

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Кандидоз слизистой оболочки полости рта.

Выполнили:

Ординаторы второго года

Специальность «Стоматология Детская»

Лакина Светлана Станиславовна

Макарова Светлана Валерьевна

Актуальность

В связи с широким распространением бесконтрольного приёма антибиотиков даже с первых месяцев жизни, а также несовершенным развитым младенческим иммунитетом и инфицированием ребенка от матери, очень актуальной становится проблема кандидоза слизистых, в частности слизистой оболочки полости рта.

Если говорить о детском населении, то очень часто данная проблема встречается у детей от 0 до 3 лет. Лечение данного состояния должно проходить грамотно, для этого нужно знать этиологию и патогенез развития заболевания, а также правильно диагностировать его по клиническим проявлениям.

Данная работа поможет молодым врачам-стоматологам детского возраста определить и вылечить данное патологическое состояние.

Цель.

Целью работы является научить и научиться определять вид кандидоза слизистой оболочки полости рта, а также назначать правильное лечение согласно диагнозу и возрасту.

Задачи:

1. Определить этиологию и патогенез *Candida Albicans*.
2. Разобрать виды и клинические проявления кандидоза полости рта.
3. Произвести диагностику и диф. диагностику кандидоза полости рта.
4. Разобрать препараты для лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта, используемые у детей.

Грибы рода Candida

Условно-патогенные, одноклеточные микроорганизмы, аэробы, относительно большой величины, округлой формы.

