

І.П. Мазур

Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота

НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме. У статті наведено дані про систематизацію грибкових уражень, що можуть проявлятися у порожнині рота, їх клінічні прояви та схеми лікування. Представлено загальну характеристику клінічних проявів при ураженні грибковою інфекцією слизової оболонки порожнини рота та організму людини в цілому. Найбільш поширені захворювання в порожнині рота зумовлені дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Представлено чинники ризику розвитку цієї інфекції, класифікацію та схеми лікування кандидозного ураження порожнини рота.

Ключові слова: грибкові захворювання порожнини рота, протигрибкові засоби, кандидоз, чинники ризику, діагностика, лікування.

Розповсюдженість захворювань, ініційованих грибковою інфекцією, за статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, складає 20–70 %. Актуальність проблеми грибкових уражень слизових оболонок порожнини рота зумовлена збільшенням кількості пацієнтів, які страждають на гострі та хронічні рецидивуючі форми захворювання, зростанням показників резистентності до протигрибкових лікарських засобів, що на сьогоднішній день представляє суттєву медико-соціальну проблему. Ураження порожнини рота умовно-патогенними грибами роду *Candida* складає до 20 % у структурі всіх уражень слизової оболонки порожнини рота.

Зважаючи на зростання показників резистентності грибкової інфекції до протимікробних засобів, інформування лікарів про клінічні ознаки грибкових уражень, сучасні методи лабораторної діагностики й лікування є актуальним та своєчасним.

Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота поділяють на поверхневі й системні. Деякі автори описують системне ураження як глибоку грибкову інфекцію. Найчастіше трапляється кандидоз – поверхнєве ураження, викликане *C. albicans*. Останнім часом спостерігається ураження слизової оболонки порожнини рота як наслідок системної грибкової інфекції.

Таблиця 1

Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота

Кандидоз	<i>Candida albicans</i>
Аспергильоз	<i>Aspergillus fumigatus</i>
Гістоплазмоз	<i>Histoplasma capsulatum</i>
Бластомікоз	<i>Blastomyces dermatitidis</i>
Паракокцидіомікоз	<i>Paracoccidioides brasiliensis</i>
Мукомікоз	Order <i>Mucorales</i>
Криптококоз	<i>Cryptococcus neoformans</i> variety <i>neoformans</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> variety <i>gatii</i>
Фузаріоз	<i>Fusarium modifforme</i>
Геотрихоз	<i>Geotrichum candidum</i>
Трихоспороноз	<i>Trichosporon capirum</i>
Споротрихоз	<i>Sporothrix schenckii</i>
Кокцидіомікоз	<i>Coccidioides immiti</i>

Таблиця 2

Протигрибкові засоби, які застосовують для лікування мікозів

Захворювання	Препарат	
	Основний (перша лінія)	Резервний (альтернативний)
Орофарингеальний кандидоз	Флуконазол	Кетоконазол, ітраконазол
Аспергильоз	Амфотерицин В	Ітраконазол
Гістоплазмоз	Ітраконазол або амфотерицин В	Кетоконазол
Бластомікоз	Ітраконазол або амфотерицин В	Кетоконазол
Паракокцидіомікоз	Ітраконазол або амфотерицин В	–
Мукомікоз (зігомікоз)	Амфотерицин В	–
Криптококоз	Амфотерицин В у поєднанні із флуконазолом	Флуконазол, ітраконазол
Геотрихоз	Ітраконазол	–
Трихоспороноз	Амфотерицин В, флуцитозин	–
Споротрихоз	Ітраконазол або амфотерицин В	Калію йодид, флуконазол, кетоконазол
Кокцидіомікоз	Флуконазол або амфотерицин В	Кетоконазол, ітраконазол

Велика кількість мікозів пов'язана з ВІЛ-інфекцією: це аспергільоз, гістоплазмоз, мукомікоз, криптококкоз, геотрихоз, трихоспороноз.

Протигрибкові засоби, призначені для лікування мікозів, наведено в табл. 2.

