



Бактериальные инфекции:

Кандидоз слизистой оболочки
полости рта

лектор: Свечникова Мария Вячеславовна

доцент кафедры терапевтической
стоматологии СамГМУ



СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ

- ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ КАНДИДОЗОВ
- КЛАССИФИКАЦИЯ КАНДИДОЗОВ
- КЛИНИКА
- ДИАГНОСТИКА
- ЛЕЧЕНИЕ
- ПРОФИЛАКТИКА

Этиология и патогенез кандидоза

В большинстве случаев кандидоз СОПР вызывается грибами *C. albicans* — их доля в этиологии заболевания составляет от 50 до 90 %. Однако в последнее время значительный рост кандидоза обусловлен и другими видами грибов этого рода — *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. glabrata* и др. Установлено, что в структуре выявленных дрожжеподобных грибов ($n = 6786$) наиболее часто идентифицирован *C. albicans* — $(73,02 \pm 0,54) \%$ штаммов, иные виды рода *Candida* составили 25,29 %, другие дрожжеподобные грибы — 1,69

КЛАССИФИКАЦИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА (Шеклаков Н.Д, 1976) по клиническим проявлениям



- **ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ
(МОЛОЧНИЦА)**
- **ОСТРЫЙ АТРОФИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ**
- **ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ**
- **ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ**

КЛАССИФИКАЦИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА



Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1997), кандидоз относится к инфекционным и паразитарным заболеваниям (A00–B99), блоку «Микозы (B35–B49)» и представлен следующими нозологическими формами, которые проявляются на слизистой оболочке полости рта:

V37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит

V37.01 Острый эритематозный кандидозный стоматит

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

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

V37.04 Кожно-слизистый кандидоз

V37.05 Кандидозная гранулема

V37.06 Ангулярный хейлит

V37.08 Другие уточненные проявления в полости рта V37.09 Проявления в полости рта неуточненные (кандидозный стоматит, молочница)

Проявления острого псевдомембранозного кандидоза



Острый псевдомембранозный кандидоз

- Это самая распространенная форма- молочница
- Заболевание часто поражает новорожденных, особенно недоношенных и с родовыми травмами; детей грудного возраста; при рахите, экссудативном диатезе, гиповитаминозах
- У взрослых-редко, поражает лиц с тяжелыми вторичными иммунодефицитными состояниями- при онкологических процессах, после применения стероидной терапии, цитостатиков

Симптоматика

- Жалобы на боль при приеме пищи, жжение и сухость в полости рта
- Поражаться может любой отдел полости рта, чаще щеки, нёбо, язык
- Точечный налет, крупинки белого цвета, которые могут сливаться, образуя творожистые пленки
- При легком течении налет легко снимается при поскабливании шпателем, под ним-гиперемированная поверхность

Проявления острого атрофического кандидоза



Острый атрофический кандидоз

- Возникает после острой псевдомембранозной или самостоятельно
- Сопровождается сильной болезненностью, жжением и сухостью в полости рта
- Очаги поражения представлены пятнами эритемы с гладкой поверхностью
- На слизистой оболочке щек или красной кайме губ определяется гладкая ярко гиперемированная поверхность

Проявления хронического гиперпластического кандидоза



Хронический гиперпластический кандидоз

- Самый часто встречаемый вариант (до 75%)
- Развивается при приеме цитостатиков, антибиотиков, у больных туберкулезом, патологией крови, при ВИЧ-инфекции, у курильщиков, при патологии ЖКТ
- Слизиста оболочка полости рта гипермирована, на слизистой оболочке щек, реже на языке появляются белые пятна и бляшки разной величины
- При длительном существовании процесса налет пропитывается фибрином, в результате чего образуются грубые беловато-серого цвета пленки, которые плотно спаяны с подлежащей слизистой оболочкой

Проявления хронического атрофического кандидоза



Хронический атрофический кандидоз

- Чаще встречается у пожилых людей, носящих зубные протезы, при атрофическом гастрите, заболеваниях крови, сахарном диабете
- Характеризуется сухостью, гиперемией, атрофией эпителия полости рта
- Жжение слизистой оболочки полости рта, выделение вязкой тягучей слюны
- Часто поражает слизистую оболочку протезного ложа, характерным является наличие хронической эритемы и отека участка слизистой нёба, прилегающего к протезу

Микотическая заеда



Кандидоз углов рта (микотическая заеда)

- Может сопутствовать любой из перечисленных форм или быть самостоятельной формой
- Встречается у лиц, имеющих глубокие складки в углах рта, при заниженном прикусе, у пожилых людей, при использовании съемных зубных протезов
- Жалобы на жжение, сухость, зуд в углах рта

Кандидозный хейлит

- Изолированно встречается редко, чаще сочетается с ангулярным хейлитом, а также с другими формами кандидоза полости рта
- Поражения локализуются преимущественно на нижней губе
- Чаще встречается у больных диабетом, а также у пожилых людей, пользующихся съемными протезами
- Жжение губ и углов рта, их сухость, стягивание на участках поражения
- Течение кандидозного хейлита хроническое

Диагностика кандидоза

- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
 1. Сбор жалоб и анамнеза.
 2. Визуальный осмотр слизистой полости рта и кожных покровов.
 3. Микроскопия соскоба из ротовой полости ручным методом.
- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
 1. Определение глюкозы в сыворотке крови.
 2. Определение антител к ВИЧ-1, ВИЧ-2 в сыворотке крови ИФА-методом.