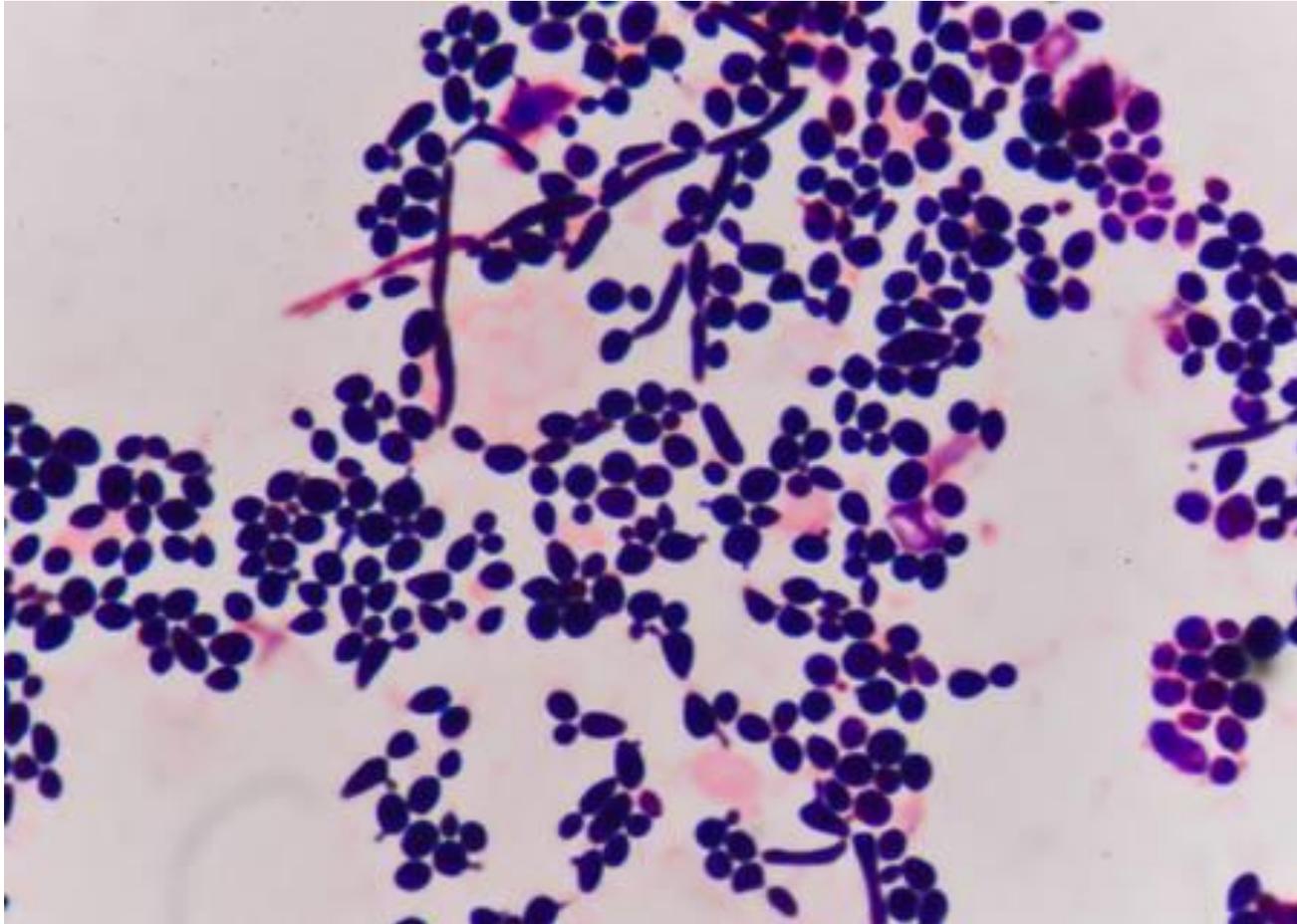


Рис.1. Дрожжевые грибы *Candida albicans* в мазке, окраска по Граму.

Грибы рода *Candida*

Способны образовывать псевдомицелий – нити из удлинённых клеток, бластоспоры, сидящие на перетяжках псевдомицелия и хламидоспоры – споры с плотной двойной оболочкой

