

УДК:616.31(075. 8)

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Є.Н. Дичко, А.В. Самойленко, С.А. Іванова, І.А. Романюта

Дніпропетровська державна медична академія

Резюме

Обследовано 66 больных с грибковым воспалением слизистой оболочки полости рта. У 27 детей 2-5-летнего возраста установлен диагноз «острый псевдомембранозный кандидоз», а у 39 взрослых 40-60-летнего возраста – «острый атрофический кандидоз». Диагноз подтвержден лабораторной диагностикой: во всех случаях выявлено большое количество бластоспор с признаками почкования и псевдомицелия. Клинически различались 3 степени тяжести кандидоза. Комплексное лечение с участием врача-интерниста и применением современных противогрибковых средств (септофрил, амфитерицин и экстракт грейпфрута «Цитросепт») подтвердило высокую эффективность во всех случаях наблюдений.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, кандидоз, воспаление, комплексное лечение, противогрибковые средства.

Summary

66 patients with fungal inflammation of the oral mucosa were examined. Acute pseudomembranous candidiasis was diagnosed in 27 children aged from 2 to 5 years and acute atrophic candidiasis was fixed in 39 adults from 40 to 60 years old. This diagnosis was confirmed by laboratory diagnostics : a large number of blastospores with the signs of budding and pseudomycelium was revealed in all cases. Three degrees of candidiasis severity were outlined. Complex treatment of the doctor-internist with the application of modern

antifungal agents (septofril, amfiteritsin and grapefruit extract "Tsitrosept") confirmed the high efficiency in all observed cases.

Key words: oral mucosa, candida, inflammation, combined treatment, antifungal agents.

Література

1. Дичко Є.Н. Кандидози слизової оболонки порожнини рота / Є.Н.Дичко, С.А.Іванова. - Вінниця, 2004. – 75 с.
2. Руденко М.М. Кандидозы полости рта у детей и взрослых / М.М.Руденко, Л.Б. Цебух, Ж.А.Новикова. - Одесса, 2001. – 43 с.
3. Кандидоз шлунково-кишкового тракту та порожнини рота: діагностика та лікування / М.М.Гордіюк, В.І.Фесенко, В.І.Фесенко. - Дніпропетровськ: Пороги, 2010. – 151 с.
4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф.Данилевський, О.Ф.Несин, Ж.І.Рахній. - К.:Здоров'я, 1998. – 406 с.

У сучасній клінічній стоматології досить часті випадки виникнення кандидозу слизової оболонки порожнини рота в дітей та дорослих як гострого, так і хронічного перебігу. За спостереженнями різних авторів, поширеність кандидозу СОПР може складати понад третину всіх хворих на патологію слизової оболонки [3,4]. Збудником такого інфекційного запалення вважають гриби роду *Candida albicans*. Поширеність цих бактерій у природі досить висока: понад 50 відсотків підлітків, клінічно здорових, є носіями грибів, що розташовуються переважно в ротоглотці. Навіть п'ять відсотків новонароджених і 10 відсотків дітей на першому році життя мають кандидозоносійство, а з віком число таких осіб зростає [1,2]. До діагностики та лікування кандидозу слід ставитися досить уважно, адже кожний хворий потенційно має можливість отримати ускладнення у вигляді вісцерального кандидозу чи навіть кандидасепсису [4]. Цей умовно–патогенний збудник є скрізь у живій і неживій природі, а

на слизовій оболонці здорових осіб його виявляють у 5 відсотків випадків, тоді як при запаленнях СОПР різного генезу обсіменіння грибами досягає 53 відсотків [1,2].

У процесі діагностики грибкового стоматиту оцінку мікропрепарату дають з урахуванням кількості клітин гриба, їх брунькування та утворення ниток псевдоміцелію [1,2].

Наявність клітин бактерій *Candida* в мікропрепараті ще не є свідченням кандидозного запалення – більш значима їх кількість у об'ємі дослідної рідини (1мл) та суттєве збільшення на повторному дослідженні. Слід також урахувати, що первинний кандидоз СОПР виникає в дітей, а вторинний - у дорослих на тлі соматичної патології [1].

