

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ИММУНОКОМПРО- МЕТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

**Мавлянова Ш.З. (вед.н.с.)*,
Тилавбердыев Ш.А. (н.с.)**

Научно-исследовательский институт дерматологии
и венерологии Министерства Здравоохранения
Республики Узбекистан, Ташкент

© Мавлянова Ш.З., Тилавбердыев Ш.А., 2009

В статье рассмотрены различные варианты клинического течения кандидоза слизистой оболочки полости рта у иммунокомпрометированных больных, а также видовая идентификация возбудителей кандидоза слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: возбудители кандидоза, кандидоз слизистой оболочки полости рта, клиника, *Candida* species.

CLINICAL VARIANTS OF ORAL MUCOSA CANDIDOSIS IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENT

**Mavlyanova Sh.Z. (leading researcher),
Tilavberdiev Sh.A. (scientific collaborator)**

Research Institute of Dermatology & Venereology,
Ministry of Public Health, Republic of Uzbekistan,
Tashkent

© Mavlyanova Sh.Z. (leading researcher), Tilavberdiev Sh. A., 2009

The different variants of clinical treatment of oral mucosa candidosis in immunocompromised patients, identification of pathogenic organisms of oral mucosa have been considered in this article.

Key words: *Candida* species, clinics, oral mucous candidosis, pathogenic organisms

В связи с неуклонным ростом грибковых заболеваний, обусловленных условно-патогенными грибами, создается эпидемиологическая опасность возникновения микозов в больничных условиях, что способствует удлинению сроков госпитализации больных в стационаре, хронизации течения, а также как непосредственная причина смерти фактически конкурирует с основным заболеванием. Это — отделения для ожоговых больных, онкологии, гематологии, кардиохирургии, трансплантации органов и тканей, интенсивной терапии, неонатологии, СПИД [1–3].

При этом развиваются «оппортунистические микозы», под которыми подразумевают глубокие микозы у лиц с иммунодефицитами или у иммунокомпрометированных лиц (от англ. compromise — компрометировать). По данным Елинова Н.П. [1] развитие оппортунистических микозов может возникнуть под влиянием различных факторов, которые целесообразно разделить на 4 группы:

1. *Заболевания:* эндокринопатия (сахарный диабет, зоб и др.), гематологические (лейкемия), другие злокачественные опухоли, бактериальные инфекции, иммунодефицитные состояния, включая СПИД.

2. *Ятрогенные факторы:* иммуносупрессивная, кортикостероидная, цитостатическая, антибиотическая терапия, интенсивная терапия, длительная катетеризация, обширные хирургические вмешательства на сердце, брюшной полости, трансплантация органов и тканей, исправление диагностических ошибок.

3. *Возрастные:* недоношенные и новорожденные дети, пожилые люди.

4. *Прочие:* беременность, обширные травмы, ожоги, недостаточное и неполноценное питание, предрасположенность, неблагоприятная окружающая среда.

По данным большинства авторов, среди микотических осложнений у онкологических больных преимущественно диагностируют инфекции, обусловленные грибами рода *Candida* и *Aspergillus* [1,4,5].

Кандидоз — острое или хроническое инфекционно-аллергическое заболевание, вызванное грибами рода *Candida* (*C. albicans*, *C. albicans* var. *stellatoidea*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. kefyr*, и др.), поражающими преимущественно слизистые оболочки и кожу, в ряде случаев — внутренние органы и системы, и протекающее иногда в виде диссеминированного процесса.

Существует несколько классификаций кандидоза, где представлены основные клинические формы микоза в зависимости от формы заболевания, локализации патологического процесса, патоморфологической картины. Для удобства до настоящего времени в дерматологической практике используют классификацию Н.Д. Шеклакова [6].

Целью наших исследований было изучение особенностей клинического течения кандидоза слизистой оболочки полости рта у иммунокомпрометированных больных.

* Контактная информация: Мавлянова Шахноза Закировна тел. (99871) 214-50-07

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 75 больных с гемобластозами, 15 больных — с пузырчаткой, 6 больных — с лимфомами кожи. Пациенты с гемобластозами были в возрасте от 16 до 47 лет с давностью основного заболевания — от 2 месяцев до 2 лет. Возраст больных с пузырчаткой составил от 18 до 63 лет, давность основного заболевания — от 6 месяцев до 3 лет. Возраст больных с лимфомами кожи был от 53 до 65 лет; давность основного заболевания — от 2 до 6 лет.

У всех больных для выявления кандидоза слизистой оболочки полости рта проводили клинические и микологические исследования. Микологические исследования характеризовались микроскопическими и культуральными исследованиями биосубстратов слизистой оболочки полости рта. Для культуральных исследований использовали среду Сабуро. Видовую идентификацию *Candida* spp. и определение чувствительности к антимикотикам проводили с использованием фунги-тестов, производимых в Италии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенных исследований у 71 из 75 больных с гемобластозами (94,7%), у 13 из 15 больных (86,6%) с пузырчаткой и у 6 (100%) больных с лимфомами кожи был выявлен кандидоз слизистой оболочки полости рта.