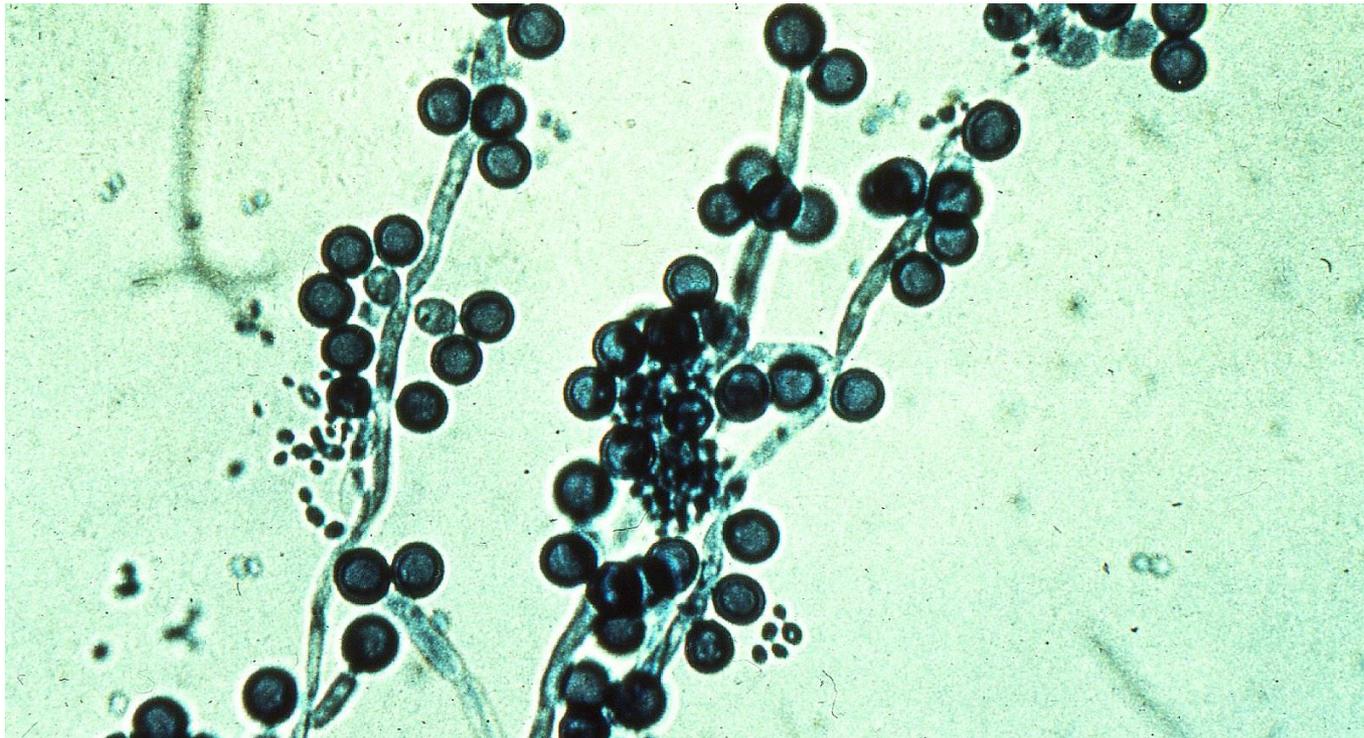


Рис.2. Дрожжевые грибы *Candida albicans* в мазке.

Этиология кандидоза СОПР

1. Инфицирование новорожденного при прохождении родовых путей женщин с урогенным кандидозом или влагалищным кандидоносительством, от матери со слизистой оболочки полости рта, с кожи соска, рук.
2. Инфицирование в родильных домах от оборудования, сосок, катетеров, рук медперсонала.
3. Инфицирование при употреблении сырого мяса, молочных продуктов, фруктов, фруктовых масс.
4. Инфицирование от птиц, домашних животных.

Патогенез кандидоза СОПР

Основная роль в патогенезе – несостоятельность клеточного иммунитета:

1. Нарушение функции Т-лимфоцитов, взаимодействия Т- и В-лимфоцитов.
2. Нарушение фагоцитарной активности нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов.

При хронической кандидозной инфекции повреждаются клетки и ткани организма за счет сенсебилизации продуктами жизнедеятельности грибов (аутоиммунный ответ)

Факторы предрасположенности к возникновению кандидоза СОПР

1. Возраст (кандидоз полости рта встречается у 5% новорожденных, и почти у 10% грудных младенцев)
2. ВИЧ-инфицированность
3. Травмирование и раздражение СОПР
4. Лекарственная терапия:
 - Антибиотики
 - Кортикостероидные средства (местного или системного применения)
 - Иммуносупрессивная
 - Цитотоксическая

