

КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СТОМАТОЛОГИИ XXI ВЕКА

Микробы заселяют тело человека с момента появления его на свет. Попадая на кожу и в рот новорожденного в момент его прохождения по родовым путям матери, они расселяются по всему организму: живут на коже и ногтях, слизистых оболочках полости рта, кишечника, дыхательных путей и даже во внутренних органах. Здоровье человека зависит от тонкого баланса между «дружественными» и патогенными микроорганизмами. Когда рост грибов, всегда живущих внутри нас, выходит из-под контроля, возникает серьезное заболевание.

Упоминание о кандидозных поражениях (инфекциях) ротовой полости впервые было обнаружено у Гиппократов в IV в. до н.э. (377 г. до н.э.). Как заболевание человека, молочница названа Гиппократом *stomata apthoidea*, а Галленом – *aphta alba infantu*. Перевод на русский язык греческого слова «кандида» означает «кандидат в белой мантии (одежде)» (в древней Греции сенаторы одевались в белые одежды, что указывало на чистоту и непорочность). *Candida albicans* – дважды повторенный эпитет «белый» в видовом названии основного представителя кандид (лат. *albicans* – белый). По-видимому, исследователи, предложившие это название, хотели акцентировать внимание на специфических местных проявлениях, которые возникают при кандидозах. Термин «молочница» (*monilia*) впервые был использован ботаниками при описании поражения овощей в 1751 г. [1, 4].

Местные описания кандидозных поражений сделаны в 1771 и 1784 гг. *Candida albicans* впервые была выделена от больного туберкулезом в 1844 г., в 1849 г. дрожжеподобные грибы обнаружены при вагинальном кандидозе, а в 1853 г. – при системной инфекции [4].

В XX в. серьезное исследование микроскопических грибов рода *Candida* было начато в Австра-



Луницына Ю.В.

к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ, врач-стоматолог ООО «Стоматолог и Я», г. Барнаул, lunitsyna.julja@mail.ru



Токмакова С.И.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО АГМУ, г. Барнаул, agmutterst@mail.ru

Резюме

Кандидоз – это инфекционное заболевание, вызванное грибами рода *Candida*. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (2005), до 20% населения мира хотя бы однократно на протяжении жизни переносят различные формы кандидозной инфекции. Количество больных постоянно растет. Включение в комплексную терапию бактериальных инфекций антибиотиков без сопровождающей антимикотической терапии приводит к развитию заболевания. В молодом возрасте чаще встречаются острые формы инфекции, в пожилом – хронические. Успех лечения зависит от профессионального подбора оптимального антигрибкового средства, индивидуального подхода к каждому клиническому случаю и соблюдения пациентом всех предписанных врачом рекомендаций.

Ключевые слова: кандидоз, полость рта.

ORAL CANDIDOSIS IS AN URGENT PROBLEM OF DENTISTRY OF THE XXI CENTURY
Lunitsyna U.V., Tokmakova S.I.

The summary

Candidiasis is an infectious disease induced by *Candida albicans*. According to figures from the World Health Organization (2005), up to 20% of the world population at least once in a lifetime had various forms of *Candida* infection. The number of the disease-infected is constantly mounting. Inclusion of antibiotics without accompanying antimycotic therapy in the complex therapy of bacterial infections results in the progress of the disease. At a young age the acute forms and by older persons chronic forms of the infection are found. The success of the treatment depends on the professional prescription of optimal antifungal agent, the individual approach to each medical case and compliance of the patient with all recommendations enforced by the doctor.

Keywords: candidiasis, oral cavity.

лии. В 1939 г. на 3-м Международном конгрессе микробиологов австралийский исследователь доктор Вергхоут предложил принять термин *Candida* для возбудителей микозов. Официальное имя рода *Candida* было утверждено на 8-м ботаническом конгрессе в Париже в 1954 г. [4, 16].

В России многочисленные сообщения о кандидозе начали появляться приблизительно с конца 1970-х гг., когда в лечебной практике стала применяться антибактериальная терапия с использованием препаратов широкого спектра действия.

Кандидоз – это инфекционное заболевание слизистых оболочек, кожи и внутренних органов, вызванное грибами рода *Candida*. По данным ВОЗ (2005), до 20% населения мира хотя бы однократно на протяжении жизни перенесли различные формы кандидозной инфекции. Количество больных постоянно растет. Это связано преимущественно с внедрением новых медицинских технологий, созданием новых антибактериальных препаратов, значительным увеличением числа пациентов с иммунодефицитом.

