

**Доцент Усманова Ирина  
Николаевна**

---

**КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ РТА.  
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ  
ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ.  
ЛЕЧЕНИЕ.**

# ДИСБАКТЕРИОЗ ПОЛОСТИ РТА

■ К дисбактериозам полости рта принято относить качественные и количественные изменения нормальной микрофлоры, возникающие в результате воздействия на организм различных факторов эндогенного и экзогенного характера или вследствие каких-либо патологических процессов в организме, влекущие за собой выраженные клинические проявления.

**Концентрация микрофлоры полости рта в норме имеет относительное постоянство и характеризуется следующими показателями:**

- **стрептококки -  $10^6$  - $10^7$ ;**
- **лактобактерии - $10^3$ ;**
- **стафилококки - $10^3$ ;**
- **грибы рода *Candida* -  $10^2$ .**
- **Бактерии группы кишечной палочки отсутствуют.**

■ Для дисбиотического сдвига обычно характерно незначительное количественное превышение одного вида условно-патогенных микроорганизмов при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта. При нем могут отсутствовать клинические признаки заболевания.

■ Дисбактериоз I - II степени характеризуется выявлением 2-3 патогенных видов на фоне снижения титра лактобактерий.

- **Дисбактериоз III степени отличается выявлением патогенной монокультуры при резком снижении количества нормальной микрофлоры (негемолитический стрептококк, лактобактерии).**
- **Диагноз дисбактериоз IV степени ставят при наличии ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами.**

■ Для дисбиотических изменений характерен полиморфизм клинических проявлений от признаков катарального воспаления до выраженных гиперпластических налетов, типичных для псевдомембранозной формы кандидоза

**ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ГУБЫ,  
ЩЕКИ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ ПОЛОСТИ  
РТА I — II СТЕПЕНИ.**



**Эритематозные пятна на слизистой оболочке щеки и нижней губы, при дисбактериозе I-II степени.**

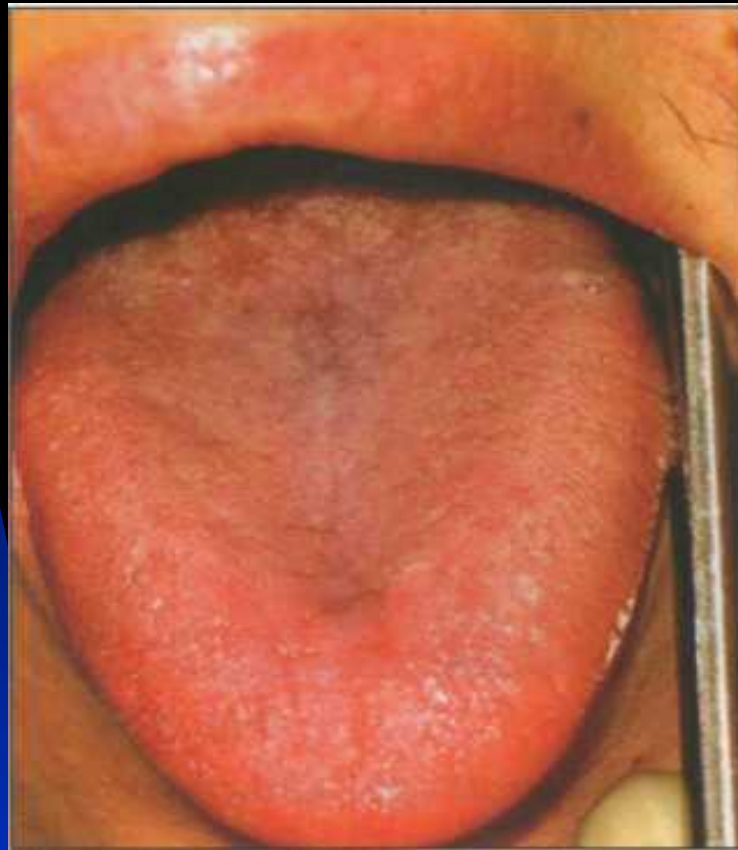




**ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКЕ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА  
И НИЖНЕЙ ГУБЫ, ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ  
ПОЛОСТИ РТА I—II СТЕПЕНИ.**



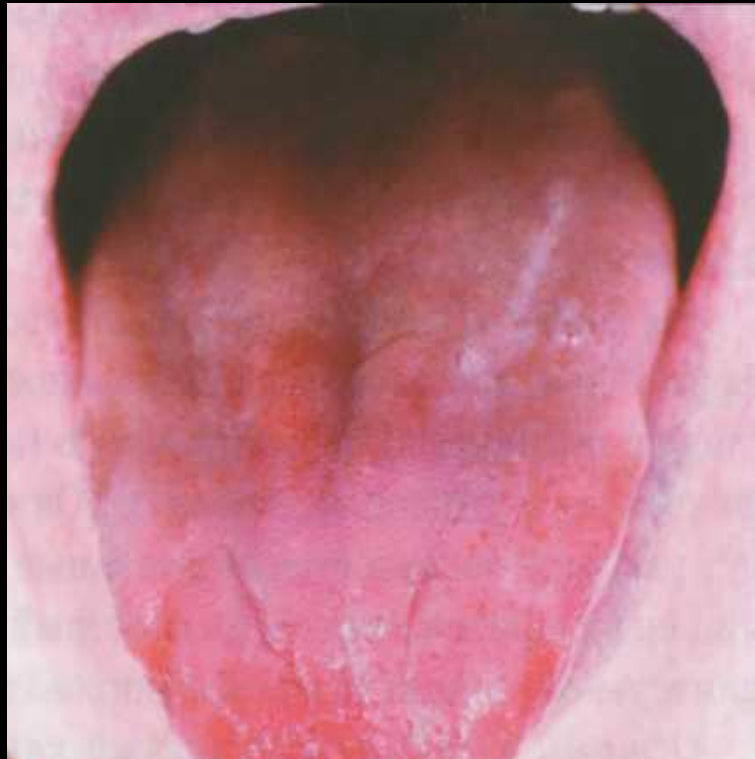
**ДИСБАКТЕРИОЗ I-II СТЕПЕНИ. АТРОФИЯ  
НИТЕВИДНЫХ СОСОЧКОВ НА СПИНКЕ  
ЯЗЫКА, ПЕНИСТАЯ СЛЮНА.**



**ДИСБАКТЕРИОЗ I-II СТЕПЕНИ. УЧАСТКИ  
ДЕСКВАМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ НА  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ.**



**ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ ПЯТНА НА СПИНКЕ И  
КОНЧИКЕ ЯЗЫКА, АТРОФИЯ  
НИТЕВИДНЫХ СОСОЧКОВ, ПЕНИСТАЯ  
СЛЮНА ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ ПОЛОСТИ  
РТА III-IV СТЕПЕНИ.**



- **При дисбиотическом сдвиге рекомендуют:**
- **1. обследование у гастроэнтеролога;**
- **2. санация полости рта (лечение кариеса, его осложнений и заболеваний тканей пародонта);**
- **3. антисептические полоскания:**
  - **раствор «Президент» или «Тантум Верде» 3-4 дня 2-3 раза в день;**
- **4. эубиотики (бактериальные препараты, содержащие живые культуры) местно:**
  - **ацилакт ротовые ванночки 2 раза в день по 5 доз 3 недели и бифилиз по 5 доз 2 раза в день за 20 минут до еды или кефир Бифидум-бактерин .**

- **При дисбактериозе I-II степени:**
- **1. обследование у гастроэнтеролога;**
- **2. санация полости рта;**
- **3. антисептические полоскания раствором «Президент» или «Тантум Верде» в течение 14 дней;**
- **4. витаминотерапия (витамины А и Е);**
- **5. антимикробные или противогрибковые препараты в зависимости от доминирования микрофлоры после определения чувствительности.**

- **Эубиотики местно: ацилакт в сочетании с бифилизом,**
- **5. пребиотики (неперевариваемые в кишечнике вещества, обладающие способностью стимулировать рост нормальной микрофлоры): хилак-форте, лактобактерин;**
- **6. пробиотики (ферменты, улучшающие пищеварение за счёт способности подавлять рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов): биоспорин и другие.**
- **Курс местной иммунокоррекции: имудон 6-8 таблеток в день в течение 20 дней.**

- **При дисбактериозе III-IV степени:**
- **1.обследование у гастроэнтеролога;**
- **2. санация полости рта;**
- **3.антисептические полоскания: раствор «Президент» или «Тантум Верде»;**  
**витаминотерапия (витамины А и Е);**
- **4. антимикробные или противогрибковые препараты в зависимости от доминирования микрофлоры после определения чувствительности, а также трихопол по 0,25 г 3 раза в день в течение 10-14 дней;**



- **5. эубиотики общего и местного действия;**
- **6. иммунокорректор общего действия:  
ликопид по 1 мг 1 раз в день в течение 14  
дней,**
- **7. иммуномодулятор местного действия —  
имудон по 8 таблеток в день в течение 20-25  
дней.**

**КАНДИДОЗ-ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ГРИБАМИ РОДА CANDIDA - ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГРИБКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ.**

**На долю кандидоза приходится подавляющее большинство случаев грибковых поражений слизистых оболочек, относящихся к эндогенным поверхностным микозам.**

■ **Значительный рост заболеваемости поверхностными и глубокими формами кандидоза, отмечающийся в последние десятилетия, обусловлен, прежде всего, тем, что эта инфекция является оппортунистической, поражая, прежде всего, ослабленный макроорганизм. ВИЧ-инфекция и СПИД, ятрогенные иммунодефициты, вызванные химиотерапией онкологических заболеваний и при трансплантации органов, наряду с широким использованием антибактериальных антибиотиков вывели кандидоз в число главных инфекционных осложнений в стационарах разного профиля.**

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ  
ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
КАНДИДОЗА И  
АССОЦИИРОВАННОЙ  
ЯВЛЯЮТСЯ:**

**ФАКТОРАМИ  
ОРАЛЬНОГО  
ПАТОЛОГИИ,  
С НИМ,**

- 1) грудные дети на фоне несовершенной иммунной системы и ослабленные старики с соматическими заболеваниями);
- 2) пищевой дефицит;
- 3) антибиотики;
- 4) опухоли;
- 5) ВИЧ-инфекция;
- 6) химиотерапия;
- 7) кортикостероиды (гормонотерапия);
- 8) ношение зубных протезов;
- 9) кандидоносительство.

# ■ ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ КАНДИД ОТ ЛЮДЕЙ ЗАВИСИТ ОТ ХАРАКТЕРА БИОТОПА:

■ ротовая полость - 1,9-41%,

■ желудочно-кишечный тракт – 0-55%,

■ влагалище - 2,5—68%.

# ■ ПРИ НОСИТЕЛЬСТВЕ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ:

■ первое место занимает *C.albicans* (47—75%),

■ второе — *C.tropicalis* и *C.glabrata* (по 7%).

■ К факторам, которые увеличивают процент носительства кандид, относятся снижение процесса слюноотделения, низкий рН слюны, увеличение концентрации глюкозы в слюне, курение.

# КАНДИДОНОСИТЕЛЬСТВО

■ Кандидоносительство подразумевает наличие в локусах естественного пребывания грибов рода *Candida* в значимых концентрациях (более  $10^3$  –  $10^4$  в 1 г отделяемого) при отсутствии клинической картины заболевания. Кандидоносительство, так же, как и другие формы кандидозной инфекции, может быть врожденным и приобретенным. Состояние кандидоносительства принято рассматривать как пограничное, так как оно не сопровождается клиническими проявлениями и создает потенциальную угрозу развития инфекционного процесса только при наличии факторов риска.

