическая заеда	Один из вариантов проявления первичного сифилиса при расположении твердого шанкра в углу рта. При этом поражение имеет вид трещины, при растяжении которой появляются овальные очертания, при пальпации определяется хрящевое дно шанкра	Серологическое исследование – реакция Вассермана положительна, гистологическое исследование – обнаруживаются бледные трепонемы

Дифференциальная диагностика кандидозного хейлита

Эксфолиативный хейлит	Гиперемия, отек, эрозии, трещины, чешуйки	Микроскопическое исследование – большое количество эпителиальных клеток в мазке и мало лейкоцитов
Актинический хейлит	Возникает в результате интенсивной инсоляции. При сухой форме красная кайма губ сухая, гиперемированная, покрытая серебристыми чешуйками. При экссудативной форме пузырьки быстро лопаются, образуются мокнущие эрозии, корки и трещины, веррукозные разрастания, участки ороговения	Возникает в результате интенсивной инсоляции. Наблюдается сезонность заболевания
Контактный аллергический хейлит	На месте контакта с аллергеном образуется резко ограниченная эритема, отек и незначительное шелушение. В анамнезе контакт с аллергеном	Общий анализ крови – повышение количества эозинофилов – эозинофилия (норма 0-5%)
Экзематозный хейлит	Характеризуется полиморфизмом проявлений: вначале возникает гиперемия, затем – мелкие узелки, пузырьки, чешуйки, корки. Процесс идет на губах и коже перiorальной области	Общий анализ крови – повышение количества эозинофилов – эозинофилия (норма 0-5%)
Атопический хейлит	Процесс локализуется на красной кайме и коже в перiorальной области. Вначале появляется четкая, появляются высыпания на коже, локтевых сгибах, под коленками розовая эритема	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Системная красная волчанка	При локализации на красной кайме губ появляются слегка инфильтративные, резко ограниченные участки, окрашенные в красный цвет, покрытые небольшим количеством чешуек, которые с трудом удаляются	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Вторичный сифилис	Проявляется папулезными высыпаниями на губах. Папулы склонны к слиянию, красная кайма инфильтрирована, эритема мяско-красного цвета. При соскабливании налета образуется эрозия, с которой выделяется серозная жидкость, богатая бледными трепонемами	Серологическое исследование – реакция Вассермана положительная, гистологическое исследование – обнаруживаются бледные трепонемы

Дифференциальная диагностика кандидозного глоссита

Ромбовидный глоссит	На дистальной поверхности языка имеется очаг овальной формы, приподнятый над слизистой и уплощенный. Поверхность гладкая, блестящая, лишена сосочков, слегка гиперемирована, четко ограничена от окружающих тканей. Рассматривается, как врожденное заболевание.	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Десквамативный глоссит	Поражения имеют вид серых колец, дуг, географической карты. Эти проявления не стабильные, часто меняют свою форму.	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Синдром Пламмера-Винсона (сочетание стеноза пищевода с железодефицитной анемией)	Проявляется атрофией сосочков языка и слизистой полости рта («лакированный язык»), трещинами в углах рта. Отмечается боль в горле и дисфагия.	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются.
Черный волосатый язык (токсический глоссит)	Встречается при патологии ЖКТ, гиповитаминозе, у курильщиков.	При микроскопии грибы кандиды не обнаруживаются

ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА СОПР

Лечение кандидоза СОПР местное и общее: этиотропное, патогенетическое и симптоматическое.

Задачи лечения:

1. Выявление, устранение или минимизация воздействия факторов риска возникновения и прогрессирования заболевания.

2. Воздействие на этиологический фактор и патогенетические звенья заболевания:

А. антимикотическая терапия в период клинических проявлений, при которой учитывается чувствительность грибов к препаратам, схема и длительность применения антимикотиков

Б. патогенетическая терапия (десенсибилизирующие, иммунокорректирующие и общеукрепляющие средства);

3. Нормализация микроэкологии полости рта

4. Профилактика рецидивов. Противорецидивная (поддерживающая) терапия и коррекция иммунитета.

