

УДК 616.31-002-022

*Скрипнікова Т.П., Скрипников П.М.*

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ЛЕПТОТРИХОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

З 80-х років XIX століття у складі мікрофлори порожнини рота виділяють лептотрихії – рід грамнегативних анаеробних неспорутворюючих бактерій у вигляді паличок, які належать до сімейства фузобактерій. За морфологічними даними, будовою клітинної стінки, антигенною структурою вони є частиною умовно-патогенної флори порожнини рота. Їхні характерні особливості – чутливість до токсичної дії кисню, відсутність спор, складність харчових процесів. Це також дозволяє відносити їх до сімейства молочнокислих бактерій, які сприяють кисломолочному бродінню [1].

У нормі неспорутворюючі анаеробні бактерії беруть участь у підтриманні гомеостазу, синтезі біологічно активних речовин, ферментативній активності, регуляції газоутворення і водно-сольового обміну; забезпечують колонізовану резистентність макроорганізму. Вони здатні обмінюватися плазмідами з іншими бактеріями, при цьому здобуваючи множинну медикаментозну стійкість [2].

Оптимальний ріст лептотрихій відбувається при підвищеній концентрації вуглекислого газу. Цей анаероб окислює вуглекислу сіль закису заліза в окис.

Динамічна рівновага в кількості мікрофлори та її активності підтримується гуморальними і клітинними факторами. При порушенні гомеостазу в порожнині рота, наявності соматичних захворювань, тривалому прийомі антибіотиків і кортикостероїдів лептотрихії з розряду умовно-патогенної мікрофлори переходять у патогенну [1-3].

Висловлюються різні думки про підходи до лікування за наявності лептотрихій у порожнині рота. Одні автори переконані, що рясно вегетуючі лептотрихії не свідчать про патологію. Інші, навпаки, мають протилежну думку, вважаючи, що лептотрихоз – це хвороба, наближена до опортуністичних мікозів. Але є й третя думка: деякі автори зараховують лептотрихоз до ВІЛ-асоційованих хвороб [4].

Ця розбіжність думок спонукає оцінювати їх критично і робити висновки про необхідність лікування лептотрихозу залежно від клінічних проявів.

Разом із цим існують утруднення в діагностиці у зв'язку зі схожістю скарг із різними формами кандидозу, особливостями лабораторного обстеження і лікування.

Тому **метою** нашої роботи стало виявлення

особливостей клінічних симптомів стоматиту, викликаного лептотрихіями, вибір методу лікування і його оцінка.

### Матеріали і методи дослідження

Робота виконана за результатами діяльності «Обласного науково-практичного центру захворювань слизової оболонки порожнини рота» при кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів УМСА за 2014- 2018 рр.

Проведено аналіз поширеності грибкових стоматитів за 5 років за даними звернення пацієнтів на консультацію. Установлено, що щорічно збільшується кількість пацієнтів із цією патологією. Таку 2014 році їх кількість складала 16,6%, а у 2018 році – 26,9% загальної кількості пацієнтів, тобто 122 людини.

Для діагностики застосовували суб'єктивні методи обстеження, об'єктивні й додаткові.

Виявлені симптоми, в низці випадків відсутність ефективності лікування, що проводилося раніше, або яке проводиться зараз, перенесені та супутні хвороби, умови праці, побуту, вживання лікарських препаратів, стан органів порожнини рота важливі для диференційованої діагностики.

Об'єктивне обстеження пацієнтів виконували згідно з рекомендаціями експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [5].

У ролі додаткових методів обстеження використано мікроскопічний і культуральний, клінічний аналізи крові, сечі, кров на цукор. За необхідності пацієнтів направляли на консультацію до суміжних спеціалістів. Кандидози слизової оболонки порожнини рота мають шифр МКХ – В.370.

Зі 122 пацієнтів 78 (63,9%) склали жінки, 44 (37,1%) – чоловіки. Вони були переважно віком 40-75 років. У 83% пацієнтів були хвороби шлунково-кишкового тракту. За допомогою мікроскопічного дослідження в 5 (4,09%) (3 жінки, 2 чоловіків) визначено лептотрихії. Виявлена мала чисельність цієї хвороби відповідає даним літератури [6]. Ці хворі складають основну групу дослідження. У ролі контрольної групи були 7 пацієнтів із грибковим стоматитом, викликаним *C. Albicans*. Їхній вік і стан здоров'я відповідали пацієнтам основної групи. Методи дослідження, переважно, використовували рівнозначні, лікування проводили традиційне. Для пацієнтів із лептотрихозом запропоновано схеми лікування з урахуванням патогенезу захворювання.

