

# Грибковые инфекции:

кандидоз, аспергиллез.

КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА



# Бактериальные инфекции:

язвенно-некротический гингиво-стоматит

Венсана

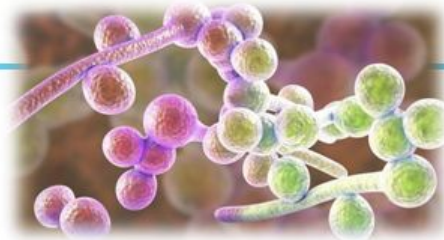
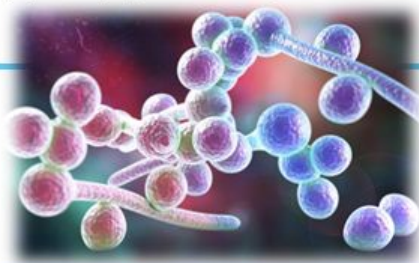


Невежина Елизавета Андреевна 1542  
Горшкова Кристина Игоревна 1542

**Кандидоз** – заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, превращающихся при ослаблении иммунной системы микроорганизма из условно-патогенных в патогенные микроорганизмы.

Грибы рода *Candida* - одноклеточные микроорганизмы, относительно большой величины, округлой формы. Способны образовывать **псевдомицелий** – нити из удлинённых клеток, **бластоспоры** – клетки-почки, сидящие на перетяжках псевдомицелия, **хламидоспоры** – споры с двойной плотной оболочкой.

Грибы рода *Candida* факультативные анаэробы, хорошо растут в слабокислой среде (рН 5,8 – 6,5), при температуре 30 -37°C, могут длительно переносить резко кислые среды. Выделяют ферменты, разрушающие клеточные элементы и ткани, адгезины и токсины



### Факторы риска кандидоза ПР:

- иммунодефицит,
- сахарный диабет,
- кандидоз гениталий,
- недостаток витаминов.
- использование антибиотиков
- прием иммунодепрессивных препаратов (глюкокортикоиды, цитостатики),





# Факторы, способствующие развитию кандидоза у детей

## Общие:

1. Недоношенность и переношенность.
2. Патологическое течение родов (аспирация околоплодных вод).
3. Патология неонатального периода.
4. Длительная и (или) нерациональная антибиотикотерапия.
5. Лучевая терапия.
6. Оперативные вмешательства.
7. Отсутствие или ранняя отмена естественного вскармливания
8. Диспепсии, синдром мальабсорбции, острые кишечные инфекции.
9. Первичные и вторичные иммунодефициты (на фоне злокачественных опухолей, лимфопролиферативных заболеваний, синдрома Дауна, ВИЧ-инфекции и др.).
10. Аллергические заболевания, заболевания крови, нарушение обмена веществ.



## Местные:

1. Кандидозная инфекция у матери.
2. Нарушение правил гигиенического ухода за детьми (облизывание соски, невымытые руки)
3. Анатомо-функциональная незрелость слизистой оболочки полости рта.
4. Повреждения кожи и слизистых оболочек (механическая, термическая, химическая травмы).
5. Множественный кариес.
6. Использование ортодонтических конструкций.
7. Избыточное употребление углеводов (кормление сладкими смесями, добавление сахара в прикорм, смазывание сосок-пустышек медом, сиропом).
8. Нерациональная гигиена полости рта (несоблюдение сроков использования зубной щетки)
9. Воспалительные процессы полости рта

## Экзогенное заражение:

- Возбудители могут попасть в организм с предметов обихода, посуды, игрушки, с пищей (чаще в молочных продуктах).
- Грибами могут быть обсеменены фрукты, фруктовые массы.
- Источником грибов могут быть дикие птицы (голуби, утки, гуси) и молодняк домашних животных (котята, щенки, ягнята, телята).
- Инфицирование детей в роддомах происходит от медицинского персонала, оборудование, пеленки, клеенки, соски.
- Для новорожденных источником заражения может являться мать, заражение возможно с кожи соска и рук, со слизистой оболочки полости рта, через ротовую жидкость.



## Эндогенное заражение:

- При возникновении дисбактериозов полости рта наблюдается активация собственных грибов рода *Candida* и увеличение их количества и активности.



## По течению кандидоза полости рта различают формы:

1. Острый кандидоз
2. Хронический кандидоз

### *Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница)*

На слизистой оболочке полости рта появляется налет – белые и синевато-белые пятна, напоминающие творожистые массы, скопление которых на разных участках неодинаково.

Налет состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия, кератина. Налет легко соскабливается, под ним обнаруживается гиперемированный участок (пятно, эритема).

