

Производитель рекомендует применять пасту при лечении гингивитов, пародонтитов, после оперативных вмешательств, установки имплантов, удаления зубного камня, при протезах от зубных протезов, альвеолите, стоматите, при пучечке, афтах и заедах.

Методика проведения

В ходе наших исследований мы начинали лечение с профессиональной гигиены и тщательного удаления зубных отложений ультразвуковым скалером. Кроме того, проводилось обучение пациента правильным навыкам гигиены полости рта. На этапах лечения также проводился контроль гигиены полости рта. После удаления отложений поверхности зубов полировали циркулярными щетками с абразивными пастами.

Далее проводилась санация полости рта, устранение дефектов пломбирования и протезирования.

Медикаментозное лечение включало обязательное орошение ткани пародонта антисептическими средствами. Для орошения использовали растворы Ротокана, Ромазулана, Хлоргексидина и т.п.

Затем производилось высушивание слизистой оболочки полости рта при помощи струи воздуха из воздушного пистолета стоматологической установки.

Затем пасту тонким слоем при помощи подушечки пальца или ватной палочкой наносили на слизистую маргинальной и альвеолярной десны, а затем поверхность слегка смачивали водой и оставляли на 15—20 минут, или процедуру проводили, располагая пасту в индивидуально изготовленной капле, которую фиксировали в полости рта пациенту на 15—20 минут.

В случае необходимости по показаниям пациентам проводили временное или постоянное шинирование, избирательную пришлифовку.

Пациенты брались на диспансерный учет.

Результаты и обсуждение

Клинические наблюдения пациентов на этапах лечения и после курса лечения с применением дентальной адгезивной пасты Солкосерил позволило

констатировать, что курс лечения данной пастой составлял в среднем 7—9 посещений (в основной группе) против 12—14 посещений при традиционных методах лечения (контрольная группа). Анализ клинических показателей на этапах лечения свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта в виде снижения воспалительных процессов, уменьшения кровоточивости десен и болевых ощущений уже после 2—3 посещения.

После проведенного курса лечения у 64 больных десневой край, десневые сосочки и альвеолярная десна приобретали бледно-розовый цвет, уплотнялись. Отмечалось уменьшение пародонтальных карманов, прекращение выделений из них. У трех больных, страдающих сахарным диабетом, терапевтический эффект через месяц после курса лечения отсутствовал, что проявлялось возобновлением воспаления тканей пародонта.

По рентгенологическим данным у всех пациентов через 6 месяцев после проведенного лечения прогрессирование резорбции костной ткани не выявлено, что говорит о стабилизации процесса.

Выводы:

Применение нового способа лечения генерализованного пародонтита Солкосерил — дентальной адгезивной пастой, вводимой с помощью кап, демонстрирует выраженный терапевтический эффект, мы рекомендуем ее для лечения болезней пародонта. Индивидуально изготовленные эластические кап позволяют лучше дозировать и рационально использовать лекарственное вещество. Паста хорошо переносится пациентами, нами не отмечено побочных действий. Курс лечения с помощью пасты Солкосерил сокращается до 5—7 посещений.

Литература:

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. — М.: Мед. книга, Н.Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 162с.:илл.
2. <http://www.piluli.kharkov.ua/drugs/drug/1677/>
3. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/solcoseryl-dental-adhesive-paste.htm
4. Лемецкая Т.И. Заболевания тканей пародонта/ Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998 — с.109—134.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Rezumat

CLINICUL, DIAGNOSTICUL ŞI TRATAREA CANDIDOZEI MU- COASEI BUCALE

În activitatea medicului stomatolog frecvent se întîlnesc pacienţi cu candidoza mucoasei bucale. Tratamentul lor insistă folosirea paralelă a celor de acţiune locală. Folosirea preparatelor numai de acţiune locală nu provoacă efect curativ.

А.С.Кушнир,
В.З.Бурлаку, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко

Кафедра
терапевтической
стоматологии

Summary

THE CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ORAL MONILIOSIS.