Род *Candida* включает около 150 видов грибов, которые относят к дейтеромикетам в связи с полным отсутствием половой стадии развития. Некоторые (семь) из этих видов: *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.kefyr*, *C.(Torulopsis) globrata*, *C.guilliermondii*, *C.parapsilosis* – признаны с медицинской точки зрения наиболее важными болезнетворными микроорганизмами [3, 4, 8].

Желудочно-кишечный тракт является главным резервуаром инфекции, при этом *C.albicans* способна колонизировать практически любую часть желудочно-кишечного тракта: от ротовой полости до перианальных тканей [10, 13]. При носительстве в ротовой полости первое место занимает *C.albicans* – 47-75%, второе – *C.tropicalis* и *C.globrata* – 7% [8]. К факторам, которые увеличивают процент носительства кандид, относят: снижение процесса слюноотделения, низкую pH слюны, увеличение концентрации глюкозы в слюне, курение. До сих пор окончательно не доказано: постоянные или разнообразные штаммы могут присутствовать у людей при непрерывном и длительном носительстве [4]. Постоянное выделение *Candida* из полости рта еще не является доказательством инфекции.

Возбудителем кандидоза полости рта чаще всего является условно-патогенный *C.albicans* (до 62% случаев) [4, 9]. У иммунокомпрометированных хозяев кандидозные инфекции поддерживаются резидентными штаммами [14, 17]. Эпидемиологический анализ с использованием отпечатков ДНК биотипов показал, что большая часть штам-

мов, ответственных за инфицирование, генетически сходны [15, 18]. Из внешней среды *C.albicans* выделяется реже, чем другие виды кандид, и это может быть следствием ее большей патогенности (адаптация к паразитизму) для человека [16].

Состояние здоровья каждого индивидуума является предрасполагающим фактором для колонизации *C.albicans*. Проявление заболевания может зависеть от колонизируемой ткани, факторов вирулентности клеток кандид и ответной реакции хозяина. В свою очередь колонизация зависит от нескольких факторов: приобретения или попадания кандид в полость рта или другие экологические ниши; адгезии и собственно колонизации; проникновения в ткани; удаления кандид с поверхности слизистых (механизмы клиренса) [4, 9].

Предрасполагающими факторами для возникновения орального кандидоза и патологии, ассоциированной с ним, являются [8]: возраст (неонатальный и пожилой); пищевой дефицит; опухоли; ВИЧ-инфекция; химиотерапия; кортикостероиды (гормонотерапия); ношение зубных протезов [11, 12]. Наиболее частой причиной является прием антибиотиков. Широкий спектр антибактериальных препаратов в XXI веке и отсутствие сопровождающей адекватной профилактической антимикотической терапии приводят к развитию заболевания.

При кандидозе пациенты предъявляют жалобы на сухость и жжение слизистой оболочки полости рта. При осмотре определяется налет белого цвета. У молодых людей обычно большое количество «творожистых» масс обнаруживается на языке (рис. 1). Это объясняется особенным строением – наличием на спинке сосочков-рецепторов, которые механически затрудняют удаление налета. У пациентов, пользующихся съемными протезами, налет определяется, прежде всего, в местах протезного ложа (рис. 2).

У пожилых людей чаще встречается хроническая форма заболевания. Нередко у пациентов в возрасте 65 лет и старше при сниженном прикусе определяется ангулярный кандидоз



Рис. 1. Кандидоз. Налет на спинке языка

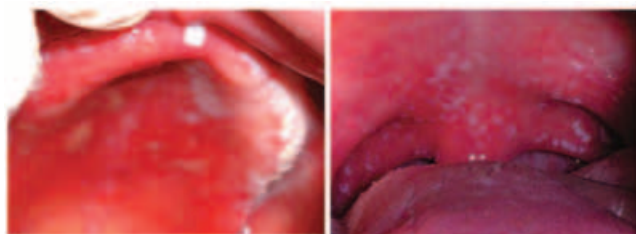


Рис. 2. Кандидоз у пациентов, пользующихся съемным протезом верхней челюсти. Налет на небе



Рис. 3. Ангулярный кандидоз (заеда) у пожилой пациентки

(заеда), распространенность которого достигает 19% [8, 9] (рис. 3).