### Результати дослідження та їх обговорення

При лептотрихозі в пацієнтів виявлено деякі характерні особливості в скаргах порівняно з *Candida Albicans*.

Хворі скаржилися на пекучість слизової оболонки губ, щік, твердого і м'якого піднебіння, сухість у роті, пінисту слину. Для лептотрихозу з локалізацією на язичі характерний грубий зроговілий епітелій ниткоподібних сосочків, що надає їм вигляд шипуватих, гострокінцевих, дуже щільних наростів сірого чи жовтувато-сірого кольору. Наліт може покривати окремі ділянки слизової оболонки порожнини рота. Він щільно прилягає до тканин, важко знімається, оголюючи пухку поверхню, що сильно кровоточить. Запальні явища не визначаються. Вигляд слизової оболонки турбує пацієнтів, вони оглядають її кі-

лька разів за день, що викликає фобію (3 пацієнти).

У двох хворих ниткоподібні сосочки язика були атрофовані, він гладенький, але колір слизової не змінений. Відчувається дискомфорт під час уживання гострої їжі.

Виявлений також ангулярний хейліт. У кутах рота утворюються тріщини, покриті кірочками, сироподібним нальотом. Відкривання рота болюче. Червона облямівка губ гіперемійована, покрита сіруватим нальотом. Тривалість захворювання може бути від кількох місяців до року. Лікування в попереднього лікаря-стоматолога було неефективне у всіх хворих.

У ролі патогномонічного методу діагностики виступає тільки мікроскопічне дослідження (мал.1).



Мал.1. Лептотрихії: нитки у вигляді «кравка-тире»

У звичайних лабораторних умовах немає росту цих бактерій на поживних середовищах. Ця особливість лептотрихій ускладнює дослідження для визначення і вибору лікарських засобів.

Складаючи план лікування, урахували патогенез захворювання, в якому основна роль відводиться неспроможному клітинному імунітету, порушенню фагоцитарної активності нейтрофілів, моноцитів, еозинофілів, сенсibiliзації організму продуктами життєдіяльності лептотрихій, особливостям умов для підтримання їхнього життя, високій цукролітичній активності та ін. Проаналізовано відомі способи комплексного лікування цієї патології, їхні переваги і недоліки [7].

У зв'язку з тим, що ця хвороба рідко висвітлюється в літературі, описані лише окремі клінічні випадки.

Недоліками методів лікування є їхня низька ефективність, яку складають такі критерії: стійкий перебіг, тривале лікування, рецидиви, виникнення ускладнень (алергічні реакції, дисбактеріоз) та ін.

Складність лікування зумовлена також відсутністю способу отримання культури лептотрикса для визначення ефективності препаратів *in vitro*.

У зв'язку з цим до алгоритму лікування лептотрихозу слизової оболонки порожнини рота слід включати:

- консультацію пацієнтів у суміжних спеціалістів;
- призначення імуномодуляторів, седативних, гіпосенсибілізуючих препаратів, вітамінів;
- санацію порожнини рота і професійну гігієну;
- застосування ванночок антибактеріальних препаратів: метрогіл 0,5% р-н; р-н Люголя, розбавлений у 2-3 рази; йодинол; р-н хлорофіліпту; 1 % р-н борної кислоти та ін.;
- ванночки антисептичних засобів: 1,12% р-н хлоргексидину біглюконату; 0,1% р-н гексетидину; 1% р-н перекису водню та ін.;
- аплікації масляного р-ну хлорофіліпту 3 рази за день по 20 хв; аплікації 20% р-ну тетраборату натрію 3 рази за день по 20 хв.

Курс лікування – до 2-3 місяців [7].

На підставі особливостей етіології, патогенезу лептотрихій, перерахованих препаратів для терапії пропонується одна зі схем лікування, яку використовували.