There're many patients with oral moniliosis in dentist's practice. Their treatment includes the parallel use of preparations with local influence. It's not useful to apply only one preparation with local influence.

Кандидоз полости рта представляет собой актуальную проблему современной стоматологии. Диагностика и лечение становится все более трудной задачей для практических врачей-стоматологов. Это связано со значительным увеличением количества больных грибковыми поражениями слизистой оболочки полости рта, обусловленных ассоциациями патогенных грибов и различными бактериями, сочетание кандидоза с другими заболеваниями слизистой оболочки (с красным плоским лишаем, красной волчанкой, многоформной экссудативной эритемой, лейкоплакией и др.). Кроме того, обилие мест в полости рта, где могут обитать грибы (кариозные полости, корневые каналы, пародонтальные карманы, складки языка и др.), делают кандидоз слизистой оболочки полости рта важнейшим среди других локализаций этого заболевания (кандидоз пищевода, кишечника и др.) (Ш.С.Амирова, 2001г; М.К.Исакова, Ш.С.Амирова, 1999г.).

Нередко тяжелые висцеральные формы кандидоза и кандидосепсис начинаются с поражения полости рта, в связи с чем своевременную диагностику и рациональную терапию кандидоза слизистой оболочки полости рта можно рассматривать, как одно из средств профилактики тяжелых форм микозов.

Отсутствие четких критериев диагностики ведет к росту ошибок в выявлении кандидоза. Необходимо уделять больше внимание дифференциальной диагностике. Опасно также и гипердиагностика, так как она приводит к появлению среди населения кандидофобии ятрогенного характера (М.К.Русак и соавтор., 2001г.).

Цели исследования и задачи. Исходя из сказанного, задача настоящего исследования показать значение диагностики, дифференциальной диагностики кандидоза слизистой оболочки полости рта и пути эффективного лечения этого весьма распространенного заболевания полости рта.

Методика, материал и обсуждение. Грибы *Candida* относятся к условнопатогенной флоре.

Существуют 3 формы грибов *Candida*. Первая представлена округлыми дрожжевыми клетками; вторая форма – вытянутая, нитчатая, образующая в результате удлинения округлой клетки и состоящая из отдельных сегментов (псевдомицелий); третья – форма иногда отмечается формированием наиболее вирулентными грибами истинного

мицелия (тонких разветвленных нитей). Размножаются грибы *Candida* почкованием в кислой среде. Почкующиеся дрожжевые клетки, псевдомицелий и истинный мицелий — это вегетирующие формы гриба, которые растут инвазивно.

Большое значение в развитии этого заболевания играет следующие факторы: аллергические заболевания, различные болезни желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, диеты, бедные белками и витаминами, стресс, плохая гигиена полости рта, не рациональное протезирование, пародонтит, множественный кариес, и его осложнения. Это связано также и с тем, что в лечении различных онкологических и инфекционных заболеваний применяются цитостатические препараты, радио изотопы и др. Немаловажную роль в развитии кандидоза полости рта и кишечника играют увеличение интенсивности воздействия на органы человека внешних факторов, которые вызывают недостаточность иммунной защиты организма (Ю.О.Шульпекова, 2002; А.Р.Златкина и соавтор., 2001).

Особое значение в распространении кандидоза приобретает частое бессистемное лечение антибиотиками. В ряде случаев играют роль профессиональные факторы, например работа на предприятиях по производству белково-витаминного концентрата, на фабриках по переработке фруктов и овощей и др.

Помимо общих факторов необходимо отметить значение местных. Развитию кандидоза полости рта способствуют хронические воспалительные и дистрофические заболевания слизистой оболочки: красный плоский лишай, лейкоплакия, различные формы глосситов и др.

Следует обратить особое внимание на то, что у лиц со съемными протезами обсемененность полости рта грибами *Candida* в 18 раз выше, чем у людей без протезов. (М.К.Русак, Н.Д.Ярбкова, А.И.Каспина, 2001).

