

territory region – the Krasnodar regional stomatologic center.

In presents data on stomathological diseases of the population in the region as based on the visits to dentists for consultancy during 1995–2005. Total number of patient who were seeking dentists' help is 5363.

The result of the group patient breaks down as follows:

patient with caries in complicated form – 3150, parodontia pathology – 1527, parestetic syndrome – 224, relapsing aphthrose stomatitis – 183, allergic – 42.

All patient have been clinically examined. 85,7% completely recovered.

Key words: mouth, disease, clinical examination

М. М. ЦАРИНСКИЙ, Н. М. ЦАРИНСКАЯ

ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С КАНДИДОЗАМИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра стоматологии Кубанского медицинского института,

*кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
Кубанского государственного медицинского университета*

Грибковые поражения полости рта вызывают грибы рода *Candida*, они встречаются в практике работы врача стоматологического профиля в 1,5–5% случаев от общего числа больных с патологией слизистой оболочки полости рта [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8]. Возбудителем заболевания чаще всего являются грибы рода *Candida*, реже грибы рода *Tropicalis*. В ротовой полости обычно имеют место проявления очагового хронического кандидоза. Иногда процесс носит более распространённый характер в виде висцерального кандидоза. Подобных больных лечат врачи-инфекционисты или микологи в условиях стационара.

Материалы и методы

Грибы крайне неприхотливы к условиям среды обитания, свободно располагаются на кожном покрове и слизистых оболочках, имея вид клеток округлой почкующейся формы, размножаются путём простого деления. Они образуют ветвистый псевдомицелий, с помощью которого внедряются в ткань эпителия. Субъективно при этом больной ощущает жжение, чувство напряжения кожного покрова и слизистых, эти участки чешутся. Объективно поражённый участок отечный, на нём появляются небольшие эрозии, трещины. Вскоре очаг поражения покрывается белым налётом, обычно трудно снимаемым. В соскобе из этого участка под микроскопом обнаруживаются много почкующихся дрожжевых клеток и нити псевдомицелия на фоне слущивающихся эпителиальных клеток.

Результаты исследования

Клинически выявляются три формы хронического кандидоза слизистых оболочек: простая, атрофическая и гиперпластическая. При простой форме на слизистой образуется плотный белый налёт, интимно спаянный с подлежащими тканями. Окружающая слизистая в состоянии умеренного отёка. При попытке снять налёт он удаляется с трудом, при этом обнажается кровоточащая поверхность. При атрофической форме слизистая становится истончённой, ярко-красного цвета, на ней встречаются островки налёта белого цвета. При гиперпластической форме на поверхности слизистой, находящейся в состоянии отёка, видны участки плотного толстого налёта белого или бело-серого цвета.

При всех формах хронического кандидоза болезненность выражена мало, пациент ощущает лишь жжение в области очага поражения. Общее состояние организма страдает мало. Диагноз ставится на основании клинической картины и подтверждается микроскопическим исследованием соскоба с поражённого участка слизистой. При подозрении на висцеральный кандидоз ставятся аллергологические и серологические реакции с кандидаантигеном. При подозрении на сепсис проводится посев мочи и крови на выявление гриба.

Дифференциальный диагноз проводят с эритематозом, лейкоплакией, медикаментозным стоматитом, вторичным сифилисом, СПИДом.

На протяжении последних лет под нашим наблюдением находилось 58 больных с грибковыми поражениями слизистой оболочки полости рта. Из них мужчин было 18, женщин – 40 в возрасте от 19 до 63 лет. С простой формой заболевания был 41 человек, с атрофической – 8, с гиперпластической – 9. Продолжительность заболевания – от 4 месяцев до 7 лет. Все эти лица находились на диспансерном учёте.

Были получены следующие результаты лечения. Полное выздоровление наступило у $81,03 \pm 1,07\%$, улучшение имело место у $10,34 \pm 1,23\%$ пациентов, существенных изменений в течении заболевания не наступило у $5,17 \pm 1,78\%$, ухудшение наблюдалось у $3,47 \pm 1,92\%$.

Мы пытались проанализировать причины неудач при лечении наблюдаемых больных. У части из них, по нашему представлению, причина заключалась в несоблюдении рекомендаций, которые должны были выполнять пациенты после назначенного лечения. У другой части имели место какие-либо отягчающие обстоятельства: травмирование области поражения зубами, травмы при широком открывании рта, когда очаги поражения располагались в углах рта, прикусывание во время еды и прочее. У 4 больных во рту находились съёмные протезы, уход за которыми отсутствовал. У трёх больных выявлены тяжёлые формы диабета. У остальных 4 больных никакой причины отсутствия лечебного эффекта мы обнаружить не смогли. Не обнаружена также связь между неудачами в лечении и формой кандидоза.

