

УДК:616.314-007.1-053.4(470.41-25)

**МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА ПРЕПАРАТОМ КАНДИД****Атоева Максад Амоновна***Бухарский государственный медицинский институт**Кафедра терапевтической стоматологии*

Резюме. Показано при изучении обычного кандидоза, что положительная динамика начиналась с 3-го дня лечения и характеризовалась нормализацией субъективных ощущений к 7-му дню, что подтверждалось объективными микробиологическими исследованиями. При псевдомембранозной форме кандидоза положительная динамика выявлена, начиная с 5-6-го дня от начала лечения. При гиперпластическая форма кандидоза не выявила положительного результата.

Ключевые слова: кандидоз, мембрана, псевдомембраноз, пригиперпластик, ксеростомия.

Кандидоз ротовой полости является довольно распространенным заболеванием, а у лиц с дефектами, иммунитета его частота значительно возрастает (1,4). Патогенетические механизмы его возникновения у иммунокомпетентных и иммунодефицитных лиц, у последних клинические проявления разнообразнее: шире спектр выделяемых видов *Candidasp.*, труднее диагностика и лечение этого заболевания. Кандидоз полости рта известен под названием молочницы. Болеют кандидозом полости рта дети, начиная с первых дней жизни, и взрослые ослабленные в силу возраста и перенесённых или имеющих заболеваний. Кандидоз является чистым спутником сахарного диабета.(2,5). Возникновению кандидоза способствует продолжительное лечение антибиотиками. Кандидоз слизистой оболочки полости рта может протекать как острое и как хроническое заболевание. Необходимо собрать и изучить данные о кандидоносительстве патогенезе орального кандидоза, его диагностике и лечении.

Кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР) – заболевание, которое вызывается грибами (преимущественно *Candidaalbicans*) и проявляется при угнетении защитных иммунологических механизмов полости рта и организма в целом. В норме грибы являются сапрофитами, необходимыми для сбалансирования нормальной и патогенной микрофлоры полости рта, наличие явлений гальванизма, угнетение функциональной активности местных и общих защитных факторов. В последствии лучевой терапии, реакции на

иммуносупрессивную терапию, ксеростомию и другие факторов. (6,3,7).

Кандидоз (молочница) поражает не только наружные, но и внутренние органы. Причиной заболевания являются дрожжеподобные грибы, которые обитают в организме каждого человека.

1. Спровоцировать интенсивное размножение грибка может множество факторов. Например, переохлаждение, болезнь, стресс, изменение гормонального фона (во время беременности или приеме гормональных препаратов).

2. При приеме антибиотиков наряду с патогенными бактериями погибает и полезная микрофлора кишечника и влагалища, которая контролирует рост и развитие грибов *Candida*. Наличие хронического заболевания, снижающего активность иммунитета (ВИЧ, венерические заболевания, инфекции) очень часто вызывает кандидоз.

3. Кандидозом могут сопровождаться эндокринные заболевания (диабет, ожирение, нарушение функций щитовидной железы).

4. Наконец, причинами кандидоза могут стать жаркий климат или ношение неудобного тесного или синтетического белья.

Источником инфицирования кандидозом, как правило, является собственная флора организма (аутоинфекция), однако может произойти заражение извне. Вызывая болезнь, грибок не меняет своих свойств – свои свойства меняет организм (снижается местная защита). Прикрепляясь к клеткам эпителия, патогенный грибок начинает паразитировать в них, проникая вглубь тканей.

В борьбе организма с кандидозом часто возникает динамическое равновесие, когда грибок стремится проникнуть глубже в ткани, но не может, а организм пытается его отторгнуть и также не может. В таком случае процесс может длиться годами, смещение равновесия в ту или иную сторону приведет либо к выздоровлению, либо к обострению процесса.

В настоящее время кандидоз рассматривается как вариант проявления дисбактериоза полости рта и встречается довольно часто в клинической практике. В связи с этим поиск и применение препаратов местного действия при лечении кандидоза является оправданным и актуальным.

Наша цель – произвести оценку терапевтического эффекта препарата «кандид» при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования. Наше внимание привлекла новая форма клотримазола в виде 1%-ного раствора в пропиленгликоле на глицериновой основе под названием «кандид» (производства фирмы

ГленмаркФармасьютикалс,Индия), по химической структуре представляющее производное имидазола. Действующим компонентом препарата «Кандид» является клотримазол –противогрибковое средство широкого спектра действия. Противогрибковый эффект связан с нарушением синтеза эргостерина, входящего в состав клеточной стенки грибов, что вызывает изменение ее структуры и свойств и приводит к лизису клетки.

В низких концентрациях действует фунгистатически в высоких фунгицидно, причем не только на пролиферирующие клетки. В фунгицидных концентрациях взаимодействует с митохондриальными и пероксидазными ферментами, в результате чего происходит увеличение концентрации перекиси водорода до токсического уровня, что также способствует разрушению грибковых клеток.

Оказывает антимикробное действие в отношении грамположительных микроорганизмов и анаэробов. Клотримазол не оказывает влияния на лактобациллы. При местном применении всасывание клотримазола со слизистых оболочек незначительно.

Эффективен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных, плесневых грибов и простейших, а также возбудителя разноцветного лишая и возбудителя эритразмы. Выпускается в виде 1%-ного раствора во флаконе по 15мл для местного применения в виде аппликаций на очаги поражения.