Диагностика кандидоза

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

Показания для консультации специалистов:

- консультация эндокринолога – для выявления заболеваний эндокринной системы.
- консультация аллерголога – для выявления сенсibilизации организма к материалам зубных протезов.
- консультация дерматолога – для выявления грибкового поражения других органов и систем.
- консультация терапевта, врача общей практики – для выявления соматической патологии.

- Для микроскопического и культурального исследования пациенту за 3–4 дня до забора материала рекомендуется не использовать противомикробные средства местного или системного действия, анализ сдают натошак и до чистки зубов
- Обнаружение большого количества почкующихся клеток и псевдомицелия в нативном или окрашенном препарате при микроскопии свидетельствует о наличии заболевания. Единичные почкующиеся клетки, найденные в мазке со слизистых оболочек, не имеют диагностического значения, так как выявляются и у здоровых лиц, и у кандидоносителей. Принято считать, что однократное выделение дрожжеподобных грибов со слизистой оболочки в количестве, не превышающем 300 КОЕ/мл слюны, рассматривается как кандидоносительство, а выделение 500 КОЕ/мл и более свидетельствует о наличии заболевания.

- Сегодня молекулярно-генетические методы являются наиболее точными, но и самыми дорогостоящими. Они позволяют анализировать фрагменты ДНК грибов, находить и изолировать отдельные гены и их сегменты и устанавливать в них последовательность нуклеотидов. Для генетической идентификации дрожжей применяют ПЦР, гель-электрофорез, гибридизацию ДНК-ДНК и другие методы. Важным этапом диагностики грибковой инфекции является определение чувствительности выделенного патогена к антимикотикам *in vitro*. Дрожжеподобные грибы способны приобретать резистентность к противогрибковым лекарственным средствам (ПГЛС) и некоторым антисептикам. В настоящее время рост резистентности кандид регистрируется во всех странах мира. Определяется повышение устойчивости изолятов *Candida albicans* и *non-albicans* к азолам и эхинокандинам. Увеличение доли резистентных штаммов подтверждает необходимость постоянного локального микробиологического мониторинга, без которого невозможно создание эффективных протоколов противогрибковой терапии.

Лечение кандидоза

Местное лечение чаще назначает врач-стоматолог. Основу местной и общей этиологической терапии кандидоза СОПР составляют ПГЛС (антимикотики).

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

Препараты, применяемые при терапии кандидоза

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

Препараты, применяемые при терапии кандидоза

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

Лечение кандидоза полости рта

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

Лечение кандидоза

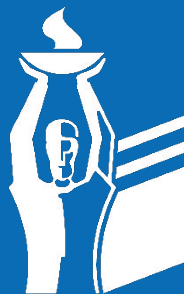
- Продолжительность лечения острых форм заболевания средствами местного действия составляет в среднем 2–3 недели. Его рекомендовано продолжать до исчезновения жалоб и клинических проявлений, а затем еще в течение 1 недели, что в среднем составляет 2–3 недели для ПГЛС и до 3 недель — для антисептиков. С целью достижения стойкой ремиссии и исключения рецидивов при хроническом процессе рекомендовано проводить повторные курсы лечения с перерывами в 1–2 недели.

Общее лечение

- Существуют разные схемы системного этиотропного лечения. Наиболее часто назначают: Флуконазол по 50–100 мг в день в течение 10–21 дня; Кетоконазол по 200–400 мг в день до 10 дней; Итраконазол по 100–200 мг в день 7–15 дней. При частых рецидивах проводят пульс-терапию Флуконазолом по 150 мг 1 раз в неделю курсом различной продолжительности. В соответствии с литературными данными, грибы рода *Candida* способны вызывать аллергические реакции немедленного и замедленного типа. В этих случаях в схему лечения кандидоза СОПР следует включать десенсибилизирующие лекарственные средства. Поскольку при кандидозе имеются нарушения иммунитета, могут применяться лекарственные средства, способствующие повышению резистентности организма (иммуномодуляторы, иммуностимуляторы, адаптогены), которые назначает врач-иммунолог или терапевт после подтверждения нарушений клеточного или гуморального иммунитета.

Профилактические мероприятия

- общее оздоровление организма.
- обучение гигиене полости рта.
- своевременная диагностика и лечение кандидоза другой локализации.
- рациональное использование антибактериальных препаратов, глюкокортикоидов, цитостатиков.
- санация полости рта и очагов хронической инфекции.
- диспансерное наблюдение больных с эндокринопатиями, иммунодефицитными состояниями.



САМАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