Факторы предрасположенности к возникновению кандидоза СОПР

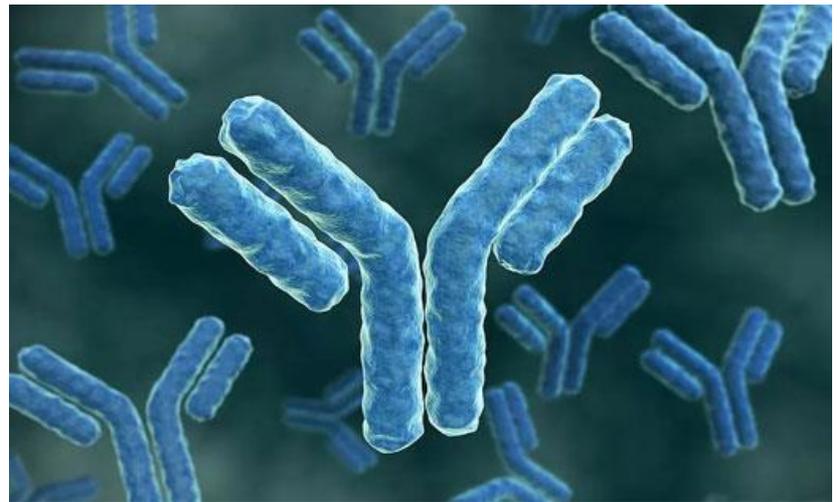
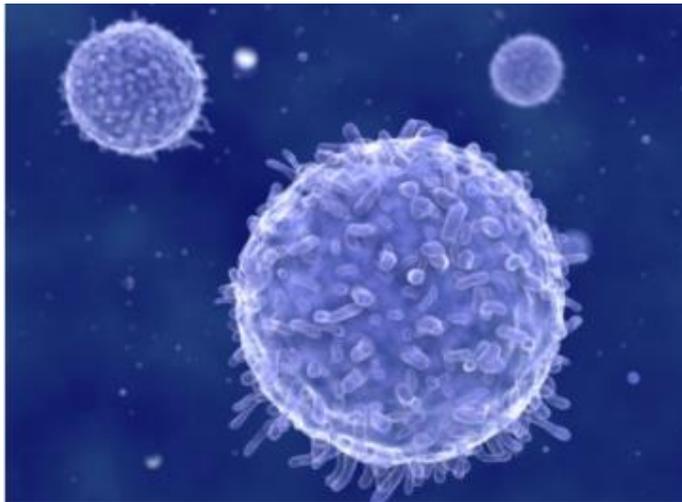
1. Недоедание
2. Дефицит железа
3. Дефицит витамина В12
4. Нераспознанный или неконтролируемый сахарный диабет
5. Лейкоз
6. Агранулоцитоз
7. Ксеростомия
8. Употребление пищи, богатой углеводами

Неспецифические механизмы противогрибковой защиты

- Барьерная функция неповрежденной слизистой оболочки
- Ток слюны
- Антимикробные компоненты слюны (гистатины в отношении *C.albicans*)
- Нейтрофилы, моноциты, макрофаги.

Специфические механизмы противогрибковой защиты

- В ответ на контакт с грибами вырабатываются антитела (SIgA), которые вызывают агглютинацию микроорганизмов и препятствуют их адгезии к слизистой оболочке.
- Т-лимфоциты.



Клинико-морфологическая классификация кандидоза на СОПР (А.И. Марченко, М.М. Руденко, 1972).

1. Кандидозный хейлит
2. Кандидозная заеда (ангулярный кандидозный хейлит)
3. Псевдомембранозный кандидозный стоматит
4. Кандидозный глоссит
5. Острый атрофический кандидоз
6. Хронический атрофический кандидоз

Международная классификация болезней

МКБ - 10

Класс:

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

Блок:

Микозы

Код:

B37.0

Название:

Кандидозный стоматит (молочница)

Код:

B37.8

Название:

Кандидоз других локализаций (Кандидозный: хейлит)

Клиника острого псевдомембранозного кандидоза

Жалобы: боль при приеме пищи и в покое, жжение и сухость в полости рта.

Дети отказываются от приема пищи, становятся капризными и вялыми.



Рис. 3. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР.

На СОПР языка, нёба, щек, губах – белый или синевато- белый налет. Налет легко снимается, под ним – гиперемированный участок (пятно, эритема).

В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом. Под ним – эрозивная кровоточащая поверхность.



Рис. 4. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР.

Процесс может распространяться на гортань, глотку, пищевод. Налет состоит из десквамативных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия.

Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, он может перейти в острый атрофический.



Рис. 5. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР.

Формы острого псевдомембранозного кандидоза:

Легкая форма характеризуется появлением налета точечного или точечно-островкового характера, располагающегося на ограниченных участках слизистой оболочки полости рта, чаще на языке, щеках (в ретенционных зонах). Налет легко соскабливается, после чего под ним обнаруживается гиперемированный участок слизистой.



Рис. 6. Творожистый налет на языке.

Белесоватый налет при грибковом стоматите состоит из десквамированных клеток эпителия, кератина, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия.

