

ми приборами и инструментами, оперативно осваивающих и применяющих новейшие технологии, являются сдерживающими факторами на пути повышения качества лечения пациентов с осложненным кариесом. Последипломное обучение на научном уровне с использованием современного оборудования поможет формированию навыков у врачей-стоматологов.

#### Список литературы

1. Гусева О.Ю., Балтаев А.Д., Александров А.И. Сравнительная характеристика методов обработки корневых каналов никель-титановыми машинными инструментами –Recipro и Mtwo// Бюллетень медицинских интернет-конференций . - 2013. Том 3. Выпуск 2. - 4-7 марта 2012 . - Режим доступа: <http://medconfer.com/files/archive/Bulletin-of-MIC-2013-02.pdf> (дата обращения: 12.01.014).
2. Дмитриева Л.А., Митронин А.В., Собкина Н.А., Помещикова Н.И. Эффективность использования самоадаптирующихся файлов SAF по результатам лабораторных исследований // Эндодонтия today. – 2013. – №3. – С.39-42.
3. Кодылев А. Г., Шуйский А. В. Применение эрбий-хромового лазера в комплексном лечении периодонтита // Эндодонтия today. – 2008. – №1. – С. 36-40.
4. Ломиашвили Л.М., Золотова Л.Ю., Погадаев Д.В., Михайловский С.Г. Использование современных никель-титановых эндодонтических инструментов в учебном процессе на кафедре терапевтической стоматологии Ом ТМА // Эндодонтия today. – 2013. – №3. – С. 8-11.
5. Насей А. Новые технологии в эндодонтии // Эндодонтия today. – 2008. – №1. – С. 8-11.
6. Ногина А.Ю. Планирование эндодонтического лечения с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии // Эндодонтия today. – 2013. – №4. – С.56-58.
7. Рабинович И.М., Корнетова И.В. Опыт применения высоких технологий в эндодонтии // Эндодонтия today. – 2013. – №2. – С.12-16.
8. Стефанцов Н.М., Молоканов Н.Я., Шашмурина В.Р., Федосеев А.В., Купреева И.В., Девликанова Л.И. Пути совершенствования постдипломного образования врачей-стоматологов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – Смоленск. – 2013. – №1. – С.86-89.
9. Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии: тезисы международной научно-практической конференции: / Под ред. проф. Яременко А.И., проф. Ореховой Л.Ю. – СПб.: Изд-во "Человек и его здоровье", 2009. – 302 с.
10. Яред Г. Препарирование корневых каналов одним инструментом. Новая концепция. Реципрок // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2011. – №4. – С. 26-31.

УДК 616.31 – 08 – 039.71

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

Вейсгейм Л.Д., Дубачева С.М., Гаврикова Л.М.

*ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава России, Волгоград, e - mail: post@volgmed.ru*

Проведено исследование эффективности комплексного лечения кандидоза полости рта. Пациенты с кандидозом были разделены на две группы. Пациенты основной группы, помимо стандартной противогрибковой терапии, получали дополнительное лечение, направленное на восстановление иммунологической резистентности организма и микробного баланса. Результаты исследования подтвердили, что комплексное лечение кандидоза полости рта позволяет повысить эффективность лечебных мероприятий, а также пролонгирует период ремиссии заболевания.

**Ключевые слова:** кандидоз, полость рта, комплексное лечение

---

## COMPLEX TREATMENT OF ORAL CANDIDIASIS

**Veysgeym L.D., Dubacheva S.M., Gavrikova L.M.**

*Volgograd State Medical University, Volgograd, e - mail: post@volgmed.ru*

Study of the effectiveness of integrated treatment of oral candidiasis was conducted. Patients with Candida were divided into two groups. Patients of the main group, in addition to standard antifungal therapy received additional treatment aimed at restoring immunological resistance of the organism and microbial balance. The study confirmed that the complex treatment of oral candidiasis can improve the efficiency of therapeutic measures, as well as prolong the period of remission.

**Keywords:** candidiasis, oral cavity, comprehensive treatment

В последние годы во всем мире, и особенно в развитых странах, наблюдается значительный рост грибковых заболеваний, вызываемых дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Известно, что грибковые инфекции занимают одну из ключевых позиций среди заболеваний слизистой оболочки полости рта по распространенности среди населения и тяжести возможных осложнений для организма пациента.

Кандиданосительство статистически определяется у 5% младенцев, у лиц же пожилого возраста этот показатель увеличивается до 60% [1]. Однако истинное проявление патогенных свойств грибов рода *Candida* зависит главным образом от состояния макроорганизма. Главную роль в развитии кандидоза играет ослабление иммунной системы. Именно уровень состояния функциональной системы ротовой полости у каждого индивидуума с учетом его возраста, гигиенических навыков и других факторов характеризует экосистему в целом. Кандидоз возникает, как правило, на фоне более или менее выраженного иммунодефицита или дисбаланса иммунной системы [2].