При обычном течении кандидозных поражений поставить диагноз нетрудно. Он основывается на типичных симптомах и подтверждается лабораторно:

1) если анализ на кандидоз обнаруживает вегетирующие формы, то есть почкующиеся клетки, это уже считается критерием положительного результата микроскопической диагностики. Учитывая возможность наличия грибов молочницы на слизистой оболочке полости рта у здоровых людей, важным фактором определения кандидоза ротовой полости является определение количества колоний;

2) для определения кандидоза полости рта наличие колоний должно быть более 1000 КОЕ;

3) если необходимо, для диагностирования кандидоза ротовой полости проводят внутрикожные аллергические пробы;

4) один из видов иммунологической диагностики молочницы – серологические исследования, позволяющие обнаружить наличие специфических антител к компонентам возбудителя клетки в сыворотке крови для лечения молочницы (достаточно оперативный метод молочницы, но трудный для трактовки результатов, так как эти антитела к возбудителям молочницы обнаруживаются у трети населения);

5) метод LPA – латекс-агглютинации;

6) эффективным является иммуноферментный и радиоиммунологический методы;

7) диагностика молекулярная: цепная полимерная реакция и хроматография молочницы.

Лечение кандидоза осуществляется противогрибковыми препаратами. В настоящее время антимикотики представляют одну из самых многочисленных групп препаратов – свыше 100 наименований и более 20 лекарственных форм [2, 5].

До середины XX века медицинская практика располагала только наружными антимикотиками для лечения грибковых заболеваний. Появление в середине XX века первого системного антимикотика – гризеофульвина значительно повысило эффективность лечения. В связи с этим акцент в лечении микозов постепенно стал смещаться в сторону системной химиотерапии. При этом наружное лечение оставалось основным базовым методом терапии при всех видах грибковой патологии. Вторая половина прошлого столетия ознаменовалась созданием новых классов системных и местных антифунгальных средств, существенным образом расширивших выбор антимикотиков и их лекарственных форм в виде аэрозолей, гелей. Системные антимикотики 2-го поколения – производные имидазола внесли значительный вклад в терапию кандидозов. Однако разнообразные побочные эффекты, выраженная гепатотоксичность, плохая совместимость с рядом фармакопрепаратов привели к быстрому охлаждению врачей и пациентов к системному использованию этих антимикотиков, в то время как местные формы имидазолов с успехом используются и по сей день. Подлинной революцией в системной терапии микозов стало внедрение в широкую практику противогрибковых средств 3-го поколения – триазолов (итраконазол, флуконазол) и тербинафина. Эти препараты позволили эффективно и безопасно излечивать микозы, в том числе и кандидозы, а также профилактировать их развитие. Разработка прогрессивных схем лечения способствовала значительному сокращению сроков терапии. Только благодаря внедрению этих лекарственных средств в настоящее время основой терапии кандидоза СОПР стала системная терапия, которая активно сочетается и дополняется местными препаратами [2, 5, 7]. Количество антигрибковых средств, использующихся в современной лечебной практике, постоянно пополняется. Сейчас оно включает 10 системных и десятки местных препаратов. На фармацевтическом рынке постоянно происходит обновление ассортимента противогрибковых средств, главным образом за счет появления новых аналогов имеющихся антимикотиков и новых лекарственных форм. Значительно реже появляются препараты с новым действующим началом. В то же время старые препараты, в частности, гризеофульвин, ундециленовая кислота, в связи с прекращением их производства уходят из клинической практики [2, 6].

В каждой конкретной клинической ситуации врачу необходимо выбрать антимикотик в зависимости от клинической симптоматики, длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии, возраста. Выбор препарата зависит от вида грибка, его чувствительности. Необходимо помнить, что кандиды обладают большой способностью приспосабливаться и вырабатывать устойчивость к лекарственным средствам.

Наряду с антимикотиками для лечения кандидоза применяют сорбенты для удаления из организма разрушенных частиц грибов, обладающих токсическим действием; а также про- и пребиотики – с целью нормализации микрофлоры.

