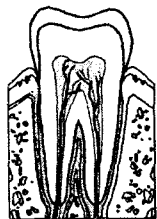


## ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ



УДК: 616.31-097-08

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗУ СОПР

Українська медична  
стоматологічна  
академія, м. Полтава

**Н.М. Іленко,**  
**Е.В. Ніколішина,**  
**М.Є. Приходьмо**

шук ефективних методів лікування хворих на кандидоз із особливостями перебігу хвороби.

**Об'єкти та методи дослідження**

Ми спостерігали за 64 хворими на хронічні форми кандидозу. Кожен пацієнт зазнавав комплексного стоматологічного обстеження, яке охоплювало загальноклінічну діагностику (опитування, огляд) і лабораторне дослідження (загальний аналіз крові та кров на цукор, мазок або зіскріб із СОПР для мікроскопії та культуральної діагностики). Лабораторне дослідження крові проводилося на базі ПОСП. Мазки вивчали в лабораторії кафебри терапевтичної стоматології УМСА, бактеріологічні дослідження - в лабораторії 3-ї поліклініки м. Полтави.

**Результати та їх обговорення**

Результати наших лабораторних досліджень показали, що в 79,7% (51 хворий) випадків гриби роду *Candida* утворюють асоціації з іншими організмами, а саме: зі стрептококами - 39% (25 хворих), найпростішими (амеби або трихомонади) - 25% (16 хворих), лептотрихіями - 12,5% (8 хворих), актиноміцетами - 3,1% (2 хворих). Причому за результатами вивчення мазків встановлено, що в переважній більшості асоціації з іншими організмами утворюють гриби *C. tropicalis*. Під мікроскопом клітини гриба мають округлу форму, а клітини міцелію - довгасту. Ланцюжки міцелію дещо коротші, ніж у *C. albicans*. Ми встановили, що асоціації з лептотрихіями спостерігаються у хворих із патологією ШКТ.

Усі хворі мали ту чи іншу патологію внутрішніх органів та систем.

Як показують наші дослідження, в більшості випадків (79,7%) гриби роду *Candida* виділені в різних асоціаціях з іншими мікроорганізмами, що значно ускладнює лікування і потребує корекції традиційних підходів до терапії хвороби.

Лікування орального кандидозу передбачає вплив на етіологічний фактор хвороби, усунення передумов розвитку грибів, а також підвищення

Останнім часом серед стоматологічних хворих виявляється різко прогресуюча тенденція почастішання грибкових уражень СОПР. За даними ВООЗ, кожна четверта людина страждає на грибкове захворювання. За останні 20 років показник захворюваності на кандидоз СОПР катастрофічно збільшився з 5,77% до 52,6% [1,2]. Ситуація, що склалася, обумовлена декількома причинами. По-перше, для грибів роду *Candida* характерний розвиток перехресної резистентності до антимікотиків. По-друге, за даними літератури, в 87,2% випадків гриби роду *Candida* утворюють асоціації з патогенними мікроорганізмами (стрептококами, стафілакоками, клебсієлами, найпростішими, бактеріями, вірусами та іншими), суттєво взаємодіють із ними та створюють умови для інтеграції - мікст-мікроцетоз (паразитоценоз) [2,3]. По-третє, нетипові клінічні прояви кандидозу здебільшого обумовлені агресивним станом збудників (паразитоценоз), пригніченим станом захисних властивостей слизової оболонки порожнини рота (місцеві фактори) та станом макроорганізму (загальні фактори). У зв'язку з вищезазначеними аспектами проблема лікування хворих на кандидоз стає досить складною.

Сучасний фармакологічний ринок пропонує широкий спектр антимікотиків: полієнові антибіотики, азоли, тіокарбонати, анілінові барвники, піримідини та ін. [3]. За своєю хімічною структурою ці препарати впливають на різні етапи життєдіяльності клітини гриба та викликають високоефективний фунгіцидний або фунгістатичний результат. Однак, наявність полірезистентних штамів і домінування асоційованої мікрофлори останнім часом не дають позитивних результатів лікування традиційними методами, а висока токсичність препаратів обмежує підвищення доз.