Спеціалісти досягають достатньої клінічної результативності в лікуванні кандидозу шляхом виконання комплексних заходів: усунення умов інфікування слизової оболонки порожнини рота грибковим збудником, ліквідація чи ослаблення патологічного стану внутрішніх органів, підвищення резистентності організму шляхом призначення імуномодуляторів, використання протигрибкових препаратів системної та місцевої дії [1,3,4]. Разом з тим є відомі труднощі як у діагностиці кандидозу СОПР, так і в лікуванні, що загрожує очікуваному одужанню або тяжким ускладненням.

З метою підвищення ефективності лікувально-профілактичного процесу при грибковому інфікуванні СОПР проведене вивчення повноцінності застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу (ЛПК) у дітей та дорослих за умов використання місцевих і системних засобів протигрибкового спрямування.

Матеріал та методи дослідження

Під наглядом перебували 66 хворих на кандидоз із гострим псевдомембранозним (пліснявка) у 27 випадках та гострим атрофічним у 39 випадках грибковим стоматитом. За віком усіх хворих розподілили

таким чином. На молочницю хворіли 65% дітей до 2- річного віку, 35% - віком від 3 до 5 років. Гострий атрофічний кандидоз діагностовано в дорослих 40-50 років - 26%, 51-60 років - 24%, та старше 60 років - 50% осіб. Слід зауважити, що дорослі хворі були на диспансерному нагляді в зв'язку з хворобою на цукровий діабет, субкомпенсовану серцево – судинну недостатність та хронічні шлунково-кишкові хвороби і систематично лікувались у спеціалістів відповідного фаху. Усі діти перебували під постійним наглядом педіатрів як такі, що часто хворіють на банальні інфекційні хвороби органів дихання. Отже, виявлені грибкові запалення СОПР у дітей розцінювали як первинні, в дорослих – як вторинні на тлі соматичної патології.

Перед призначенням комплексної терапії всім особам, які перебували під наглядом лікаря-стоматолога, проводили детальне вивчення клінічних проявів запалення слизової оболонки порожнини рота, аналізували анамнез захворювання та життя хворого за участю лікаря – інтерніста, виконували лабораторну діагностику зіскрібка чи мазка – відбитка з ротової порожнини.

Забір матеріалу дослідження виконували натще шпателем, профарбовували за Романовським-Гімзою з подальшою оцінкою під мікроскопом наявності та кількості клітин гриба (бластоспор), наявності бруньок на клітинах бактерій та ниток міцелію в полі зору. У деяких випадках виділяли чисті культури гриба на середовищі Сабуро з подальшою ідентифікацією, окрім *Candida Kefir Krusei pseudotropicalis* та *quilliennjndi* як збудників кандидозу. Таким чином, діагностика кандидозу ґрунтувалася на виявленні клінічних ознак грибового запалення в порожнині рота, аналізі анамнестичних відомостей, показниках лабораторного обстеження, тобто проводилася комплексно.

Лікувально-профілактичні заходи ґрунтувалися на низці доцільних призначень, у тому числі лікуванні соматичної хвороби лікарем –

інтерністом; дотримання необхідної дієти (свіжі харчові продукти: молоко, цвітна капуста, гречана каша, біфікол, лактобактерин); систематичної і повноцінної гігієни порожнини рота та її санації за необхідності, місцевої в ротовій порожнині обробки екстрактом грейпфрута «Цитросепт» у вигляді аплікацій його розчином 3-4 рази за день, чергуючи з нанесенням мазі амфотерицину; сублінгвального вживання таблеток декаметоксину (септофрилу) для смоктання 3-4 рази за день протягом двох тижнів; призначення в тяжких випадках лікарських препаратів на основі інтерферонів.

Результати клінічних спостережень та лабораторних досліджень зіскрібів із порожнини рота кожні 3 дні фіксували в протоколах.

Результати досліджень та їх обговорення

За результатами поглибленого клінічного обстеження хворих осіб було встановлено, що при первинному кандидозі слизова оболонка порожнини рота дітей мала відповідні зміни. Залежно від тяжкості первинний кандидоз (пліснявка) розподілявся на 3 ступеня перебігу: легкий, середньотяжкий і тяжкий.

Типовим для всіх ступенів тяжкості пліснявки в дітей були набряклість та почервоніння слизової оболонки язика, щік, піднебіння, губ та ясен із білими точковими нальотами на поверхні. З часом спостерігалось розповзання та збільшення розміру плям у вигляді звурдженого молока. Наліт легко знімався ватним тампоном. При середньотяжкому і тяжкому ступенях наліт виникав у кутках рота, на червоній облямівці губ, ставав пігментованим та важко знімався. В окремих випадках на ділянках плям пліснявки виникали болючі ерозії.

