

Федурин С.С.

Алгоритм ведения пациентов с кандидозом полости рта после стоматологической ортопедической реабилитации

Кафедра ортопедической стоматологии Омской государственной медицинской академии, г. Омск

Fedurin S.S.

Algorithm for the management of patients with oral candidiasis after dental prosthetic rehabilitation

Резюме

По данным статистики последних десятилетий доля первичной (врождённая) адентии в структуре пороков развития ЧЛО в разных странах колеблется от 0,15 до 10,4%. В статье представлены данные о структуре первичной адентии с указанием основных этиологических факторов, оказывающих влияние на внутриутробную закладку зубов у плода. Приведены литературные сведения об использовании ультразвуковой диагностики плода и молекулярно-генетической диагностики для выявления риска первичной адентии на пренатальном уровне.

Ключевые слова: первичная адентия, зубные зачатки, беременность, ультразвуковая диагностика плода, пренатальная молекулярно-генетическая диагностика

Summary

Investigation of the particularities of oral cavity organs and tissues condition was organized in persons with fungous stomatitis, using fixed dental prostheses. High number of fungous microflora species was revealed that promotes the reduction of saliva secretion rate and impairment of oral cavity hygienic condition. The finding warrant for development of oral candidosis individual therapeutic approach inpatient with fixed denture.

Keywords: fungous stomatitis, hygiene of oral cavity, fixed dental prostheses

Введение

В настоящее время неприятные субъективные ощущения и ряд объективных симптомов, наблюдаемые у пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта, объединяют в единый синдром непереносимости стоматологических материалов (или непереносимости зубных протезов). Согласно данным литературы, этот синдром весьма распространен и развивается у 4—11% пациентов, использующих зубные протезы [6].

Протезные материалы могут оказывать влияние на микробиocenоз полости рта, изменяя его, что может явиться важной причиной в развитии данной патологии, и как следствие у таких пациентов нередко можно встретить развитие кандидозной инфекции, которая может развиваться самостоятельно или чаще всего как следствие сниженного иммунитета. [4].

Основная проблема заключается в том, что попытки лечения таких пациентов медикаментозными средствами зачастую оказываются неэффективными, вследствие чего возникает необходимость снятия и замены протезов. Однако, этот вариант является крайне нежелательным, как с клинической, так и с экономической точки зрения.

Анализируя многочисленные публикации, посвященные вопросу лечения синдрома непереносимости зубных протезов, можно констатировать, что в большинстве случаев неудачи лечения обусловлены отсутствием четкого определения причины развития данного синдрома. Между тем известно, что синдром непереносимости может формироваться под влиянием ряда факторов, поэтому выявление причины играет определяющую роль в разработке плана лечения [1].

Проведенные нами исследования продемонстрировали, что во многих случаях симптомы непереносимости зубных протезов развиваются как следствие кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта, а также явления гальваноза. Учитывая высокую видовую насыщенность выявленной грибковой микрофлоры у пациентов, а также различную чувствительность не-альбицанс видов к антигрибковым препаратам, становится очевидной необходимость поиска новых схем лечения пациентов с явлениями непереносимости зубных протезов, основанных на индивидуальном подходе.

Целью настоящей работы является разработка алгоритма ведения пациентов с кандидозом полости рта после стоматологической ортопедической реабилитации.

Таблица 1. Анализ основных жалоб обследованных пациентов

Жалобы пациентов	Группы пациентов	
	Группа 1 (с кандидозом и протезами) n=52	Группа 2 (с кандидозом без протезов) n=30
Ощущение сухости в полости рта	30 (57,69%)	16 (53,33%)
Увеличение количества слюны	18 (34,61%)	10 (33,33%)
Ощущение жжения в полости рта	42 (80,76%)	21 (70,00%)
Налёт на языке, на протезах	43 (82,69%)	24 (80,00%)
Болезненные ощущения в слизистой языка, губ, щёк, нёба	31 (59,61%)	19 (63,33%)
Изменение вкусовой чувствительности	12 (23,08%)	6 (20,00%)
Трещины уголков губ (заеды)	22 (42,31%)	14 (46,67%)

Таблица 2. Распределение пациентов по возрастным и клиническим группам

Возраст, (лет)	Количество больных	Группа исследуемых лиц		
		С кандидозом и зубными протезами (ЗП) I	С кандидозом, но без протезов(ЗП) II	Здоровые III
30-39	50	33	24	20
40-49	65	20	31	8
50-59	30	17	10	2
60-69	35	10	5	-
Всего	180	80	70	30



Рис.1. Проведение забора материала для лабораторных исследований



Рис.2. Забор ротовой жидкости



Рис.3. Подбор антимикотика методом серийных разведений

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 250 пациентов в возрасте от 30 до 69 лет (127 женщин и 123 мужчины), обратившихся в клинику ортопедической стоматологии ГКСП№1 и Регионального центра семейной медицины с жалобами на жжение полости рта, металлический привкус, сухость слизистой полости рта.

