

Кандидоз слизистой оболочки полости рта

Кандидоз

- **или кандидомикоз СОПР** - заболевание, вызываемое грибами – сапрофиты ротовой полости (*candida albicans*, *c.pseudotropicalis*, *c. tropicalis*, *c.crusei*, *c.quilliermondi*), которые при снижении защитных сил организма и барьерной функции СОПР, при развитии дисбактериоза становятся патогенными.

- Состояние сниженной иммунологической реактивности может быть обусловлено действием антибиотиков, кортикостероидов и цитостатических средств, облучением, развитием злокачественных новообразований, заболеваниями крови, патологией ЖКТ, нарушением обмена веществ (диабет, гиповитаминозы), СПИДом и др.

Классификация кандидозов

- Острый
 - псевдомембранозный
 - атрофический
- Хронический
 - гиперпластический
 - атрофический

Острый псевдомембранозный кандидоз

- Развивается у детей грудного возраста, ослабленных инфекционными заболеваниями, бронхитом, диспепсиями, а также у недоношенных детей. У более старших — при рахите, экссудативном диатезе, гиповитаминозах и пр. Возбудитель — *Candida albicans*. Кроме аутоинфекции, заражение может происходить через сосок матери, загрязненную соску и посуду.

Клиническая картина

- У детей грудного возраста матери обращают внимание на появление на СО щек, губ, языка, неба белых пятен или белого творожистого налета, который в основном накапливается в ретенционных зонах в виде бляшек или пленки. При легком течении заболевания бляшки свободно снимаются, оставляя на своем месте очаг гиперемии; при тяжелом — очаги наслоения налета сливаются в сплошные пленчатые поверхности, которые со временем утолщаются и распространяются на все участки СОПР. При поскабливании такой налет отслаивается нелегко, а под ним обнаруживается эритема, а иногда — и кровоточащие эрозии

Острый псевдомембранозный кандидоз



Острый атрофический кандидоз

- Острый атрофический кандидоз (*candidosis acuta atrophica*) развивается при повышенной чувствительности СОПР к грибам рода *Candida*.

Клиническая картина

- Клиника острого атрофического кандидоза характеризуется ксеростомией, огненно-красным цветом и жжением СОПР, отсутствием налета. Иногда на красной кайме губ образуется незначительное количество корочек. Если острый кандидоз не лечить, развивается хронический (гиперпластический или атрофический) кандидоз.

Острый атрофический кандидоз



Хронический гиперпластический кандидоз

- **Хронический гиперпластический кандидоз** развивается у людей, которые принимают цитостатики, антибиотики, у больных туберкулезом, патологией крови, СПИДом. Он характеризуется появлением белых бляшек, способных сливаться в сплошные творожистые напластования, которые со временем утолщаются и приобретают желтоватый цвет.
- **В зависимости от топографии поражения** различают кандидозный глоссит, хейлит, ангулярный хейлит (заеды), стоматит. Чаще всего это заболевание встречается на СО углов рта, на спинке языка, мягком небе. Течение хронического гиперпластического кандидоза сопровождается сухостью, гиперемией и отеком СОПР, в некоторых случаях возможна гипертрофия сосочков языка.

Хронический гиперпластический кандидоз



Хронический атрофический кандидоз

- **Хронический атрофический кандидоз** встречается часто у людей, которые пользуются съемными пластиночными протезами и характеризуется покраснением, отеком, сухостью и жжением СО с выделением вязкой тягучей слюны. Довольно частой формой хронического атрофического кандидоза является кандидозный хейлит-поражение всей поверхности губ или ее угловой части (кандидозная заеда). Кандидозный хейлит характеризуется отеком, гиперемией, истончением, сухостью красной каймы, некоторым углублением поперечно расположенных бороздок, образованием и отторжением с поверхности губ чешуек разной величины. Для кандидозной заеды характерны мацерация кожи в области угла рта, наличие трещин, покрытых белым налетом, а также жжение и болезненность при открывании рта

Хронический атрофический кандидоз



Диагностика

- Диагноз кандидоза СОПР устанавливают по данным анамнеза, клиническому течению болезни и результатам лабораторных микробиологических исследований. Иногда необходима консультация других специалистов. Необходимо предостеречь, что кандидозы расцениваются как маркеры разных стадий ВИЧ-инфекции. Важным в постановке диагноза кандидоза является цитологическое исследование налета, в котором, кроме слущенных клеток эпителия, лейкоцитов, остатков пищи и разных ассоциаций микроорганизмов, выявляют значительное количество псевдомицелия или клеток гриба. При остром кандидозе встречается значительное количество клеток гриба, которые делятся, при хроническом — преобладают нити псевдомицелия.

Дифференциальная диагностика

Заболевание	Отличительные признаки
Лейкоплакия <i>плоская форма</i>	Элемент поражения — пятно белосерого цвета располагается на слизистой оболочке рта (нижняя губа, щеки, небо), имеет четкие контуры, не соскабливается.
Плоский лишай	Элемент поражения — папула. при поскабливании лихеноидные высыпания не снимаются, так как обусловлены гипер- и паракератозом.
Туберкулезная заеда	Резко болезненная язва с подрытыми краями, тяжелое общее состояние больного. Активный туберкулезный процесс в легких, туберкулезные микобактерии в мокроте.

Заболевание	Отличительные признаки
Вторичный сифилис	Серо-белый налет, снимающийся при поскабливании, безболезненность. При поскабливании налет, покрывающий папулу, удаляется, обнажая эрозию мяско-красного цвета, в отделяемом которой обнаруживают бледные трепонемы;
Сифилитическая заеда	Болезненность при открывании рта, разговоре. Серовато-белый налет на участке поражения, удаляемый при поскабливании. Диагноз подтверждается обнаружением бледной трепонемы в отделяемом с поверхности эрозий и положительными серологическими реакциями крови.
СПИД	Увеличение лимфатических узлов челюстно-лицевой области и головы. Положительная серологическая реакция на ВИЧ. Упорное течение заболевания, не поддающегося общепринятому лечению.

ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА

- Прекратить прием антибиотиков, сульфаниламидных и кортикостероидных препаратов, а при невозможности - изменить форму их введения с обязательным назначением противомикозных препаратов; назначить иммуномодуляторы.
- **Общее лечение:**
- Назначить общеукрепляющие средства: адаптогены, биостимуляторы, витамины, особенно группы В (тиамина бромид, никотиновая кислота, пиридоксин, пантотенат кальция или поливитаминные комплексы «Квадевит», «Декамевит», «Гентавит»)

ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА

- Местное лечение:

Важным условием местного лечения кандидоза является тщательная санация полости рта, поскольку в кариозных полостях, пародонтальных карманах, корнях разрушенных зубов грибы находят благоприятные условия для размножения.

- Местно используют противогрибковые антибиотики (нистатин, леворин, амфотерицин-В, клотримазол, декамин и др.), четвертичные аммониевые соединения и соли жирных кислот (0,5% этоний, 1-2% каприлат натрия и каприлат аммония, 1-2% водный раствор карбалкината), производные 8- и 4-оксихинолина (хинозол, хиниофон, нитроксолин), препараты природного происхождения и лекарственных растений (1% водный раствор сангвиритрина, 4% прополис, 1 % юглон).

Профилактика

- Рациональное использование антибиотиков, санация ротовой полости, соблюдение ее гигиены и правил пользования пластиночными протезами, соблюдение правил гигиены питания и ухода за ребенком. Больным кандидозом СОПР желательно пользоваться отдельной тарелкой, ложкой, полотенцем и т.д.