Развитию кандидоза могут способствовать тяжелые сопутствующие заболевания: злокачественные новообразования, ВИЧ - инфекция, туберкулез, эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, гипопаратиреоз, гипо и гиперфункция надпочечников). Заболевания желудочнокишечного тракта, особенно пониженная кислотность желудочного сока и ахилия, часто обуславливают раз-

витие кандидоза слизистой оболочки рта. Развитию кандидоза полости рта способствует длительное лечение кортикостероидными препаратами, цитостатиками, которые подавляют иммунную систему организма и усиливают вирулентность дрожжеподобных грибов [3].

Вследствие широкого применения антибиотиков за последние годы значительно увеличилось количество больных кандидозом слизистой оболочки рта. Длительный прием антибиотиков нарушает состав резидентной микрофлоры полости рта, в результате чего формируется дисбактериоз. Происходят угнетение резидентной микрофлоры полости рта и резкий рост вирулентности условнопатогенных грибов *Candida*, вызывающих заболевание слизистой оболочки рта (суперинфекция, аутоинфекция). Прием антибиотиков может вызвать также дисбактериоз кишечника, следствием чего являются гипо- и авитаминозы В, В2, В6, С, РР, что в свою очередь отрицательно сказывается на функциональном состоянии слизистой оболочки рта (она становится подверженной влиянию кандидозной инфекции).

В настоящее время, с учетом всего вышесказанного, кандидоз рассматривается как иммунодефицитное состояние, возникшее в результате глубокой разбалансировки экосистемы в целом. Такое представление о заболевании обуславливает принципиальную необходимость комплексного лечения кандидоза, в состав которого будут непременно включаться:

- мероприятия, направленные на устранение местных проявлений заболевания;
- мероприятия для системного лечения проявлений кандидоза;
- мероприятия, направленные на восстановление и нормализацию иммунной системы.

Целью данного исследования явилось определение эффективности комплексного лечения кандидоза полости рта.

## Материалы и методы исследования

Изучение данного вопроса осуществлялось на кафедре стоматологии ФУВ ВолгГМУ, на базе терапевтического отделения ГСП №1 г. Волгограда. В исследовании участвовали 50 человек, диагноз "кандидоз" которым ставили на основании ряда критериев – жалоб пациента, клинической картины заболевания и данных бактериологического посева материала, забранного с поверхности дорзальной части языка. Для реализации исследования были сформированы 2 группы пациентов – основная и контрольная. Основную группу составили 28 человек в возрасте 31 – 55 лет, страдающие кандидозом полости рта. По форме клинических проявлений больные распределялись следующим образом: острая псевдомембранозная форма – 13 пациентов, хроническая псевдомембранозная – 8, хроническая атрофическая – 7 человек. В контрольную группу были включены пациенты с тождественной возрастной категорией, в количестве 22 - х человек. В данной группе острая псевдомембранозная форма определялась у 7 пациентов, хроническая псевдомембранозная – у 10, хроническая атрофическая форма регистрировалась у 5 человек.

Пациентам обеих групп назначалось лечение, направленное на ликвидацию возбудителя заболевания. Оно включало в себя антимикотическую терапию, системную и местную.

Для применения системной антимикотической терапии необходимо наличие ряда показаний, в первую очередь определенной клинической формы поражения (острый псевдомембранозный кандидоз, клинические признаки диссеминации, хронические формы заболевания, резистентные к ранее проводимой местной терапии и т.д.), поэтому отбор пациентов в группы осуществлялся с учетом данных показаний. Фунгицидные средства назначались по данным результатов бактериологического посева на чувствительность к препаратам. При этом у 83% пациентов выявлялась высокая чувствительность к флуконазолу, у 17% - к итраконазолу. Данные препараты принимались больными внутрь в таблетированной форме по общепринятой схеме.

Местная противогрибковая терапия осуществлялась 0,5% мирамистином в виде мази, аппликации препарата проводились 3 раза в сутки. Мирамистин –

антисептик с выраженным антимикробным, фунгицидным и противовирусным действием, усиливающий местные иммунные реакции и регенераторные процессы. Кроме этого, всем пациентам 4 раза в день назначались полоскания ротовой полости 2% бикарбоната натрия.

Всем пациентам назначалась также десенсебилизирующая терапия, этой целью рекомендовался эриус (5 мг 1 раз в сутки).

Помимо данной схемы, пациенты основной группы получали лечение, направленное на повышение иммунологической резистентности организма. Известно, что при кандидозе резко снижается усвояемость таких жизненно важных элементов как витамины и минералы (особенно железо). Учитывая этот факт, оптимальным в данном случае представляется препарат ферроглобин В12 – комплекс, содержащий железо, витамины группы В и С, фолиевая и пантеновая кислоты, а также экстракт корня солодки. Корень солодки оказывает стимулирующее действие на неспецифическую резистентность организма. Препарат назначали пациентам внутрь, после еды по 1 ч.л. 3 раза в сутки.