■ **Кандидоносительство, в соответствии с классификацией микробоносительства. Принятой в инфектологии, можно подразделить на:**

- **-транзиторное – длится несколько дней, грибы выделяются однократно;**
- **-кратковременное – 3-4 недели;**
- **-длительное – до 3 месяцев;**
- **-хроническое.**



- **Транзиторное кандидоносительство не имеет клинического значения.**
- **Так как в нормальном состоянии иммунной реактивности и неспецифической резистентности организма грибы уничтожаются или выводятся из него. В таких случаях грибы выделяются однократно (от единичных до нескольких десятков колоний).**

- **Кратковременное кандидоносительство тоже может завершиться освобождением организма от грибов: у клинически здоровых людей почти всегда, у практически здоровых – в зависимости от степени обсемененности грибами и состояния ЛОР – органов (хронического тонзиллита, ангин в анамнезе, применения антибиотиков).**
- **Количество грибов при кратковременном носительстве имеет средние величины: от нескольких десятков до сотен колоний. Нарастание числа колоний при повторных исследованиях является плохим прогностическим признаком.**

■ При длительном кандидоносительстве грибки включаются в микробные ассоциации и оказывают влияние на другие микробы, а также на организм человека, способствуя обострениям хронических заболеваний бактериальной этиологии и отягощая их. Таким больным должны назначаться противогрибковые препараты, особенно при склонности к нарастанию количества грибов. Данные лица являются контингентом риска: у них может развиваться кандидоз.

■ **Хроническое кандидоносительство может быть многолетним, оно чаще является у лиц с пониженной иммунологической реактивностью, страдающих хроническими заболеваниями. Степень обсемененности грибами слизистых оболочек при этом виде носительства может быть различной, преимущественно высокой (десятки, сотни, тысячи колоний), периодически изменяясь. Хроническое носительство может быть рецидивирующим и непрерывным. При рецидивирующем носительстве количество грибов в посевах может уменьшаться до полного исчезновения. Однако в дальнейшем грибы могут появиться вновь, степень обсемененности ими увеличится и может развиться кандидоз.**

- Таким образом, при однократном выделении грибов рода *Candida* трудно установить вид кандидоносительства, для его определения необходимы:
  - -повторное исследование с обязательным учетом количества выделяемых грибов в динамике;
  - - определение патогенных свойств грибов;
  - - оценка состояния иммунной реактивности, неспецифической резистентности макроорганизма;
  - - информация о наличии хронических инфекционных заболеваний и других отягощающих факторов, способствующих активизации грибов.

# ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАНДИДОЗ. ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

## ■ КОД ПО МКБ 10

- **V37.0** Кандидозный стоматит.
- **V37.00** Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит.
- **V37.01** Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит.
- **V37.02** Хронический гиперпластический кандидозный стоматит (кандидозная лейкоплакия).
- **V37.03** Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит (стоматит под съемным зубным протезом, вызванный кандидозной инфекцией).
- **V37.04** Кожно-слизистый кандидоз.
- **V37.05** Кандидозная гранулёма полости рта.
- **V37.06** Ангулярный хейлит.

## **■ Выделяют следующие виды поверхностного кандидозов**

- -поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей;**
  - -хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз;**
  - -висцеральный (системный) кандидоз различных органов.**
- Поражение слизистой оболочки полости рта относят к проявлениям поверхностного кандидоза, среди которых выделяют острые и хронические формы:**
- -острый псевдомембранозный (молочница);**
  - -острый атрофический;**
  - -хронический гиперпластический;**
  - -хронический атрофический .**

- **Кандидоз полости рта и жалобы на боли или жжение за грудиной при СПИДе считаются достаточными для подозрения на кандидный эзофагит и начала лечения. Считается, что в половине случаев кандидоз полости рта при СПИДе служит предвестником саркомы Калоши или другой серьезной оппортунистической инфекции.**
- **ВИЧ ассоциированные периодонтит и гингивит могут способствовать кандидной колонизации и инфекции полости рта.**



■ ВИЧ-инфекция и СПИД способствуют селекции особо агрессивных штаммов *Candida spp.*, не только устойчивых к противогрибковым средствам, но и обладающих большей протеолитической активностью и способностью к адгезии.

■ Тем не менее, на ранних стадиях орофарингиального кандидоза у ВИЧ инфицированных выделяются менее агрессивные штаммы.

■ Среди устойчивых видов при ВИЧ ассоциированном кандидозе полости рта встречаются разные виды *Candida*, но преимущественно резистентные штаммы *C. albicans*.

# КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА. ЭТИОЛОГИЯ

- В большинстве случаев заболевание вызывает *S. albicans*. Этот вид обнаруживается в полости рта у около 60% здоровых взрослых, с большей частотой у женщин и курящих мужчин.
- Кандидоз полости рта встречается у 5% новорожденных, и почти у 10 % грудных младенцев.
- У здоровых взрослых людей это довольно редкое заболевание, встречающееся почти исключительно у предрасположенных субъектов.
- У пожилых людей распространенность кандидоза полости рта в силу разных причин опять приближается к 10%, а у постоянных носителей зубных протезов - до 60%.

**Вероятность носительства *Candida spp.* в полости рта изменяется с возрастом.**

***Candida spp.* могут обнаруживаться в полости рта у более чем 90 % новорожденных.**

**У детей старше этого возраста носительство встречается реже, чем у взрослых и не превышает 45-65 %.**

**К 10 годам частота его достигает таковой у взрослых (у здоровых 30-45 %).**

**К 80 годам содержание *Candida spp.* в полости рта резко возрастает.**

**По данным проводимым А.И Марченко, М.М. Руденко (1978), носительство *Candida spp.* в полости рта в 40— 60-е годы XX века диагностировано в среднем в 40-50 % случаев, в 90-е годы — 60-70 % случаев.**

■ К кандидной колонизации предрасположены лица с заболеваниями полости рта, расстройствами саливации или другими нарушениями оральной экосистемы.

■ Прежде всего — это кариес и периодонтиты, заболевания пародонта

■ Кандидная колонизация полости рта достоверно повышается также при сахарном диабете (до 67 %), синдроме Дауна (69%), красном плоском лишае и лейкоплакии (76 и 82 % соответственно), болезни Шегрена, радио- и химиотерапии опухолей, ВИЧ-инфекции и СПИДе (72—84 %), в том числе с эксфолиативным хейлитом и других состояниях.

■ При ВИЧ-инфекции носительство имеет персистирующий характер.

- **Процент колонизации существенно возрастает у пожилых пациентов, носящих зубные протезы (около 60 % использующих протезы), причем наиболее часто грибы выделяют с поверхности протеза.**
- **Колонизация с большей вероятностью происходит у тех лиц, которые не соблюдают правила гигиены полости рта, оставляют протезы во рту на ночь и не стерилизуют их.**
- **Кроме того, кандидоносительство может быть связано с первой группой крови и не секреторным статусом по антигенам групп крови.**

**Лечение антибиотиками, особенно препаратами широкого спектра и их комбинациями, приводит к повышению кандидной колонизации в среднем на 20% и рассматривается как фактор, в наибольшей степени способствующий развитию кандидоза полости рта у взрослых.**

**Антибиотикотерапия в немалой степени обуславливает включение кандидоза полости рта в число внутрибольничных инфекций.**

**Носительство отмечается у 88% госпитализированных пожилых пациентов.**

# ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА, ПРИ КАНДИДОЗЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ВОЗ

- I. Визуальный осмотр мягких тканей полости рта проводят с помощью двух зеркал (рот широко открыт), оценивая анатомо-топографические зоны слизистой по клиническим критериям — цвет, рельеф, целостность эпителия и их архитектура. Обследование начинают с последовательного осмотра губ, коммиссур, щек (справа и слева), мягкого и твердого нёба, поверхности языка, дна полости рта. Также определяют блеск слизистой и характер слюны. После этого просят сомкнуть зубы для определения прикуса и оценки состояния тканей преддверия полости рта.
- II. Определение показателей оценочных индексов (КПУ, ОНI-S, КПИ или СРITN). Отклонения от нормы могут способствовать активации грибов рода *Candida*, т.е. являются факторами риска.

■ При подозрении на кандидоз пациента следует направить в специализированную лабораторию на бактериологические исследования.

■ По данным микробиологов, именно бактериологический метод признан наиболее информативным в данном случае, так как по количеству колоний грибов *Candida* можно установить не только степень тяжести заболевания, но и проследить динамику, а также определить эффективность лечения.

■ Кандидозная колонизация свыше 500 ед. (До 1000) при клинической симптоматике указывает на легкую форму.

■ При тяжелой форме кандидоза насчитывается 7—10 тыс. Колоний. Особенно часто эта форма наблюдается у пациентов, страдающих общими заболеваниями.

■ Первоначальное воспаление слизистой может быть следствием воздействия патогенных микроорганизмов, приводящим к усилению васкуляризации, обуславливающей красный цвет (эритема, гиперемия и др.) без нарушения целостности. И на этом фоне следует предположить возможное присутствие грибковой инфекции



- **Кандидозные поражения полости рта различаются по течению: они могут развиваться как острый процесс, хронический или рецидивирующий.**
- **При длительном воздействии раздражающих агентов пораженные участки слизистой приобретают темно-красный цвет, поверхность становится гладкой и блестящей, нитевидные сосочки атрофированы вследствие истончения многослойного эпителия (атрофический тип воспаления).**
- **Первоначальное воспаление слизистой может быть следствием воздействия патогенных микроорганизмов, приводящим к усилению васкуляризации, обуславливающей красный цвет (эритема, гиперемия и др.) без нарушения целостности. И на этом фоне следует предположить возможное присутствие грибковой инфекции.**

■ Такие же патологические состояния слизистой могут быть обнаружены у детей, которые имеют привычку сосать пальцы, покусывать углы рта или злоупотребляют жевательной резинкой.

■ Развитие воспаления слизистой с участием кандидозной инфекции также может быть обусловлено увеличением сдушивания поверхностных слоев слизистой (процесс десквамации).

■ Клинически это проявляется белесоватыми поражениями с творожистым налетом, который легко соскабливается, — это псевдомембранозная форма кандидоза.

■ При легкой форме кандидоза (молочнице) белесоватый налет точечный или точечно-островковый (начальные стадии нарушения ороговения), располагается чаще на языке или щеках. После удаления налета можно обнаружить гиперемированные участки красного цвета, доминирует атрофический тип воспаления, эритематозная форма.

■ Со временем патологический процесс вследствие усиления кератинизации слизистой и утолщения ее слоев клинически проявляется возвышающимися поражениями белесоватого цвета, которые не соскабливаются инструментом — кератотический тип.

■ В таких случаях результаты бактериологических исследований могут подтвердить гиперпластическую форму кандидоза.

■ Идентичные поражения характерны для многих нозоформ заболеваний слизистой. Так, по данным литературы, в России в 50% случаев заболеваний СОПР зарегистрирована волосатая кандидозная лейкоплакия.

■ Первичные изменения слизистой оболочки при воздействии ассоциации бактериальной инфекции и возможной активации грибов рода *Candida* часто завершаются нарушением ее целостности с образованием трещин, эрозий или некроза, покрытых снимаемым фиброзным налетом белесоватого цвета. Как правило, белые на вид поражения слизистой с нарушением ее целостности обусловлены некротическим типом воспаления, при этом могут быть обнаружены грибы рода *Candida* — это эрозивная форма кандидоза

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОРОФАРИНГИАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

■ По течению они делятся на:

■ Острые, хронические (рецидивирующие и персистирующие).