Критериями включения явились пациенты с разными конструкционными материалами(штампованно-паянные мостовидные протезы, покрытые нитрид-титаном, литые конструкции из кобальто-хромового сплава, сплавы Вирон, Реманиум, металлокерамика)

с наличием белесоватого налета в области слизистой щек, языка, которых оказалось- 80 чел и пациенты без конструкционных материалов в полости рта с наличием белесоватого налета-70 чел. Также мы выделили отдельную группу пациентов с санированной полостью рта, считающих себя здоровыми- 30 чел.

У всех пациентов с металлическими зубными протезами и белесоватым налетом была проведена биопотенциометрия.(прибор БПР-3)

С целью определения грибковой микрофлоры нами

проводился забор ротовой жидкости из полости рта утром натощак до проведения гигиенических мероприятий, а также соскоб с поверхности слизистой оболочки.

Данный материал в течение одного часа доставлялся в бактериологическую лабораторию ОмГМА, заведующая лабораторией Лазарева Любовь Ивановна, где проводился посев на среду Сабуро, микроскопическое исследование.

С целью подбора фармакологического препарата проводили определение чувствительности к противогрибковым препаратам с использованием метода серийных разведений – системы Биорад, Биомерье. Франция.)

Результаты и обсуждение

У всех исследуемых нами пациентов I и II групп диагноз кандидоз подтвердился лабораторным способом, причем у 58% из этих пациентов возбудителями являлись не-альбиканс виды. У оставшихся 42% человек определилась кандида альбиканс.

У части лиц наряду с диагнозом кандидоз наблюдались высокие значения биопотенциалов до 230 мВ, что может говорить о таких явлениях как гальванизм (50-80

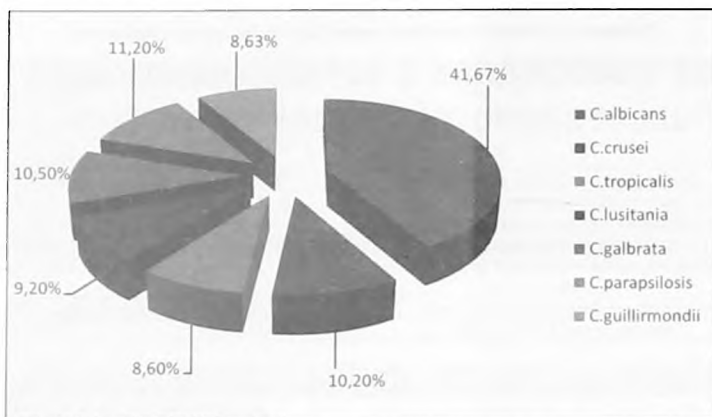


Рис.4. Видовая структура полигрибковой микрофлоры полости рта в изучаемых группах пациентов

мВ) без клинических проявлений и гальваноз- 140мВ и выше) и наличие клинических проявлений в полости рта с соответствующими жалобами больного.

Немалый интерес представляет изучение биопотенциалов полости рта у пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями при наличии кандидоза полости рта в зависимости от вида грибковой микрофлоры (рис. 5).

При анализе данных диаграммы обращают на себя внимание значительные колебания биопотенциометрических показателей в зависимости от вида Candida. Так, наиболее существенный подъем биопотенциалов был зафиксирован у пациентов с кандидозом полости рта,

вызванным *C. albicans*, в то время как присутствие *C. lusitania* было ассоциировано с наименьшими изменениями изучаемого показателя.

Выявленные тенденции могут быть обусловлены двумя возможными причинами:

1. при более высокой разности потенциалов, а значит, и при более выраженных электрохимических процессах, быстрее изменяется рельеф поверхности протезов и увеличивается пористость металлов, из которых они изготовлены, что способствует их колонизации дрожжеподобными грибами определенного вида – в зависимости от адгезивных свойств;
2. интенсивные электрохимические процессы ока-

Таблица 3. Показания биопотенциометрии у лиц разными конструкционными материалами

Вид протеза	Показания мВ	
	Мин.	Максим.
1) Штампованно Паянный с напылением	122	230
2) М-А	60	170
3) М-К	30	150



Рис. 5. Клинические проявления кандидоза в лоси рта.