DS: лептотрихоз слизової оболонки порожнини рота, гіперпластична форма, середній ступінь тяжкості.

Пацієнтка перебуває на обліку в гастроентеролога з приводу хронічного гастриту з підвищеною кислотністю. Призначено:

- «Цетрин» по 1 таб. на ніч, 14 днів;
- полівітаміни «Ундевіт» по 2 др. 2 рази за день, 21 день;
- професійна гігієна порожнини рота, санація;
- розсмоктування таб. БіоГая по 1 таб., 1 раз за день, 7 днів;
- ванночки «Метрогил» 0,5% р-ну, 2 рази за день, 21 день;

– ванночки 1% р-ну перекису водню 2 рази за день, 21 день;

– аплікації 20% р-ну тетраборату натрію, 3 р/день по 20 хв, 14 днів.

Оцінка критеріїв лікування (тривалість лікування, рецидиви, відсутність ефекту схеми лікування і заміна препаратів) показала, що грибковий стоматит, викликаний *C. Albicans*, виликовують за 2-3 тижні, рецидиви можливі в 14%-20% випадків.

Лептотрихоз супроводжується тривалим лікуванням – 2-3 місяці, зміною препаратів у 50% випадків, виникненням рецидивів у 60% хворих. Результати лікування представлено в таблиці.

Таблиця  
Результати лікування хворих на лептотрихоз

Хвороба	Збудник хвороби	Лабораторні методи дослідження	Кількість хворих	Одужання (1 місяць)	Одужання (2 місяці)	Одужання (3 місяці)	Рецидив
Кандидоз	<i>C. Albicans</i>	Мікроскопічний культуральний	7	7-100%	-	-	1-14%
Лептотрихоз	<i>Leptotrichs</i>	мікроскопічний	5	-	2-40%	3-60%	3-60%

### Висновок

Отже, для лептотрихозу слизової оболонки порожнини рота характерний хронічний перебіг протягом кількох місяців. Лікування довготривале, з виникненням рецидивів. Оскільки лептотрихоз виникає на фоні соматичної патології, раціонально проводити лікування разом із лікарем-інтерністом. Стоматологу необхідно знати альтернативні схеми лікування. Пацієнти мають перебувати на диспансерному обліку.

**Перспективи** дослідження передбачають розширення схем індивідуального лікування за рахунок застосування препаратів рослинного походження, деяких фізичних факторів: УФО, лазер, криодеструкція.

### Список літератури

1. Микробиология и иммунология для стоматологов: [пер.с англ.] / Под ред. Р. Дж. Ламонта, М.С. Лантца, Р.А. Берне, Д.Дж. Лебланка; пер.с англ. под ред. В.К. Леонтьева. –М.: Практическая медицина, 2010. –504 с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник для студентів стоматологічного факультету вищих навчальних закладів IV рівня акредитації / за ред. А.К.Ніколішина.– Вид. 2-ге, випр. і доп.– Вінниця: Нова Книга, 2012.– С. 85-86.
3. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма: клиническое руководство для врачей / Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. – М., 2000.– 403 с.
4. Боровский Е.В. Диагностика и лечение лептотрихоза слизистой полости рта: метод.рек. / Боровский Е.В., Чумаков А.А., Миренова Л.Г. –М.: ММСИ им. Н.А.Семашко, 1987.– 4 с.
5. Стоматологическое обследование. Основы и методы.– 4-е изд. – ВОЗ, Женева, 1997.

6. Флейшер Г.М. Клинический случай проявления лептотрихоза языка/ Флейшер Г.М., Воронцова Э.Л., Фомичев И.В. //Проблемы стоматологии. – 2014. –№ 6.– С. 24-25.

7. Патент РФ №219.017.6372, 29.05.2019. Способ лечения лептотрихоза ротовой полости // Патент России № 2688231 / Петрачев А. С., Рогожникова Е.П.,Максимова Н.В., Асташина Н.Б.

