

УДК: 616.31-002.828-614.8.02

ЧАСТОТА И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ



Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние десятилетия во всем мире прогрессивно возрастает количество заболеваний, обусловленных условно-патогенными грибами рода *Candida* [2,3]. Микромицеты рода *Candida* из состава нормальной микрофлоры тела человека могут быть возбудителями заболеваний полости рта (кандидозного стоматита и кандидозно-ассоциированного пародонтита) [1,5]. Распространенность микозов в общей популяции составляет 20-25% (Navlickova B. et al., 2008). Одной из важнейших проблем стоматологии в последние годы становится кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР), доля которого в структуре патологии СОПР достигла 40,0-45,0%. Возрастающее значение дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии воспалительных процессов полости, видовое многообразие (*C. albicans*, *C. non-albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. famata*), вирулентность, обусловленная генотипической и фенотипической нестабильностью, формирование устойчивости к антимикотическим препаратам, недостаточный терапевтический эффект приводят к увеличению удельного веса длительно текущих, рецидивирующих форм кандидоза у пациентов разного возраста [2,4,5].

Кандидозные заболевания полости рта могут протекать тяжело и существенно снижать качество жизни.

Нозологические формы кандидозного стоматита на стоматологическом приеме анализировались лишь небольшим числом авторов, при этом установлены различия в структуре и частоте нозологических форм

кандидоза СОПР [1,4]. Распространенность и этиология кандидозно-ассоциированных поражений полости рта пациентов в Узбекистане остается не изученной. Подобные исследования в Республике Узбекистан ранее не проводились.

Цель исследования

Определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан.

Материал и методы

В период с 2015 по 2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратилось 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями СОПР и пародонта, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинико-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта.

В зависимости от возможных этиологических факторов возникновения заболевания обследованные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 126 больных (71 женщина и 55 мужчин) с типичными клиническими проявлениями кандидоза СМОПР, у которых заболевание не было связано с протезированием. Во 2-ю группу были включены 47 пациентов (27 женщин и 20 мужчин), кандидоз у которых был диагностирован в течение 3-х лет после протезирования и первоначально квалифицировался как протезный стоматит.

У всех пациентов диагноз был сформулирован согласно Международной классификации МКБ-10 (ВОЗ, Женева, 1997): В 37.0 «Кандидозный стоматит».

Для подтверждения диагноза кандидоза СОПР использовали клинические и лабораторные методы: микроскопический, культуральный (микологический) и иммунологический.

Для количественного определения дрожжевых грибов выполняли посев на агаризованную среду Сабуро и дифференциально-диагностические среды Хай Хром Кандида-агар M1297A и M1297AR. Микологическое исследование проводили по традиционному алгоритму медицинской микологии (Сергеев А.И., 2000). Результаты количественной оценки выделения грибов регистрировали в Ig КОЕ на 1 мл. Для выявления лецитиназы использовали питательный молочно-желточный агар, на который осуществляли посеvy культур *Candida* spp. с инкубацией в течение 18-24 часов при температуре 37°C. О наличии лецитиназы свидетельствовало образование радужного венчика (пигмента).

Клиническое стоматологическое обследование включало оценку состояния пародонта (индекс гигиены ОНI-s; выявление кровоточивости десневых сосочков по Muhlemann; пародонтальный индекс по Russell); определяли степень потери прикрепления десны и ре-

зорбцию альвеолярной кости рентгенологически на ортопантомографе

Для статистической обработки использовали методику параметрической (средняя величина, ошибка средней величины $M \pm m$, коэффициент Стьюдента, вероятность различий p) и непараметрической обработки результатов. Для относительных величин (частота случаев, отношение количества выделенных штаммов к общему количеству и т.п.) определяли частоту (%). При проведении статистической обработки результатов использовали компьютерную программу Excel для Microsoft.

Результаты и обсуждение

В возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В настоящее время в этиологической структуре инфекционной патологии СОПР все больше стали преобладать представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ), которые выработали достаточную резистентность к действию антибактериальных и антимикотических препаратов. Выделение представителя УПМ на СОПР еще не является свидетельством его значимости в воспалительном процессе, так как в норме эти микроорганизмы колонизируют различные биотопы организма. Не являются исключением и грибы рода *Candida* [3,5], являющиеся представителями УПМ полости рта.