Слід визнати, що в усіх випадках захворювання супроводилось типовими ознаками загальної інтоксикації: слабкістю, нездужанням, підвищенням температури тіла до 37,5⁰С.

При гострому атрофічному кандидозі в дорослих виникали значна сухість у порожнині рота, яскраво-червона гіперемія слизової оболонки язика, щік, губ і ясен із відчутною пекучістю в цих ділянках, яка посилювалась від грубої та гострої їжі. Але при цьому був відсутній типовий наліт, лише на червоній облямівці губ виникали «слиудяні» лусочки. Подібні клінічні ознаки заважали вживанню їжі, значно погіршували загальний стан хворих та перебіг соматичних хвороб.

Заходами лабораторної діагностики мазків-відбитків з елементів ураження слизової оболонки порожнини рота на первинному обстеженні хворих осіб шляхом бактероскопії встановлено, що в усіх дітей із первинним кандидозом знайдені грибкові збудники запалення з різними характеристиками. Так, у 75% хворих цієї вікової групи встановлена наявність бластоспор гриба роду *Candida* розміром біля 5-7 мкм у значній кількості, деякі з них мали одну бруньку та супроводжувались міцеліальними елементами. Лише у 25% випадків спостерігалось поєднання тільки двох ознак: численні клітини гриба без супроводу псевдоміцелію, але з брунькуванням, чи відсутність бруньок на бластоспорах та наявність псевдоміцелію в препараті досліджуваного матеріалу.

У переважній більшості препаратів матеріалу, отриманого в осіб із клінікою вторинного гострого кандидозу дорослих хворих, завжди спостерігалась наявність значної кількості бластоспор розміром біля 5 мкм, що брунькуються, і поодинокий псевдоміцелій. Ці лабораторні показники прямо підтвердили клінічний діагноз і дозволили провести комплексні лікувально-профілактичні заходи етіотропного спрямування з використанням фунгістатичних препаратів. Лікування хворих супроводжувалось систематичною оцінкою візуальних змін на СОПР та результатів лабораторного дослідження кожні 3 доби.

Комплексні лікувально-профілактичні заходи дозволили отримати відповідний клінічний (візуальний) та лабораторний ефекти. Так, через 3 доби інтенсивного лікування спостерігалось значне зменшення об'єму видимих ознак запалення (набряк, гіперемія, розмір плям нальоту) та больових відчуттів під час уживання їжі. Одночасно за наявності брунькування та міцеліальних елементів у 2-3 рази зменшувалось число бластоспор у патологічному матеріалі. Через 6 днів стан слизової оболонки порожнини рота повністю нормалізувався, а в досліджуваному матеріалі з елементів ураження виявилися лише поодинокі клітини гриба роду *Candida* за відсутності їх брунькування чи наявного псевдоміцелію. Привертало увагу те, що легкий ступінь грибкового запалення мав більш прискорені терміни клінічного одужання та поліпшення стану бактеріального обсіменіння майже до відсутності збудника захворювання. Проте лікування протигрибковими засобами ще продовжували протягом тижня. Контрольний огляд та лабораторне дослідження в цьому випадку підтверджувало повне одужання від запального процесу СОПР та відсутність у мазках-відбитках збудника кандидозу.

Висновки

1. Захворювання на гострий кандидоз СОПР у дітей (пліснявка) та дорослих (атрофічний кандидоз) виникає в більшості випадків на тлі суттєвого зниження захисних можливостей організму (рецидивуючі респіраторні запалення, субкомпенсовані ураження ендокринних, серцево-судинних, шлунково-кишкових органів) у осіб, які були під диспансерним наглядом лікаря-інтерна.
2. Різні ступені тяжкості гострого кандидозу залежить від індивідуального стану захисту організму хворої особи і мають відповідний набір клітинних проявів на СОПР та лабораторних показників патологічного матеріалу.

3. Логічним слід визнати призначення комплексних заходів ендogenous та екзогенного спрямування з використанням протигрибкових засобів, якими є септофрил, амфотерицин та екстракт грейфрута «Цитросепт».
4. З метою запобігання рецидиву гострого кандидозу СОПР доцільно виконувати розроблений лікувально-профілактичний захід ще протягом тижня після нормалізації клінічних проявів та лабораторних показників.