■ По локализации на:

■ фарингиты, тонзиллиты, стоматиты, гингивиты, пародонтиты, глосситы, хейлиты, ангулярные стоматиты/хейлиты (заеды).

■ По клинико-морфологической картине на:

■ псевдомембранозные, эритематозные (атрофические), гиперпластические (гипертрофические, или кандидная лейкоплакия), эрозивно-язвенные.

## ■ **ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА**

■ **Жжение СОР.**

■ **Болезненность при приеме раздражающей пищи.**

■ **Сухость в полости рта.**

■ **Проявление болезненных трещин в углах рта (ангулярный хейлит).**

## ■ **ОЩЕЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ**

■ **Белый творожистый налет на всей слизистой.**

■ **Удаление затруднено. Может образовываться эрозированная поверхность (гиперпластический кандидоз).**

# ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ МКБ -10 В 37.0 (МОЛОЧНИЦА)

- Это самая распространенная, «классическая» форма орофарингиального кандидоза, известная как молочница, чаще возникает у детей младенческого возраста или у ослабленных лиц старческого возраста. Заражение детей грибом *Candida* происходит в большинстве случаев при родах во время прохождения родовых путей (56,4%).
- Очень важно знать. При выявлении клиники острого кандидоза у молодых лиц, считающих себя здоровыми, следует провести обследование на исключение ВИЧ-инфекции и для исключения сахарного диабета.

■ Молочница может протекать в легкой, средней и тяжелой формах.

■ Молочница появляется белыми «творожистыми» комочками или налетом на неизменённой слизистой полости рта, нередко он скапливается в области переходных складок.

■ Налёт-это культура гриба и слущенный эпителий.

■ Поражаться может любой отдел полости рта и глотки, чаще всего - щеки, нёбо, язык, губы, затем в тяжёлых случаях гортань, глотка, пищевод.

■ При этом появляются затруднённое глотание, затруднённое жжение, боль при приеме пищи.



■ Вначале появляются точечные налеты, крупинки белого цвета, затем - пленки, напоминающие свернувшееся молоко, имеющие творожистый вид.

■ Налет легко снимается при покабливании шпателем, после чего можно видеть его ярко-красное основание, иногда с кровоточащей поверхностью.

■ Пятна налета могут сливаться с образованием белесоватых бляшек, распространяться на всю слизистую оболочку полости рта глотки, образуя сплошную пленку.

■ Возможно также существование пленки в виде островков разной величины на фоне сплошной гиперемии.

■ Наибольшее скопление налета отмечается в ретенционных зонах.

## Кандидоз, псевдомембранозная форма.



На фоне сухой, ярко-красной слизистой оболочки языка, щёк и губ, творожистые белые налёты, легко снимающиеся шпателем.

# ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ

■ На слизистой оболочке полости рта (щеки, небо, десна, язык) появляется точечный, легко снимающийся налет белого цвета, сливающийся в более крупные очаги поражения, напоминающие творожистые массы или беловато-серые пленки. При удалении налета обнажается гладкая гиперемированная поверхность.





■ В более тяжелых случаях белые налеты становятся более плотными, удаляются с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность.

■ На фоне сухой, атрофичной слизистой оболочки щеки и языка, белый вязкий налёт (в виде плёнок), содержащий десквамированный эпителий и дрожжевой мицелий.



■ Поражения, как правило, безболезненны, хотя вторично при травматизации, присоединении бактериальной флоры могут возникать эрозии (коричневато-бурого оттенка) и изъязвления.

■ У взрослых лиц кандидоз чаще проявляется как хроническое заболевание, при котором гиперемия и отёк слизистой уменьшаются, а грибковые налёты становятся более грубыми и плотно прилегают к слизистой оболочке, трудно удаляются с поверхности слизистой и при поскабливании их инструментом обнажается эрозивная кровоточащая поверхность.

■ На языке появляются глубокие борозды, покрытые белым налётом.

■ На фоне клинических проявлений кандидоза у больных появляются жалобы на жжение и сухость в полости рта.

**Молочницу следует дифференцировать от плоского лишая (ПЛ), плоской и веррукозной лейкоплакии и гранул Фордайса.**

- При ПЛ элемент поражения - папула на слизистой щёк, языка.**
- Папулы мелкие, беловато-серые, полигональной формы вследствие ороговения эпителия слизистой оболочки рта и постоянного смачивания слюной.**
- Сливаясь между собой, папулы образуют рисунок кружева, кругов, сетки.**
- На языке папулы чаще имеют вид бляшек.**
- При поскабливании лихеноидные высыпания не снимаются, так как обусловлены гипер- и паракератозом.**

■ Папулы расположены чаще на слизистой оболочке щёк, по линии смыкания зубов, в ретромолярной области, на языке, губах, реже на десне, нёбе, дне полости рта.

■ В мазках-отпечатках с поверхности папулёзных элементов обнаруживают ороговевшие эпителиальные клетки с цитоплазмой, паракератотические клетки с небольшим ядром и цитолеммой, в лучах Вуда соответственно оранжевое желто-оранжевое свечение.

**При плоской лейкоплакии элемент поражения – пятно бело-серого цвета. Располагается на слизистой оболочке полости рта (нижняя губа, щеки, нёбо), имеет четкие контуры, не снимается.**

**При веррукозной лейкоплакии - бляшка, выступающая над уровнем слизистой оболочки полости рта, с крупными, плотными бородавчатыми разрастаниями (бородавчатая форма) или неправильной формы с шероховатой поверхностью (бляшечная форма). Лейкоплакия имеет хроническое течение, чаще страдают курильщики.**

**Бляшка не снимается при поскабливании, так как обусловлена гиперкератозом.**

**Элементы поражения чаще расположены в передних отделах щёк, на твердом нёбе, дне полости рта, кожа не поражается.**

**Результат бактериоскопического исследования на грибы рода *Candida* отрицательный.**



**Гранулы Фордайса (железы Фордайса, болезнь Фордайса) – результат гетеротопии сальных желёз.**

**Железы Фордайса в виде гранул желтоватого цвета до 1 мм в диаметре, чуть выступающие над поверхностью слизистой оболочки, по внешнему виду напоминают манную крупу, рассыпанную как бы под слизистой оболочкой полости рта, чаще в области щёк (в задних отделах и по линии смыкания зубов), слизистой оболочки губ.**

**Гранулы могут сливаться, образуя бело-жёлтые бляшки.**

**При поскабливании пятна не изменяются. Результаты бактериоскопического исследования на грибы рода *Candida* отрицательные.**

# ОСТРЫЙ ЭРИТЕМАТОЗНЫЙ (АТРОФИЧЕСКИЙ) КАНДИДОЗ МКБ -10 В 37.1

- Острый атрофический кандидоз характеризуется яркой клинической картиной: слизистая оболочка полости рта резко гиперемированна («пылающий рот»), затруднены открывание рта, разговор, приём пищи из-за резкой сухости и болезненности слизистой.
- Язык ярко-красного цвета, атрофичен, нитевидные сосочки сглажены.
- Налёт может быть обнаружен в скудном количестве только в глубоких складках, нишах полости рта.
- Больные часто жалуются на ощущение жжения.

**Острый атрофический кандидоз может возникать после острого псевдомембранозного кандидоза или самостоятельно.**

**Нередко он является осложнением терапии антибиотиками, может также быть следствием применения местных, в том числе ингаляционных, или пероральных системных кортикостероидов.**



- Поражение слизистой оболочки щёк, губ и ротоглотки часто бывает обусловлена системным назначением антибиотиков, в то время как локализацию красных пятен на языке и нёбе чаще наблюдают при применении антибиотиков в виде пастилок. При поражении языка часто утрачиваются нитевидные сосочки. Кандидоз редко поражает неподвижную часть дёсен, такая локализация поражения свидетельствует о тяжёлом иммунодефиците.
- При самостоятельном возникновении заболевания может отмечаться кратковременная десквамация эпителия спинки языка, появление пленок.
- Очаги поражения представлены пятнами эритемы с гладкой, как бы лакированной поверхностью. При вовлечении языка (атрофический глоссит, «резиновый язык») слизистая оболочка его спинки становится темно-красной, гладкой, блестящей, сосочки сглаживаются.

■ При глоссите движения языка становятся ограниченными, в результате травматизации его боковых поверхностей зубами развивается отек. Слизистая оболочка становится очень чувствительной к тактильным, химическим и температурным раздражителям, что делает болезненным прием грубой пищи, холодных и горячих жидкостей.

■ Острый стоматит от зубных протезов также относится к острому эритематозному кандидозу (десквамативная форма). Под протезом обнаруживается четко ограниченная область яркой эритемы и отека.

**Острый атрофический кандидоз следует дифференцировать от аллергического стоматита, который может быть спровоцирован приёмом лекарственных средств.**

**Отличить эти заболевания бывает очень трудно без дополнительного лабораторного исследования (бактериоскопии на присутствие *Candida* или аллергической пробы).**

# ХРОНИЧЕСКИЙ (ЭРИТЕМАТОЗНЫЙ) АТРОФИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ МКБ -10 В 37.3

Этот кандидоз чаще встречается у пожилых людей, носящих зубные протезы, в связи, с чем его синонимом является стоматит от зубных протезов, (англ. denture stomatitis). Такое определение не совсем правильно, поскольку с ношением зубных протезов связаны, как острый стоматит, обусловленный *Candida spp.*, так и хронический гиперпластический кандидоз.

Хронический атрофический кандидоз отличается весьма скудной симптоматикой, так что обычно обнаруживается только при смене протезов. Нередко он сочетается с кандидной заедой.

**Характерным является наличие триады: хронической эритемы и отека участка слизистой, прилежащего к протезу на верхней челюсти, углов рта и языка.**

**Протезы нижней челюсти, как правило, не вызывают стоматита.**

**Пациенты предъявляют жалобы на зуд, боль и жжение в полости рта при приёме раздражающей пищи, сухость во рту, болезненные трещины в углах рта, заеды (эрозии).**

**В углах рта эрозии, покрытые белым, легко снимающимся налётом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабомокнущая, корочки нежные.**

**При сомкнутых губах заеды не видны.**



■ При объективном обследовании пациентов отмечается яркая или застойная гиперемия слизистой оболочки полости рта, отёк слизистой щек, языка, атрофия нитевидных сосочков языка, могут быть участки десквамации эпителия.

■ Слюна вязкая, пенистая, в малом количестве.

■ Налёт в небольшом количестве на слизистой оболочке протезного ложа, легко снимающийся, под налетом обнаруживается гиперемированный ярко-красный участок.

