

ОГЛЯДИ

УДК 616-08-084:616.594.171.2+616.311

О. А. Глазунов, д. мед. н.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ
ХРОНІЧНИХ ФОРМ КАНДИДОЗНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
ПОРОЖНИНИ РОТА**

Кандидозний стоматит відноситься до найбільш розповсюджених захворювань слизової оболонки порожнини рота. Частіше стали зустрічатися торпідні, рецидивуючі форми захворювання; кандидоз відносять до «хвороб майбутнього». Метою дослідження є аналіз ефективності існуючих методів лікування та профілактики рецидивів хронічних форм кандидозного стоматиту.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота; хронічний кандидоз.

О. А. Глазунов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ
ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Кандидозный стоматит относится к наиболее распространенным заболеваниям слизистой оболочки полости рта. Чаще стали встречаться торпидные, рецидивирующие формы заболевания; кандидоз относят к «болезням будущего». Целью исследования является анализ эффективности существующих методов лечения и профилактики рецидивов хронических форм кандидозного стоматита.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта; хронический кандидоз.

О. А. Glazunov

SE "Dnipropetrovsk Medical Academy"

**MODERN ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT
OF CHRONIC ORAL CANDIDIASIS**

Candidiasis is the most common diseases of the oral mucosa. In last decade, in all developed countries significantly increased the number of patients with candidiasis. Increased number of torpide and recurrent forms of the disease. Candidiasis referres to "diseases of the future." Interest increases due to the fact that candidiasis is now referred to as a possible marker of AIDS. The aim of our study was to analyze the effectiveness of current treatment methods and prevention of relapse of chronic oral candidiasis. The results of numerous studies have shown that Candida founds in association with other organisms in the most of the patients. This fact complicates treatment and requires an integrated and differentiated approach to the treatment of disease. Antifungal agents that are used in treatment of candidiasis nowadays in most cases have synthetic origin. High stability and rapid adaptation of the pathogen to traditional therapeutic drugs necessitate the search and implementation of new antifungal agents and improve existing treatment methods and prevention of this disease. L.A. Kovalchuk research indicates the presence of residual effects after conventional treatment of chronic oral candidiasis, indicating the lack of effectiveness of the treatment and possible recurrence of the disease. A.V. Marchenko, N.M. Ilenko, E.V. Nikolishyna proposed combined therapy optimized by drugs that acts in synergism. O.L. Zahradzka proposes differentiated approach to the use of the complex of preventive tretment, depending on the level of Candida albicans contamination and severity of chronic oral candidiasis. Found that drugs combinations used in the study provides sustainable preventive effect. A.A. Glazunov, V.I. Fesenko, D.V. Fesenko, K. A. Semenov, S.V. Stepanov, A.O. Glazunov, M.O. Rybak achieved positive clinical effect of treatment of oral candidiasis with "Pimafucin" and "Bifiform". V.A. Zheleznyak proved the feasibility of supplement of the basic therapy of oral candidiasis with the complex of antioxidants, including "Meksidol", "Selen-activ" and vitamine E.

Key words: oral mucosa; chronic oral candidosis.

Кандидозний стоматит відноситься до найбільш розповсюджених захворювань та займає третє місце серед захворювань слизової оболонки порожнини рота (Ивериели М.В., Абашидзе Н.О., 1999; Царев В.Н., Ушаков Р.В., 2006; Шумский А.В., Железняк В.А., 2009). За останнє десятиріччя у всіх економічно розвинутих країнах помітно збільшилася кількість хворих на кандидоз (Ющук Н. Д., Мартынов Ю. В., 2003; Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В., 2004; Hibino K. et al, 2009; Meiller T.F. et al., 2009). Невпинне зростання захворювань, викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, зокрема дріжджеподібними грибами роду *Candida*, зумовлено зростанням кількості і ступеня впливу факторів, що знижують імунну відповідь і неспецифічну резистентність організму: збільшення частоти хронічних соматичних захворювань, погіршення стану навколишнього середовища, нераціональне використання лікарських препаратів (антибіотиків, цитостатиків, гормональних, психотропних тощо), променева діагностика і терапія, порушення харчування тощо (А.М. Політун, Т.Д. Павлюк, 2000; В.Ф. Куцевляк, С.В. Полякова, 2002; В.Н. Почтарь, В.Я. Скиба, 2002; Є.Н. Дичко, С.А. Іванова, 2004). Частіше стали зустрічатися торпідні, рецидивуючі форми захворювання; не випадково кандидоз відносять до «хвороб майбутнього». Інтерес до цього захворювання зростає також у зв'язку з тим, що кандидоз наразі відносять до можливих маркерів СНІДу (Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., 2003; Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2004; Hibino K. et al, 2009; Meiller T.F. et al., 2009).