Загальна характеристика грибкових уражень

Аспергільоз викликають грибки класу Ascomycetes – нитчасті сапрофіти, які живуть у ґрунті. Він посідає 2-е місце після кандидозу за частотою серед орофацийних опортуністичних грибкових інфекцій.

Етіологія і патогенез. Зараження аспергільозом відбувається під час вдихання спор, які здатні проростати в слизовій оболонці. Інфекція розвивається в дихальних шляхах, гайморових пазухах, гортані й легенях. Первинні вогнища ураження також можуть локалізуватись на слизовій оболонці очей, порожнини рота. Гіфи грибка можуть проникати через мембрани та стінки дрібних і середніх артерій і вен, провокуючи тромбоз, інфаркт і некроз.

Класифікація. Аспергільоз представлений трьома формами:

- 1) сапрофітна, зростання розповсюдженості грибка без інвазії;
- 2) алергічна, характеризується гіперчутливою реакцією;
- 3) інвазивна, поширення грибка у тканинах.

Aspergillus fumigatus є найчастішим збудником, однак *A. flavus*, *A. cis*, *A. terreus* та *A. niger* також можуть призводити до розвитку аспергільозу в людини. *A. flavus* має найбільшу вірулентність.

Аспергільоз часто виникає в гайморових пазухах під час видалення пломбувального матеріалу після ендодонтичного лікування верхніх премолярів і молярів.

Клінічні прояви. У порожнині рота виявляють жовті або чорні виразки з гіперемією по краю і некрозом в центрі. Локалізація виразок – на піднебінні та задній третині язика.

Діагностика ґрунтується на результатах біопсії і культуральних досліджень.

Лікування: амфотерицин В.

Епідеміологія. **Гістоплазмоз** – гранульоматозне грибкове захворювання, викликане сапрофітом *Histoplasma capsulatum*. Захворювання поширене в Північній, Центральній і Південній Америці, Африці, Індії, Східній Азії та Австралії. Останнім часом гістоплазмоз був визнаний одним з опортуністичних мікозів, асоційованих зі СНІДом.

Зараження відбувається інгаляційним шляхом спорами. Частіше перебігає безсимптомно.

Класифікація. Виділяють три форми гістоплазмозу:

- 1) первинно-гостра легенева – має безсимптомний перебіг, схожий на застуду;
- 2) хронічна легенева;
- 3) тяжка дисемінована – трапляється рідко (у разі зниження показників резистентності організму та наявності супутньої патології).

Також уражуються ретикулоендотеліальна система, травний тракт, нирки.

Клінічні прояви. У порожнині рота виявляють плоскі, схожі на наліт, що підвищується над слизовою оболонкою, або сосочкові й вузликіві утворення, які з часом можуть вкритись виразками і стати болючими. Також можуть проникати в еритематозні гранульоматозні вогнища ураження й виразки діаметром понад 2,5 см. Локалізація вогнищ ураження – ясна, язик, піднебіння, слизова оболонка щік, ротоглотка, ретромолярна ділянка, губи і дно порожнини рота. Ураження слизової оболонки порожнини рота може бути єдиним симптомом дисемінованого гістоплазмозу.

Діагностика: мікроскопія гною, крові і спинномозкової рідини; мікробіологічні дослідження (виділення культури гриба шляхом посіву на спеціальні середовища); серологічні реакції; внутрішньошкірна проба з гістоплазміном.

Лікування. При локалізованих формах призначають ністатин, леворин. У разі генералізації грибкової інфекції препаратом вибору є амфотерицин В.

Бластомікоз – глибоке грибкове ураження, спричинюване *Blastomyces dermatitidis*. Частіше трапляється в Північній Америці. Зараження відбувається інгаляційним шляхом спорами, які знаходяться у ґрунті.

Класифікація. Розрізняють три форми бластомікозу: легенева, дисемінована й локалізована шкірна (ураження шкіри і слизових оболонок).

Клінічні прояви. У порожнині рота розвивається рідко. Як симптом дисемінованого ураження може проявлятися у вигляді одиничних або множинних виразок, гранульоматозних і верукозних утворень.

Діагностика ґрунтується на результатах гістологічного (наявність мікроабсцесів у сполучній тканині й вогнищ скучення *B. dermatitidis*) і мікробіологічного досліджень.