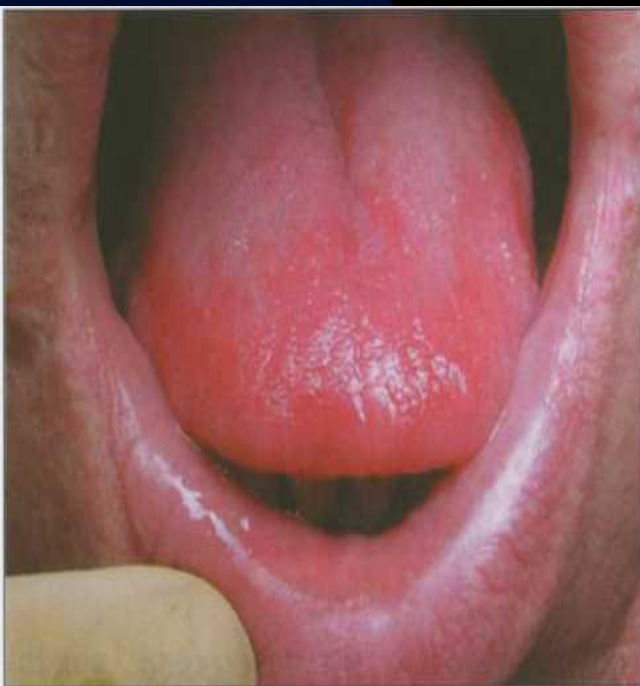
**Очаги атрофии  
нитевидных сосочков  
ярко-красного цвета на  
спинке языка.**



**Эритематозные пятна  
на вентральной  
поверхности языка.  
Пенистая слюна.**



**Эритематозные пятна на спинке и боковой поверхности языка. Атрофия нитевидных сосочков на спинке языка и небольшое количество белого налета. Пенистая слюна.**



**Эритематозные пятна на слизистой оболочке языка. Атрофия нитевидных сосочков на спинке языка. Пенистая слюна.**



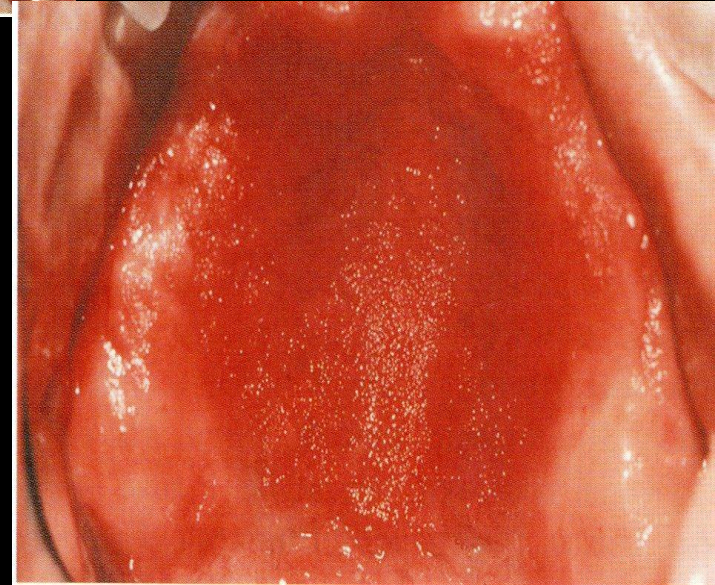
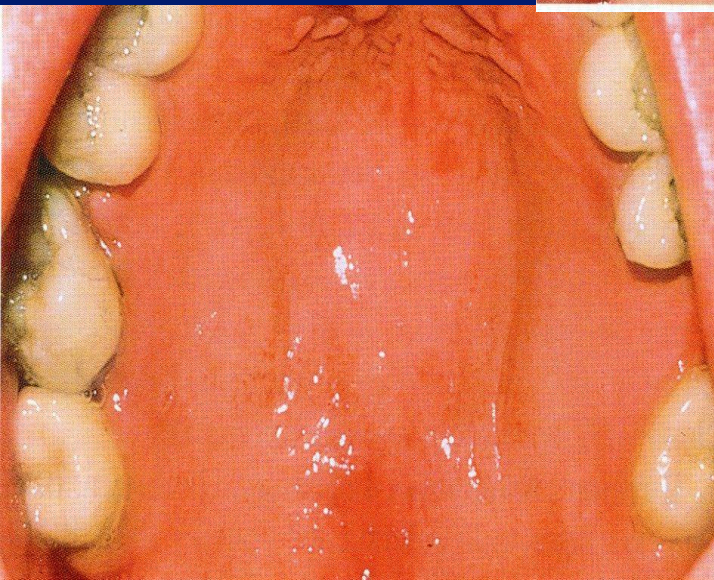
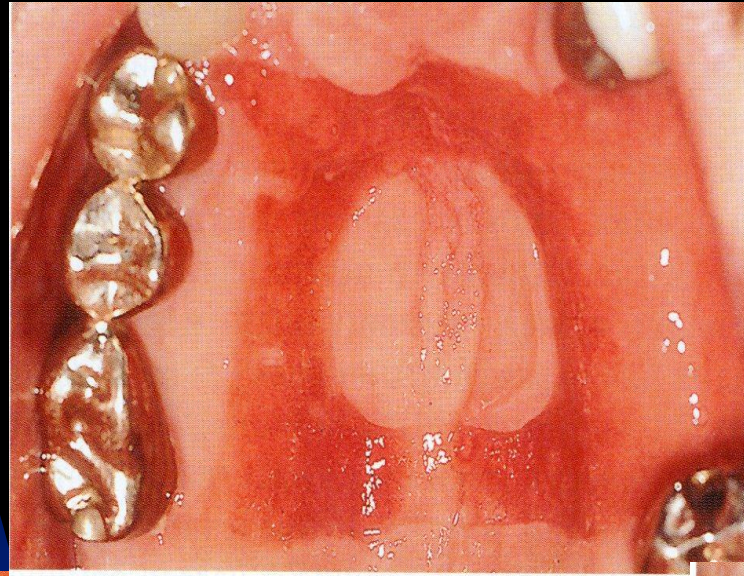
**На фоне застойной гиперемии слизистой оболочки и красной каймы губ имеются поверхностные эрозии, чешуйки.**



**Эритема и белый налет на твердом нёбе.  
Пенистая слюна.**



**Хронический атрофический кандидоз в месте контакта с зубным протезом. Папиллярная гиперплазия: третья стадия.**



Царев В.Н. и соавт (2009) выделили несколько форм хронического атрофического кандидоза :

При хроническом атрофическом кандидозе легкой степени тяжести больные жалуются на зуд, жжение, незначительную сухость. Патологический процесс распространяется на одну анатомическую область. Объективно наблюдается: гиперемия слизистой оболочки полости рта, незначительная атрофия сосочков языка, налета нет. Незначительная сухость в полости рта, слюна вязкая. При микроскопии – почкующиеся клетки, псевдомицелий в нескольких полях зрения более 15-20. Обсеменённость слизистых  $10^2$ - $10^4$  КОЕ/мл (lg=2,0-4,0).



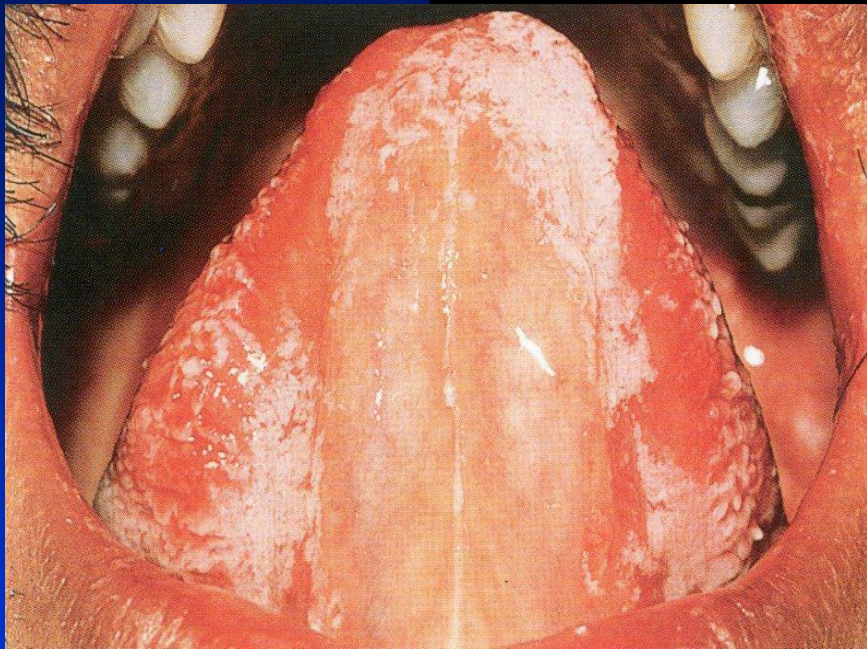
При хроническом атрофическом кандидозе средней степени тяжести больные жалуются на болезненность, зуд, жжение, или сухость во рту, невозможность пользоваться протезами. Патологический процесс распространяется на 2-3 анатомические области. Объективно наблюдается: застойная гиперемия, отек слизистой оболочки языка, на слизистой оболочке щек, на боковой поверхности языка – отпечатки жевательной группы зубов, на спинке – гипоплазия или атрофия сосочков языка по всей поверхности, либо в виде участка десквамации. Налета нет, может быть его незначительное количество в глубоких складках языка. Выраженная сухость в полости рта, слюны мало, пенистая. В углах рта – эрозии. При микроскопии – дочерние клетки, псевдомицелий в большинстве полей зрения более 20-30. Обсеменённость слизистых 10<sup>4</sup>-10<sup>5</sup> КОЕ/мл (lg=4,0-5,0).

При хроническом атрофическом кандидозе тяжелой степени тяжести больные жалуются на сильную сухость во рту и, как следствие этого затруднения при разговоре и пережевывании пищи, незаживающие трещины в углах рта, резкую болезненность, зуд, жжение, снижение вкусовой чувствительности, невозможность пользоваться протезами. Патологический процесс распространяется на более чем 2-3 анатомические области, характерно прогрессирование процесса. Объективно наблюдается: выраженная гиперемия, десквамация и шелушение по красной кайме губ, отек слизистой рта, её атрофия, на спинке языка – атрофия всех сосочков, язык гладкий «полированный». Слюна практически отсутствует. В углах рта – эрозии. При микроскопии – дочерние клетки, псевдомицелий в большинстве полей зрения более 30-40. Обсеменённость слизистых 10<sup>5</sup>-10<sup>6</sup> КОЕ/мл (lg=5,0-6,0).