5. Клинико-лабораторный мониторинг эффективности лечения.

Общее лечение кандидоза включает применение антимикотиков. Для хронических форм кандидоза в лечение следует включить системную иммунокоррекцию с учетом иммунологического профиля больного. Показано назначение витаминов и средств, стимулирующих неспецифическую резистентность пациента. Одним из направлений иммунотерапии хронического кандидоза является применение противогрибковых вакцин, моно- и поливалентных вакцин, аутовакцин.

Антимикотики. Общий принцип действия всех антимикотиков – угнетение биосинтеза эргостерина клеточной стенки микромицетов. Антифунгальные средства, используемые для лечения кандидоза в целом, можно разделить на несколько групп.

- Полиены (нистатин, натамицин, леворин, амфотерецин В).
- Триазолы (флуконазол, интраконазол).
- Аллиламины (тербинафин, ламизил).
- Имидазолы (эконазол, тиоконазол, клотримазол, кетоконазол, оксиконазол, миконазол, бифоназол).
- Эхинокандины (каспофунгин, анидулафунгин, микафунгин.).

Полиеновые антимикотики, практически нерезорбируемые при приеме per os. К ним относят амфотерицин В, амфоглюкамин, амфотек, амбизом, канестен, нистатин, леворин натамицин, микогептин, метамфоцин.

Амфотерицин В назначают в случае неэффективности применения нистатина или леворина. Доза устанавливается индивидуально из расчета 100-250 ед/кг, постепенно повышая до 400-500 ед/кг внутривенно капельно, курс 20-25. Аналогичным действием обладает амфоглюкамин, по 600 тыс.ед., до 1 млн.ед. в сутки, курс 14 дней. Канестен 60мг/кг массы в день, курс 10-14 дней.

Полиеновые антимикотики чаще назначают для приема внутрь. Нистатин и леворин, 500 тыс.ед. назначают 4-8 раз в день, суточная доза 2-4 млн.ед, курс лечения до 56 млн.ед (7-14 дней) или 1-2 таблетки с нистатином (200 тыс. ед. каждая) назначаемые 4 раза в день на 7-14 дней. Декаминовая карамель

0,00015 г по 1 шт. 6-8 раз в сутки. Низорал по 2 таблетки в сутки, курс 10 дней. Дифлюкан 100 мг, 1 раз в сутки, курс 7-14 дней. Суспензия амфотерицина В, доза 100 мг/мл, по 1 мл 4 раза в сутки.

Амфотерицин В можно назначать в случае неэффективности применения нистатина или леворина внутривенно. Доза устанавливается индивидуально из расчета 100-250 ед/кг, постепенно повышая до 400-500 ед/кг внутривенно капельно, курс 20-25. Аналогичным действием обладает амфоглюкамин, по 600 тыс.ед., до 1 млн.ед. в сутки, курс 14 дней. Канестен 60 мг/кг массы в день, курс 10-14 дней.

Азоловые (триазолы, имидазолы) и алиламиновые антимикотики, относительно хорошо резорбируемые при приеме peros . К ним относятся: кетоконазол, клотримазол, флуконазол (дифлюкан, микосист, микомакс, флуколат, дифлазон), миконазол, певорил, итраконазол (орунгал), вориконазол, позаконазол, пимафуцин, ламизил.

Азоловые антимикотики применяют для лечения среднетяжелых или тяжелых случаев кандидоза полости рта. Дифлюкан 50-200 мг, 1 раз в сутки утром, курс 7-14 дней. Кетоконазол, 200мг, перорально, 1-2 таблетки (200-400мг) в сутки в течение 10-14 дней, и далее по 1 таблетке в сутки до полного выздоровления. Флуконазол, 50 мг, перорально, 1-2 таблетки (50-100 мг) в сутки, в течение 7-14 дней.

Для лечения флуконазол-резистентных форм заболевания рекомендуют применять либо итраконазол в дозе 100-200 мг в день, либо суспензию позаконазола в дозе 400 мг дважды в сутки на первые 3 дня, а затем по 400 мг в сутки до 28 дней. В случае неуспеха этих мер рекомендован вориконазол в дозе 200 мг дважды в сутки.