Лікування: ітраконазол та амфотерицин В.

Паракокцидіомікоз – хронічне гранульоматозне глибоке ураження, викликане грибом *Puracoccidioides brasiliensis*. Частіше трапляється в Південній Америці. Жінки менш сприйнятливі до цього захворювання.

Клінічні прояви. У порожнині рота утворюються болючі хронічні виразки із гранулематозною поверхнею, які локалізуються на м'якому та твердому піднебінні, язичці, губах та яснах. При паракокцидіомікозі видалення зуба може супроводжуватись альвеолітом.

Діагностика ґрунтується на результатах мікроскопії мазків, серологічного дослідження, біопсії (виявляють гранульому, яка нагноїлася, з гігантськими клітинами та спорами грибків як усередині клітин, так і навколо них).

Лікування: ітраконазол та амфотерицин В.

Мукормікоз (зигомікоз) – грибкове захворювання, збудником якого є *Mucorales* із класу *Zygomycetes*, що призводить до ураження легень, очей, серця, ЦНС, шкіри і слизових оболонок.

Етіологія й патогенез. Спори грибка потрапляють в організм людини інгаляційним шляхом, при ковтанні. Мікроорганізми проникають у кровоносні судини, викликаючи тромбоз та ішемічний некроз тканин. Захворювання частіше розвивається за наявності супутньої патології – цукрового діабету, злоякісних новоутворень крові та кровотворних органів, імунодефіциту.

Клінічні прояви в порожнині рота утворюються виразки й чорні некротичні маси на піднебінні як результат інфекції в порожнині носа та приносних пазухах. Ураження очей та інтракраніальна інфекція супроводжуються високою летальністю.

Діагностика ґрунтується на результатах біопсії та культуральних досліджень.

Лікування комплексне – хірургічне й медикаментозне (амфотерицин В).

Криптококкоз – опортуністичне грибкове захворювання, викликане *Cryptococcus neoformans*, який можна виявити в ґрунті, на овочах і навіть у повітрі. Зараження відбувається інгаляційним шляхом, частіше в разі ослабленого імунітету. Дисемінований криптококкоз зазвичай асоційований зі СНІДом.

Клінічні прояви. Порожнина рота уражується рідко; патологічні вогнища мають вигляд червоних укритих виразками поверхонь у ділянці третій молярів верхньої щелепи, на язичці, піднебінні. Після видалення зубів можливі альвеоліт. Ураження піднебіння може бути вторинним – як результат ураження приносних пазух з подальшою перфорацією піднебінної кістки.

При ураженні легенів відзначається кашель, лихоманка, нічне потовиділення, у важких випадках розвивається пневмонія. При ураженні ЦНС може порушуватись діяльність головного мозку, розвивається менінгоенцефаліт.

Діагностика: мікробіологічне дослідження крові, сечі, спинномозкової рідини (виявлення збудника), серологічні реакції (реакція латекс-аглютинації); біопсія уражених тканин.

Лікування. Незважаючи на високу токсичність, найефективнішим препаратом є амфотерицин В.

Фузаріоз – грибкове ураження, викликане *Fusarium*. Частіше розвивається в осіб зі зниженою імунологічною резистентністю. Буває локалізованим або дисемінованим.

Клінічні прояви. Ураження слизової оболонки порожнини рота трапляється рідко. При дисемінованій інфекції можливе вторинне ураження у вигляді чорних, некротичних виразок на піднебінні та яснах.

Діагностика ґрунтується на результатах біопсії, гістологічного й культурального досліджень.

Лікування залежить від ступеня ураження й загального стану пацієнта. Поверхневі форми піддаються лікуванню місцевими антимікотиками, а дисеміновані мають несприятливий прогноз.

Геотрихоз – опортуністична грибкова інфекція, збудником якого є *Geotrichum candidum*. Інфекція може уражувати порожнину рота, бронхи, легені і травний тракт у пацієнтів зі зниженим імунітетом.