Метою дослідження є аналіз ефективності існуючих методів лікування та профілактики рецидивів хронічних форм кандидозного стоматиту.

Медична допомога хворим на кандидоз на сьогоднішній день в Україні здійснюється згідно наступних нормативно-правових документів:

- Протоколом надання медичної допомоги «Кандидози слизової оболонки порожнини рота; гострий перебіг; хронічний перебіг» (за спеціальністю «дитяча стоматологія»), «Кандидоз слизової оболонки порожнини рота. Терапевтична стоматологія», затвердженим Наказом МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р.;

- Протоколом надання медичної допомоги хворим на кандидоз (за спеціальністю «дерматовенерологія»), затвердженим Наказом МОЗ України № 312 від 08.05.2009 р.;

- Медико-економічними критеріями надання стоматологічної допомоги. Терапевтична стоматологія. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота, затвердженим Наказом МОЗ України № 305 від 22.11.2000 р.

Результати чисельних досліджень показали,

що в більшості випадків у хворих гриби роду *Candida* виділені в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. Цей факт значно ускладнює лікування і потребує комплексного та диференційованого підходу до терапії захворювання [2, 4-6, 8, 9].

Протигрибкові засоби, що використовуються наразі для лікування – це в більшості випадків засоби синтетичного походження, деякі з них викликають ряд побічних ефектів. Індивідуальна непереносимість специфічних лікарських препаратів створює значні труднощі у терапії даної нозології. Висока стійкість та швидка адаптація збудника до традиційних лікувальних препаратів зумовлюють необхідність пошуку та впровадження у практику нових протигрибкових засобів (Байрамова Г.Р., 2002; Бурова С.А., 2004; Шумский А.В., Железняк В.А., 2008; Боровский Е.В., Лукиных Л.М., 2011; Лукиных Л.М., 2011) та вдосконалення існуючих засобів і методів адекватного контролю, підвищення ефективності лікувальних заходів [1, 7].

Дослідження Л. А. Ковальчук 2012 року вказує на наявність залишкових явищ після традиційного лікування хронічних форм кандидозного стоматиту. Групу з 45 хворих на хронічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота лікували традиційним методом з призначенням ністатину, біоспорину, полівітамінного препарату «Дуовіт», полосканнями 1 % розчином бікарбонату натрію, ротовими ванночками або аплікаціями 0,1 % розчину етонію та 1 % мазі етонію. В результаті лікування високий ступінь достовірності зменшення обсемененості слизової оболонки порожнини рота отриманий тільки щодо *Candida albicans* ($p < 0,001$). Зазначений показник відносно *Candida tropicalis* мав менший ступінь достовірності ($p < 0,05$), а різниця аналогічних значень *Candida krusei* і *Candida pseudotropicalis* була статистично недостовірною ($p > 0,05$). Вищезазначені дані свідчать про недостатню ефективність традиційного лікування хронічних форм кандидозного стоматиту та можливі рецидиви захворювання [5].

А. В. Марченко, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина запропонували комбіновану терапію, посилячись на оптимізацію схеми комплексного лікування хворих на кандидоз при хронічних формах захворювання, комбінованих ураженнях та рецидивах хвороби препаратами, які діють в синергізмі. Спостереження за диспансерною групою показало, що у пацієнтів (63,4 %), в яких збудником було виявлено *Candida albicans*, через 2-3 роки після проведеного комплексного лікування діагностовано рецидив хвороби. Враховуючи це, у випадках рецидивів хвороби використовувався принцип комбінованої терапії. А