Высокой эффективностью в борьбе с кандидозной инфекцией обладают конкурентные пробиотики. Их использование обусловлено антагонистическими свойствами относительно грибов рода *Candida*, которые реализуются путем конкуренции за питательные субстраты и синтеза антикандидозных метаболитов. Наш клинический опыт подтверждает высокую эффективность самоэлиминирующего пробиотика Бактистатин. Препарат назначался пациентам основной группы по 1 капсуле 3 раза в день во время еды.

Таким образом, пациенты основной группы помимо антимикотической и десенсебилизирующей терапии получали дополнительное лечение, направленное на коррекцию иммунных механизмов организма в виде двух препаратов – Ферроглобин В12 и Бактистатин.

Курс лечения кандидоза в обеих группах составил 21 день.

Далее состояние пациентов оценивали с учетом наличия или отсутствия жалоб и динамики клинической картины заболевания, а также данных повторного бактериологического посева материала спустя 21 день (3 недели) и шести месяцев после окончания лечения и отдаленной реколонизации экосистемы.

## Результаты исследования и их обсуждение

Оценка эффективности лечения складывалась из совокупности субъективных и объективных данных, полученных в процессе исследования. В качестве субъективных данных рассматривались наличие или отсутствие жалоб у пациента, а также оценка врачом клинической картины заболевания.

При анализе полученных фактов выяснилось, что в краткие сроки после проведенного лечения (через 3 недели) отсутствие признаков заболевания было зарегистрировано в основной группе в 92,8% случаев, в контрольной – у 68,2% пациентов. В отдаленные сроки, через 6 месяцев после лечения, в

основной группе ситуация принципиально не изменилась, и в 89,3% случаев не было зафиксировано случаев рецидива заболевания. В контрольной группе пациентов с отсутствием рецидива было зарегистрировано значительно меньше – в 36,4% случаев (табл. 1).

**Таблица 1**

Исчезновение признаков заболевания у пациентов в динамике

	Отсутствие признаков заболевания через 3 недели после лечения	Отсутствие признаков заболевания через 6 месяцев после лечения
Основная группа	92,8% (26 человек)	89,3% (25 человек)
Контрольная группа	68,2% (15 человек)	36,4% (8 человек)

Однако наиболее объективными показателями эффективности лечения являются результаты, полученные при бактериологическом исследовании материала. Данные, полученные через 3 недели после курса лечения, свидетельствуют о том, что в основной группе количество пациентов с нормальным содержанием грибов и отсутствием почкующегося мицелия существенно выше – 89,3% против 77,3% в контрольной

группе. Разрыв же между этими показателями через 6 месяцев после окончания лечения несравненно выше: в основной группе количество таких пациентов составило 82,1%, в контрольной же – всего 13,6 процента. Подобная разница в показателях явно свидетельствует о значимости фактора коррекции иммунного статуса пациента для получения длительного периода ремиссии заболевания (табл. 2).

**Таблица 2**

Количество пациентов с нормализованным содержанием грибов рода *Candida* (до 10\*3 КОЕ) и отсутствием почкующегося мицелия в исследуемом материале по результатам бактериологического посева в динамике

	Перед лечением	После курса лечения (через 3 недели)	После курса лечения (через 6 месяцев)
Основная группа	-	89,3% (25 человек)	82,1% (23 человека)
Контрольная группа	-	77,3% (17 человек)	13,6% (3 человека)

### Заключение

Данные, полученные при проведенном исследовании, ярко свидетельствуют о том, что при лечении кандидоза необходимо воздействовать не только на возбудителя инфекционного процесса, но и на все предрасполагающие факторы заболевания. Комплексное лечение, направленное на коррекцию иммунного статуса пациента, должно включать препараты, повышающие неспецифическую реактивность организма (витамины, минералы, корень солодки или лекарственное средство аналогичного действия), а также пробиотики, восстанавливающие видовой состав экосистемы. Терапия, на-

правленная на все звенья патологического процесса, позволяет повысить эффективность лечения, и, кроме того, способствует достижению длительного периода ремиссии заболевания.

### Список литературы

1. Кириченко И.М., Молочков В.А. Миамистин в комплексной терапии кандидоза полости рта. Успехи медицинской микологии // Под ред. Ю.В. Сергеева. – М.: Национальная академия микологии, 2004. – Т.4. – С. 295 – 296.
2. Латышева С.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта // Современная стоматология. – 2007. – №1. – С. 57 – 61.
3. Латышева С.В. Лечебная тактика при кандидозе полости рта // Современная стоматология. – 2008. – №3. – С. 48 – 51.