Эффект терапии определяется прежде всего профессионализмом врача по оптимальному выбору антимикотика и методики его применения у конкретного больного, а также созданию и поддержанию у него необходимой мотивации в соблюдении полноценного и регулярного лечения. Активное стремление самого больного к излечению, аккуратное выполнение всех предписанных врачом рекомендаций является важнейшей предпосылкой для проведения успешного курса лечения [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. **Антоньев А.А., Бульвахтер Л.А., Глазкова Л.К., Ильин И.И.** Кандидоз кожи и слизистых оболочек. М: Медицина, 1985. – 155 с.
2. **Белоусова Т.А., Горячкина М.В.** Критерии выбора системного антимикотика. Российский медицинский журнал. www.rmj.ru/articles_4305.htm
3. **Бурова С.А., Воинова Г.В.** Клинические разновидности и лечение кандидоза. Вестник дерматолога, 1997. – №4. – С. 24-28.
4. **Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Махрова Т.В.** Кандиды: экология, морфофункциональные особенности и факторы патогенности. Государственная медицинская академия, Нижний Новгород, 2002. <http://www.medicum.nnov.ru/nmj/2002/1/16.php>
5. **Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю.** Фармакотерапия микозов. «Медицина для всех», 2003.
6. **Сергеев А.Ю.** Системная терапия онихомикозов. Москва. Национальная академия микологии, 2000.
7. **Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.** Грибковые инфекции: Руководство для врачей. – Москва, Издательство «Бином», 2003.
8. **Cannon R.D., Holmes A.R., Mason A.B., Monk B.C.** Oral candida: clearance, colonization, or candidiasis? J Dent Res 1995; 74(5): 1152-1161.
9. **Cannon R.D., Chaffin W.L.** Oral colonization by Candida albicans. Crit Rev Oral Biol 1999; 10 (3): 359-383.
10. **Cole G.T., Halawa A.A., Anaissie E.J.** The role of gastrointestinal tract in hematogenous candidiasis: from the laboratory to the bedside. Clin Infect Dis 1996; 22: 73-88.
11. **Grabowski M.** Den aldre befolkning oralstatus. Thesis Aarhus. Royal Dental College, 1974.

12. **Guggenheimer J., Moore P.** Similarity of Risk factors for oral candida among patients with oral cancer and diabetes. J. Dent. Res., 2000, v. 79, 5.1., abstr. 65.
13. **Odds F.S.** Candida and candidosis. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 1988.
14. **Pawderly W.G., Robinson R., Keath E.J.** Molecular epidemiology of recurrent oral candidiasis in human immunodeficiency virus-positive patients: evidence for two patterns of recurrence. J Infect Dis, 1993; 168: 463-466.
15. **Schmid J., Voss E., Soll D.R.** Computer-assisted methods for assessing strain relatedness in Candida albicans by fingerprinting with the moderately repetitive sequence Ca3. J Clin Microbiol. 1990; 28(6): 1236-1243.
16. **Topley and Wilson's.** Microbiology and Microbial Infections. Vol. Medical Mycology. 9th ed. 1999 (Online version).
17. **Voss A., Hollis R.J., Pfaller M.A., Wenzel R.P., Doebble B.N.** Investigation of the sequence of colonization and candidemia in nonneutropenic patients. J Clin Microbiol 1994; 32: 975-980.
18. **Vazquez J.A., Sancher V., Dmuchowski C., Dembry L.M., Sobel J.D., Zervos M. J.** Nosocomial acquisition of Candida albicans: an epidemiologic study. J Infect Dis 1993; 168 (1): 195-201.
16. **Arendorf T.M., Walker D.M.** Oral candidal populations in health and disease. Br Dent J, 1979; 147: 267-272.

«КРИСТАЛЛ-УРАЛ»

**ПРОДАЖА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ**

Ждем Вас познакомиться с нашим ассортиментом
г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 80
Тел.: (343) 213-52-04, факс: 257-31-12, 14
E-mail: cristall@k66.ru

Фирма «Кристалл-Урал» работает на стоматологическом рынке 7 лет.
Компания предлагает широкий спектр расходных материалов
и инструментов для терапии, хирургии, эндодонтии, ортопедии,
а также средства гигиены и дезинфекции. Представлена продукция
ведущих российских и зарубежных фирм-производителей:

VDW GmbH (Германия)	RHEIN83
Septodont (Франция)	Dentsply Maillefer
3M ESPE (США)	Omnident (Германия)
Mani (Япония)	СС Байт
KerrHawe	VOCO (Германия)
Renfert (Германия)	GC (Япония)
Shofu (Япония)	Bisico (Германия)
YETI (Германия)	Schuler-Dental (Германия)
Kenda	Целит
Ivoclar Vivadent	ВладМиВа
Zhermack	Omera

Ждем Ваших заявок по тел.: (343) 213-52-04
E-mail: cristall@k66.ru
Работаем с клиниками из других городов
Большой ассортимент!