Фермент лецитиназа является одним из факторов патогенности возбудителя и показателем более высокой активности гриба. Лецитиназа была определена у всех культур *Candida*. У всех пациентов титр грибов рода *Candida*, выделенных на СОПР был равен или превышал 10^3 КОЕ/мл.

В ходе обследования у 15 (8,67%) диагностирован острый псевдомембранозный кандидоз полости рта (B37.00), у 20 (11,56 \pm 2,43%) – острый эритематозный атрофический кандидоз (B37.01), у 47 (27,17 \pm 3,38%) – хронический гиперпластический кандидоз (B37.02), у 91 (52,60 \pm 3,80%) – хронический атрофический кандидоз (B37.03) (стоматит под съемным зубным протезом, вызванный кандидозной инфекцией), который чаще определялся у пожилых пациентов, пользующихся съемными протезами – у 31 (25%). Таким образом, в результате клинического обследования выявлено преобладание хронических форм кандидоза полости рта, суммарная частота которых составила 79,77%.

Показателем, характеризующим упорное течение заболевания, является давность возникновения патологического процесса. По данным анамнеза и медицинских документов проведено уточнение длительности заболевания кандидозом полости рта (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, с увеличением возраста распространённость кандидоза СОПР возрастала. Основной удельный вес в общем объёме болеющих приходится на возрастной период от 34 до 64 лет и старше (более 135 пациентов, или 78,03 \pm 3,15% от общего числа заболевших). Можно предположить, что столь высокая заболеваемость взрослого населения объясняется более высокой частотой фоновой соматической патологии, частым приемом антибиотиков и гормональных (стероидных препаратов).

Необходимо отметить, что подавляющее большинство обследованных, т.е. 95 (54,91 \pm 3,78%) больных, имели длительность заболевания более 3-х лет; 51 (29,48 \pm 3,46%) пациент страдал кандидозом от 1-го года до 3-х лет, лишь 27 (15,61 \pm 2,76%) пациентов имели сравнительно короткий срок заболевания – до 1-го года (табл. 1).

Детальный анализ длительности кандидоза показал, что у пациентов в возрастных группах 18-22 года и 23-34 года максимальная длительность заболевания составляет до 1-го года – соответственно у 9 (15,20 \pm 2,71%) и 12 (6,94 \pm 1,94%) пациентов; длительность кандидоза от 1-го года до 3-х лет отмечалась соответственно у 6 (3,47 \pm 1,39%) и 7 (4,05 \pm 1,49%), лишь 3 (1,73 \pm 0,99%) и 1 (0,57 \pm 0,57%) обследованных имели длительность заболевания более 3-х лет.

Напротив, среди пациентов в возрастных группах 35-44 и 45-54 года преобладали лица с длительностью кандидоза более 3-х лет: соответственно 20 (11,56 \pm 2,43%) и 32 (18,49 \pm 2,95%); с длительностью заболевания 1-3 года было соответственно 18 (10,40 \pm 2,32%) и 20 (11,56 \pm 2,43%) больных, до 1-го года – 4 (2,31 \pm 1,14%) и 2 (1,16 \pm 0,81%). В возрастных группах 55-64 лет и старше 65 лет все пациенты имели длительность заболевания более 3-х лет.

Нами прослежена связь различных нозологических форм кандидоза полости рта с возрастом пациентов (табл. 2).

Анализ распределения различных нозологических форм кандидоза СОПР по возрасту выявил чёткое преобладание острых форм заболевания у лиц молодого возраста. У пациентов в возрасте 35-44 года и старше чаще выявлялись хронические формы заболевания. Так, в возрастной группе 18-24 лет острый псевдомембранозный кандидоз СОПР встречался у 10 (5,78 \pm 1,77%), а острый эритематозный – у 8 (4,62 \pm 1,60%). В возрастной группе 23-34 лет хронический псевдомембранозный кандидоз обнаружен лишь у 3 (1,73 \pm 0,99%) пациентов: при этом острый псевдомембранозный и эритематозный кандидоз диагностирован соответственно у 5 (2,89 \pm 1,27%) и 12 (6,94 \pm 1,94%) обследованных.