Длительность заболевания составляет не более 7 дней, рецидивов не возникает.



Рис. 7. Творожистый налет на языке.

Среднетяжелая форма проявляется в виде налета на слизистой оболочке полости рта, расположенного на гиперемизированном основании. Налет диффузно покрывает щеки, язык, твердое небо, губы.

При покабливании налет снимается не полностью, после чего обнажается кровоточащая поверхность слизистой оболочки.

Продолжительность болезни 10-15 дней, возможны рецидивы заболевания.



Рис. 8. Творожистый налет, диффузно покрывает язык, щеки, нёбо.

При **тяжелой форме** пленчатый налет сплошь покрывает слизистую оболочку полости рта (язык, щеки, твердое небо, губы). В углах рта часто образуются заеды. При поскабливании удаётся снять лишь небольшое количество налета, однако при этом сохраняется пленка белого цвета, прочно спаянная со слизистой оболочкой полости рта.

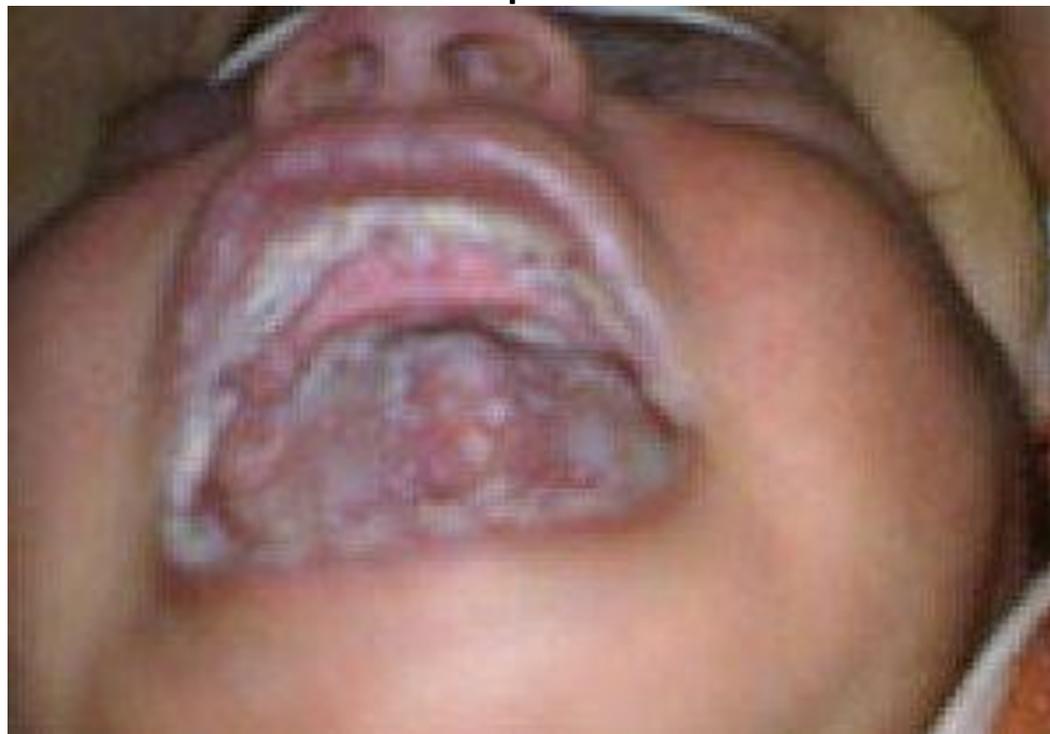


Рис. 9. Творожистый налет, диффузно покрывает язык, щеки, твёрдое и мягкое нёбо, губы.

Эта форма заболевания требует активного, тщательного лечения в течение 1 месяца. Тяжелая форма кандидоза слизистой оболочки полости рта нередко сочетается с поражением слизистых оболочек мочевого пузыря, бронхов, а также ногтей и внутренних органов.