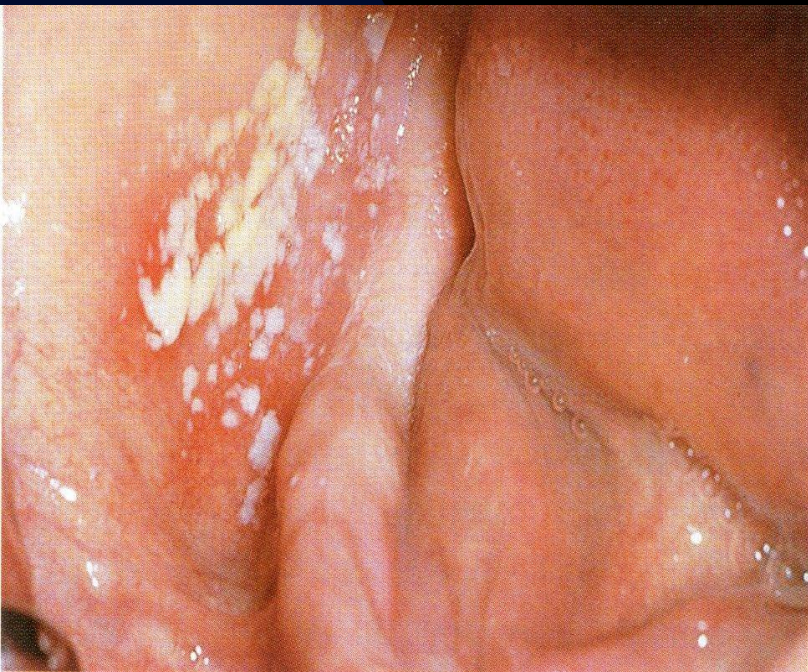
# **ХРОНИЧЕСКИЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ**

- Чаще встречается у больных ВИЧ инфекцией, СПИДом и другими формами иммунодефицита.**
- Характерно длительное, персистирующее течение, устойчивость к терапии.**
- Клиническими особенностями являются частое вовлечение всех отделов рта, иногда более трудно отделяемые пленки с эрозивным, кровоточащим основанием.**

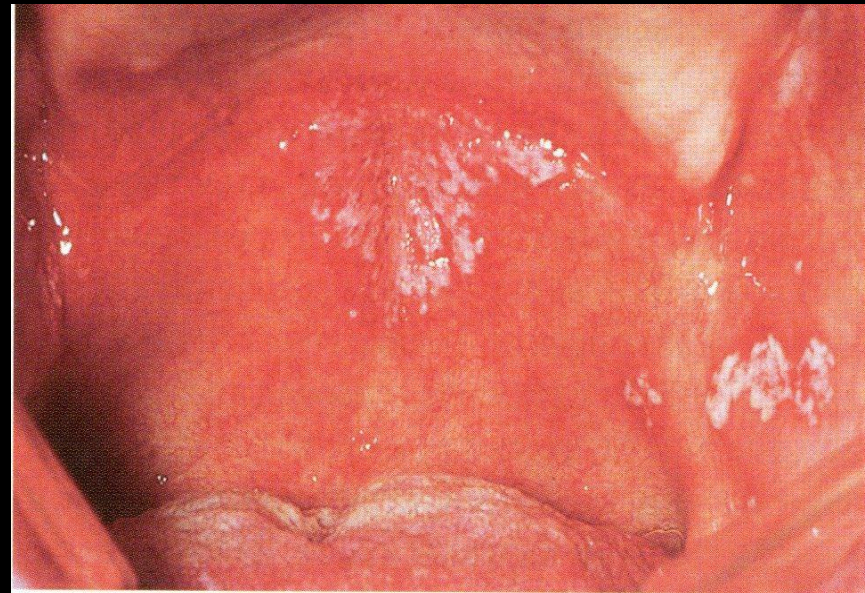
Клинически он проявляется белыми или красными поражениями, возвышающимися над поверхностью слизистой оболочки или расположенным вровень с ней, а также узелками. Поражение может затронуть любую часть полости рта, но чаще локализуется на нёбе, языке и щеках. Больные обычно жалуются на жжение и нарушение вкуса. Объективно в полости рта обнаруживаются трудно отделяемые пленки с эрозивным, кровоточащим основанием.



- **Острый псевдомембранозный кандидоз у больного сахарным диабетом**



- **Острый псевдомембранозный кандидоз при глюкокортикоидной терапии**



**У взрослых лиц кандидоз чаще проявляется как хроническое заболевание, при котором гиперемия и отек слизистой оболочки уменьшаются, а грибковые налеты становятся более грубыми и плотно прилегают к слизистой оболочке.**

**Такие налеты удаляются с поверхности слизистой с большим трудом и при поскабливании их инструментом обнажается эрозивная кровоточащая поверхность.**

- На слизистой оболочке нижней губы вязкие налёты мутно-белого цвета. Пенистая слюна.



## ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ (ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫ Й).



# МИКОТИЧЕСКИЙ ГЛОССИТ

- **Срединный ромбовидный глоссит часто наблюдают у мужчин среднего возраста и редко у детей.**
- **Частота заболевания не зависит от расовых различий.**
- **Ромбовидный глоссит многие исследователи склонны относить к локальной форме хронического кандидоза на основании результатов бактериоскопических исследований соскобов, взятых с поверхности очага поражения, когда обнаруживают элементы гриба *Candida* (почкующиеся клетки, псевдомицелий) в 88,2% случаев.**



■ Клиническая картина хронического кандидозного глоссита может проявляться в виде атрофического или ромбовидного глоссита (чаще).

■ Хроническая атрофия сосочков спинки языка выделяется в отдельную форму кандидоза полости рта — срединный ромбовидный глоссит (*glossitis mediana rhombica*).

■ Ранее это заболевание считалось аномалией развития бронхиальных ветвей и непарного бугорка (*tuber-culum impar*), или подвергалась сомнению роль *Candida spp.*

- **В настоящее время срединный ромбовидный глоссит рассматривается как приобретенное заболевание, ассоциируемое с кандидной колонизацией и кандидозом полости рта, что доказано сравнительными микробиологическими и гистологическими исследованиями, и нередко встречающееся при СПИДе. В то же время не исключается развитие этого заболевания, обусловленное другими приобретенными факторами.**
- **Хронический атрофический микотический глоссит характеризуется гладкой сухой атрофичной поверхностью языка.**
- **Скудный налёт обнаруживают в глубоких складках языка. Больных беспокоит боль и жжение языка.**

■ **Срединный ромбовидный глоссит: гладкий участок, лишённый нитевидных сосочков.**



■ **Срединный ромбовидный глоссит: типичная картина.**



**КАНДИДОЗНЫЙ ГЛОССИТ. НА СПИНКЕ  
ЯЗЫКА — НАЛЕТ В ВИДЕ КРУПНЫХ  
БЕЛЫХ «ПАПУЛ».**



Для срединного ромбовидного глоссита характерно появление ромбовидного или овального очага сосочковой атрофии в середине спинки языка, неровные и округлённые края и размеры от 1 до 2,5 см.

Очаг также имеет четкие границы, поверхность его гладкая при гладкой форме, и придаёт ей цвет мяса. С течением времени становится бугристой или папилломатозной.

Как правило, заболевание не сопровождается субъективными ощущениями. Иногда на нёбе в месте соприкосновения с поражённым участком языка развивается эритематозная форма кандидоза, это состояние называют хроническим мультифакторным кандидозом.

**Срединный ромбовидный глоссит легко распознать по клинической картине, характерной локализации и бессимптомному течению. Ранняя диагностика и лечение противогрибковыми средствами обычно приводят к исчезновению описанных изменений. На поздних стадиях срединный ромбовидный глоссит обычно протекает бессимптомно и не поддаётся лечению противогрибковыми препаратами в связи с развившимся фиброзом и гиповаскуляризацией.**



**Хронический атрофический микотический глоссит** характеризуется гладкой сухой атрофичной поверхностью языка. Скудный налёт обнаруживают в глубоких складках языка. Больных беспокоит боль и жжение языка.

**Микотический глоссит** следует дифференцировать от глоссита Меллера-Гунтера, возникающего у лиц с авитаминозом  $B_{12}$ .

**Схожесть** клинической картины (малиновый, полированный язык при авитаминозе), а также возможное присутствие грибов *Candida* на его поверхности (при микроскопических исследованиях) очень затрудняет диагностику. Необходимо тщательный осмотр всей слизистой оболочки полости рта. На слизистой щёк, губ возможно нахождение ярко-красных пятен, характерных для авитаминоза  $B_{12}$ .

**Клинический анализ крови и пробное лечение** (инъекции витамина  $B_{12}$ ) помогут в постановке окончательного диагноза.

■ Ромбовидный глоссит многие исследователи склонны относить к локальной форме хронического кандидоза на основании результатов бактериоскопических исследований соскобов, взятых с поверхности очага поражения, когда обнаруживают элементы гриба *Candida* (почкующиеся клетки, псевдомицелий) в 88,2% случаев.

■ Для срединного ромбовидного глоссита характерно появление ромбовидного или овального очага сосочковой атрофии в середине спинки языка. Очаг имеет четкие границы, поверхность его гладкая при гладкой форме, при других формах — соответственно бугристая или папилломатозная.



■ Как правило, заболевание не сопровождается субъективными ощущениями, но иногда больные отмечают жжение, пощипывание, появляющиеся или усиливающиеся во время приема пищи.

■ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ С ГЛОССАЛГИЕЙ И ДЕСКВАМАТИВНЫМ ГЛОССИТОМ.

■ При глоссите жжение языка непостоянное: исчезает во время еды, утром, усиливается при длительном разговоре, вечером, при нервном возбуждении, локализуется преимущественно в кончике и боковых поверхностях языка.

■ Язык без видимых изменений.

■ Диагноз уточняется микроскопическим исследованием соскоба с поверхности языка.

**При десквамативном глоссите участки десквамации эпителия в виде красноватых пятен окружены зонами дегенерировавшего эпителия в виде белесоватых полос; участки поражения постоянно изменяют форму и размеры, перемещаясь по языку. Десквамированные до этого зоны вновь покрываются нитевидными сосочками. Эти зоны десквамации часто расположены на дорсальных и боковых поверхностях языка. Течение хроническое, обострение процесса сопровождается усилением десквамации эпителия слизистой оболочки языка.**

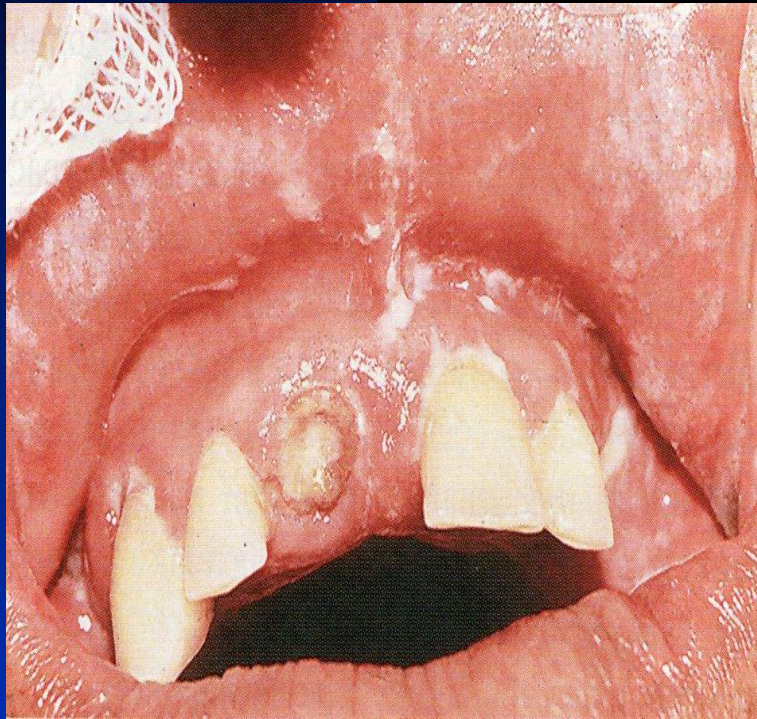
# **ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ КАНДИДОДОЗНЫЙ СТОМАТИТ (кандидозная лейкоплакия) МКБ -10 В 37.02**

- Хронический гиперпластический кандидоз (гипертрофическая, бляшечная, или кандидная лейкоплакия), чаще наблюдается у курильщиков, иногда у использующих зубные протезы.**
- Может быть исходом острого кандидоза у лиц (чаще детей), длительно принимающих глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, или у лиц с врожденным иммунодефицитным состоянием (гипоплазия тимуса, агаммаглобулинемия и др.).**