Нами проведена оценка клинической эффективности препарата «кандид» у 50 больных в возрасте от 28 до 65лет при следующих формах кандидоза: псевдомембранозный (15 чел.); хронический атрофический (30 чел.) и гиперпластический (5 чел.)

Исследование проведено на кафедре «Терапевтическая стоматология» Бухарского медицинского института им. Абу Али ибн Сино. Оценка эффективности результатов проводилась на основании субъективных и объективных данных, включающих: уменьшение чувства жжения, уменьшение и исчезновение творожестого налёта, нормализацию цвета слизистой оболочки рта, восстановление адекватной увлажнённости, а также положительную динамику объективных микробиологических показателей по данным лабораторных исследований. Препарат наносился на высушенную поверхность слизистой оболочки рта и на очаги поражения 4-5 раз в день в чистом виде, либо под повязку в виде растворимой биологической плёнки. Первые 7 дней лечение проводилось только местным применением препарата «кандид». В случае слабого эффекта или его отсутствия продолжалось лечение кандидом в сочетании с общим противогрибковым и иммунокорректирующим лечением, а так же с включением в схему лечения препаратов, нормализующих микробиологическое равновесие полости рта. Материалом для исследования

служила ротовая жидкость, полученная путём смыва со слизистой оболочки 10,0 мл стерильного физиологического раствора, а также со скобы с поражённых участков слизистой оболочки.

Результаты исследования и обсуждение. Практически все пациенты отмечали положительную динамику при использовании препарата. В единичных случаях отмечено усиление чувства жжения непосредственно после аппликации. Наиболее эффективное лечение выявлено при атрофической форме кандидоза. Положительная динамика началась с 3-го дня лечения и характеризовалась нормализацией субъективных ощущений к 7-му дню, что подтверждалось объективными микробиологическими исследованиями. У 8 пациентов с атрофической формой выявлена необходимость продолжить лечение в связи с незначительной эффективностью и дополнительно назначено: экзифин – для приёма внутрь, иммудон в виде рассасывающихся таблеток и комбинированный бактериофаг. Время лечения у этих пациентов составило в среднем 22-26 дней.



При псевдомембранозной форме положительная динамика выявлена, начиная с 5-6 дня от начала лечения. При этой форме лечение продолжалось до 12-14 дней, что также подтверждалось микробиологическими данными. У пациентов также выявлена необходимость применения комплексного лечения по продолженной высшей схеме.

Наиболее устойчивой к данному виду терапии была гиперпластическая форма кандидоза. При этой форме использование кандиды в виде аппликаций не выявило положительной динамики, что вызвало необходимость назначения общего лечения с ведением в схему терапии препарата «дифлюкан» (до 14 дней) и иммунокорректоров общего действия. Данная форма кандидоза является наиболее устойчивой к терапии в связи с инвагинацией нитей мицелия гриба в подслизистую оболочку рта.

Таким образом, 1%-ый раствор кандиды является эффективным средством

местного действия при лечении различных форм кандидоза слизистой оболочки рта и может быть рекомендован для широкого применения в стоматологической практике:

- 1) препарат «кандид» является эффективным средством комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- 2) эффективность препарата «кандид» обусловлена повышением активности факторов специфической и неспецифической защиты полости рта;
- 3) абсолютным показанием к повторному курсу препарата «кандид» является его выраженная профилактическая активность.
- 4) Препарат обычно хорошо переносится.
- 5) Оказывает противомикробное действие в отношении грамположительных (стафилококки и стрептококки) и грамотрицательных бактерий (*Bacteroides*, *Gardnerella vaginalis*), а также в отношении *Trichomonas vaginalis*.
- 6) При местном применении клотримазола абсорбция клотримазола со слизистых оболочек незначительна.
- 7) Острая передозировка при местном применении кандиды маловероятна и не приводит к ситуации, представляющей угрозу для жизни.

Литература:

1. Ширинова Х.Х. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения больных генерализованным пародонтитом средней тяжести Тиббиётда янги кун. 2017, №1 (17)
2. Ширинова Х.Х. Умумий пародонтит инновацион давосини патогенетик асослаш. Тиббиётда янги кун. 2019, №2 (26)
3. Атаева М.А. Стоматологическое здоровье беременных женщин. // Актуальные проблемы стоматологии. Наманган, 2017. 26с. 4. Атаева М.А. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта. «Профилактика стоматологических заболеваний». - Ташкент - 2018. Март 23-24. - С. 10.
4. Yakubova M. M., Madaminova S. A. Semizlik va uyqu buzilishini klinik-nevrologik va neyrofiziologik jihatdan bog'liqligini o'rganish // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2025. – №. 20. – С. 123-125.
5. Mirakramovna Y. M. et al. Bosh miya qon tomir anomaliyalarining serebrovaskulyar kasalliklarni kelib chiqishidagi ahamiyati // образование наука и инновационные идеи в мире. – 2025. – Т. 63. – №. 2. – С. 401-405.
6. Наврузова Л.Х. Клинические изменения зубочелюстной системы у больных при повышении функции околощитовидной железы. Оказания стоматологической помощи. Тиббиётда янги кун. Илмий рефератив, маърифий маънавий журнал. 2020, 4(32), Тошкент
7. Yakubova M. Presentation of the intestinal microbiota as an independent organ. – 2023.
8. Камилов Х.П., Саидова Н.А. Экспериментальные методы воспроизведения гингивита. Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения. Материалы международной научно-практической онлайн конференции. 2020, 1- май, Самарканд. – С. 58.