Рис. 10. Творожистый налет, диффузно покрывает язык, щеки, твёрдое и мягкое нёбо, губы.

Диагностика кандидоза СОПР (лабораторные методы)

1. Микроскопическое исследование: Количественный учет патологического материала.
2. Серологические реакции используются только в стационарных условиях.

Микробиологическое исследование

Требования: до взятия материала нельзя применять лекарственные препараты, полоскать рот, чистить зубы. Перед взятием материала промыть рот теплой водой, очистить пораженный участок СО стерильным ватным тампоном.

Материал берут стерильными, плотно свернутыми шариками диаметром 2-5 мм из ваты или микробиологической петлей.

Высеивают материал на специальные питательные среды в пробирках или на чашки Петри.



Рис. 11. Колонии *Candida albicans* на питательной среде.

Микроскопическое исследование

Материал для исследования (налет) берут прокаленной и остывшей платиновой петлей или стерильным зубоврачебным шпателем. При этом обнаруженные единичные дрожжевые клетки в препарате, даже на стадии почкования, не имеют диагностического значения, поскольку гриб *Candida* как сапрофит встречается у 60 % здоровых людей.

О патологии свидетельствует выявления значительного количества элементов гриба, его наибольшее почкование или наличие псевдомицелия.

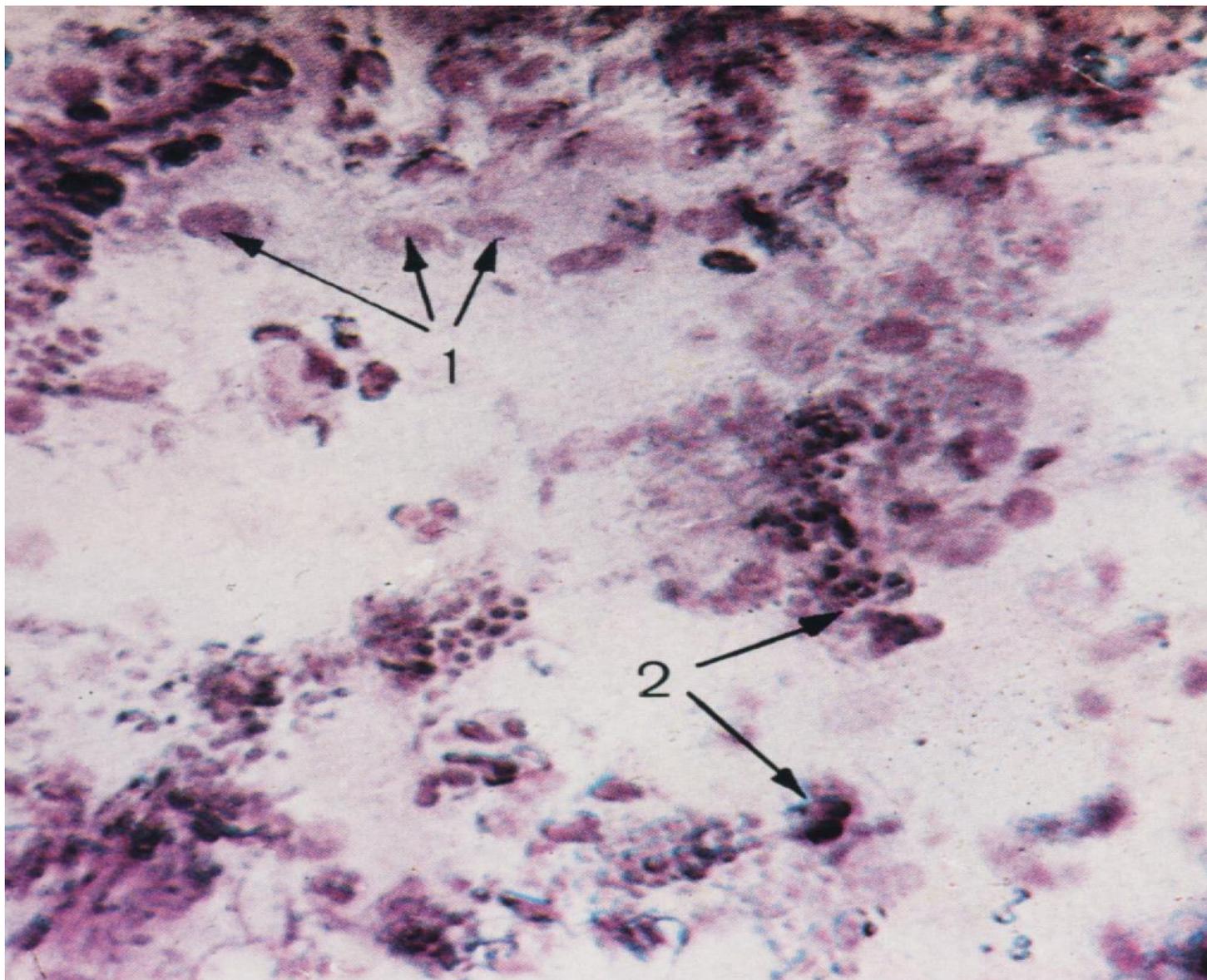


Рис. 12. Споры и псевдомицелий гриба *Candida albicans* (цитограмма).



Рис. 13 Споры и псевдомицелий гриба *Candida albicans*.

Лечение:

Лечение заключается в назначении лекарственных препаратов и проведении гигиенических мероприятий.

Наиболее часто применяются 4 группы антимикотиков:

1. полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, амфотерицин В и амфоглюкамин),
2. имидазольные (кетоконазол или низорал, миконазол или дактарин),
3. пиримидиновые производные (флуцитозин или анкотил)
4. производные триазола (дифлюкан и интраконазол).