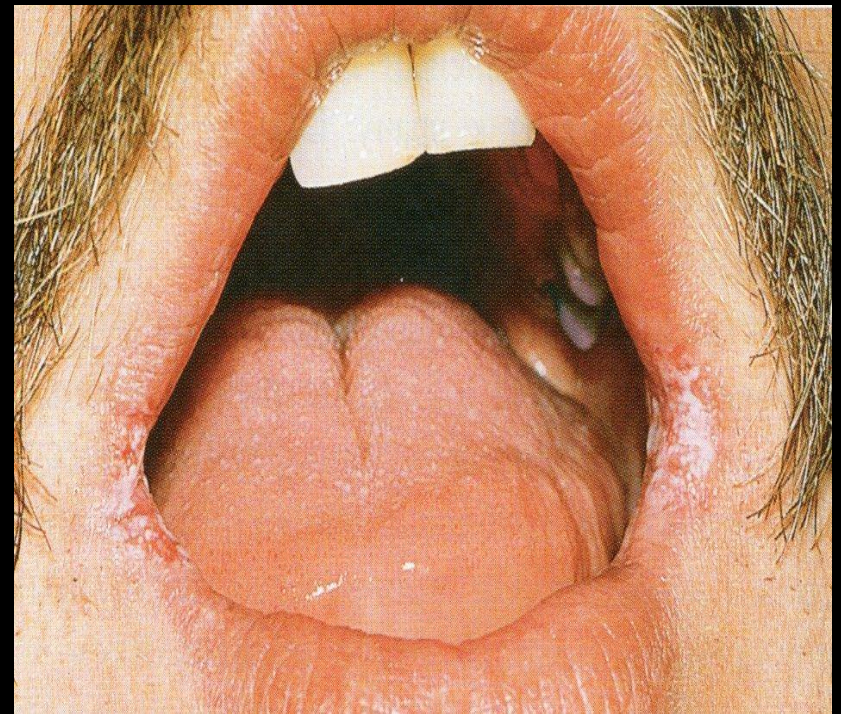
**Жалобы больных от дискомфорта в полости рта, лёгкого зуда и небольшой сухости до резкой болезненности и выраженной ксеростомии.**

**На слизистой оболочке щек, реже на языке появляется плотный налёт в форме папул, которые сливаются в бляшки белого цвета, плотно спаянного с подлежащими тканями в результате прорастания гриба *Candida* в эпителий слизистой оболочки (так называемая кандидозная лейкоплакия, эритролейкоплакия или бородавчатое разрастание).**

■ **Хронический гиперпластический кандидоз слизистой оболочки губ.**



■ **Хронический гиперпластический кандидоз углов рта.**



■ На слизистой оболочке щек, реже на языке появляется плотный налёт в форме папул, которые сливаются в кератотические бляшки белого цвета, плотно спаянного с подлежащими тканями в результате прорастания гриба *Candida* в эпителий слизистой оболочки (так называемая кандидозная лейкоплакия).

■ Определяются отпечатки зубов на языке, гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков, на языке может поражаться область типичная для ромбовидного глоссита, которая выглядит в виде сосочковой гиперплазии.

■ От поражений при псевдомембранозном кандидозе они отличаются тем, что с трудом отделяются от подлежащего эпителия.

**Вокруг бляшки иногда наблюдается венчик гиперемии.**

**Элементы поражения чаще локализуются на спинке языка. Возможно прорастание процесса на слизистую оболочку зева, гортани, пищевода.**

**Клиническая картина сопровождается жалобами больных на сухость во рту, извращение вкуса, болевые ощущения при приёме раздражающей пищи, неприятный запах изо рта. Эта форма кандидоза часто сочетается с поражением кожи и ногтей.**

**Молочно-белые плотные бляшки на языке.  
Микотическая заеда в области угла рта.**





**На слизистой оболочке нижней губы молочно-белые бляшки.**



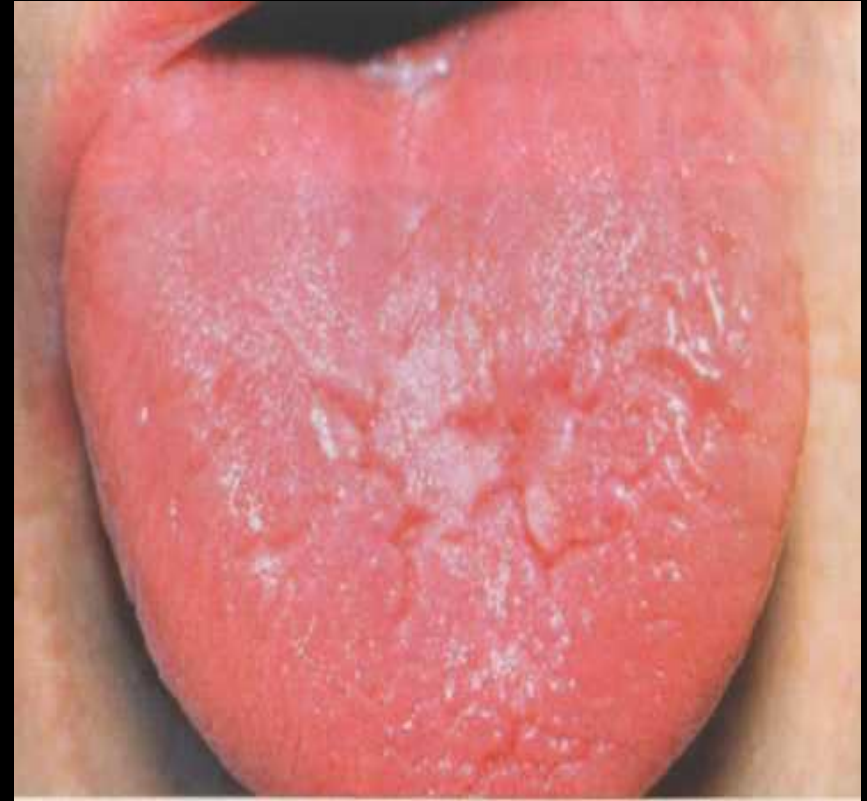
**Плотный молочно-белый налет и бляшки на слизистой оболочке щеки, боковой поверхности и спинке языка на малоизмененной в цвете слизистой оболочке.**



**На спинке языка плотный молочно-белые налет поверхности языка, с трудом снимаемый шпателем. В области слизистой и кожи углов рта — «заеды», покрытые серыми, тонкими микотическими чешуйками.**



**На фоне отека языка отпечатки зубов. Налет белого цвета на кончике языка. Складчатый язык. На спинке языка молочно-белый, плотный, микотический налет.**



**Хронический гиперпластический кандидоз полости рта требует особого внимания в связи с тем, что в 15—20 % случаев происходит ее малигнизация.**

**Особое внимание следует обращать на те очаги поражения, где сочетаются элементы эритемы и лейкоплакии, поскольку там высока вероятность уже произошедшей малигнизации.**

**До сих пор не ясно, однако, является ли малигнизация следствием кандидной инфекции или происходит вторичное инфицирование уже измененного эпителия.**

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА ТРЕБУЕТ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО В 15—20 % СЛУЧАЕВ ПРОИСХОДИТ ЕЕ МАЛИГНИЗАЦИЯ.**

Царев В.Н. и соавт (2009) выделили несколько форм кандидоза :

При хроническом гиперпластическом кандидозе легкой степени тяжести для больных характерны жалобы на незначительный дискомфорт в полости рта вследствие небольшого зуда или реже сухости. Патологический процесс распространяется на одну анатомическую область. Объективно наблюдается: гиперемия слизистой оболочки полости рта, гиперплазия нитевидных и листовидных сосочков, белые плёнки или незначительный налет на слизистой рта. При микроскопии – почкующиеся клетки, псевдомицелий в нескольких полях зрения более 15-20. обсеменённость слизистых  $10^2$ - $10^3$  КОЕ/мл (lg=2,0-4,0).

При хроническом гиперпластическом кандидозе средней степени тяжести больные жалуются на зуд, жжение, незначительную болезненность, сухость. Патологический процесс распространяется на две три анатомические области. Объективно наблюдается: застойная гиперемия слизистой оболочки полости рта, белый плотный, трудно снимающийся налет на слизистой рта. Сухость слизистой полости рта, пеннистая и вязкая слюна. При микроскопии – дочерние клетки, псевдомицелий в большинстве полей зрения более 20-30. Обсеменённость слизистых  $10^4$ - $10^5$  КОЕ/мл ( $\lg=4,0$ - $5,0$ ).

**При хроническом гиперпластическом кандидозе тяжелой степени тяжести пациенты жалуются на резкую болезненность, выраженную сухость в полости рта, нестерпимый зуд, снижение вкусовой чувствительности, обильный белый налет, неприятный запах изо рта. Патологический процесс поражает более 2-3 анатомических областей. Объективно наблюдается: выраженная гиперемия отёчность слизистой оболочки полости рта, на слизистой щек и боковых поверхностях языка видны отпечатки количество беловато-серого плотного, трудно снимаемого налета с резким неприятным запахом. Сухость слизистых оболочек. Слюна отсутствует. При микроскопии – дочерние клетки, псевдомицелий в каждом поле зрения более 30-40. Обсеменённость слизистых  $10^6-10^7$  КОЕ/мл ( $\lg=6,0-7,0$ ).**



**Хронический гиперпластический кандидоз приходится дифференцировать с лейкоплакией и с вторичным сифилисом.**

**Дифференциальная диагностика с лейкоплакией нередко бывает затруднена, так как её течение может осложняться присоединением грибковой инфекции. Однако гиперкератотические бляшки и пятна, характерные для лейкоплакии, при поскабливании не снимаются.**

**При гиперпластической форме кандидоза элементы поражения с трудом, но можно соскоблить.**

**Для дифференциальной диагностики необходимо провести бактериоскопическое исследование соскоба с поверхности элемента поражения или биопсию.**

■ Следует правильно трактовать результаты бактериоскопического исследования очагов лейкоплакии.

■ В соскобах при лейкоплакии могут быть найдены единичные клетки *Candida* в поле зрения.

■ При кандидозе количество почкующих клеток и псевдомицелия в каждом поле зрения препарата значительно выше.

■ В биоптате также обнаруживают множественные элементы гриба *Candida*.

■ При вторичном рецидивном сифилисе папулы белого цвета легко соскабливаются, обнажая красную эрозивную поверхность с плотным инфильтратом в основании, что не характерно для кандидоза.

■ Процесс сопровождается полиаденитом, возможны проявления вторичного сифилиса на коже. Серологические реакции на сифилис положительные.

■ БЕЛАЯ БЛЯШКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ КАНДИДОЗЕ НЕ ОТДЕЛЯЕТСЯ ОТ ПОДЛЕЖАЩЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПОЭТОМУ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЮТ БИОПСИЮ.