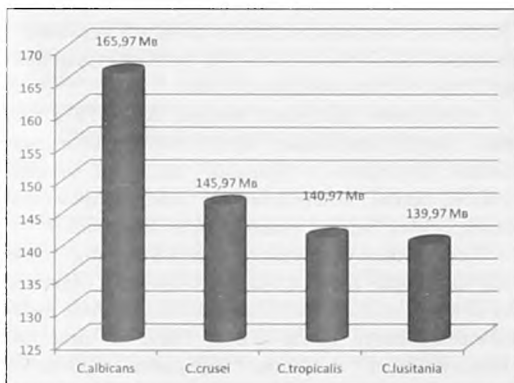


Рис. 6. Характеристика биопотенциометрических показателей у пациентов с разными видами грибов рода Кандида и несъемными штампованно-паянными с напылением конструкциями (мВ)

Таблица 4. Дифференциально-диагностические признаки различных поражений слизистой оболочки полости рта у пациентов с несъемными зубными протезами

Клинические показатели	Кандидоз	Гальваноз+ кандидоз	Гальваноз
Жжение языка	+	+	+
Жжение слизистой оболочки полости рта	+	+-	+
Гипосаливация	+-	+	+
Изменение вкусовой чувствительности	-	+	+
Кислый привкус	-	+++	+
Гиперсаливация			+-
Гиперемия сосочков языка	+	+	+
Гиперемия языка	+	+	-
Гиперемия слизистой оболочки полости рта	+-	+-	-
Отек языка	+	+-	-
Отек слизистой оболочки полости рта	+-	+-	-
Латентная форма кандидоза	+	-	+
Выраженная форма кандидоза	+	++	-

зывают негативное влияние на жизнедеятельность факультативной микрофлоры полости рта, которая может замещаться облигатной флорой, в том числе грибами *Candida*.

У остальных 25% пациентов показатели биопотенциометрии полости рта были в норме, но больные предъявляли жалобы, характерные для непереносимости стоматологических материалов. Вероятно, они были обусловлены явлениями кандидоза полости рта, что обуславливает необходимость индивидуального подхода к пациентам с подобными жалобами при наличии у них несъемных ортопедических конструкций.

Поскольку многие характерные клинические проявления кандидоза полости рта совпадают с симптомами гальваноза, мы сочли необходимым сопоставить клиническую характеристику кандидоза, кандидоза, сочетающегося с гальванозом, и гальваноза с целью их дифференциальной диагностики (табл. 4).

Как следует из данных, представленных в таблице, для кандидоза, протекающего на фоне гальванических процессов в полости рта, в большей мере характерны признаки воспаления слизистой оболочки, чем для гальваноза, не сочетающегося с кандидозом. В то же время, в отличие от простого кандидоза, для кандидоза, протекающего на фоне гальваноза в большей степени характерно изменение вкусовых ощущений, в частности, кислый привкус во рту. Разумеется, для окончательной верификации диагноза во всех случаях необходимо проводить

исследование материала наличие грибов *Candida* и биопотенциометрию.

На основании полученных результатов мы выделили три группы пациентов:

- 1) С гальванозом и кандидозом - 38чел (25%)
- 2) С явлениями гальванизма и кандидозом -112 чел (75%)
- 3) С кандидозом 30 чел.

Исходя из полученных данных подбора противогрибкового лечения, мы назначали строго индивидуальные препараты, в зависимости от чувствительности разных видов грибов.

При анализе данных таблицы прежде всего обращает на себя внимание довольно часто встречающаяся устойчивость к такому традиционно применяемому при кандидозах препарату как флуконазол. К нему было устойчиво большинство видов кандиды, за исключением *C.tropicalis* и *C.lusitania*, у которых устойчивость носила дозозависимый характер. Наилучшие результаты продемонстрировал итраконазол – к нему были устойчивы лишь 2 вида кандид.

Если же провести анализ особенностей чувствительности различных видов кандиды, то наиболее чувствительным оказался вид *C.albicans* – он был устойчив лишь к кетоназолу. Наибольшую устойчивость к антигрибковым препаратам продемонстрировали *C.crusei* и *C.glabrata* – у них была отмечена лишь дозозависимая чувствительность к амфотерицину Б. Полученные результаты имеют

Таблица 5. Чувствительность разных видов грибов рода *Candida* к противогрибковым препаратам

ВИДЫ ГРИБОВ	ФЛУКОНАЗОЛ	ИТРАКОНАЗОЛ	КЕТОКАНАЗОЛ	АМФОТЕРИЦИН-Б
<i>Albicans</i>	Ч	Ч	У	Ч
<i>Krusei</i>	У	У	У	ДЗ
<i>Tropikalis</i>	У-ДЗ	Ч	Ч	ДЗ
<i>Lysitania</i>	У-ДЗ	Ч	У	ДЗ
<i>Glabrata</i>	У	У	У	ДЗ
<i>Parapsilosis</i>	У	Ч	Ч	Ч
<i>Guillirmondia</i>	У	Ч	У	Ч

большое практическое значение – их следует учитывать при назначении лечения кандидозного стоматита.