Клінічні прояви. У порожнині рота на м'якому піднебінні виникає блідо-сіра, чітко обмежена енантема, яка з часом може вкритись виразками. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів геотрихоз проявляється гіперемією та набряком ясен.

Діагностика включає мікроскопію мазків (виявляють гіфи грибка), культуральне дослідження.

Лікування: ітраконазол і 5-фторцитозин, місцеве застосування ністатину.

Трихоспороноз – опортуністична системна грибкова інфекція, викликане *Trichosporon beigeli (cutuneum)* і *Trichosporon curitum*. Збудник міститься у ґрунті, поширений у країнах із тропічним кліматом.

Клінічні прояви. У порожнині рота утворюються пухкі ерозії, укриті білим нальотом; локалізація – слизова оболонка щік.

Діагностика ґрунтується на результатах мікробіологічного дослідження, мікроскопії мазків.

Лікування проводять амфотерицином В, флукоцитозином, рифампіцином.

Споротрихоз – хронічна гранулематозна грибкова інфекція з ураженням шкіри у вигляді вузликів, викликана *Sporotrichum Schenckii*. Усе частіше захворювання асоціюється з імунодефіцитом. Інфекція може уражувати кісткову та м'язову тканини, легені й ЦНС.

Клінічні прояви. У порожнині рота з'являються виразки або шанкроподібні вогнища ураження.

Діагностика включає культуральне дослідження, імуноферментний аналіз.

Лікування. У рідкісних випадках споротрихоз можливе спонтанне одужання. Ефективними препаратами є ітраконазол та амфотерицин В.

Кокцидіомікоз – глибока грибкова інфекція, викликана *Coccidioides immitis*. поширений у Південно-західній частині США та Латинській Америці. Збудник потрапляє в організм інгаляційним шляхом і здатний спричинити гостру та хронічну інфекцію легень. При дисемінованій формі можливе ураження ЦНС і розвиток менінгіту.

Клінічні прояви в порожнині рота у вигляді верукозних та некротичних виразок виникають рідко.

Діагностика: мікробіологічне дослідження (посів матеріалу та виділення культури грибка), мікроскопія мазка.

Лікування проводять системними антимікотиками (амфотерицин В, флуконазол).

Кандидоз порожнини рота

Кандидоз – інфекція, викликана дріжджоподібними грибками роду *Candida*, які входять до складу нормальної мікрофлори порожнини рота і травного тракту.

Перші відомості про кандидозну інфекцію датуються 460–377 рр. до н. е.

Етіологія і патогенез. Нараховується понад 100 видів збудників. Найчастіше в порожнині рота виявляють *C. albicans*, рідше – *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* та *C. guilliermondii*. Утворення псевдоміцелію грибками роду *Candida* належить до характерних ознак. *C. albicans* є одноклітинним грампозитивним мікроорганізмом, який розмножується шляхом брункування (бластоспори діаметром 2–4 мкм).

У нормі збудник має низький патогенний потенціал, але в разі зниження опірності організму або порушення мікробіоценозу його патогенність може посилюватися. Це опортуністичний патоген, який спричинений не тільки поверхневе ураження шкіри та слизових оболонок, а й системний кандидоз із кандидемією на тлі тривалої нейтропенії, уживання антибіотиків широкого спектра дії та інших лікарських засобів.

Кандидоз – гостре або хронічне інфекційно-алергічне захворювання, розвиток якого зумовлений генетичним дефектом у системі специфічного й неспецифічного імунітету, ослабленою бар'єрною функцією шкіри та слизової оболонки порожнини рота і відсутністю стійкого специфічного імунітету.

Фактори ризику розвитку кандидозу на слизовій оболонці порожнини рота

I. Фактори.

1. Фізіологічні: похилий вік, дитячий вік, вагітність.
2. Ендокринні захворювання: цукровий діабет, гіпотиреозидизм, гіпопаратиреоз.
3. Особливості харчування: дефіцит заліза, фолієвої кислоти, вітамінів В, С, нерациональне харчування, мальабсорбція.
4. Злоякісні захворювання: гостра лейкемія, лімфома, прогресивний перебіг злоякісного захворювання, променева терапія.
5. Імунодефіцит, імуносупресія: СНІД, аплазія за груднинної залози (тимусу).
6. Захворювання крові: агранулоцитоз, апластична анемія, лімфома, лейкемія.
7. Уживання лікарських засобів: кортикостероїдів, цитотоксичних препаратів; тривале призначення антибіотиків, уживання препаратів (понад 400 найменувань), які викликають сухість у порожнині рота.
8. Системні захворювання: синдром Шегрена.
9. Порушення функції лейкоцитів: дефіцит мієлопероксидази, агранулоцитоз/лейкемія/нейтропенія.