В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозированную кровоточащую поверхность. Поражаются могут все участки слизистой (чаще слизистая неба), язык, губы, щеки.



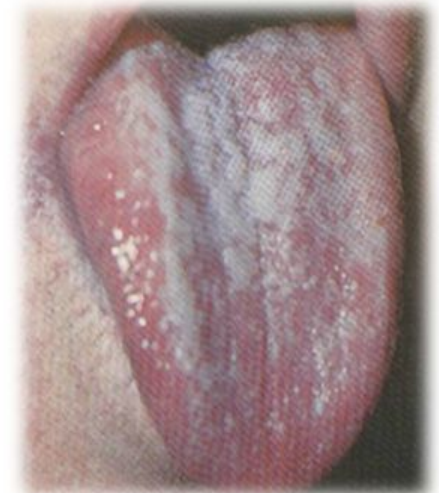
## **Острый атрофический кандидоз полости рта**

Слизистая гиперемированна, огненно-красного цвета, сухая, что затрудняет свободное открывание рта, вызывает болезненность при разговоре, приеме пищи, прикосновении. Слизистая языка атрофированная, сосочки сглажены, язык ярко красный, гладкий. Налет отсутствует.



## **Хронический гиперпластический кандидоз полости рта**

На гиперемированной слизистой оболочке появляются плотно спаянные папулы и бляшки, образующие неровную поверхность (булыжная мостовая). Бляшки серо-белого цвета, плотно спаяны с подлежащими тканями, при соскабливании не снимаются (при удалении кровоточащая эрозивная поверхность). Наличие бляшек свидетельствует о фиксации и врастании гриба. Налет чаще располагается на спинке языка.





## **Хронический атрофический кандидоз полости рта**

Слизистая ярко-красного цвета, отечна. Налет в небольшом количестве выявляется в складках твердого неба, легко снимается. Под налетом обнаруживается гиперемированный участок. В полости рта выражена сухость. В углах рта эрозии, покрытые белым налетом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабо мокнущая.

При отсутствия лечения возможно поражение глотки, зева, пищевода, генерализация процесса.



**Для лечения применяются противогрибковые антибиотики.**



Клиническая картина кандидоза полости рта весьма полиморфна, поэтому в некоторых случаях диагноз необходимо подтверждать лабораторными методами исследования, которые могут включать:

- 1) микроскопический анализ материала, взятого из очага поражения;
- 2) его посев с учетом степени обсемененности пораженной ткани;
- 3) внутрикожные пробы с дрожжевым аллергеном;
- 4) выявление грибковых метаболитов методом газовой хроматографии;
- 5) серологические реакции – агглютинации и реакции связывания комплемента (РСК);
- 6) полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Качество исследования во многом зависит от правильности взятия патологического материала. Соскоб из полости рта берут вначале с щек, неба, затем языка, тщательно соскабливая спинку и корень языка, а в заключение – круговыми движениями с зева. Для этих целей используют шпатель, полученный материал равномерно распределяют по стеклу. Микроскопическое исследование на грибы проводят в нативных или (и) окрашенных препаратах. Необходимо приготовить несколько препаратов для увеличения надежности анализа и исключения ложноположительных результатов.





**Немедикаментозное лечение:** Стол №15.

**Медикаментозное лечение:**

- 1) Противогрибковые препараты (выбрать один из; **перорально**):
  1. Кетоканазол, 200мг, перорально, 1-2 таблетки (200-400мг) в сутки в течение 2 недель, и далее по 1 таблетке в сутки до полного выздоровления.
  2. Флуконазол, 50мг, перорально, 50-100мг/сутки, в течение 7-14 дней.
  
- 2) Противогрибковые препараты (выбрать один из; **местно**):
  1. Нистатин, 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней.
  2. Клотримазол, 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней.

Антисептики:
- 3) Хлоргексидинабиглюконат, 0,05% для обработки полости рта 3 раза в день в течение 14 дней.
- 4) Лидокаина гидрохлорида, 1%, для аппликаций с целью обезболивания перед приемом пищи до стихания болевых ощущений.
  
- 5) **Другие виды лечения:** нет.
- 6) **Хирургическое вмешательство:** нет.

**Лечение**

**Аспергиллез** принадлежит к так называемым плесневым микозам.

***Aspergillus spp.*** – это повсеместно встречающиеся плесневые грибы, которые в некоторых случаях приводят к развитию серьезных заболеваний человека. Чаще всего встречается легочный аспергиллез, однако также могут поражаться и другие органы (головной мозг, синусы, клапаны сердца).