После лечения антимикотическими препаратами и повторного проведения ряда микробиологических исследований и биопотенциометрии нами было отмечено снижение значений разности биопотенциалов в группе лиц с кандидозом и явлениями гальванизма на 30-50 мВ, а так же уменьшение клинических проявлений (отечность, гиперемия)

К тому же пациенты данной группы отмечали явное улучшение и исчезновение жалоб на жжение полости рта.

Таким образом исходя из полученных результатов мы можем предложить алгоритм ведения пациентов с кандидозом и несъемными ортопедическими конструкциями.

Алгоритм ведения пациентов с синдромом жжения полости рта и предварительным диагнозом кандидоз.

1) Провести полный анализ ротовой жидкости, содержания зубодесневой борозды, соскоба со слизистой оболочки на наличие полигрибковой микрофлоры, пациентам с металлическими конструкциями провести биопотенциометрию.

2) Изучить чувствительность разных видов грибов к антимикотическим препаратам и согласно результатам – назначить комплексное фармакологическое лечение.

Комплексное фармакологическое лечение

- воздействие на возбудителя,
- повышение резистентности организма,
- восстановление межтканевых взаимодействий,
- обмена веществ и микробиоценоза на протяжении

всего жкт,

- лечении сопутствующей патологии и общеукрепляющая терапия.

3) повторно выяснить жалобы пациента, а так же повторить микробиологические исследования и биопотенциометрию.

4) при сохранении клинических проявлений и жалоб извлечь все имеющиеся конструкции из полости рта

5) Подобрать материал, используя метод ФОЛЛЯ

6) протезирование и диспансерное наблюдение два раза в год.

Выводы

1) У пациентов с кандидозом полости рта, имеющих ортопедические конструкции определяется высокая видовая насыщенность грибковой микрофлоры.

2) Чувствительность к противогрибковым препаратам разных видов грибов рода Кандида существенно отличается между собой.

3) Наличие полигрибковой микрофлоры в полости рта способствует снижению скорости секреции слюны.

4) После лечения кандидозной инфекции гигиенические индексы, скорость секреции слюны, а также значения биопотенциалов восстанавливаются даже при наличии протезов в полости рта.

5) Лечение кандидоза полости рта сложнее поддаются пациенты, имеющие несъемные штампованно-паянные протезы, напыленные нитрид титаном и именно у них грибковая флора локализуется преимущественно в зубодесневой борозде, даже после лечения.

6) Излечение кандидоза полости рта на 100% практически невозможно, возможно лишь перевести состояние кандидоза в кандидоносительство а этиотропную терапию стоит рассматривать как уничтожение грибов всего лишь на время, до возникновения вновь предрасполагающих факторов. ■

Федурин Сергей Сергеевич - ассистент кафедры ортопедической стоматологии Омской государственной медицинской академии. Адрес для переписки - s.fedurin@mail.ru

Литература:

1. Зенкова Ю.Л. Клинико-экспериментальная оценка антимикробной обработки съемных ортопедических конструкций из базисных пластмасс: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2006. – 22 с.
2. Каргальцева Н.М. Ротовая полость – важный биотоп организма // Институт стоматологии. – 2001. – ч 2. – С. 18-21.
3. Леонтьев В.К., Сунцов В.Г. Изучение слюны в стоматологии: практ. рекомендации. – Омск, 1974. – 42 с.
4. Микрофлора полости рта: норма и патология: учебное пособие / Е.Г. Зеленова, М.И. Заславская, Е.В. Салина и др. – Нижний Новгород, 2004. – 158 с.
5. Недосеко В.Б., Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, сопровождающиеся изменением биотопа ротовой полости. Диагностика. Применение новых технологий лечения // Институт стоматологии. – 2002. – ч4. – С. 40-42.
6. Ножницкая Я.М. Комплексная диагностика и лечение кандидоза полости рта, обусловленного зубными протезами, на фоне дисбактериоза кишечника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
7. Adhesion and cell-surface-hydrophobicity of sequentially isolated genetic isotypes of *Candida albicans* in an HIV-infected Southern Chinese cohort / Y.H. Samaranayake, L.P. Samaranayake, J.Y. Yau et al. // *Mycoses*. – 2003. – V.46, ч9-10. – P.375-383.