# **ХРОНИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ ФОРМА МКБ -10 В 37.05**

- Хроническая гранулематозная, или узелковая, форма кандидоза полости рта встречается редко и выделяется не во всех классификациях.**
- Поражения локализуются чаще на спинке языка.**
- На слизистой оболочке появляются небольшие узелки, так что она иногда становится похожей на мостовую, вымощенную булыжником.**

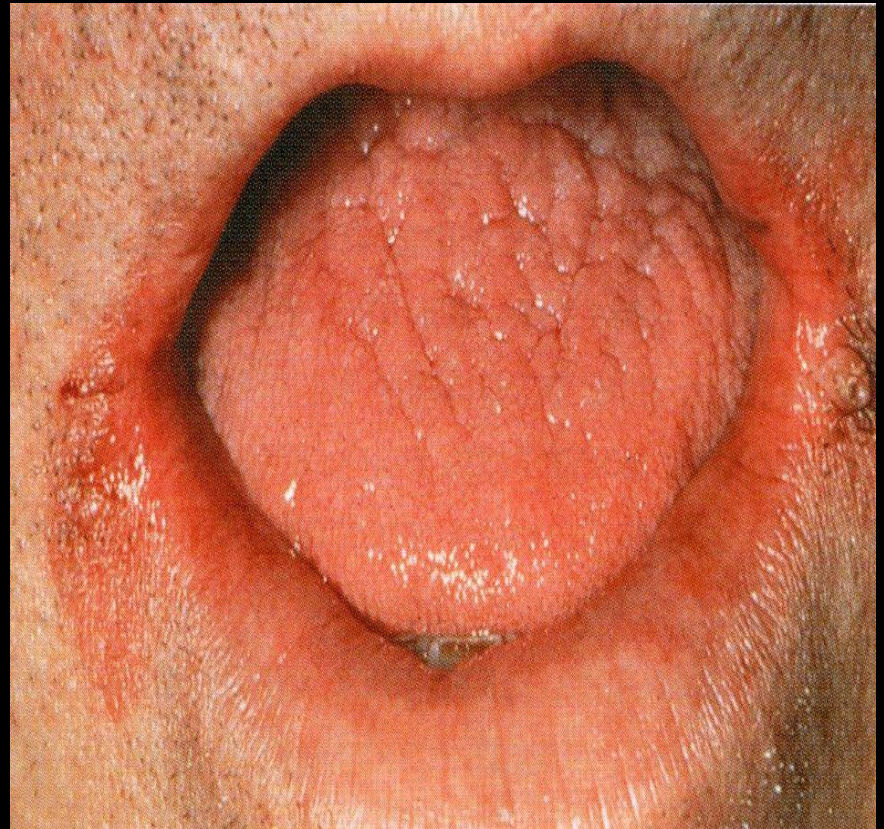
# ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА

- Эрозивно-язвенная, или локально инвазивная форма кандидоза полости рта встречается очень редко.
- Эрозивно-язвенные формы кандидоза полости рта были описаны при диабетическом кетоацидозе и наблюдались нами при хроническом кандидозе на фоне аутоиммунной полиэндокринопатии.
- Эти формы следует различать со вторичной кандидной колонизацией или инфекцией существующих эрозивных и язвенных поражений (например, от травматизации протезом).

# КАНДИДОЗ УГЛОВ РТА

■ Кандидоз углов рта (угловой, или ангулярный, стоматит, угловой хейлит, кандидная заеда, perleche), может сопутствовать любой из перечисленных форм кандидоза полости рта (микотический палатинит и глоссит), или развиваться самостоятельно у детей от 3 до 10 лет и у пожилых людей старше 60 лет.

**Обычно заеда отмечается в обеих складках углов рта. Клиническая картина представлена эритемой и трещинами в углах рта, можно заметить легко снимающийся белесоватый налет (слой мацерированного эпителия). Поражения могут быть болезненными при раскрытии рта и движении губ**



**Заеды чаще обнаруживаются у лиц пожилого возраста с вторичной адентией или выраженной патологической стираемостью зубов, что обуславливает снижение высоты нижнего отдела лица. При этом углубляются носо-губные складки, опускаются углы рта, где происходит постоянная мацерация. Со временем присоединяется грибок, о чём свидетельствует появление белого налёта в углах рта. В последующем слизистая оболочка в углах рта становится истончённой, сухой, покрытой серыми чешуйками, может быть эрозированной, с кровоточащими трещинами и нежными серыми корочками.**



У детей с кандидной заедой нередко отмечаются привычка сосать большой палец, частое облизывание и покусывание углов губ, пристрастие к жевательной резинке.

Другими причинами заеды могут быть бактерии (особенно у детей) и авитаминоз, в частности, дефицит железа.

Угловой стоматит по существу можно считать особой формой кандидного интритриго, поражающей переходную складку каймы губ.

Обычно заеда отмечается в обеих складках углов рта. Клиническая картина представлена эритемой и трещинами в углах рта, можно заметить легко снимающийся белесоватый налет (слой мацерированного эпителия). Поражения могут быть болезненными при раскрытии рта и движении губ.

**Заболевание склонно к хроническому рецидивирующему или персистирующему течению.**

**Со временем вокруг трещины развивается инфильтрация, сама трещина углубляется, ее края утолщаются.**

**На коже углов рта отмечается отечность, гиперемия, затем инфильтрация, шелушение, иногда, возможно, за счет вторичного инфицирования бактериями, тонкие желтоватые корки.**

■ Кандидные заеды дифференцируют с бактериальной (стрептококковой) заедой, сифилитической заедой, туберкулёзной заедой и с поражением углов рта при арибофлавинозе.

■ При стрептококковой заеде очаги поражения более обширные, распространяются за пределы кожной складки, часто проявляются на губах, коже подбородка.

■ Обильная экссудация, образование толстых желтых корок и импетигинация типичных для больных молодого возраста, диагноз уточняется микроскопическим исследованием соскоба — отсутствие почкующихся форм бластоспор и мицелия, выявление стрептококков.

■ При туберкулёзной заеде резко болезненная язва с подрытыми краями, тяжелое общее состояние больного. Активный туберкулёзный процесс в лёгких, туберкулёзные микобактерии в мокроте.

■ Заеды при арибофлавинозе очень похожи на микотическую заеду и в ряде случаев могут осложняться присоединением грибковой инфекции на фоне недостаточности витамина В<sub>2</sub>.

Дифференциальной диагностике помогут лабораторные исследования и пробное лечение, т.е. назначение лечебных доз комплекса витаминов группы В.

**Сифилитическая заеда – это сифилитическая папула, локализуемая в углу рта, отличается выраженным инфильтратом и носит односторонний характер, при этом диагностируют двухсторонний склеранит (регионарные лимфатические узлы увеличенные, плотные, безболезненные).**

# АНГУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ (КАНДИДНЫЙ ХЕЙЛИТ) МКБ -10 В 37.06

- Кандидный хейлит чаще протекает хронически, однако может отмечаться острое течение. Эксфолиативный Candida-ассоциированный хейлит рассматривается как форма орофарингиального кандидоза при ВИЧ инфекции.
- Заболевание встречается в детском возрасте, у диабетиков, у людей пожилого возраста, пользующихся съемными протезами при сниженной высоте прикуса, у лиц с зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися снижением прикуса.
- Больные отмечают сухость, жжение, чувство стягивания слизистой оболочки губ.

**КАНДИДОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ. КРАСНАЯ  
КАЙМА ГУБ И КОЖА В ОБЛАСТИ УГЛОВ  
РТА ПОКРЫТА ТОНКИМИ СЕРЫМИ  
ЧЕШУЙКАМИ.**



■ Поражения локализируются на красной кайме губ, как правило, только на нижней губе.

■ Вначале наблюдается мацерация эпителия и поверхностное шелушение, нередко на фоне умеренного отека и эритемы. Далее на месте шелушения образуются вначале легко снимающиеся пленки, а затем плотно сидящие пластинки с приподнятыми краями, под которыми обнаруживается эрозия.

■ Характерно хроническое рецидивирующее течение. Губа покрывается радиарными трещинами и бороздками, корками.

■ Высыпания сопровождаются чувством жжения, сухости, болезненностью в местах трещин.



**Кандидоз слизистой оболочки рта и губ (хейлит). Симметричные заеды с нежными, серого цвета чешуйками. Красная кайма губ красная, сухая с признаками шелушения.**



**Хроническое течение заболевания приводит к увеличению губы, постоянному шелушению эпителия и образованию сероватых чешуек.**

**При стоматоскопическом исследовании видны отверстия выводных протоков малых слюнных желез, некоторые из них закрыты, другие расширены, последние выявляются в виде «зияющих» элементов.**

■ Кандидный хейлит дифференцируют с эксфолиативным хейлитом (сухая форма), стрептококковым поражением красной каймы губ и экзематозным хейлитом (экзема губ).

■ При эксфолиативном хейлите нет эрозии на месте прикрепления чешуйки. При удалении чешуйки видна гиперемированная поверхность. Чешуйки тонкие, плотно прикреплены в центре к красной кайме и остаются по краям. Поражение имеет вид ленты от угла до угла рта, строго от линии Кляйна до середины красной каймы губ. Комиссуры рта свободны от высыпаний; чешуйки чаще локализуются на нижней губе.

■ При стрептококковом поражении красной каймы губ выражены экссудация и импетигинизация. В соскобе с участка поражения не находят почкующих форм *Candida*.

■ Экзематозный хейлит (экзема губ) проявляется гиперемией, отёком красной каймы губ, высыпанием пузырьков, быстрым их вскрытием с образованием эрозивной мокнущей поверхности, покрытой корками желто-серого цвета, высыпания быстро прекращаются, возникает шелушение.

■ Процесс длительный, одновременно поражается кожа.

# МИКОТИЧЕСКИЙ ПАЛАТИНИТ

- Слизистая протезного ложа выглядит ярко-красной, сухой, иногда обнаруживают папилломатоз нёба.
- На внутренней поверхности протеза – обилие мягкого налёта.
- Как правило, протезом больной пользуется много лет без должного гигиенического ухода.
- Микотический палатинит следует дифференцировать от реактивного и аллергического палатинита.

**Реактивный палатинит вызван остаточным мономером, присутствующим в пластмассовым протезе при недостаточной его полимеризации.**

**Реактивный палатинит при пользовании новым протезом, что можно выяснить из анамнеза пациента. Решающее значение в постановке диагноза отводят бактериоскопическому исследованию соскоба со слизистой нёба и с внутренней поверхности протеза на грибы рода *Candida*.**

**Аллергический палатинит – форма контактной аллергии на пластмассу пластиночного протеза. Диагноз подтверждают положительными аллергологическими пробами на компоненты зубопротезной пластмассы (красители). Результат бактериоскопического исследования на грибы рода *Candida* в этих случаях отрицательный.**

# КАНДИДОЗ ГЛОТКИ И МИНДАЛИН

- В этих локализациях наблюдается псевдомембранозная форма кандидоза.
- Как правило, высыпания не сопровождаются какими-либо дополнительными субъективными ощущениями.
- Изолированные кандидные поражения миндалин и глотки встречаются очень редко, обычно наблюдается сочетание с кандидозом полости рта.

# **КОЖНО-СЛИЗИСТЫЙ КАНДИДОЗ**

## **МКБ -10 В 37.03**

- Проявление хронической гиперпластической формы заболевания, развивающееся при врождённом иммунодефиците.**
- Заболевание характеризуется образованием на коже кандидозных гранулём, поражений ногтей.**
- В полости рта, особенно в области углов рта и на языке, образуются грибковые плотные бляшки.**
-



# ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАНДИДОЗА.

- **Диагностика кандидоза базируется на совокупности клинико-anamнестических данных и результатах дополнительных методов исследования.**
- **В большинстве случаев поражение кожи и видимых слизистых постановка диагноза затруднений не вызывает.**
- **Однако диагностика системного, висцерального и генерализованного кандидоза представляет определенные трудности.**
- **Необходимо отметить, что до настоящего времени не существует универсальных лабораторных методов идентификации кандидоза.**

■ Материалом для исследования служат соскобы и смывы со слизистой полости рта, красной каймы губ и окружающей кожи, а также с зубных протезов.

■ При псевдомембранозной форме налет снимают ложечкой Фолькмана, стоматологическим шпателем или петлей.