Аспергиллез чаще **возникает как вторичное заболевание** у сильно ослабленных, истощенных больных на фоне общего, чаще всего хронического, заболевания легких (туберкулез, пневмонии, бронхит, бронхоэктазы и др.), болезней крови, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, в процессе длительного применения антибиотиков (особенно тетрациклина), и является следствием развившегося дисбактериоза и суперинфекции.

Аспергиллез **может возникать экзогенно**, как профессиональное заболевание у рабочих в цехах по изготовлению спиртного, на фермах и др.

Заболеванию подвержены откормщики голубей, поскольку именно эти птицы чаще других становятся переносчиками аспергилл. Возбудитель может располагаться в старых перьевых подушках и пуховых одеялах, залежалых бумажных листах, продуктах питания, крупах, муке, сене. Существуют также регионы, с высоким уровнем риска заражения данным типом плесневого грибка – это Саудовская Аравия, Судан.



Аспергиллы.  
Сегментированный мицелий, на поверхности которого образуется множество одноклеточных конидиеносцев



# Фузоспирохетоз (Язвенно-некротический стоматит Венсана)

Вызывается ассоциациями микроорганизмов – фузобактериями (*F. necroforum*), бактероидами – превотеллами (*P. intermedia*), бореллиями (*B. vincentii*).

Фузоспирохетоз возникает при снижении резистентности организма (переохлаждение, гиповитаминозы, недостаточность секреторного IgAs, различные стрессовые состояния), как осложнение вирусных инфекций (гриппозный, герпетический стоматит), при иммунодефицитах, как вторичная инфекция.



Заболевание протекает в форме острого и хронического воспаления.

Десна краснеют, становятся отечными, разрыхленными, резко болезненными, кровоточат от легкого прикосновения.

Вначале некроз поражает вершины межзубных сосочков, а затем распространяется на всю десну.

Заболевание начинается с повышения **температуры тела до 37-38 С**, увеличиваются регионарные лимфатические узлы и становятся болезненными при пальпации, сопровождается слабостью, головной болью, болями в суставах и мышцах. При внешнем осмотре обычно характерны землистый цвет лица, бледность кожных покровов.

Со временем десна покрывается некротическими массами бело-серого, серо-бурого или серого цвета.

Фузоспирохетоз комбинируется с язвенно-пленочной ангиной Венсана и может прогрессировать в острый некроз мягких тканей полости рта и лица – ному (водяной рак).





# ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВЕНСАНА

## Одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- устранение очага острого воспаления;
- повышение общей резистентности организма;
- повышение качества жизни пациентов.

## Лечение язвенно-некротического гингивита Венсана включает:

- проведение местной анестезии
- антисептическая и антимикробная обработка полости рта;
- удаление некротических масс;
- проведение общей терапии (препараты противомикробного действия, антибиотики, витамины);
- санация полости рта;
- рекомендации по гигиене полости рта

**Лечение**

**Выбор метода лечения язвенно-некротического гингивита Венсана зависит от клинической картины, проявлений и симптомов и может потребовать привлечения врачей других специальностей.**

**В первое посещение** проводят обработку всей полости рта. Начинать лечение следует с проведения обезболивания, после этого удаляют все механические раздражители: сошлифовывают острые края зубов, удаляют зубной налет и камень. Удаление разрушенных зубов откладывают до полной эпителизации язв.

Очищение язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы и др. Всю полость рта обрабатывают растворами антисептиков.

В дальнейшем проводится ежедневная обработка. Больному назначаются полоскания антисептическими растворами и рекомендации по гигиене.

**При легком течении заболевания ограничиваются местным лечением. В более тяжелых случаях назначают общую терапию:** противомикробные препараты (метронидазол, трихопол, флагил, клиол), антибиотики широкого спектра действия (эритромицин, олететрин, окситетрациклин), витамины (группа В, С, А).

После улучшения состояния пациента проводят тщательную санацию полости рта.





# Источники литературы

- Лекция по микробиологии для стоматологов «Стоматиты», СибГМУ.
- «Кандидоз полости рта» Молоков В.Д., Галченко В.М., Кафедра терапевтической стоматологии. Иркутск 2009.
- Кандидоз полости рта. Клинические протоколы МЗ РК - 2015
- «ОРАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ДЕТЕЙ» Учебно-методическое пособие Минск 2008
- Протокол ведения больных "Острый некротический язвенный гингивит Венсана«
- Аспергиллез

<https://rsdent.ru/aspergillez>

<https://helix.ru/kb/item/10-069>





Спасибо!

