

Кандидоз слизистой оболочки рта при дисбиотических изменениях

Я.А. Лавровская, И.Г. Романенко, О.М. Лавровская, И.С. Придатко

Candidiasis of the oral mucosa with dysbiotic changes

Ya.A. Lavrovskaya, I.G. Romanenko, O.M. Lavrovskaya, I.S. Pridatko

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: дисбиоз, кандидоз, полость рта.

Резюме

Кандидоз слизистой оболочки рта при дисбиотических изменениях

Я.А. Лавровская, И.Г. Романенко, О.М. Лавровская, И.С. Придатко

Нормальная микрофлора полости рта выполняет барьерную роль, подавляя размножение проникающих из внешней среды микроорганизмов. Несмотря на относительную стабильность микробной флоры полости рта для каждого здорового человека, она может изменяться и зависит от многих факторов.

В настоящее время отмечается значительный рост заболеваний, связанных с усилением размножения патогенной микрофлоры, нарушением биологического равновесия. Это приводит к возникновению явлений дисбиоза полости рта.

В статье приводится систематизация больных по степени выраженности дисбиотических изменений. Дисбиоз полости рта, усугубляя тяжесть и ухудшая прогноз течения основного заболевания, довольно часто сопровождается усилением размножения грибов рода *Candida*. Инфекция, вызываемая грибами рода *Candida*, – кандидоз – является наиболее распространенным грибковым заболеванием.

Особое место уделяется изучению патогенетических факторов, обуславливающих развитие грибковых заболеваний, а также клиническим проявлениям кандидоза на слизистой оболочке полости рта. Также существенно обогатился за последние десятилетия клинический опыт исследователей, занимавшихся проблемой кандидоза.

Таким образом, значительное увеличение грибковых поражений и их ассоциаций с другими бактериями, затрудняет диагностику заболевания, требует более детального изучения для применения в дальнейшем при лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта лекарственных средств, обладающих антимикотическим, противомикробным действием, а также способностью восстанавливать микробиоценоз слизистой оболочки рта, устраняя явления дисбиоза.

Ключевые слова: дисбиоз, кандидоз, полость рта.

Лавровская Яна Артуровна – ассистент кафедры стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: yana.lavrovskaya@mail.ru, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, 295051.

Романенко Инесса Геннадиевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: inessa@mail.ru, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, 295051.

Лавровская Ольга Михайловна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры ортопедической стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: olga.lavrovskaya@mail.ru, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, 295051.

Придатко Иван Сергеевич – аспирант кафедры ортопедической стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: ivanpridatko@rambler.ru, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, 295051.

Abstract

Candidiasis of the oral mucosa with dysbiotic changes

Lavrovskaya Ya.A., I.G. Romanenko, O.M. Lavrovskaya, I.S. Pridatko

Summary

The normal microflora of the oral cavity performs a barrier role; it suppresses the reproduction of penetrating from the external environment of the microorganisms. Despite the relative stability of the microbial flora of the oral cavity for every healthy person, it can vary and depends on many factors.

Currently, there is a significant increase in diseases that are associated with increased reproduction of pathogenic microflora, a violation of biological equilibrium. This leads to the appearance of dysbiosis phenomena of the oral cavity.

The article presents the systematization of patients according to the degree of severity of dysbiotic changes. Dysbiosis of the oral cavity aggravates the severity and worsens the prognosis of the course of the underlying disease, often accompanied by increased reproduction of *Candida* fungi. Infection, which is caused by fungi of the genus *Candida*, candidiasis, is the most common fungal disease.

A special place is given to the study of pathogenetic factors that lead to the development of fungal diseases, as well as clinical manifestations of candidiasis of the oral cavity. The clinical experience of researchers dealing with the candidiasis problem has also significantly increased over the past decades.

Thus, a significant increase in fungal lesions and their associations with other bacteria complicates the diagnosis of the disease, requires a more detailed study of using in the future in the treatment of candidiasis of the oral mucosa of drugs that have antimycotic, antimicrobial effect, and the ability to restore the microbiocenosis of the oral mucosa, eliminate the phenomenon of dysbiosis.

Keywords: dysbiosis, candidiasis, the oral mucosa.

Полость рта является входными воротами для микроорганизмов. Слизистая оболочка полости рта (СОПР) является пограничным барьером, подавляя размножение проникающих из внешней среды микроорганизмов, постоянно подвергаясь воздействию внешних факторов [3, 6, 7]. Необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности взаимосвязи слизистой оболочки полости рта (СОПР) и слизистой оболочкой (СО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так как многие симптомы заболевания ЖКТ сопровождаются симптомами поражения СОПР [6].