### References

1. Mikrobiologiya i immunologiya dlya stomatologov: [per.s angl.] / Pod red. R. Dzh. Lamonta, M.S. Lantts, R.A. Berne, D.Dzh. Leblanka; per.s angl. pod red. V.K. Leonteva. –M.: Prakticheskaya meditsina, 2010. –504 s.
2. Terapevtichna stomatologiya: Pidruchnik dlya studentiv stomatologichnogo fakultetu vischih navchalnih zakladiv IV rlvnya akreditatsiyi / za red. A.K.Nikollshina.- vid. 2-ge, vipravlene I dopovnene. – Vlnnitsya: Nova Kniga, 2012. – S. 85-86.
3. Banchenko G.V.Yazyik – «zerkalo» organizma: Klinicheskoe rukovodstvo dlya vrachey / Banchenko G.V., Maksimovskiy Yu.M., Grinin V.M. – M., 2000. – 403 s.
4. Borovskiy E.V. Diagnostika i lechenie leptotrihoza slizistoy polosti rta: metod.rek. /Borovskiy E.V., Chumakov A.A., Mirenova L.G. – M.: MMSI im. N.A.Semashko, 1987. –4 s.
5. Stomatologicheskoe obsledovanie. Osnovy i metodyi. – 4-e izd. – VOZ. Zheneva, 1997.
6. Fleysher G.M. Klinicheskij sluchay proyavleniya leptotrihoza yazyika /Fleysher G.M., Vorontsova E.L., Fomichev I.V. // Problemy stomatologii. – 2014. – №6. – S. 24-25.
7. Patent RF #219.017.6372, 29.05.2019. Sposob lecheniya leptotrihoza rotovoy polosti // Patent Rossii # 2688231 / Petrachev A. S., Rogozhnikova E.P., Maksimova N.V., Astashina N.B.

Стаття надійшла  
15.08.2019 р.

### Резюме

Особливе місце в складі мікрофлори порожнини рота займають лептотрихії – рід грамнегативних анаеробних неспороутворюючих бактерій у вигляді паличок, належать до сімейства фузобактерій. За морфологічними даними, будовою клітинної стінки, антигенною структурою вони є частиною умовно-патогенної флори порожнини рота. Їхні особливості – чутливість до токсичної дії кисню, відсутність спор, складність харчових процесів. Це також дозволяє зараховувати їх до сімейства молочнокислих бактерій, що сприяють кисломолочному бродінню.

При порушенні гомеостазу в порожнині рота, наявності соматичних хвороб лептотрихії з розряду умовно-патогенної мікрофлори переходять у патогенну.

Є утруднення в діагностиці у зв'язку зі схожістю скарг з іншими формами кандидозу, особливостями лабораторного обстеження і лікування.

Для діагностики застосовували суб'єктивні методи обстеження, об'єктивні та додаткові, серед яких результативним був тільки мікроскопічний.

Зі 122 пацієнтів, обстежених на грибовий стоматит, у 5 (4,09%) виявлено лептотрихії.

При складанні плану лікування враховували патогенез захворювання, в якому основна роль відводиться неспроможному клітинному імунітету, порушенню фагоцитарної активності нейтрофілів, моноцитів, еозинофілів, сенсibiliзації організму продуктами життєдіяльності лептотрихії, особливостям умов для підтримання їхнього життя, високій цукролітичній активності та ін.

Для лептотрихозу слизової оболонки порожнини рота характерний хронічний перебіг. Лікування рціонально проводити разом із лікарем-інтерністом. Стоматологу необхідно знати різні альтернативні схеми лікування. Пацієнти мають перебувати на диспансерному обліку.

**Ключові слова:** лептотрихоз, діагностика, клініка, перебіг, лікування.

### Резюме

Особое место в составе микрофлоры полости рта занимают лептотрихии – род грамотрицательных анаэробных неспорообразующих бактерий в виде палочек, относятся к семейству фузобактерий. По морфологическим данным, строению клеточной стенки, антигенной структуре они являются частью условно-патогенной флоры полости рта. Их особенностью являются чувствительность к токсическому действию кислорода, отсутствие спор, сложность пищевых процессов. Это также позволяет относить их к семейству молочнокислых бактерий, способствующих кисломолочному брожению.

При нарушении гомеостаза в полости рта, наличии соматических заболеваний лептотрихии из разряда условно-патогенной микрофлоры переходят в патогенную.

Существуют затруднения в диагностике в связи со сходством жалоб с другими формами кандидоза, особенностями лабораторного обследования и лечения.