По клинической картине у 63,4% больных с гемобластозами диагностировали псевдомембранозную форму, у 19,3% — эрозивную, у 11,5% — эрозивно-язвенную и у 5,7% — эритематозную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта. У больных с пузырчаткой в 60,0% случаев диагностировали эрозивно-язвенную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта, у 26,6% — псевдомембранозную, а у 13,3% — эрозивную форму. У 4 больных с лимфомами кожи диагностировали эритематозную и у 2 — псевдомембранозную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта.

Острую псевдомембранозную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта наблюдали у 42 больных с гемобластозами, характеризующуюся поражением щечного отдела, редко — нёба и языка и слизистой оболочки глотки. На слизистой оболочке отмечали точечные налеты белого цвета, пленок, напоминающие творожистый вид. Налет легко снимался при поскабливании шпателем, оставляя ярко-красное основание, иногда — с кровоточащей поверхностью. Очаги поражения, сливаясь между собой, образовывали белесоватые бляшки, охватывающие всю поверхность слизистой оболочки полости рта. При этом возбудителем кандидоза слизистой оболочки полости рта в большинстве случаев являлись *non-albicans* виды *Candida*: *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*.

Хроническую псевдомембранозную форму диагностировали у 9 больных (у 3 — с гемобластозами, у 4 — с пузырчаткой, у 2 — с лимфомами кожи), при этом наблюдали поражение всей поверхности слизистой оболочки и наличие кровоточащих эрозий с трудно отделяемой пленкой. Такая форма кандидоза имела длительное, персистирующее течение.

Эритематозную или атрофическую форму, иногда — десквамативную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта диагностировали у 19 больных (у 14 — с гемобластозами, у 1 — с пузырчаткой, у 4 — с лимфомами кожи). При этом возбудителем кандидоза являлась *C. tropicalis*.

Клиническая картина характеризовалась эритематозной поверхностью слизистой оболочки, наличием пленок, иногда наблюдали десквамацию эпителия спинки языка. Среди субъективных ощущений больные жаловались на болезненность, чувство жжения и сухости в полости рта.

Эрозивно-язвенную форму кандидоза слизистой оболочки полости рта наблюдали у 15 больных (у 8 — с гемобластозами, у 7 — с пузырчаткой), эрозивную форму — у 15 больных (у 14 — с гемобластозами и у 1 — с пузырчаткой); для них было характерно тяжелое течение, наличие эрозивных и язвенных поражений с белым налетом. Отмечали гиперемию, отечность слизистой оболочки полости рта, чувство жжения, затруднение при глотании. Возбудителями кандидозного процесса являлись: *C. tropicalis* (42,8%), *C. albicans* (28,6%), *C. intermedia* (14,3%).

В постановке диагноза проводили дифференциальный диагноз кандидоза слизистой оболочки полости рта со следующими нозологиями: афтозный стоматит; аллергический стоматит; язвенно-некротический стоматит; десквамативный глоссит («географический язык»); скротальный язык; красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ; вульгарная пузырчатка; катаральный глоссит, стоматит при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, анемиях и сахарном диабете; стафилококковый, стрептококковый стоматит; лейкоплакия и др.

При определении чувствительности к антимикотикам выявили высокую чувствительность *Candida* к флуконазолу и к кетоконазолу, затем — к амфотерицину, среднюю чувствительность — к нистатину и слабую чувствительность — к флюороцитозину (фторцитозину).

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у иммунокомпрометированных больных наиболее часто выявляли псевдомембранозную форму кандидоза полости рта (53,6% случаев). При этом среди лиц с псевдомембранозной формой преобладают больные с гемобластозами. На втором месте диагностировали эрозивно-язвенную форму кандидоза полости рта, которую чаще наблюдали у больных с гемобластозами и пузырчаткой (у

30 человек — 31,5%). Основными возбудителями кандидоза слизистой оболочки полости рта являлись *non-albicans* виды *Candida*: *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*.

Определение вида при кандидозе полости рта, в зависимости от клинического течения заболевания, имеет важное значение в плане определения тактики этиотропного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елинов Н.П. *Candida species* и кандидемии. Состояние проблемы (обзор) // Ж. Проблемы медицинской микологии. — 2001. — Т. 3, №1. — С. 4–8.
2. Лукиных А.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — Нижний Новгород: НГМА, 2000. — 361 с.
3. Реброва Р.Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. — М.: Медицина, 1989. — 120 с.
4. Баранцевич Е.П., Подольцева Э.И., Кибалкина С.А. и соавт. Диссеминированный микоз, обусловленный *Candida krusei*, у больной острым миелобластным лейкозом: успешная терапия итраконазолом // Ж. Проблемы медицинской микологии. — 2001. — Т.3, №1. — С. 31–33.
5. Капина А.И., Дрожжина В.А. Основные клинические формы кандидоза слизистой оболочки полости рта// Ж. Проблемы медицинской микологии. — 2003. — Т.5, №2. — С.41.
6. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения и профилактика. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. — 163 с.

Поступила в редакцию журнала 08.12.08

Рецензент: В.С.Митрофанов

