



# JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хасанова Лола Эмильевна  
Юнусходжаева Мадина Камалитдиновна  
Рустамова Мохира Уктамовна

Ташкентский государственный стоматологический институт

## КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

 [p://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-2-4](https://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-2-4)

### АННОТАЦИЯ

Проблема кандидоза полости рта актуальна как среди взрослого населения, так и у детей ввиду частого рецидивирования, наличия большого числа предрасполагающих факторов, отсутствия соблюдения гигиенических мероприятий по уходу за ротовой полостью. Наиболее частым возбудителем кандидоза полости рта являются грибы *C. albicans*. В статье рассматриваются факторы риска развития данного заболевания с учетом возрастных особенностей. Местная этиотропная терапия изолированного кандидозного поражения полости рта со включением антимикотиков широкого спектра действия эффективна в большинстве случаев. Профилактические мероприятия, проводимые по окончании курсов этиотропной терапии, направлены на уменьшение числа рецидивов кандидоза полости рта. В статье обобщены принципы лечения кандидоза в зависимости от различных факторов, связанных с течением этого заболевания.

**Ключевые слова:** кандидоз, антимикотики, лечение.

Хасанова Лола Эмильевна  
Юнусходжаева Мадина Камалитдиновна  
Рустамова Мохира Уктамовна

Ташкент давлат стоматология институти

## КАНДИДОЗНИНГ КОМБИНАЦИОН ТЕРАПИЯСИ ОҒИЗ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ

### АННОТАЦИЯ

Оғиз бўшлиғи кандидоз касаллиги катталар ва болалар орасида ҳам тез-тез такрорланиб туриши, кўп сонли мойиллик омилларининг мавжудлиги, оғзаки парвариш учун гигиеник тадбирларга риоя қилинмаслиги туфайли долзарбдир. Оғиз кандидозининг енг кенг тарқалган сабабчиси замбуруғлар *C. albicans*. Мақолада ёш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ушбу касалликнинг ривожланиши учун хавф омиллари кўриб чиқилади. Кенг спектрли антимикотикларин киритиш билан оғиз бўшлиғи хавфсиз ҳолатга кандидоз зарарланишлар маҳаллий этиотроп даволаш кўп ҳолларда самарали бўлади. Этиотроп терапия курсларининг охирида ўтказиладиган профилактик тадбирлар оғиз кандидозининг қайталанишлар сонини камайтиришга қаратилган. Мақолада кандидозни даволаш тамойиллари, бу касалликнинг кечиши билан боғлиқ турли омилларга боғлиқ.

**Калит сўзлар:** кандидоз, антимикотиклар, даволаш.

Lola E. Khasanova  
Madina K. Yunuskhodzhaeva  
Mokhira U. Rustamova  
Tashkent State Dental Institute

## COMBINED THERAPY OF CANDIDOSIS OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY

### ANNOTATION

The problem of oral candidiasis is relevant both among adults and in children due to frequent recurrence, the presence of a large number of predisposing factors, and the lack of compliance with hygienic measures for oral care. The most common causative agent of oral candidiasis is the fungi *C. albicans*. The article considers the risk factors for the development of this disease, taking into account age characteristics. Local etiotropic therapy of isolated candida lesions of the oral cavity with the inclusion of broad-spectrum antimycotics is effective in most cases. Preventive measures taken at the end of courses of etiotropic therapy are aimed at reducing the number of relapses of oral candidiasis. The article summarizes the principles of treatment of candidiasis, depending on various factors associated with the course of this disease.

**Key words:** candidiasis, antimycotics, treatment.

Анализ стоматологической заболеваемости ВОЗ показывает четкую тенденцию к росту числа микотических поражений в течение последнего десятилетия. К 1995 году микозами страдало 20% населения планеты, в начале XXI века этот показатель вырос вдвое и продолжает расти [1, 6]. Истинная заболеваемость

кандидозом СОПР в Узбекистане неизвестна, поскольку официально не регистрируется и обращают внимание на проблему лишь при его обострении [3].

Целью работы было изучение возникновения кандидоза у пациентов с длительным и бесконтрольным временем приема

антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов, с сопутствующими заболеваниями (ВИЧ, эндокринопатии, патологии ЖКТ), повышенным уровнем глюкозы крови, неудовлетворительным состоянием гигиены полости рта, наличием гальванизма, возраст старше 40 лет и прочее [6].

По данным авторов [4,5,7], терапия грибкового стоматита не всегда эффективна, о чем говорят рецидивы заболевания. Известно, что грибы рода *Candida* часто находятся в ассоциации с другими микроорганизмами и этот факт осложняет лечение [2]. Среди факторов патогенности грибов выделяют такие свойства, как резистентность к антимикотикам. Также известно, что полиеновые антибиотики разрушают целостность цитоплазматической мембраны микроорганизмов тем самым способствуют проникновению других лекарственных препаратов в клетку. [4]. Существуют экспериментальные исследования комбинированной терапии кандидозов с использованием полиенов и азолов.