Эхинокандины: каспофунгин, анидулафунгин, микафунгин.

В случае рефрактерного кандидоза слизистой оболочки полости рта в сочетании с другими формами кандидоза рекомендованы эхинокандины внутривенно в дозе 0,3 мг/кг в день, курс индивидуален.

Поливитамины с микроэлементами рекомендуется принимать в течение 1 месяца. Витамины группы В – В1, В2, В6, В12, витамин С, РР и др. применяют как в комплексе поливитаминов, так внутримышечно в виде инъекций, курсом 10-14. Рибофлавин (витамин В2) обладает косвенным противогрибковым действием, регулирует окислительно-восстановительные процессы в клетке, принимает участие в процессах углеводного, белкового и жирового обмена.

Препараты кальция обладают общеукрепляющим и гипосенсибилизирующим действием. Назначают глюконат кальция, лактат кальция, глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день 1 месяц, пантотент кальция 0,1 г 3-4 раза в день 1 месяц.

Препараты железа (феррумлек, ферроплекс, конферон и др.) в течение 1 месяца, так как доказано, что при кандидозе имеется нарушение в обмене железа в организме человека.

Кандидозная вакцина применяется при вялотекущих формах кандидоза. Вакцина может быть моновалентная, поливалентная и аутованцина.

Иммуностимуляторы применяются при хронических кандидозах из-за несостоятельности иммунной системы. Назначает препараты врач-иммунолог. С этой целью применяются пиримидиновые производные – пентоксил 0,2 г 3 раза в день, в течение 3 недель, метилурацил 0,5 г 3 раза в день, курс 3-4 недели. Препараты стимулируют выработку антител, фагоцитарную активность лейкоцитов, активируют лейкопоз, повышают содержание гамма-глобулина в сыворотке крови, улучшают регенеративную способность тканей. Также применяют левамизол, вилозен, полен, иммунал, танзингон и др.

Гамма-глобулин, гистаглобулин, гистаглобин по 2 мл 2 раза в неделю внутримышечно, курс 7-10 инъекций. Курс повторяется через 2-3 месяца. Т-активин по 40 мкг в сутки подкожно или внутримышечно в течение 7-10 дней.

Для предотвращения рецидивов кандидоза рекомендована также **ВААРТ** (высокоактивная антиретровирусная терапия).

Пробиотики. Высокой эффективностью в борьбе с кандидозной инфекцией обладают конкурентные пробиотики. Их использование обусловлено антагонистическими свойствами относительно грибов рода *Candida*, которые реализуются путем конкуренции за питательные субстраты

и синтеза антикандидозных метаболитов. Большое значение имеет биопрпараты, содержащие культуры живых ацидофильных молочных бактерий (бифидумбактерин, бифидумбактерин форте, бифинорм, бифиформ, биофлор). С этой целью применяют в комплексной терапии орального кандидоза эубиотики (Бактистатин, бактисубтил, линекс, лактобактерин, колибактерин, Бактиспорин, бификол).

Местная терапия своей главной задачей ставит подавление размножения грибка и недопущение его распространения на окружающие ткани и органы. Необходимо устранить местные факторы, способствующие развитию кандидоза (коррекция гигиены полости рта, исключение из рациона сладостей, устранить вредные привычки, санировать полость рта).

В большинстве случаев местная этиотропная терапия проводится с использованием антисептиков, обладающих фунгицидным и фунгистатическим действием, и антимикотиков. Антимикотики назначают в виде растворов, аэрозолей, гелей, капель, мазей, таблеток и жевательных пастилок. Продолжительность лечения острых форм орального кандидоза местными антимикотиками составляет 2-3 недели, антисептиками – 3-4 недели. Общей рекомендацией является лечение до исчезновения жалоб и клинических проявлений в полости рта, а затем продолжение лечения еще одну неделю. Схема лечения для каждого пациента подбирается с учетом чувствительности микробной флоры полости рта к антимикотикам, тяжести заболевания, возраста пациента и наличия сопутствующей патологии.