II. Місцеві фактори.

1. Використання зубних протезів: зміна умов середовища, травми, неадекватна гігієна зубних протезів.
2. Ендогенні зміни епітелію: атрофія, гіперплазія, дисплазія.
3. Порушення саливації:
 - а) кількісні (ксеростомія);
 - б) якісні (рН, концентрація глюкози).
4. Мікрофлора (коменсали).
5. Високовуглеводна дієта.
6. Куріння.

Класифікацію кандидозу наведено нижче.

Класифікація кандидозу слизової оболонки порожнини рота
(Axell et al., Samaranyake, Yaacob)

Первинний кандидоз	Вторинний кандидоз
<p>Гострий (псевдомембранозні й еритематозні (атрофічні) вогнища ураження шкіри і слизової оболонки рота. Хронічний (псевдомембранозний, еритематозний, гіперпластичний, вузликочий, пляшкоподібний). Candida-асоційований (протезний стоматит, ангулярний хейліт, ромбоподібний глосит) Первинний кератоз, ускладнений грибовою інфекцією (лейкоплакія, червоний плоский лишай, червоний вовчак)</p>	<p>Ураження шкіри та слизової оболонки рота як результат системного захворювання</p>

Клінічні прояви. Для кандидозу слизової оболонки порожнини рота характерними є такі ознаки:

- сухість у порожнині рота, відчуття стягнутості слизової оболонки;
- незначне печіння в порожнині рота;
- білий наліт на поверхні слизової оболонки або дифузна еритема;
- слина, яка піниться (ніби «тягнуться нитки» слини).

Діагностика ґрунтується на таких даних:

1. Анамнез захворювання, визначення факторів ризику захворювання.
2. Клінічна картина захворювання.
3. Лабораторна діагностика:
 - а) цитологічна діагностика зішкрябів з уражених ділянок: при **гострій формі** виявляють клітини, що брунькуються (бластоконідії), велику кількість гіфів і псевдоміцелій грибка; для **хронічної форми** характерне переважає міцелію;
 - б) мікологічна діагностика: посів матеріалу з уражених ділянок – виявлення грибків, їх колоній, вилова ідентифікація та визначення чутливості до протигрибкових препаратів.

Критерії діагностики кандидозу слизової оболонки порожнини рота:

- білий наліт або дифузна еритема;
- результат мікробіологічного дослідження (культура *C. albicans*);
- наявність міцелію в мазках;
- наявність гіфів у біопсійному матеріалі;
- характерні гістологічні зміни;
- велика кількість антитіл проти *Candida* у плазмі крові та слині.

Клінічні форми кандидозу порожнини рота

Еритематозний (атрофічний) кандидоз слизової оболонки порожнини рота має як гострий, так і хронічний перебіг. Гострий еритематозний кандидоз може виникати після псевдомембранозного кандидозу, тривалої антибіотикотерапії, застосування інгаляційних кортикостероїдів, на тлі системних захворювань, які призводять до зниження імунітету (злаякісні новоутворення, цукровий діабет).

Клінічні прояви. При гострому перебігу виявляють дифузну еритему (слизова оболонка має вогненно-червоний колір); наліт відсутній; нерідко супроводжується болем; найчастіша локалізація – слизова оболонка підне-

біння, ясен, спинка язика (зазвичай позбавлена сосочків). При хронічному перебігу колір слизової оболонки не змінений, характерна сухість.

Діагностика ґрунтується на даних клінічного обстеження, результатах мікроскопії мазків, мікробіологічного та гістологічного досліджень (атрофія епітелію та сполучної тканини, запальна інфільтрація підслизового шару, гіперемія, незначна penetрація міцелію в епітелій або її відсутність).