**Материалы и методы исследования.**

Под нашим наблюдением в клинике ТГСИ находились 45 больных с хроническим атрофическим кандидозом полости рта. При постановке первичного диагноза и контроле результатов лечения руководствовались общеклиническими данными (типичные жалобы больных, анамнез, клиническая картина заболевания), показателями лабораторных исследований (общий анализ крови и кровь на сахар, мазок или соскоб для микроскопии и культуральной диагностики) и данными консультаций других врачей. Лабораторные исследования крови проводились на базе ЦКДЛ клиники ТМА. Микроскопия мазков и культуральные исследования в лаборатории кафедры микробиологии ТГСИ.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Результаты наших исследований [5] показали, что в большинстве случаев (68,9%) у больных грибы рода *Candida* выделены в ассоциациях с другими микроорганизмами. Этот факт значительно усложняет лечение и требует комплексного и дифференцированного подхода к терапии заболевания. Поэтому всем больным назначалось этиологическое лечение

антимикотиками широкого спектра действия, специализированными препаратами в зависимости от ассоциации с другими микроорганизмами, а также гипосенсибилизирующая, иммунокорректирующая терапия, биотерапия, витаминно-белковая диета, санация полости рта и необходимый гигиенический уход. Наблюдение за диспансерной группой показало, что у пациентов (61,5%), у которых возбудителем было обнаружено *C. albicans*, через 2-3 года после проведенного комплексного лечения диагностирован рецидив болезни. По нашему мнению, это обусловлено факторами патогенности данного вида гриба. *Candida albicans*-единственный среди возбудителей микозов вид, существующий в диплоидном состоянии. В зависимости от условий среды *C. albicans* переходит от дрожжевой формы до плесневой и наоборот, то есть происходит полиморфизм.

По большей части грибы рода *Candida* чувствительны к антимикотикам, но имеют высокую степень приспособления. Учитывая это, в случаях рецидивов болезни нами использовался принцип комбинированной терапии. А именно, этиологическое лечение проводилось с использованием местных и системных антимикотиков. Назначали препараты антигрибковой и иммуномоделирующего действия от слабого антисептического и адаптогенного действия при легкой степени кандидоза к выраженной фунгицидной и иммуностимулирующей – при тяжелой степени.

Местно использовали полиеновые антибиотики (нистатин, леворин.) которые, по данным литературы, увеличивают проницаемость цитоплазматической мембраны чувствительных микроорганизмов, предоставляют доступ к клетке другим лекарственным средствам и имеют самый широкий спектр противогрибковой активности *in vitro* среди антимикотиков. Их целесообразно использовать в виде суспензий, растворов, мазей. Рекомендовали преимущественно разжевывание таблеток, так как ротовые полоскания менее эффективны, в связи с меньшим сроком контакта. Схемы назначения обобщены в таблице 1.

**Таблица 1**

Лекарственные средства	Схема назначения
<b>Полиеновые антимикотики</b>	
Нистатин (водная суспензия 100 000 ЕД/мл, 4% мазь, таблетки)	Полоскание, ирригация 10-15 мл в течение 1 минуты или аппликация мази, или разжевывание таблеток 4 раза в день
Леворин (водная суспензия 20 000 ЕД/мл, 5% мазь, таблетки)	Схему назначения смотри выше
Низорал (мазь или крем)	Аппликация мази на слое ваты в течение 15 минут 2 раза в день
Канестен (1% раствор, мазь)	Аппликация мази на слое ваты в течение 15 минут 2 раза в день
Пимафуцин (2,5% суспензия, 2% крем)	аппликация на слое ваты в течение 15 минут 4 раза в день
<b>Антисептики</b>	
1-2% р-р анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, фукоцин)	Смазывание участков поражения
Люголь, 10-20% раствор буры в глицерине Настойка йода (5-10 капель на 1 стакан воды) 2-3% раствор йодида калия	Смазывание участков поражения Полоскание, ирригация в течение 1 минуты после приема пищи По 1 ст. ложке внутрь 2-3 раза в день после еды
2% р-р борной кислоты, 2% р-р натрия гидрокарбоната	полоскания, ирригация в течение 1 минуты после приема пищи
"Корсодил" (0,2% р-р хлоргексидина), «Гексорал» (0,1% р-р гесетидина).	полоскания, ирригация в течение 1 минуты после приема пищи