■ С эрозивных поверхностей материал можно собрать стерильным увлажненным тампоном.

■ В НОРМЕ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ГРИБЫ РОДА *CANDIDA* МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ В СМЫВАХ С ПОЛОСТИ РТА, СОДЕРЖИМОМ ЖЕЛУДКА В КОЛИЧЕСТВЕ ДО  $10^2$  КОЕ/МЛ, В МОКРОТЕ, НОСОГЛОТОЧНОЙ СЛИЗИ – ДО  $10^3$  МЛ.

■ Считается, что обнаружение грибов рода *Candida* в малом количестве (до 10 колоний при первичном посеве на чашку) можно расценивать как нормальное, если для посева брали материал со слизистой оболочки, которые в норме населены микробами (зев, полость рта, дыхательные пути).

■ Повторное исследование того же материала в динамике (через 5-7 дней) у здоровых лиц обычно дает отрицательный или такой же, как при первом посеве, результат.

■ Если же число колоний грибов в повторных посевах нарастает до десятков и сотен колоний, то даже при отсутствии клинических признаков кандидоза следует рассматривать этот факт как сигнал, требующий дальнейшего наблюдения за больным и дополнительных микологических исследований с учетом количества грибов (посевов).

**Решающими факторами для дифференцировки кандидоза от кандидоносительства являются наличие или отсутствие клинической картины болезни и количественный учет выделения грибов из материала, взятого от больных в динамике: значительное увеличение числа грибов говорит о возможном начале болезни, а выделение грибов в этом же или меньшем количестве расценивается как кандиданосительство.**

**Таким образом, при отсутствии клинических признаков болезни, небольшом количестве высеянных грибов (до 100 колоний), отсутствии существенного увеличения числа грибов при повторном посеве диагностируется кандидоносительство.**

**Положительным результатом микроскопии является обнаружение в одном или нескольких полях зрения клеток гриба (более 1000 в 1 г) бластоконоидий, псевдогиф или истинных гиф – трактуют как кандидоз.**

**При хронических формах кандидоза, вызванных *C. albicans*, преобладают мицелиальные формы. Положительный результат свидетельствует о кандидной колонизации и подтверждает диагноз кандидоза только при наличии клинических проявлений.**

**При постановке диагноза острого кандидоза у молодых лиц, считающих себя здоровыми, следует провести обследование на исключение ВИЧ инфекции, сахарного диабета (как первый симптом – кандидоз).**

# ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

- При лечении кандидоза полости рта, прежде всего необходим индивидуальный подход, так как выяснение причин, обуславливающих развитие данной патологии, становится основополагающим в выборе методов и средств противогрибковой терапии.
- План лечения больных с кандидозом полости рта должен включать:
  - Диагностику и лечение основного заболевания (совместно с эндокринологом, терапевтом, гастроэнтерологом);
  - Общеукрепляющую терапию- поливитамины группы В, С в лечебных дозах;
  - Ограничение в диете углеводов (сладкого, мучного);
  - Назначение средств, усиливающих действие местного иммунитета полости рта.

# ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ

- Противогрибковые антибиотики полиеновой группы.
- Препараты выбора:
- Леворин по 500 тыс. ЕД 2-4 раза в сутки (защёчные таблетки для рассасывания во рту или суспензия для полоскания полости рта);
- Амфотерицин В применяется при тяжелых системных микозах, при хронических гранулематозных формах кандидоза. ПРЕПАРАТ ТОКСИЧЕН. Назначают в/в или ингаляционно при поражении верхних дыхательных путей и слизистой рта. Ингаляции – раствор 50 000 ЕД в 10 мл стерильной воды, 1-2 р/сутки по 15-20 мин.

## **Синтетические противогрибковые препараты (производные имидазола и триазола):**

**Кетоконазол по 1-2 таб (200-400 мг) в сутки в течение 2 нед и далее по 1 таб в сут до полного выздоровления при хронических формах кандидоза;**

**Флуконазол по 50- 100 мг 1 р/ сут в течение 7-14 дней;**

**Миконазол (гель) назначают внутрь по  $\frac{1}{2}$  дозированной ложечке 4 р/сут в течение 7 дней (перед проглатывание долго держать во рту);**

**Итраконазол назначают по 100-200 мг/сут в течение 7-10 дней.**



- При иммунодефиците, особенно у больных СПИДом, при высокой частоте рецидивов и развитии устойчивости к терапии приходится назначать более высокие дозы и продолжительные курсы лечения.
- Для лечения обострений хронического кандидоза на фоне иммунодефицита назначают флуконазол по 100-200 мг/сут, или итраконазол по 200-400 мг/сут, или кетоконазол по 200-400 мг/сут, в течение 2 нед.
- При использовании двух последних препаратов следует помнить о частой ахлоргидрии у больных СПИДом, а также о возможном лекарственном взаимодействии с противотуберкулезными препаратами.

У более половины больных СПИДом через 3 мес. после окончания лечения отмечается рецидив заболевания.

В целом не рекомендуется проводить постоянную противорецидивную терапию небольшими дозами системных препаратов, как из-за развития устойчивости, так и из-за лекарственных взаимодействий.

При развивающейся устойчивости *C. albicans* дозу системного препарата повышают, в случае флуконазола до 400-800 мг/сут. В ряде случаев, в частности, при перекрестной устойчивости к азолам, назначают парентеральный амфотерицин по 0,5-0,7 мг/кг-сут в течение 1 нед.

■ При частых рецидивах возможно назначение пульс-терапии флуконазолом, от 150 мг однократно в неделю.

■ Для профилактики рецидивов при любом из показаний к системной терапии можно использовать разные антимикотики и антисептики, лучше в форме полосканий или пастилок/карамельей.

## ■ Антигистаминные препараты выбора.

■ I поколения: хлоропирамин (супрастин), хифенадин (фенкорол) по 25 мг 2-3 р/сутки во время терапии кандидоза;

■ II поколения: цетиризин (цетрин), лоратадин по 10 мг 1 раз в сутки. Препараты йода: 3% калия йодид 200,0 по 1 ст ложке 3-5 р/д (запивать молоком, тёплой водой) при хронических формах кандидоза.

■ Для коррекции местного иммунитета полости рта:

■ имудон –(смесь лизатов бактерий, поливалентный антигенный комплекс) усиливает фагоцитарную активность слюны и содержание лизоцима. По 1 таб до полного рассасывания 6-8 раз в день.

# МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

■ Противогрибковые мази, кремы:

■ 1% нистатиновая , клотримазола, тербинафин, 5% левориновая (аппликационно на пораженные участки полости рта, заеды, на внутреннюю поверхность протеза при микотическом палатините).

■ Щелочные средства:

■ 2-4% р-р натрия тетрабората (буры), натрия гидрокарбоната (сода), 2% р-р борной кислоты используют для полоскания полости рта 2-3 раза в день или обработки рта грудного ребёнка после каждого кормления при молочнице или для ночного хранения протезов.

■ Раствор буры (2-4%) в глицерине (10-20%) для обработки углов рта, губ у детей и груди матери.

**Анилиновые красители: 1-2 % водный раствор метиленового синего, бриллиантового зелёного (для смазывания губ, углов рта при заедах, для обработки сосков груди матери перед каждым кормлением при молочнице).**

**Препараты йода: 0,1%р-р йодиола, люголя р-р (при заедах, для обработки полости рта) младенца при молочнице после каждого кормления).**

**Антисептики : 0,02-0,06 р-р хлоргексидина для очищения слизистой рта от плотных налётов при гиперпластических формах кандидоза.**

# ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ АЗОЛОВ. ДОЗИРОВКА И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.

**КЕТОНАЗОЛ** : 2% крем, суспензия (внутрь) 100 мг/5мл, таблетки 200 мг. Взрослые 400 мг/сут 3-5 дней, дети старше 2 лет-3,3-6,6 мг/кг в сут.

**Побочные эффекты:** тошнота, рвота, аллергическая сыпь, нарушение менструального цикла.

**ФЛУКОНАЗОЛ:** таб: 50, 100, 200 мг; порошок для суспензии: 10 мг/мл и 40 мг/мл; раствор в/в: 2мг/мл. Дозировки: дорослые 50-400 мг/сут внутрь или в/в, дети: 3-6 мг/кг в сут.

**Побочные эффекты:** тошнота, рвота, головная боль, кожные высыпания, боли в животе, диарея.

**ИНТРАКОНАЗОЛ** : капсулы 100 мг, раствор для инъекций и для приема внутрь: 100 мг в 10 мл. Дозировки: 100-200 мг/сут в течение 6-15 дней, затем 200 мг/сут (поддерживающая доза).

При тяжелых поражениях: 200 мг 2 р/д (инфузии) в течение 2 дней, в дальнейшем 200 мг/сут в течение 12 дней.

Побочные эффекты: желудочно-кишечные расстройства (при дозе 400 мг/сут), тошнота, рвота, гипокальциемия, кожные высыпания, нарушение функции печени. Длительное применение в дозе 400 мг/сут не рекомендуется.

**ВОРИКОНАЗОЛ**: таб 50 и 200 мг. Взрослые внутрь 200-400 мг/сут каждые 12 часов в течение 24 ч, затем 100-200 мг каждые 12 час. Не рекомендуется детям до 2 лет.

Побочные эффекты: кожные высыпания, нерезко



**МИКОНАЗОЛА НИТРАТ:** гель для полости рта -125 мг 4 раза в день.

**Побочные эффекты:** жжения при местном применении, зуд, раздражение, головная боль, кожные высыпания, диарея, сонливость, приливы.

**КЛОТРИМАЗОЛ:** таблетки 10 мг 5 раз в день в течение 2 недель.

**ГРУППА ПОЛИЕНЫ: АМФОТЕРИЦИН:** раствор для инъекций 50 мг/15мл. Дозировки: 0,3-1,5 мг/кг в/в 4 р/сут. Вначале вводят тест-дозу 1 мг в/в в течение 20 мин, затем дозу постепенно повышают на 5-10 мг/сут. Препарат по широте действия превосходит все другие противогрибковые. Показания: системный кандидоз. Препарат плохо всасывается в ЖКТ, медленно выводится почками (период полувыведения 15 дней). Побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, кишечная колика, диспепсия, головная боль, тромбофлебит, остановка сердца.

# **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ**

- Тщательно полоскать рот после каждого приема пищи. Для полосканий можно использовать воду, 2-3 % раствор пищевой соды, слабый раствор марганцовокислого калия.**
- Чистить зубы пастами, содержащими противомикробные добавки.**
- При ношении зубных протезов. Зубные протезы должны быть хорошо подобраны, чтобы не травмировать слизистую и не допускать трения в складках губ. Нельзя оставлять протезы во рту на ночь, снимать протезы следует не менее чем на 6 ч в сут. Ежедневно следует промывать протезы водой, после чего чистить их зубной щеткой, затем помещать в 0,1 % раствор хлоргексидина или специального средства («Полидент», «Эффердент»).**

**Провести лечение кариеса, периодонтита, других заболеваний полости рта.**

**В настоящее время разрабатываются специальные средства для профилактики кандидоза и других заболеваний полости рта у предрасположенных лиц. К таковым относится лак миконазола для зубных протезов, действующий на грибы и бактерии.**

**Для больных с гипосаливацией предложены и используются специальные гели, разрабатывается искусственная слюна, содержащая гистатины. Изучается возможность использования бактерий-пробиотиков, составляющих нормальную экосистему полости рта.**