саме, етіологічне лікування проводилось з використанням місцевих та системних антимікотиків. Призначали препарати антигрибкової та імуномодельюючої дії від слабкої антисептичної і адаптогенної дії при легкому ступені кандидозу до вираженої фунгіцидної та імуностимулюючої – при важкому ступені. Місцево використовували полієнові антибіотики (ністатин, леворин, амфотеріцин) які, за даними літератури, збільшують проникність цитоплазматичної мембрани чутливих мікроорганізмів, надають доступ до клітини іншим лікарським засобам та мають найширший спектр протигрибкової активності *in vitro* серед антимікотиків. Використовували у вигляді суспензій, розчинів, мазей, або аплікації водної суспензії одного з полієнових антимікотиків або пігулки для розжовування. З цією ж метою використовували протигрибкові мазі, з переважно 2 % вмістом активної речовини. Паралельно застосовували антисептики з протигрибковою дією до яких відносяться: 1-2 % розчини анілінових барвників, розчин Люголю, 10-20% розчин бури в гліцерині для змащування СОПР. А також полоскання лужними засобами, що змінюють середу порожнини рота та згубно діють на грибкову флору (2% р-н борної кислоти, 2 % р-н натрію гідрокарбонату). Для зменшення сухості в порожнині рота та додаткового впливу на грибкову флору призначали 2-3 % р-н йодиду калію по 1 ст. ложці всередину 2-3 рази на день після їжі. Таким чином, використовували фунгістатичні властивості йоду, що проявляються в період виділення через шкіру, слизову оболонку рота та слизисті залози, а також стимулювали саливацію. З метою системної терапії, що показана при хронічних формах кандидозу, комбінованих ураженнях та рецидивах хвороби, призначали флуконазол, ітраконазол, воріконазол протягом 10 днів. В випадках тяжкого перебігу захворювання хворим рекомендували застосовувати кандидозні вакцини (полівалентну, моновалентну або аутовакцину)[6].

О. Л. Заградська запропонувала диференційований підхід до застосування комплексу профілактичних засобів, в залежності від рівня контамінації *Candida albicans* та ступеню тяжкості хронічного кандидоза слизової оболонки порожнини рота При початковому ступені кандидозу призначали препарат адаптогенної дії внутрішньо (настойки ехінацеї) та для оптимізації рН ротової порожнини – полоскання 1-2 % розчином бікарбонату натрію. При I-му ступені – також призначали настойку ехінацеї та препарат, що нормалізує мікробіоценоз порожнини рота (полоскання рота еліксиром «Лизомукоид»), препарат що нормалізує мікробіоценоз кишечника

(внутрішньо лактобактерін) та рослинний препарат з антигрибковою дією (полоскання рота розчином масла чайного дерева). При II-му ступені – призначалися імуномодулятори (Поліоксидоній), антисептик для обробки рота з вибірковою дією на грибкову мікрофлору («Орасепт»), полієновий протигрибковий антибіотик у вигляді мазі для місцевого застосування (5 % леворінова мазь), а також препарат, що нормалізує мікробіоценоз кишечника (лактобактерін). Встановлено, що використані комплекси забезпечують стійкий профілактичний ефект, що полягає у зменшенні адгезії грибів на слизовій оболонці порожнини рота та протизапальній дії. Суттєве значення для профілактики кандидозу має покращення гігієнічного стану порожнини рота та прискорення саливації. [3]

О. А. Глазунов, В. І. Фесенко, Д. В. Фесенко, К. А. Семенов, С. В. Степанова, А. О. Глазунов, М. О. Рибак досягли позитивного клінічного ефекту та відсутності рецидивів хронічного рецидивуючого кандидозу слизової оболонки порожнини рота через 10-12 місяців завдяки запропонованій комбінації препаратів «Пімафуцину» та «Біфіформу». Досліджено 27 хворих з рецидивуючим кандидозним стоматитом у поєднанні з кандидозним дисбіозом кишечника, в лікуванні яких використовували «Пімафуцин» протягом 7 днів, 0,2% розчин корсодилу та «Біфіформ» протягом 3-4 тижнів по закінченню основної терапії. Аналіз дослідження показав, що вже на 5-6 добу лікування відмічалась відсутність симптомів захворювання та збудника у мазках. Відмічено значне зниження обсеменення грибами *Candida* слизової оболонки порожнини рота– $0,1 \pm 0,03$ LgKOE/г проти $2,1 \pm 0,03$ LgKOE/г до лікування. За 2 тижні прийому «Біфіформу» в кишечнику реєстрували підвищення концентрації біфідобактерій 10^8 - 10^9 KOE/г проти – 10^5 - 10^6 KOE/г. [10]