Нами изучено состояние полости рта у 77 больных кандидозом, в возрасте от 35–70 лет. Женщин было 48, мужчин — 29 человек. Выявлено наличие кариозных зубов у 50 человек (64,9%), болезни пародонта – у 27 (32,1%), складчатый язык отмечен у 9 (11,7%). Такое состояние полости рта может способствовать рецидивированию кандидоза слизистой оболочки полости рта. В связи с этим весьма важным уделять внимание лечению кариеса, его осложнений, болезни пародонта и тщательной гигиене полости рта.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, а среди медикаментозных средств отмечены прием антибиотиков, кортикостероидов, сульфаниламидов.

В последние годы многие исследователи обращают внимание на то, что кандидоз полости рта протекает преимущественно хронически. Из 77

больных острое воспаление было отмечено у 5. Этим больным необходимо уделять особое внимание, так как известно, что по мере перехода острого процесса в хронический налет снимается все с большим трудом за счет более глубокого прорастания тканей грибами гриба (хронический псевдомембранозный кандидоз). Позже налет оказывается прочно спаянным с тканями и не снимается при поскабливании или снимается лишь частично, экссудативные явления сменяются инфильтративно-пролиферативными. Язык, вовлеченный в процесс, увеличивается в размере, уплотняется. На поверхности слизистой оболочке появляются белые неснимающиеся бляшки лейкоплакиеподобного типа (хронический гиперпластический кандидоз) (М.К.Русак, Н.Д.Ярбокова, А.И.Каспина, 2001). При этой форме кандидоза проводят гистологическое исследование, что позволяет выявить проникновение псевдомицелия вглубь эпителиального покрова, реакцию эпителия на инвазию в виде гиперкиратоза акантоза. Такие изменения слизистой оболочки полости рта называются кандидозной лейкоплакией. Следует отметить, что есть данные о перерождении ее в рак (М.К.Русак, Н.Д.Ярбокова, А.И.Каспина, 2001). В связи с этим такие больные должны находиться на диспансерном учете.

При хроническом течении у наших больных доминировали хронический гиперпластический и хронический атрофический кандидоз. Кандидозный гласит протекал в виде сочетания очагов с гиперплазией нитевидных сосочков и участков их атрофии.

Клиническое обследование показало, что при первых признаках заболевания больные отмечали гипосоливатацию, гиперемии, отечность слизистой оболочки полости рта, вязкость слюны, которая была похожа на пену. Через некоторое время налет увеличивается в размерах, сливается.

Чаще всего больные жаловались на сухость во рту, жжение в языке, ощущение его увеличения, трещины в углах рта.

Объективно отмечалась отечность слизистой оболочки полости рта, незначительное увеличение языка, образование беловато-серого налета, плотно связанного с подлежащими тканями, гипертрофия нитевидных сосочков была у 25 (31,8%) больных, их атрофия — у 18 (23,2%), у 34 (44,1%) наблюдались одновременно очаги гипертрофии и участки атрофии.

При клиническом обследовании больных большое внимание уделяли дифференциальной диагностики.

Хронический гипертрофический кандидоз следует дифференцировать от лейкоплакии, красного плоского лишая, вторичных папулезных сифилидов.

Лейкоплакия (истинная) встречается преимущественно у лиц, злоупотребляющих курением, или в ответ на хроническую травму. Очаги лей-

коплакии располагаются на неизменной слизистой оболочке, имеют вид буллезной мостовой. Наиболее частой локализацией являются слизистая оболочка углов рта, дорсальная поверхность языка, твердое небо, дно полости рта. В анамнезе отсутствуют указания на тяжелые заболевания, прием антибиотиков и кортикостероидов.

Папулы красного плоского лишая, в отличие от кандидоза, образуют на слизистой оболочке своеобразный сетчатый рисунок (сетка Уикхема), при поскабливании не снимаются. Очаги поражения располагаются на слизистой оболочке задних отделов щек, дорсальной поверхности языка, реже на передних складках и десне, а также на красной кайме губ. Папулезные высыпания могут быть и на коже туловища и конечностей.