С учетом чувствительности грибов всем опытным больным назначали полоскания (5-10 мл в течение 1 минуты 4 раза в день) или аппликации (1 мл 4-6 раз в сутки) водной суспензии (раствора) одного из полиеновых антимикотиков (нистатина 100 000 ЕД/ мл, леворина 20 000 ЕД / мл, 2,5% пимафуцина, 1% канестена) или таблетки для разжевывания (по 250 000 – 500 000 ЕД 4 раза в день). Всем больным объясняли, что средства для местного лечения должны оставаться в полости рта как можно дольше. С этой же целью использовали противогрибковые мази с преимущественно 2% содержанием активного вещества, которые наносились на слой

ваты или марли и размещались на участках поражения. Параллельно применяли антисептики с противогрибковым действием к которым относятся: 1-2 % растворы анилиновых красителей, раствор Люголя, 10-20% раствор буры в глицерине для смазывания СОПР. А также полоскания щелочными средствами, изменяющими среду полости рта и губительно действующими на грибковую флору (2% р-н борной кислоты, 2% р-н натрия гидрокарбоната). Местные антисептики рекомендовали использовать поочередно.

Для уменьшения сухости в полости рта и дополнительного воздействия на грибковую флору назначали 2-3% р-н йодида калия по 1 ст. ложке внутрь 2-3 раза в день после еды. Таким образом, мы использовали фунгистатические свойства йода, проявляющиеся в период выделения через кожу, слизистую оболочку рта и слизистые железы, а также стимулировали саливацию. С целью системной терапии (которая показана при хронических формах кандидоза, комбинированных поражениях и рецидивах болезни) назначали флуконазол (по 50-100 мг в сутки), итраконазол (по 100-200 мг в сутки), вориконазол (по 200-400 мг в сутки) в течение 10 дней. Наибольший спектр действия имеют Вориконазол и Итраконазол. Оба отличаются от других азолов наличием активности по отношению к плесневым грибам.

Всем пациентам проведена разъяснительная работа о взаимосвязи характера питания с состоянием иммунной системы. Рекомендовано исключить или свести к минимуму продукты, которые стимулируют рост грибов. Для гигиенического ухода за полостью рта всем пациентам назначена зубная паста, содержащая триклозан «President Active», рекомендовано использовать зубные щетки со скребком для языка.

#### **Вывод:**

Комбинированная терапия значительно оптимизирует схему комплексного лечения больных кандидозом при хронических формах заболевания, комбинированных поражениях и рецидивах болезни. При назначении антимикотиков необходимо учитывать чувствительность бактериальной флоры и отдавать предпочтение препаратам, которые действуют в синергизме.

#### **References / Сноски:**

1. Арзумян В.Г., Шмелев О.А. Клинически значимые дрожжевые грибы – классификация, антигены и современные методы диагностики. В кн.: Микология сегодня. Т.Ю. Дьяков, А.Ю. Сергеев (ред.). Т. 3. М.: Национальная академия микологии, 2016: 120-123.
2. Кандидоз полости рта / С. В. Латышева [и др.]. – Минск, 2005. – С. 16-18.
3. Бойко, Г. И. Критерии цитологической оценки кандидоза полости рта / Г. И. Бойко, Г. П. Соснин // Материалы III Съезда стоматологов Беларуси. – Минск, 1997. – С. 36-37.
4. Елинов Н.П. Медицинская микология к XXI веку — в начале третьего тысячелетия / Н.П. Елинов // – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 6–12.
5. Клиническая фармакология антибиотиков / Л. С. Страчунский [и др.]. – Смоленск, 2004. – С. 88-98.
6. Федюкович, Н. И. Справочник по лекарственным препаратам / Н. И. Федюкович. – Минск-Ростов-на-Дону, 2001. – Ч.1. – С. 38.
7. Климова Т.Н. Колонизация условно-патогенными бактериями различных биотопов полости рта пациентов. Пользующихся съёмными протезами из акриловых пластмасс: Дисс. канд. мед. наук / Т.Н.Климова. – Волгоград. 2005. -161 с.
8. Бурова, С. А. Клинические разновидности и лечение кандидоза / С. А. Бурова, В. Г. Воинова // Обмен опытом. – 1997. – № 4. – С. 24-28.
9. Fotos P.G. Candida and candidosis. Epidemiology, diagnosis and therapeutic management/ P.G.Fotos, J.W. Hellstein // Den.t Clin. North. Am.- 1992.- Vol.36, №4.- P.857-878
10. Mimma E.G. Comparison of photodynamic therapy versus convention ad antifungal therapy for the treatment of denture stomatitis: a randomized clinical trial / E.G. Mimma, C.E.Vergani, et al // Clin Microbiol Infect. – 2012/ - № 18. P/ 380 - 388.