Для диагностики применялись субъективные методы обследования, объективные и дополнительные, среди которых результативным был только микроскопический.

Из 122 пациентов, обследованных на грибковый стоматит, у 5 (4,09%) обнаружены лептотрихии.

При составлении плана лечения учитывали патогенез заболевания, в котором основная роль отводится несостоятельному клеточному иммунитету, нарушению фагоцитарной активности нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов, сенсibiliзации организма продуктами жизнедеятельности лептотрихий, особенностям условий для поддержания их жизнедеятельности, высокой сахаролитической активности и пр.

Для лептотрихоза слизистой оболочки полости рта характерно хроническое течение. Лечение рационально проводить совместно с врачом-интернистом. Стоматологу необходимо знать различные альтернативные схемы лечения. Пациенты должны состоять на диспансерном учете.

**Ключевые слова:** лептотрихоз, диагностика, клиника, течение, лечение.

UDC 616.31-002-022

## DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHARACTERISTICS OF LEPTOTHRICHOSIS OF THE ORAL MUCOSA

*Skrypnikova T.P., Skrypnikov P.M.*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

### Summary

Leptotrichia species play an important role in the microflora composition of the oral cavity, a genus of asporogenous gram-negative anaerobic bacteria, in the form of sticks that belong to the family of Fusobacterium. According to the morphological data, the structure of the cell wall, antigenic structure, they are part of the opportunistic flora of the oral cavity. Their peculiarities are the sensitivity to the toxic effects of oxygen,

the absence of spores, the complexity of food processes. It also allows to refer them to the family of lactic acid bacteria that promote lactic acid fermentation.

Violation of homeostasis in the oral cavity and the presence of somatic diseases lead to the transformation of leptotrichia from the category of opportunistic microflora into pathogenic one. Different opinions about approaches to treatment in the presence of leptotrichia in the oral cavity are expressed. Some authors say that abundantly vegetative leptotrichia do not indicate pathology. Others, on the contrary, have the opposite view, believing that leptotrichosis is a disease close to opportunistic mycosis. But there is the third opinion: some authors attribute leptotrichosis to HIV - associated diseases. Clinical similarities with other fungal infections make it difficult to manage these patients.

There are some important traits for differential diagnosis such as identified symptoms, in some cases the lack of effectiveness of previous or current treatment, postponed and concomitant diseases, sociodemographic status, use of medicines. Subjective, objective and additional examination methods were used for diagnosis.

Objective examination of patients was carried out according to the recommendations of experts of the World Health Organization (WHO).

As additional method of examination it has been used microscopic research, which was the most effective, clinical analysis of blood, urine, blood for sugar. If necessary, patients were referred for consultation to other specialists. Candidiasis of the oral mucosa has a code ICD - B.370.

Patients have such complaints as burning of the mucous membrane of the lips, cheeks, hard and soft palate, dry mouth. There is a coarse keratinized epithelium of filamentous papillae, which gives them the appearance of spiky, pointed, very dense growths of gray or yellowish-gray color. The plaque may cover some areas of the oral mucosa. It adheres tightly to the tissues, is difficult to remove, exposing a loose bleeding surface. Inflammation is not identified. The mucous membrane appearance is worried patients, they examine it several times a day, which causes a phobia.

In some cases, the filamentous papillae of the tongue may be atrophied, it becomes smooth, but the color of the mucosa is not changed. Patients suffer from eating spicy food.

Among all diagnostic methods (subjective and objective) only the microscopic one is effective. Leptotrichosis accounts for 5 cases (4.09%) of the examined 122 patients with fungal origin stomatitis. This disease is quite rare, only a few clinical cases are described in the literature.

The pathogenesis of the disease (incomplete cellular immunity, shift of the phagocytic activity of neutrophils, monocytes, eosinophils, the host sensitization of leptotrichia's byproducts, high saccharolytic activity, and others) is considered in leptotrichosis management. Leptotrichosis of the oral cavity mucosa is characterized by a chronic course (for several months). The treatment plan is made with an internist. A dentist has to know different alternative kind of treatment. Patients should be examined dynamically.

**Key words:** leptotrichosis, diagnostics, clinic, course, treatment.