Папулезные сифилиды имеют вид возвышающихся серо-белых образований округлой или овальной формы разного размера. Белый налет на поверхности папул при поскабливании снимается, в результате чего образуются четкие округлые эрозии. Белые сифилиды и эрозии окружены узким венчиком гиперемии, другие участки слизистой оболочки не изменены. Для сифилиса характерна «штампованность» элементов типичная локализация поражений зева, где определяется картина папулезной ангины. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, могут быть высыпания на коже туловища, ладоней, подошв, волосистой части головы, очаговое выпадение волос, осиплость голоса. Процесс имеет рецидивирующий характер. В соскобе с папул обнаруживают бледные спирохеты серологические реакции на сифилис положительные.

Вульгарная пузырчатка нередко начинается со слизистой оболочки полости рта. Для нее характерно наличие пленок спавшихся пузырей, которые напоминают белый снимающийся налет при кандидозе. Однако после удаления пленок при пузырчатке остаются эрозии ярко красного цвета, резко болезненные. Элементы пузырчатки располагаются, как правило, на малоизмененной слизистой оболочке. Симптом Никольского положительный. При цитологическом исследовании обнаруживают акантолитические клетки (клетки Тцанка).

Дрожжевой глоссит надо дифференцировать от «географического», складчатого, черного волосатого языка, ромбовидного глоссита.

«Географический язык характеризуется наличием мигрирующих эритематозных пятен округлой формы. Нередко эти очаги десквамации окружены бордюрным венчиком гиперплазированных нитевидных сосочков, часто сочетается со складчатым языком.

Складчатый (скротальный) язык характерен наличием большого количества глубоких симметричных складок на спинке языка. Такая же складчатость бывает при хроническом гиперпластическом кандидозном глоссите. Однако складчатый

язык имеет нормальную эластичную консистенцию, а белый налет и мацерация слизистой оболочки, характерные для кандидоза, отсутствуют.

Черный волосатый язык иногда расценивают как признак кандидоза, особенно у лиц принимающих антибиотики. Однако гиперплазия сосочков языка может быть обусловлена рядом факторов: курение, болезнью желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозом группы В, жеванием резинки, сосанием леденцов и т.д. Противогрибковая терапия при черном волосатом языке не способствует уменьшению нитевидных сосочков, хотя грибки исчезают.

Дрожжевые поражения губ изолированно почти не встречаются обычно сочетаются с заедой и поражением слизистой оболочки полости рта. Наиболее часто кандидозный хейлит встречается у больных с хроническим генерализованным кандидозом кожи и слизистых оболочек. Дрожжевой хейлит характеризуется умеренной краснотой, шелушением красной каймы и кожи губ, ее утолщением (лихенизацией), появлением радиальных кровотокающих трещин. Его следует дифференцировать от экзематозного и, особенно, от атопического хейлитов.

Атопический хейлит начинается в детстве, но с экссудативного диатеза с последующим вовлечением в процесс красной каймы губ. Характеризуется сезонностью (в летнее время наступает ремиссия или состояние улучшается). Чаше хейлит сочетается с типичными зудящими высыпаниями на коже особенно, в области локтевых и подколенных сгибов, к периоду полового созревания, как правило исчезает.

Дрожжевые заеды поражают слизистую оболочку и кожу углов рта. Слизистая оболочка и кожа мацерированы, гиперемированы, имеются кровотокающие трещины. Участки поражений на коже окружены бордюрным венчиком шелушащегося сероватого эпидермиса. При длительном течении нарастает инфильтрация кожи, количество и глубина трещин увеличиваются, затрудняют открывание рта и прием пищи.

Лабораторная диагностика состояла во взятии материала у больных, его микроскопическое исследование. Материал брали стерильными инструментами со слизистой оболочки щек, твердого неба, губ, со спинки языка, переносили на ватный тампон который в стерильных пробирках передавался в лабораторию.

Через 48 часов проводили подсчет колоний. В норме определялись от 150 до 1000 колоний в смыве с одного тампона в 1 мл питательной среды. При кандидозе — от 2,5 до 7,5 тысяч и более.