Местные антимикотики



Рисунок 24.

Для лечения кандидоза применяют орошение раствором клотримазола в дозе 10 мг 5 раз в сутки, раствором «Кандид», суспензию нистатина местно в концентрации 100 тыс. ед/мл в дозе 4-6 мл 4 раза в день, или 1-2 пастилки с нистатином (200 тыс. ед. каждая) назначаемые 4 раза в день на 7-14 дней (рис. 24).

Для местного лечения применяют полиеновые антимикотики в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта, языка и губ ежедневно 3-4 раза в день, курс 14 дней. С этой целью назначают 5% левориновую, 4% нистатиновую мази, 1% клотримазол, канестен, микосептин, микогептин, амфотерициновую и 0,5% декаминовую мази в виде аппликаций на 20 минут. Нистатин, 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости

рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней. Клотримазол, 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней. Для усиления проникающей способности полиеновых антимикотиков, аппликаты сначала смачивают 10% раствором димексида, сверху наносят мазь с антимикотиком. Местное применение полиеновых антимикотиков приводит к изменению проницаемости клеток, оказывая тем самым фунгицидное и фунгистатическое действие. Во избежание привыкания микрофлоры к антимикотикам мази рекомендуется чередовать в любом порядке (рис. 25).



Рисунок 25.

При кандидозе СОПР, ассоциированным с зубными протезами, рекомендовано в дополнение к антифунгальной терапии проводить дезинфекцию протезов.

Антисептики могут быть в виде смазываний, полосканий и аппликаций.

Для смазывания применяют 2% раствор метиленового синего, раствор фукоцидина, 2% раствор генцианового фиолетового.

Щелочные полоскания полости рта 2-4% раствором гидрокарбоната натрия, тетрабората натрия (буры), 2% раствора борной кислоты способны приостановить рост и размножение гриба *Candida*

Хорошо зарекомендовал себя для полосканий при кандидозе полости рта, языка и губ хлоргексидина биглюконат 0,05% раствор для полоскания полости рта 2 раза в день в течение 7-14 дней, раствор Элюдрил, раствор Тантум Верде.

Приостанавливают рост и размножение гриба *Candida* препараты йода – 1% раствор йодиола, йод-повидон. Очень хорошо помогает сочетание раствора Люголя и 10% раствора буры в глицерине. Полощут рот 0,1% раствором гексорала. Такую процедуру проводят два раза в день после еды.

Местную противогрибковую терапия можно проводить 0,5% раствором мирамистина и 0,5% мази, полоскания или аппликации препарата проводят 3 раза в сутки. Мирамистин – антисептик с выраженным антимикробным, фунгицидным и противовирусным действием, усиливающий местные иммунные реакции и регенераторные процессы.

В настоящее время в арсенале врачей-стоматологов имеется множество комбинированных препаратов, которые обладают одновременно антимикробным, противовоспалительным, обезболивающим и антимикотическим действием. К ним относятся «Пародиум», «Пансорал», «Пиралвекс», Мунзидал гель», «Гексорал», которые с успехом используются местно для лечения кандидоза СОПР.

При поражении слизистой полости рта, языка и губ эффективно применение мазей, содержащих антифунгины и кортикостероиды, такие как «Микозолон», «Травокорт», «Пимафукорт», «Лотридерм». Курс лечения 7-14 дней.

Применение растительных препаратов для лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта, губ и языка

Для лечения кандидоза СОПР в сочетании с антисептиками и антимикотиками можно применять растительные препараты.

Чай из календулы. Одну столовую ложку цветков залить стаканом кипятка, укутать и настаивать в течение часа. Можно развести 1 чайную ложку спиртовой настойки календулы в стакане воды. Использовать для полосканий каждые 3-4 часа. Длительность лечения от двух недель. Фитонциды, растительные антибиотики и эфирные масла уничтожают кандиды. Проходит боль и уменьшается воспаление.