В.А. Железняк довів доцільність доповнення базової терапії кандидозних уражень слизової оболонки порожнини рота комплексом антиоксидантів, що включає мексідол, Селен-актив та вітамін Е у порівнянні з традиційною терапією. Ефективність лікування визначалася за вмістом малонового діальдегіду в ротовій рідині пацієнтів основної групи, що до 7 доби практично сягав норми, результат був статистично достовірний та клінічно значущий. Тоді як в контрольній групі, де застосовувались традиційні методи лікування кандидозу, зниження концентрації малонового діальдегіду до рівня норми відбувалося лише на 12 добу [2].

Отже, на сьогоднішній день актуальним є питання пошуку ефективних методів лікування та профілактики рецидивів хронічних форм кан-

дидозного стоматиту та попередження їх рецидивів. Метою наших подальших досліджень є пошук та впровадження комплексу препаратів для ефективного лікування даної патології.

Список літератури

1. **Димніч Л. О.** Порушення імунологічного і адаптаційного стану хворих на хронічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота та їх корекція в комплексному лікуванні : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Димніч Ліна Олександрівна – Вінниця, 2006. – 21 с.
2. **Железняк В. А.** Антиоксидантная терапия в комплексном лечении кандидоза полости рта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.14 "Стоматологія" / Железняк Владимир Андреевич – Москва, 2010. – 20 с.
3. **Заградская О. Л.** Эффективность дифференцированной противорецидивной терапии у больных хроническим кандидозом в зависимости от степени контаминации возбудителя / О. Л. Заградская. // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – №1. – С. 43–45.
4. **Іленко Н. М.** Особливості клініки і лікування кандидозу СОПР / Н. М. Іленко, М. Є. Приходько, Е. В. Ніколішина. // Український стоматологічний альманах. – 2005. – №5. – С. 12–13.

5. **Ковальчук Л. А.** Изменения микробиоценоза ротовой полости у больных с хроническим кандидозом слизистой оболочки полости рта в процессе их коррекции / Л. А. Ковальчук. // Вісник стоматології. – 2012. – №2. – С. 28.

6. **Марченко А. В.** Комбінована терапія кандидозу слизової оболонки порожнини рота / А. В. Марченко, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина. // Світ медицини та біології. – 2013. – №2. – С. 25–27.

7. **Межевикіна Г. С.** Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного фитопрепарата лечения кандидозного стоматита : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 "Стоматологія" / Межевикіна Галина Сергеевна – Воронеж, 2013. – 19 с.

8. **Савичук Н. О.** Хронічний кандидоз порожнини рота, губ та язика / Н. О. Савичук. // Современная стоматология. – 2013. – №1. – С. 58–62.

9. **Сидельникова Л. Ф.** Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта: Критерии диагностики, современные отечественные и зарубежные средства в комплексном лечении / Л. Ф. Сидельникова, М. Б. Лукашевич. // Современная стоматология. – 2001. – №2. – С. 46–50.

10. **Ефективність** комбінації препаратів пимафуцину і бифіформу в комплексному лікуванні кандидозного стоматиту / [О. А. Глазунов, В. І. Фесенко, Д. В. Фесенко та ін.]. // Вісник стоматології. – 2012. – №1. – С. 98.

Надійшла 13.02.15



УДК 616.31-007+616.2-0081

А. А. Бабеня, к.м.н

Государственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В статье представлены результаты аналитического обзора литературы. Указано на высокую распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта. Показана связь со стоматологической патологией.

Анатомо-физиологическая близость органов полости рта и пищеварительного тракта, общность иннервации и гуморальной регуляции создают предпосылки вовлечения органов полости рта в патологический процесс при различных нарушениях в органах желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта, взаимосвязь.

Г. О. Бабеня

Державна установа "Інститут стоматології
Національної Академії медичних наук України"

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ОСІБ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

У статті представлені результати аналітичного огляду літератури. Вказано на високу поширеність захворювань шлунково-кишкового тракту. Показаний зв'язок із стоматологічною патологією.

© Бабеня А. А., 2015.