Лечение у всех больных мы начинали с устранения местных раздражающих факторов в виде расширенной санации и тщательного гигиенического ухода за полостью рта. Затем при небольшой длительности заболевания и локального очага поражения мы ограничивали своё влияние сугубо местными мероприятиями. Они включали ошелачивание полости рта 1–2%-ным раствором соды, полосканиями раствором буры 2% или Люголя 4%, орошениями ротовой полости нистатином натрия или леворина при концентрации их 5 мг/мл, 2%-ным раствором метиленового синего, левориновой мази 5%, сосанием карамели декамина (0,00015). Противопоказано обрабатывать поверхность поражения жидкостью Кастеллани или клотримазолом. Наши наблюдения показали, что такие препараты крайне отрицательно влияют на слизистую оболочку полости рта.

При кандидозной заеде мы получили вполне надёжный эффект от применения микозолоновой мази производства венгерской фирмы «Гедеон Рихтер». Для получения результата достаточно мазать очаги поражения такой мазью в течение 5–7 дней.

При отсутствии лечебного эффекта переходят к общему лечению, которое включает приём внутрь противогрибковых антибиотиков нистатина или леворина в дозе 6–8 млн. в сутки на протяжении 10–15 дней. Эти препараты дают хороший эффект, но довольно токсичны, особенно у детей и пожилых людей. Поэтому более рационально использовать новые современные препараты: микосепт, ламизил, миконазол, амфоглюкамин, микогептин, которые назначают до 500 единиц в сутки. В последние годы синтезированы ещё более активные препараты: низорал (по 200 мг один раз в сутки на протяжении 2 недель) и дифлюкан (по 1 капсуле 50 мг один раз в сутки в течение 7–10 дней).

Параллельно со специфическим лечением назначают поливитамины, полноценное легкоусвояемое питание с уменьшением содержания углеводов, внутрь применяют препараты йода (йодид калия – 4%-ный раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день с большим количеством жидкости).

Обсуждение результатов

Необходимо помнить о том, что противогрибковые препараты угнетают сапрофитную флору желудка и кишечника. Поэтому параллельно с ними необходимо назначать внутрь бификол, бифидум-бактерин, живые йогуртовые культуры, что нормализует состав микрофлоры кишечника. Периодически следует проводить

повторные исследования микрофлоры кишечника и при необходимости – курсы профилактического лечения возможного кандидоза.

В целях профилактики кандидоза мы дважды в год проводим таким больным санацию полости рта, осуществляем рациональное протезирование, рациональное лечение любой патологии желудочно-кишечного тракта.

Подобная тактика ведения всех 58 диспансерных больных позволила добиться у них полного выздоровления и отсутствия рецидивов грибкового поражения полости рта и других органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашкин П. Н. Кандидозы. Л.: Медгиз, 1956. 271 с.
2. Некачалов В. Я., Яробкова Н. Д. Леворин в лечении кандидоза различной локализации // Труды Ленинградского НИИ антибиотиков, 1970. Вып. 3. С. 117–119.
3. Черномордик А. Б. Рациональное применение антибиотиков. Киев: Здоровье, 1973. 322 с.
4. Реброва С. Н. Грибы рода *Candida* при бактериальных и вирусных инфекциях. М.: Медицина, 1979. 204 с.
5. Кашкин К. П., Кубась В. Г. Молекулярные механизмы патогенеза и иммунитет при кандидозе // Вестник дерматологии. 1982. № 6. С. 22–29.
6. Кулага В. В., Романенко И. М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. М.: Медицина, 1985. 211 с.
7. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология. Ростов-на-Дону, 2004. 415 с.
8. Чумак Л. Б., Овчаренко Е. С., Якутина Н. Н. Диагностика грибковой микрофлоры у больных с патологией пародонта // Организация управления, экономика и бухгалтерский учёт в стоматологии. Краснодар, 2005. С. 439–441.

M. M. TSARINSKIJ, N. M. TSARINSKAJA

EXPERIENCE OF DISPENSARY SERVICE OF PATIENTS WITH CANDIDIASES OF THE MUCOUS ORAL CAVITY

Data on prophylactic medical examination of 58 patients with chronic candidiasis of a mucous oral cavity are resulted. Clinical displays of various forms and results of dispensary service of such faces are described. Convalescence has come at 81,03% of patients, improvement at 10,34 %, changes have not occurred at 5,17%, deterioration at 3,47 % of observable faces.

The detailed analysis of results of treatment is made.

Key words: a mouth, candidiasis, prophylactic medical examination.

Н. М. ЦАРИНСКАЯ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ФИРМЫ «АВАНТА»

*Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний
Кубанского государственного медицинского университета*

Проблема повышения эффективности профилактики и лечения заболеваний пародонта крайне важна для населения нашей страны. Правильный выбор лекарственного препарата определяет возможности получения быстрого и надежного результата.

В тканях пародонта обычно формируется патологи-

ческий очаг, оказывающий крайне неблагоприятное влияние на окружающие ткани и организм. Воздействовать на этот очаг пытаются самыми разнообразными способами, но наиболее распространенными из них являются средства гигиены полости рта, в частности зубные пасты.