Микрофлора полости рта представляет собой высокочувствительную систему, реагирующую качественными и количественными сдвигами на изменения состояния различных органов и систем и человеческого организма в целом [5, 9, 12, 14]. В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваний, связанных с нарушением биологического равновесия между макроорганизмом и разнообразными популяциями микробной флоры [4, 5].

Несмотря на относительное постоянство микробной флоры полости рта, в частности стафилококков, стрептококков, лактобактерий, грибов и т.д., у каждого человека она при определенных условиях меняется, вызывая патологическое состояние, определяемое как дисбактериоз [3, 7, 9]. Дисбактериоз слизистой оболочки полости рта — это бактериологическое понятие, которое характеризуется изменением соотношения представителей нормальной микрофлоры, снижением числа или исчезновением некоторых видов микроорганизмов за счет увели-

чения количества других и появления микробов, которые обычно встречаются в незначительном количестве или совсем не определяются [1, 2, 3, 11, 12, 14, 15]. Однако, учитывая тот важный факт, что микробиоценоз как в норме, так и при патологии представлен не только бактериями, но и вирусами, грибами, дрожжами, бактериоидами, споровыми формами микроорганизмов и т.д., решено в клиническую практику ввести другой, наиболее адекватно отражающий патофизиологическую сущность нарушений экологии ротовой полости, подходящий термин — дисбиоз [4, 5].

В развитии дисбиоза СОПР важную роль отводят соматической патологии, иммунодефицитным состояниям, возрастным изменениям, воздействию неблагоприятных экологических факторов, неправильному питанию, гиповитаминозу, применению антибактериальных препаратов, гормонотерапии, химиотерапии; количеству и степени патогенности микроорганизмов, наличию в полости рта протезных металлоконструкций и др. [3, 4, 14, 15].

Дисбактериозы (дисбиозы) СОПР принято подразделять на четыре степени по В.В. Хазановой (1996) [10]. Дисбактериоз I степени — дисбиотический сдвиг, при котором незначительно изменено количество одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры рта; такая форма называется латентной, или компенсированной, при этом выраженные клинические признаки заболевания отсутствуют. Дисбактериоз II степени — субкомпенсированная форма — на фоне некоторого снижения

титра лактобактерий выявляют 2–3 патогенных вида микро-организмов. Дисбактериоз III степени – субкомпенсированная форма: обнаружение патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей индигенной (аутохтонной) микрофлоры. Дисбактериоз IV степени – декомпенсированная форма, которая характеризуется наличием ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами, титр которых существенно превышает нормальные значения [3, 4, 10].

Значимость данной классификации состоит в том, что при развитии III–IV степени дисбактериозов неминуемо возникают грубые формы инфекционного процесса, зачастую приводящие к развитию осложнений. Именно поэтому крайне важным аспектом является профилактика развития выраженных форм дисбиотических изменений [4].

Симптомы дисбиоза полости рта могут быть различными – жжение и сухость губ, СОПР, языка, запах изо рта, неприятный привкус во рту, отек слизистой оболочки полости рта, появление трещин на красной кайме губ и в углах рта, налет на языке.

Таким образом, тяжелые дисбиотические изменения сопровождаются преобладанием явлений кандидоза [5].

Кандидоз – инфекция, вызываемая грибами рода *Candida*, – является наиболее распространенным грибковым заболеванием. Главным возбудителем кандидоза и наиболее изученным видом является *Candida albicans*, на втором месте после нее обычно находятся *C. glabrata*, особенно у пожилых пациентов, реже *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*. Иногда эти виды выходят на первое место [8].

Возбудителя молочницы впервые описал Gruby в 1842 г. В 1853 г. Robin дал ему название *Oidium albicans*. В последующие годы предлагались разные названия, и в 1890 г. Zopf отнес возбудителя к уже существующей группе *Monilia*. В 1923 г. Berkhout доказал отличия возбудителей от *Monilia spp.*, предложив имя *Candida*. Родовое имя *Candida* было принято окончательно в 1954 г. [8].

Начальным звеном в развитии кандидной колонизации считается адгезия грибковой клетки к какой-либо поверхности в полости рта. Попадая в полость рта, клетка любого микроба оказывается в сложной экосистеме, среде обитания неоднородной и зависящей от влияния разных факторов [8, 16].

Разные типы эпителия, выстилающие поверхность десен, языка, щек или неба, зуба, зубные протезы, требуют разных способностей в адгезии к ним. В различных участках полости рта поддерживаются разные кислотность, окислительно-восстановительный потенциал, содержание кислорода, углекислоты и питательных веществ. Эти факторы создают благоприятные условия для заселения разных участков полости рта микробными ассоциациями. Для *Candida spp.* полость рта с ее низкой для грибов кислотностью и регулярным снабжением легкоусвояемыми сахарами представляет подходя-

щую среду обитания. Кислая среда обеспечивает существование, а при недостатке углеводов – быстрое размножение в дрожжевой фазе. Активность протеолитических ферментов *Candida spp.* при кандидозе полости рта достоверно выше [8].