Тому актуальним залишається подальший по-

реактивності організму. Воно також потребує індивідуального підходу до кожного конкретного випадку і має призначатися з урахуванням клініки захворювання, загального стану організму та результатів лабораторних досліджень.

Тому препарати для етіотропної терапії бажано призначати залежно від чутливості грибів до неї. У тих випадках, коли немає можливості провести спеціалізовані мікологічні дослідження, препаратом вибору має бути системний антимікотик широкого спектра дії, краще представник азолів (орунгал по 100 мг, флуконазол по 50-100 мг за добу протягом 2 тижнів). Традиційні полієнові антимікотики (ністатин, леворин) через їхню низьку ефективність, а також високу токсичність бажано застосовувати місцево. Залежно від асоціації з іншими мікроорганізмами необхідно призначати спеціалізовані препарати (трихопол за схемою, мератин по 500 мг 2 рази за день). Для місцевої етіотропної терапії доцільно використовувати антисептики, які одночасно виконують антимікотичну й антибактеріальну дію, спрямовані на стрепто- і стафілококи, віруси, найпростіші, спірохети, фузобактерії. До цих препаратів належать: етоній, себідин, міромистин, які застосовують у вигляді аплікацій (по 10-15 хв. 4-6 разів за день); йоддицерин у вигляді ротових ванночок (4-6 разів за день); хлорхінальдин, септифрил, септолете у вигляді пігулок або пастилок для розсмоктування в порожнині рота (4-6 разів за день); колустан у вигляді аерозолу для зрошення СОПР.

Усім хворим признається вітамінно-білкова дієта з обмеженням вуглеводів і заборонаю солодощів. Серед вітамінних препаратів слід надати перевагу групі В.

Крім антибактеріальної терапії, необхідно призначати гіпосенсибілізуючу терапію (фенкарол, лоратадин, гісманал, терфенадин, перитол та ін.), тому що у хворих із хронічними формами кандидозу встановлено сенсибілізацію організму до грибів роду *Candida*.

З точки зору патогенезу кандидоз - це вторинний прояв імунodefіциту, отже, імункорекція має бути невід'ємним етапом у його лікуванні (ербісол, левомізол, ізопринозин, амізон, мілайф та ін.) під контролем імунограми і наглядом імунолога. Для підвищення місцевих захисних факторів необхідно призначати імудон у вигляді пігулок для розсмоктування в порожнині рота (6-8 раз за день

протягом двох тижнів або місяця).

У разі встановлення дисбактеріозу потребує нормалізації склад мікрофлори ШКТ. Цього досягають, призначаючи еубіотики: лінекс, хілак форте, біфідум бактрим, біфікол, бактиспорин та ін.

Крім призначення лікарських препаратів важливу роль у лікуванні хворих на кандидоз відіграють санація порожнини рота, дотримання правил гігієни (використання зубних паст, що містять бікарбонат натрію, чищення язика спеціальними щітками), правильний догляд за знімними протезами та інше.

### Література

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. - К.: Здоров'я, 1998. - С. 172- 179.
2. Хмельницький О.К. О кандидозе слизистых оболочек // Архив патологии.-2000. - №6. - С.3-10.
3. Сидельникова Л.Ф., Лукашевич М.Б. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта: Критерии диагностики, современные отечественные и зарубежные средства в комплексном лечении // Современная стоматология.- 2001. - № 2. - С.46 -50.

Стаття надійшла  
2.11.2005 р.

### Резюме

В последние годы среди стоматологических больных наблюдается резко прогрессирующая тенденция роста грибковых поражений СОПР. Нами установлено, что в большинстве случаев (79,7%) грибы рода *Candida* образуют ассоциации с патогенными микроорганизмами, что значительно усложняет лечение и требует коррекции существующих традиционных схем лечения данного заболевания.

### Summary

For the last years among stomatological patients there is the tendency of growth of the fungus defeats SOPR sharply making to progress. It is set by us, that in most cases (79,7%) the mushrooms of the *Candida* family form associations with pathogenic microorganisms, that considerably complicates medical treatment and requires correction of existent, traditional charts of medical treatment of the given disease.