Также, кроме этиотропных средств, применяют препараты, направленные на уменьшение аутоаллергических и аллергических реакций, увеличение естественной резистентности организма к воздействию факторов внешней и внутренней среды, лечение возможных сопутствующих заболеваний, проведение общеукрепляющей терапии.

Необходимо учитывать форму и степень тяжести заболевания, а также неэффективность предшествовавшей терапии.

При **легкой форме** применяют ошелачивающие растворы (1-2% раствор пищевой соды (натрия гидрокарбоната), йодиол, 3% раствор йодида калия).

Протирания производят путём смачивания ватного диска или салфетки-напалечника в растворе, 5 раз в день после каждого приёма пищи



Рис. 14. Раствор натрия гидрокарбоната.



Рис. 15. Раствор йодида калия.

Противогрибковый эффект вызывают препараты прополиса (мази, аэрозоли), сок моркови, сок листьев настурции.



Рис. 16. Мазь на основе прополиса.



Рис. 17. Сок моркови.

При **среднетяжелой форме** помимо выше указанных препаратов используют 5% нистатиновую, 5% левориновую, 0,5% декаминовую мази.



Рис. 18. Нистатиновая мазь.

Их наносят на пораженные участки слизистых 3-4 раза в день. Однако надо отметить, что в связи со снижением чувствительности грибов рода *Candida* к этим препаратам эффект от лечения появляется только на 8-14 день терапии, иногда вообще отсутствует (до 22% случаев).

Значительно более эффективным являются препараты 1% клотримазола («Клотримазол», «Канестен», «Кандид», «Микоспорин»).

Их наносят на слизистые 2 раза в день. Эффект выявляется уже на 2-5 день лечения. Эффективность терапии достигает 95-96%. Длительность курса обычно достигает 5-7 дней.



Рис. 19 и 20. Мази на основе 1% клотримазола.

Но при отмене в эти сроки возможны в ряде случаев рецидивы (особенно при наличии кандидоносительства в кишечнике), поэтому рекомендуемая продолжительность терапии – до 10 дней.