При этом грибковые патогены в полости рта часто ассоциированы с микробными агентами и формируют стойкие грибково-бактериальные ассоциации. Наиболее часто встречается ассоциирование грибов со стафилококками, стрептококками, протеем, нейссериями. Наличие таких грибково-микробных ассоциаций значительно усложняет лечение дисбиоза СОПР [4].

Клинические проявления кандидоза СОПР многообразны и во многом зависят от локализации поражения. Учитывая тот факт, что морфофункциональные особенности СОПР различны, в зависимости от локализации, степень выраженности клинических проявлений неодинакова. Наиболее часто кандидоз локализуется в области языка и красной каймы губ в виде атрофической и псевдомембранозной форм. В большинстве случаев наблюдаются сочетанные поражения, среди них чаще всего сочетание катарального стоматита и глоссита, а также различных форм глоссита [1, 5, 6, 8].

Таким образом, дисбиоз полости рта усугубляет тяжесть и ухудшает прогноз течения грибковых заболеваний. Именно успешное устранение дисбиотических нарушений улучшает результаты лечения кандидозов СОПР, требует применения в терапии лекарственных средств, которые обладают антимикотическими и противомикробными действиями, а также способностью восстанавливать микробиоценоз СОПР [1, 5, 12, 13].

Литература

1. Рабинович О.Ф. Проявления дисбактериоза и кандидоза при различных заболеваниях слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Е.С. Абрамова // *Клиническая стоматология*. – 2011. – № 3. – С. 48-51.
2. Рабинович О.Ф. Бактерицидная активность ротовой жидкости в комплексной диагностике дисбиотических изменений слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович, Е.С. Абрамова // *Стоматология*. – 2012. – № 3. – С. 35-37.
3. Лукина Г.И. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта у больных с заболеваниями органов пищеварения. Автореферат дис. д.м.н., 14.01.14 – *Стоматология*, 14.01.04 – *Внутренние болезни*. МГМСУ, – Москва, 2011. – 183 с.: ил.
4. Клинико-микробиологическая характеристика дисбиотических изменений слизистой оболочки полости рта и ротоглотки / А.И. Крюков, Н.А. Кунельская, А.В. Гуров [и др.] // *Медицинский совет*. – 2016. – № 6. – *Оториноларингология*. – С. 34-37.
5. Ефимович О. И. Клинико-лабораторное обоснование терапии дисбактериоза слизистой оболочки рта: дис. канд. м. н.: 14.00.21. – *Стоматология*. – Москва, 2002. – 160 с.
6. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М.: *Медицина*, 1979. – 119 с.
7. Банченко Г. В. Язык – «зеркало» организма / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М.: ОАО «Стоматология», 2000. – 407 с.
8. Сергеев А.Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев – М.: «Триада-Х», 2001. – 472 с.
9. Оценка морфологических изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Г.Г. Борисенко, Г.И. Лукина, Э.А. Базикян [и др.] // *Клиническая медицина*. – 2009. – № 6. – С. 36-38.

10. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / В.В. Хазанова, П.М. Рабинович, Е.А. Земская [и др.]. – *Стоматология*. – 1996. – № 75 (2). – С. 26.
11. Абрамова Е.С. Частота распространенности кандидоза слизистой оболочки рта // *Материалы Второй научно-практической конференции молодых ученых «Современные технологии в экспериментальной клинической стоматологии»*. – М., 2011. – С. 14-15.
12. Абрамова Е.С. Сравнительная оценка эффективности комплексной терапии у больных с дисбактериозом слизистой оболочки рта: дисс. канд. м.н.: 14.01.14. – *Стоматология*. – Москва, 2013. – 118 с.: ил.
13. Подходы к лечению кандидозной инфекции / О.В. Голубки, Е.М. Савинова, С.А. Черкасов [и др.] // *Клінічна та експериментальна патологія*. – 2011. – Т. X, № 4. – С.146.
14. Базикян Э.А. Клиническое состояние слизистой оболочки полости рта у пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта / Э.А. Базикян, Г.П. Лукина, Е.В. Денискина // *Актуальные вопросы стоматологии: Сборник научных трудов конференции, посвященной 25-летию организации кафедры стоматологии ОПК и ИПС*. – Махачкала, 2010. – С. 22-24.
15. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта / Т.А. Редилова, А.А. Иванова, О.В. Мартошева [и др.]. – *Стоматология*, 2009, 6: 12-18.
16. Park S.E. Effect of surface-charged poly(methyl methacrylate) on the adhesion of *Candida albicans* / S.E. Park, A.R. Periyathamby, J.C. Loza // *J. Prosthodont.* 2003. V.12. – N4. – P.249-254.