Псевдомембранозний кандидоз слизової оболонки порожнини рота («молочниця») частіше має гострий перебіг, але може бути і хронічним. Зазвичай виникає в осіб похилого віку й новонароджених.

Клінічні прояви: утворення білих або жовто-білих сирнистих пляшок, після зняття яких залишається червона поверхня.

Діагностика: мазок з гідроксидом калію (наявність гіфів і міцелію), гістологічне дослідження біопсійного матеріалу (penetraція та колонізація гіфів в епітелій, без вираженої запальної інфільтрації, паракератоз).

Лікування включає профілактичні заходи, етіотропне та симптоматичне лікування.

Схема лікування

еритематозного та псевдомембранозного кандидозу

Профілактичні (превентивні) заходи	Консультація із сімейним лікарем. Відмова від антибактеріальних препаратів. Полоскання порожнини рота водою або чищення зубів після застосування інгаляційних кортикостероїдів.
Етіотропне лікування	
Місцеве	Міконазол, гель – наносити на ділянки ураження чотири рази на день після їди: не призначати пацієнтам, які вживають варфарин і статини
Системне	Флуконазол, капсули по 50 мг – по одній капсулі один раз на день протягом семи днів: максимальна тривалість курсу – 14 днів; не призначати пацієнтам, які вживають варфарин і статини
За наявності протипоказань до застосування міконазолу та флуконазолу	Ністатин, табл. по 500000 ОД – по одній таб. 3–4 рази на день (розсмоктувати) протягом семи днів
Симптоматичне лікування	
Професійна гігієна порожнини рота	
Застосування ополіскувачів	Хлоргексидин, 0,02 % розчин – полоскати двічі на день протягом семи днів: не призначати спиртовмісні ополіскувачі

Гіперпластичний (вузликочий і пляшкоподібний) **кандидоз** – хронічне ураження слизової оболонки порожнини рота, яке розвивається після вживання цитостатиків, антибактеріальних препаратів, на тлі зниженого імунітету (туберкульоз, захворювання крові, СНІД).

Клінічні прояви. Характерною ознакою є білі бляшки, що утворюють жовтувато-білі сирнисті нашарування на слизовій оболонці щоки, біля кутів рота й на спинці язика; можлива гіпертрофія сосочків язика.

Діагностика ґрунтується на даних клінічної картини та результатах біопсії, необхідність проведення якої зумовлена високою частотою малігнізації диспластичних утворень (інвазія гифів в епітелій, запальний інфільтрат, велика кількість Т-лімфоцитів у сполучній тканині та епітелії, нейтрофіли і мікроабсцеси).

Лікування. Місцево призначають міконазол, клотримазол, у разі потреби – системну терапію (флуконазол, кетоконазол, ітраконазол).

Ромбоподібний глосит – хронічне запалення задньої третини язика.

Клінічні прояви – по центральній лінії язика утворюється ділянка ромбоподібної або еліпсоїдної форми із гладкою поверхнею червоного або синюшного кольору та чіткими межами. Слизова оболонка ураженої ділянки

змінена, у рідкісних випадках підвищується над поверхнею язика. Виникнення таких змін пов'язують з цукровим діабетом.

Діагностика включає клінічні прояви, результати мікробіологічного й гістологічного (стовщення епітелію, незначна запальна інфільтрація лімфоїдними клітинами сполучної тканини, фіброз) досліджень.

Лікування місцеве – полісени, міконазол у формі гелю, пімафуцин.

Ангулярний хейліт зумовлений зниженням висоти прикусу внаслідок застосування знімних протезів. Збудником є змішана інфекція – асоціація грибків роду *Candida* і бактерій (*S. aureus*). У 30 % випадків розвивається в жінок, які користуються зубними протезами.

Клінічні прояви: набряк, гіперемія, тріщини в кутах рота, мацерація шкіри.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних, результатах мікробіологічного та гістологічного досліджень, мікроскопії мазків.