В возрасте старше 35 лет преобладали хронические формы заболевания, которые обнаружены у 135 (78,03 \pm 3,15%) пациентов, в том числе хронический атрофический кандидоз диагностирован у 91



Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от длительности кандидоза полости рта

Возраст, лет	Длительность заболевания, лет			Всего
	до 1-го	1-3	более 3-х	
18-22	$\frac{9}{15,20} \pm 2,71$	$\frac{6}{3,47} \pm 1,39$	$\frac{3}{1,79} \pm 0,99$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{12}{6,94} \pm 1,91$	$\frac{7}{4,05} \pm 1,19$	$\frac{1}{0,57} \pm 0,57$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	$\frac{4}{2,31} \pm 1,11$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{10}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{32}{18,49} \pm 2,95$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,18$
65 и старше	-	-	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{27}{15,61} \pm 2,76$	$\frac{51}{29,18} \pm 3,46$	$\frac{95}{54,91} \pm 3,78$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

(52,60±3,80%), и хронический псевдомембранозный – у 47 (27,17±3,38%).

Кандидоз полости рта представляет собой серьезную проблему в связи с широкой распространенностью и рецидивирующими персистирующим характером течения. Этот вид возбудителя обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%) (Abu Gelteen K.H., Abu Galteen R.M., 1998).

В современной структуре кандидоза СОПР (по обращаемости к стоматологу) ведущее место занимают хронические формы (гипертрофический кандидоз – у 28,4%; атрофический кандидоз – у 30,9%).

Литература

1. Панченко А.Д. Изучение взаимосвязи возраста пациентов, характера зубных протезов и формы кандидоза полости рта // *Стоматология – наука и практика. Перспективы развития: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., посв. 50-летию стоматологического*

факультета Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2011. – С. 410-413.

2. Панченко А.Д. Комплексная терапия кандидоза полости рта у пациентов со съёмными пластиночными протезами. – Саратов, 2013.

3. Панченко А.Д., Булкина Н.В. Частота встречаемости кандидоза полости рта в разной возрастной категории с различными ортопедическими конструкциями // *Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 71-й межрегион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. – Саратов, 2010. – С. 381-384.*

4. Суркова С.А. Особенности клинико-лабораторной диагностики инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта // *Dental Forum. – 2012. – №3. – С. 94-95.*

5. Суркова С.А. Совершенствование методов лабораторной диагностики и обоснование терапии кандидоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

Таблица 2. Распределение пациентов с различными нозологическими формами кандидоза СОПР по возрасту

Возраст, лет	Форма кандидозного стоматита				Всего (В.37)
	острый псевдомембранозный (В37.00)	острый эритематозный (В37.01)	хронический гиперпластический (В37.02)	хронический атрофический (В37.03)	
18-22	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{8}{4,26} \pm 1,60$	-	-	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{5}{2,89} \pm 1,77$	$\frac{1}{6,94} \pm 1,94$	$\frac{3}{1,73} \pm 0,99$	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	-	-	$\frac{11}{6,38} \pm 1,85$	$\frac{31}{17,92} \pm 2,92$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	-	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{34}{19,65} \pm 3,02$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{5}{2,89} \pm 1,27$	$\frac{16}{9,25} \pm 2,20$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,48$
65 и старше	-	-	$\frac{8}{4,62} \pm 1,60$	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{15}{8,47} \pm 2,14$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{47}{27,17} \pm 3,38$	$\frac{91}{52,60} \pm 3,80$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

Цель: определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан. **Материал и методы:** в 2015-2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратились 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) и пародонта, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинко-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта. **Результаты:** в возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В этиологической структуре инфекционной патологии СОПР преобладают представители условно-патогенной микрофлоры, выработавшие достаточную резистентность к действию антибактери-

альных и антимикотических препаратов. **Выводы:** кандидоз обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, условно-патогенные микроорганизмы, грибы рода Кандида, лабораторная диагностика.

Оғиз бўшлиғи шиллик каватида микоз инфекциянинг тарқалиши 40—88%ни ташкил этади. Ушбу касалликни эрта ва самарали ташхислаш, патогенези, даволаш ва касалликни олдини олиш чора тадбирлари тўлиқлигича ҳал этилмаган, мунозарали бўлиб, ушбу муомони ҳал этишга кўплаб клиник ва тажрибали ишлар бағишланган. Муаллифлар томонидан беморнинг ёшига боғлиқ