Местно также может быть использован крем «Низорал», основанный на действии кетоконазола.

Крем наносят 1 раз в день, эффект отмечается на 5-7 день, но возможны рецидивы при ранней отмене препарата. В целом курс лечения составляет 10-14 дней. Эффективность препарата ниже, чем клотримазола (около 80%).



Рис. 21. Мазь на основе кетоконазола 2%.

Для местной обработки с успехом используют таблетку нистатина (500 тыс. ЕД), разведенную в 5,0 мл материнского молока, в виде аппликаций на места поражения 5-6 раз в сутки.



Рис. 22. Нистатин в таблетках.

Детям старшего возраста можно назначать полоскания йодсодержащей водой (5-10 капель настойки йода на 1/2 стакана воды), аппликации раствора Люголя.

Ценными свойствами препаратов йода считается его способность выделяться через слюнные железы и слизистые оболочки, оказывая противогрибковое действие.

3% растворы натрия йодида и калия йодида принимают внутрь по 1 столовой ложке после еды, запивая молоком или киселем, в течение 2-4 недель.



Рис. 23. Раствор Люголя.

При **тяжелой форме** заболевания помимо местной обработки полости рта назначают противогрибковые средства внутрь. Препараты выбора будут на основе флуконазола: «дифлюкан», «флюкостат», «флуконазол».



Рис. 24 и 25. Взвесь флуконазола в порошке и в таблетках.

При всех формах молочницы показаны большие возрастные дозы поливитаминов. Пища должна быть богатой белками, следует ограничить прием углеводов, исключить грубую клетчатку (твердые овощи).



apteka1.net



Рис. 26 и 27. Поливитамины для детей с 1 года.

В случае рецидивирующей формы молочницы через 2 недели после проведенного лечения необходимо провести бактериологическое исследование. Учитывая то, что кариозные зубы являются источником реинфицирования слизистой оболочки грибами, необходима санация полости рта, а удаление зубов следует проводить после излечения заболевания.



Рис. 28 и 29. Пример санации полости рта. Лечение среднего кариеса 62, 63 зубов в период угасания заболевания.

Профилактика

1. Регулярный уход за полостью рта.
2. При длительном лечении противомикробными препаратами, антибиотиками, кортикостероидами с профилактической целью назначают нистатин либо леворин по 500 000 ЕД в день, витамины группы В (В1, В2, В6), С, щелочные полоскания полости рта.
3. Для чистки зубов рекомендуют зубные пасты «Бороглицериновая», «Ягодка», содержащие растворы буры в глицерине.
4. Съёмные протезы / пластинки следует обрабатывать специальными средствами для их чистки.

Заключение.

После рассмотрения каждой формы острого псевдомембранозного кандидоза полости рта, а также после разбора основных препаратов для лечения детей с данным заболеванием, мы рекомендовали применять меры по профилактике кандидоза СОПР.

Все этапы данной работы клинически значимы и рекомендованы для использования в клинике стоматологии детского возраста.

Список литературы

1. Орехова, Л.Ю. Заболевания слизистой оболочки полости рта/ Л.Ю. Орехова. – М.: Человек, 2016. – 210с.
2. Ланге, Роберт. Атлас заболеваний полости рта/ Роберт Ланге. – М.: Гэотар-медиа, 2010. – 224с.
3. Борк, Бургдорф. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ./ Бургдорф Борк. – Медпресс-информ, 2011. – 448с.
4. Данилевский, Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта./ Н.Ф. Данилевского. - ОАО «Стоматология», 2001 – 286с.
5. Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта./ Л.М.Лукиных. – Н.Новгород, 2000 – 367с.
6. Ламонта, Р.Дж. Микробиология и иммунология для стоматологов: [пер. с англ.]/ Р.Дж. Ламонта. – М., 2010 – 504с.