Схема лікування ангулярного хейліту

Профілактичні заходи	Консультація із сімейним лікарем із приводу цукрового діабету чи дефіциту заліза. Корекція або заміна протезів, що викликають зниження нижньої третини обличчя
Етіотропне лікування	
Місцеве	Міконазол, крем – наносити на уражені ділянки два рази на день: після загоєння тріщин у кутах рота слід використовувати крем ще протягом 10-ти днів; не призначати пацієнтам, які вживають варфарин і статини
У разі переважання бактеріальної флори (<i>Streptococcus spp.</i> або <i>Staphylococcus spp.</i>)	Фузидинова кислота (фузидин натрію), 2 % мазь – обробляти кути рота 4 рази на день
При низькому ефекті терапії	Міконазол (2 %) та гідрокортизон (1 %), крем або мазь – наносити на уражені ділянки два рази на день; курс лікування не більше ніж сім днів
Симптоматичне лікування	
Професійна гігієна порожнини рота	
Застосування ополісувачів	Полоскати двічі на день протягом семи днів: не призначати спиртовмісні ополісувачі

Схема лікування протезного стоматиту

Профілактичні заходи	Індивідуальна гігієна (чистка піднебіння м'якою щіткою). Очищення зубних протезів спеціальними щітками та їх замочування в розчині хлоргексидину або інших ополісувачів. Протягом курсу лікування – більш часте знімання протеза. Заміна протезів, які ускладнюють перебіг протезного стоматиту.
Етіотропне лікування	
Місцеве	Міконазол, крем – наносити на уражені ділянки або на поверхню протеза, що торкається слизової оболонки порожнини рота, чотири рази на день після їди: після загоєння уражень слід використовувати крем протягом 48 год.; не призначати пацієнтам, які вживають варфарин і статини
Системне	Флуконазол, капсули по 50 мг – по одній капсулі один раз на день протягом семи днів: максимальна лікування – 14 днів; не призначати пацієнтам, які вживають варварин і статини.
За наявності протипоказань до застосування міконазолу та флуконазолу	Ністатин, таблетки по 500000 ОД – по 1 таб. чотири рази на день (розсмоктувати) протягом семи днів.
Симптоматичне лікування	
Професійна гігієна порожнини рота	
Застосування ополісувачів	Хлоргексидин, 0,02 % розчин для зовнішнього застосування – полоскати двічі на день протягом семи днів: не призначати спиртовмісні ополісувачі

Лікування. Застосовують ністатин, міконазол у формі мазі (на сухі поверхні) або крему (на вологі поверхні). У разі переважання грампозитивної мікрофлори (*Streptococcus spp.* або *Staphylococcus spp.*) призначають препарати фузидинової кислоти (фузидин натрію) у вигляді мазі. За відсутності клінічного ефекту використовують міконазол із гідрокортизоном у формі мазі або крему. Нефективність лікування може бути зумовлена дефіцитом заліза або цукровим діабетом, що потребує консультації сімейного лікаря. Ускладнювати перебіг або викликати часті рецидиви ангулярного хейліту можуть зубні протези, тому необхідна їх корекція або заміна.

Протезний стоматит – запалення слизової оболонки порожнини рота (частіше під повним знімним протезом), пов'язане зі зміною умов середовища під протезом, що сприяє росту *Candida albicans*, тобто це *Candida*-асоційований стоматит.

Клінічні прояви: гіперемія, набряк слизової оболонки протезного ложа, запальна гіперплазія сосочків.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних, результатах мікробіологічного та гістологічного досліджень, мікроскопії мазків.

Лікування. Найбільш важливими є гігієнічні заходи. Протигрибкову терапію призначають при зниженні імунологічної резистентності та великій площі ураження слизової оболонки порожнини рота. Місцево застосовують

ністатин, амфотерицин В, міконазол гель, кетоконазол протягом 2–3-х тижнів, обов'язково проводять дезінфекцію протеза хлоргексидином. У разі неадекватної гігієни порожнини рота можливі рецидиви.

Вторинний кандидоз розвивається при зниженні резистентності організму, імунodefіцитних станах (ВІЛ-інфекція), ендокринних захворюваннях, порушенні клітинного імунітету.