Ежедневно по 2-3 раза смазывать очаги воспаления соком лука, чеснока или полыни. Перед этим желательно очистить ротовую полость от налетов. Улучшение заметно уже через 5-7 дней. Но продолжать лечение необходимо не менее 2-3 недель. Фитонциды этих растений убивают микроорганизмы и повышают местный иммунитет.

Клюквенный и калиновый соки содержат большое количество витаминов и природных антибиотиков, уничтожающих грибки. Сок нужно как можно дольше держать во рту или использовать для полосканий. Курс лечения соками не менее месяца.

Морковный сок используют для полосканий. В нем много витаминов и эфирных масел, фитонцидов. Питательные вещества моркови помогают укрепить слизистую оболочку рта. Сок используют по полстакана 4 раза в день, на протяжении месяца.

Отвар зверобоя можно использовать для полоскания рта после очищения от налета. Отвар готовят так: столовая ложка травы на стакан воды, кипятить 10 минут. Полоскать на протяжении двух недель, 5-6 раз в день. Благодаря своим мощным заживляющим и противомикробным свойствам, зверобой считается отличным лекарством от молочницы во рту.

Отвар багульника используют для полоскания рта: 20 г сухой травы залить стаканом кипятка, проварить 15 минут. Длительность лечения зависит от тяжести заболевания. Облегчение симптомов заметно уже на 4-5 день. Это растение имеет выраженные противогрибковые свойства. Оно останавливает рост кандид и способствует их гибели.

Аппликации с маслами. Пропитать небольшую марлевую салфетку (6 слоев) маслом шиповника, оливковым, облепиховым или линиментом алоэ. Приложить к больному участку на 10-15 минут. Курс лечения две недели. Эти вещества имеют сильное иммуномодулирующее, ранозаживляющее, противовоспалительное и обезболивающее действие. Быстро останавливают размножение кандид.

Отвар дубовой коры: 20 г коры на 200 мл воды. Прогреть на водяной бане 30 минут. Смочить в отваре марлевый тампон и приложить к участку слизистой, где есть поражения. Процедуру повторять 3-4 раза в день, три недели подряд. Или полоскать 6-8 раз в день. Оказывает на ткани вяжущее и дубильное действие, препятствует проникновению кандид в более глубокие слои. Заживляет повреждения, повышает местный иммунитет.

Мед является признанным средством лечения молочницы во рту. Сначала удаляют налет. Это можно сделать марлевым тампоном, смоченным в насыщенном содовом растворе. Потом взять в рот чайную ложку загустевшего меда и рассасывать. Повторять 3-4 раза в день. Курс лечения 20-30 дней.

Отвар из корня петрушки. 1 столовую ложку корней петрушки залить стаканом холодной воды. Довести до кипения, настоять на протяжении часа. Принимать по 2 столовые ложки 5-6 раз в день. Подолгу держать во рту и полоскать. Биофлавоноиды и эфирные масла помогают избавиться от грибка на протяжении 7-10 дней.

Отвар из семян укропа. Столовую ложку сухих семян укропа залить 0,5 л кипятка. Укутать и настаивать в течение часа. Остудить, процедить и принимать по 1/3 стакана три раза в день на голодный желудок. Является отличным бактерицидным и ранозаживляющим средством.

ДИЕТА

Из рациона полностью исключаются напитки, содержащие алкоголь, сахар. К особенностям питания при кандидозе полости рта относится запрещение всех изделий, включающих дрожжи, ограничение употребления чая, острых специй, жирного мяса, копченостей. Диета при кандидозе полости рта должна включать овощи, зелень, из овощей, по отзывам больных, страдающих молочницей, исключительно полезными свойствами обладает морковь. Рекомендуется использовать морковь при приготовлении блюд и в свежем виде, а также с профилактической целью употреблять до 6 зубчиков свежего чеснока в день. В рацион при молочнице вводят крупы, яйца, постную рыбу, печень. Каждый день стараются употреблять кисломолочные продукты, оливковое масло, орехи, несладкие фрукты, чернику, клюкву.