Данное исследование позволяет диагностировать кандидоз или кандидоносительство, а так же сопутствующую микрофлору, так как довольно часто при кандидозе полости рта определяется грибково — бактериальные ассоциации (стрептококковая и стафилококковая флора, протей,

синегнойная палочка), что требует соответствующего лечения.

Каждому больному подбирали терапию индивидуально с учетом длительности заболевания, ранее проведенного лечения, клинических проявлений, локализаций процесса, характера сопутствующих заболеваний. Назначалась диета с ограничением углеводов но с легкоусвояемыми белками, витамины А, С, Е, группы В, гипосенсибилизирующие препараты.

Выбор антикандидозного препарата осуществлялся с соблюдением следующих требований: препараты должны обладать, широким спектром действия по отношению к грибам рода *Candida*, обладать низкой токсичностью и отсутствием раздражающего действия при длительном лечении. Были использованы противогрибковые препараты последних поколений: дифлюкан, орунгал, клотримазол, низорал, пимафуцин и др.

При обнаружении смешанной кандидо-бактериальной инфекции назначали интестопан и нитроксалин по 1—2 таблетки 4—5 раз в день после еды. Курс лечения 10 дней. Лечение сопутствующих заболеваний (болезни желудочно-кишечного тракта и печени, диабет и др.) проводилось соответствующими специалистами.

Обращали большое внимание на соблюдение гигиены полости рта, на наличие гальваноза, проводили тщательную санацию полости рта одновременно с лечением кандидоза.

Хорошими считались результаты в тех случаях, когда наряду с исчезновением жалоб и признаков заболевания, при лабораторном исследовании грибки не выявлялись.

Неудовлетворительным лечением считалось в том случаи, когда состояние больного на улучшалось, а лабораторные исследования не отмечали уменьшение количество грибов.

Более эффективным оказался пимафуцин, обладающий широким спектром действия. К ценным свойством этого препарата следует отнести и то, что он действует только в просвете кишечника не всасываясь в желудочно-кишечным тракте. К нему чувствительно большинство патогенных дрожжевых грибов, в наибольшей степени — *Candida albicans*. Случаев резистентности к пимафуцину в клинической практике не встречалось (Ю.О.Шульпекова, 2002; А.Р.Златкина, В.А.Исакова, И.О.Иванников, 2001).

Большинство практических врачей используют в лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта только клотримазол. Однако наши наблюдения показали что использование одного препарата не эффективно или дает кратковременное улучшение состояние больных.

Заключение и выводы. Кандидоз представляет собой одну из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Необходимо уделять большое внимание диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение кан-

дидоза слизистой оболочки полости рта только местными антимикотиками или использование только одного препарата не эффективно.

Без рецидивного течения кандидоза полости рта можно достичь только у больных с полной ликвидацией фонового состояния. Это лечение общих заболеваний, лечение органов полости рта, рациональное протезирование (особенно исключение гальваноза), соблюдение больным гигиены полости рта.

Библиография

1. Амирова Ш.С. «Использование современных противогрибковых средств в комплексном лечении кандидоза

слизистой оболочки полости рта» Автореферат канд. мед. наук. Республика Казахстан. Алматы, 2001.

2. Златкина А.Р., Исакова В.А., Иванников И.О. «Кандидоз кишечника как новая проблема гастроэнтерологии.» Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001, №6, с. 33–38.
3. Марченко А.И., Руденко М.М. «Кандидоз слизистой оболочки полости рта». Киев. «Здоров'я». 1978. стр.70
4. Исакова М.К., Амирова Ш.С. «Особенности клинического течения и лечения сочетанного поражения слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем и кандидозом». Проблемы стоматологии. Алматы. 1999. №2. с.90–91.
5. Русак М.К., Яробкова Н.Д., Каспина А.И. «Кандидоз слизистой оболочки полости рта». Пособие для врачей С.–П., 2001. стр.20
6. Шульпекова Ю.О. «Кандидоз кишечника» Болезни органов пищеварения. Т.4. 2002. №1. с.1–12.