Кандидоз, асоційований з пародонтитом, виникає як суперінфекція після лікування пародонтального абсцесу пеніциліном або еритроміцином. На тлі зниженої імунної резистентності можливий розвиток системного кандидозу.

Лікування: відміна антибіотиків, видалення під'ясених зубних відкладень, місцево – флуконазол та ітраконазол. Застосовують системну протигрибкову терапію (кетоконазол, флуконазол, ітраконазол).

Таким чином, грибкова інфекція може бути самостійним захворюванням, що вражає слизову оболонку порожнини рота, або проявлятися на тлі системних захворювань. Одним з головних завдань лікаря є проведення діагностики та диференційної діагностики із застосуванням сучасних лабораторних досліджень, застосування ефективних схем лікування, що включають як системні, так місцеві методи лікування, що впливають на збудника захворювання.

ПОСИЛАННЯ

1. Мазур І.П., Бакшутова Н.А., Ставская Д.М. Клиническая и микробиологическая эффективность применения местных противомикробных и антисептических препаратов при лечении заболелавий пародонта // Современная стоматология. – 2014. – № 1. – С. 32–39.
2. Мазур І.П., Ставская Д.М., Гелашвили Л.Т. Применение фармацевтических препаратов в стоматологии // Современная стоматология. – 2016. – № 2. – С. 24–28.
3. Савичук Н.О. Прогнозування формування гострого кандидозу слизової оболонки порожнини рота // Современная стоматология. – 2009. – № 1. – С. 69.
4. Савичук Н.О., Грицай С.А. Современные дифференцированные подходы к лечению острого кандидоза слизистой оболочки полости рта и губ // Современная стоматология. – 2006. – № 4. – С. 86–90.
5. Drug Prescribing For Dentistry Dental Clinical Guidance. Second Edition // Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. – 2011, 94 p.

6. Glick M., Siegel M.A. Viral and fungal infections of the oral cavity in immunocompetent patients // Infect Dis. Clin. North Am. – 1999: 13: 817–831.
7. Global action plan on antimicrobial resistance. – World Health Organization. – 2015, 40 p.
8. Ivera-Hidal F., Stanford T.W. Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms II. Fungi and parasites // Periodontology. – 2000. – Vol. 21, 1999, 125–144.
9. Joint Formulary Committee. British National Formulary, Edn. 61, London. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2011) (www.bnf.org).
10. Muzyka B.C. Glick M. A review of oral fungal infections and appropriate therapy // JADA. – 1995. – Vol. 126. – P. 63–72.
11. Pallasch T.J. Antifungal and antiviral chemotherapy // Periodontology. – 2000. – 2002. – Vol. 28. – P. 240–255.

Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта

И.П. Мазур

Резюме. В статье приведены данные о систематизации грибковых поражений, которые могут проявляться в полости рта, их клинические проявления и схемы лечения. Представлена общая характеристика клинических проявлений при поражении грибковой инфекцией слизистой оболочки полости рта и организма человека в целом. Наиболее распространенные заболевания в полости рта обусловленные дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Представлены факторы риска развития этой инфекции, классификация и схемы лечения кандидозного поражения полости рта.

Ключевые слова: грибковые заболевания полости рта, противогрибковые средства, кандидоз, факторы риска, диагностика, лечение.

Fungal lesions of the oral mucosa

I. Mazur

Summary. The article presents data on the systematization of fungal lesions, which can be manifested in the oral cavity, their clinical manifestations and treatment regimens. The general characteristic of clinical manifestations in the case of a lesion of the mucous membrane of the oral cavity and the human body as a whole is a fungal infection. The most common diseases in the oral cavity are caused by yeast-like fungi of the genus *Candida*. The risk factors for the development of this infection, classification and treatment regimens for candidosis disease of the oral cavity are presented.

Key words: fungal diseases of the oral cavity, antifungal agents, candidosis, risk factors, diagnosis, treatment.

І.П. Мазур – д-р мед. наук,

професор кафедри стоматології Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Пімоненка, 10-а, Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика. Тел.: +38 (044) 486-00-22.