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА

Профилактика должна проводиться в нескольких направлениях.

1. Сокращение инфицирования грибами рода *Candida* новорожденных методом выявления и лечения урогенитального кандидоза и кандидоносительства у беременных женщин путем назначения им антибиотиков с узким спектром действия (пенициллина, оксациллина, эритромицина).

2. Выявление и лечение кандидоза полости рта будущей матери, санация полости рта. Стерилизация сосок, пустышек и других предметов ухода за ребенком. Ребенок должен иметь индивидуальную стерильную посуду, свою кроватку и постельное белье, индивидуальную ночную вазу.

3. Соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий и режима в родильных домах, проведение правильной обработки оборудования, детского белья, рук медицинского персонала, обеспечение стерильности бутылочек, пипеток, инструментария, шприцев и прочего. Обучение кормящей матери уходу за грудью, сосками, гигиеническим манипуляциям.

4. Отказ от нерациональной и массивной антибактериальной терапии, осторожное применение гормонов, под контролем и по назначению лечащего врача.

5. При длительной антибактериальной терапии необходимо одновременно назначать антимикотики внутрь, курсом, адекватным

антибактериальному. А после противомикробной терапии назначать колибактерин и бифидумбактерин.

Тяжелые общие соматические заболевания должны сопровождаться комплексным лечением, необходимо назначать большие дозы витаминов, повышать сопротивляемость организма, общую иммунологическую реактивность.

6. Своевременное выявление и лечение дисбактериоза.

7. Выполнение санитарно-гигиенического режима на предприятиях пищевой промышленности, на производствах, связанных с возможностью заражения грибом *Candida*, а также в медицинских учреждениях при выполнении различных манипуляций, соблюдение правил при стерилизации инструментария: пинцетов, зондов, зеркал и пр.

8. Широкая санитарно-просветительная работа среди медицинского персонала, работников пищевых предприятий, среди населения, будущих мам и пап.

Дети и взрослые должны знать, что самолечение не безвредно, самостоятельный бесконтрольный прием антибиотиков и других лекарственных препаратов может привести к развитию дисбактериоза и кандидоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский, Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е.В. Боровский, А.Л. Машкилейсон. – М. : МЕДпресс, 2001. – 400 с.
2. Иванова, Е.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е.Н. Иванова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2007. – 265 с.
3. Коваль, Н.И. Заболевания губ / Н.И. Коваль, А.Ф. Несин, Е.А. Коваль–Киев : ВСИ «Медицина», 2013. – 343 с.
4. Ласкарис, Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта / Д Ласкарис. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. – 304 с.
5. Латышева, С.В. Кандидоз полости рта (диагностика и методы лечения) : учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева, В.И. Урбанович, Л.В. Беясова ; Бел.гос.мед.ун-т. – Минск : БГМУ, 2005. – 46 с.
6. Луцкая, И.К. Диагностический справочник стоматолога / И.К. Луцкая. – М. : Медицинская литература, 2008. – 361 с.
7. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : 2-е изд. / И.К. Луцкая. – Москва : Медицинская литература, 2014. – 224 с.
8. Луцкая, И.К. Лекарственные средства в стоматологии : 2-е изд. перераб. и доп. / И.К. Луцкая, В.Ю. Мартов. – М. : Мед.лит., 2018. – 362 с.
9. Оральный кандидоз у детей : учеб.-метод. пособие/ Т.Н. Терехова [и др.]. – Минск. : БГМУ, 2008. – 38 с.
10. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / под ред. проф. Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М. : Литера, 2006. – 568 с.
11. Шумский, А.В. Кандидоз полости рта / А.В. Шумский, В.А. Железняк– Самара, 2008. – 156 с.

Учебное издание

Ковецкая Елена Евгеньевна

**КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА,
ГУБ И ЯЗЫКА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.05.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,19. Уч.- изд. л. 2,12. Тираж 120 экз. Заказ 130.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра терапевтической стоматологии

Е.Е. Ковецкая

**КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И ЯЗЫКА.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ,
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Минск, БелМАПО

2021

