

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

**“Затверджено”**  
на методичній нараді  
кафедри стоматології  
дитячого віку  
завідувач кафедри  
Микола ДМІТРІЄВ  
«29» серпня 2023 р



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

**Тема:** Грибкові хвороби

Вінниця 2023

**1. Актуальність теми:** Кандидоз ротової порожнини — це місцеве інфекційне ураження тканин ротової порожнини дріжджовими грибами роду *Candida*, переважно *C. albicans*. Захворювання є найбільш поширеним серед усіх грибкових інфекцій, що уражають ротову порожнину, і спостерігається як у дітей, так і в осіб похилого віку, а також у осіб з місцевою та системною імуносупресією. Хоча *Candida* вважається нормальною флорою для шлунково-кишкового та сечостатевого трактів у людей, проте вона здатна призводити до місцевого інфікування слизових оболонок (орофарингеальний кандидоз, езофагіт, вульвовагініт), осередкової інвазії (ендофтальміт, менінгіт, ендокардит) і генералізації патологічного процесу (кандидемія).

**2. Навчальні цілі:**

1. Вивчити грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота у дітей.
2. Вивчити етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
3. Вивчити причини виникнення, патогенез, особливості клінічного перебігу.
4. Вивчити основні принципи та методи лікування мікотичних уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей.

Контроль початкового рівня знань :

1. Будова слизової оболонки порожнини рота (СОПР).
2. Класифікація захворювань СОПР у дітей.
3. Первинні елементи ураження СОПР.
4. Вторинні елементи ураження СОПР.
5. Додаткові методи обстеження СОПР.
6. Лабораторні методи обстеження СОПР.
7. Мікози, загальне поняття про патологію.

**Зміст:**

Збудниками грибкової інфекції порожнини рота є гриби роду *Candida* (*Candida albicans*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida tropicalis*). Частіше серед них уражає слизову оболонку *Candida albicans*. Гриби роду *Candida* постійно вегетують у ротовій порожнині. У разі зниження захисних сил організму та бар'єрної функції СОПР і розвитку дисбактеріозу ці гриби стають патогенними. Особливо слід відзначити роль у патогенезі кандидозу антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, кортикостероїдів. Важливою передумовою виникнення кандидозу СОПР є також певний стан ротової порожнини: зволоженість, температура, негігієнічне утримання ротової порожнини, вуглеводний характер харчування, несанована ротова порожнина, наявність каріозних порожнин, пародонтальних кишень та хронічних захворювань СОПР.

Клініко-морфологічна класифікація поділяє процес за перебігом на гострий (псевдомембранозний і атрофічний) та хронічний (гіперпластичний і атрофічний).

Гострий псевдомембранозний кандидоз СОПР (пліснявка; *candidosis acuta*, *soor*) розвивається у немовлят, які ослаблені інфекційними захворюваннями, бронхітом, диспепсіями, а також у недоношених дітей. Збудник пліснявки *Candida albicans*. Зараження може відбуватися через інфіковані пологові шляхи матері, через предмети, що оточують дитину, сосок грудей матері. У трохи старших дітей він спостерігається при рахіті, ексудативному діатезі, гіповітамінозах тощо.

Псевдомембранозний кандидоз проявляється утворенням на запаленій слизовій оболонці щік, язика, губ, піднебіння білих плям чи білого сироподібного нальоту,

який більшою мірою накопичується в ретенційних зонах у вигляді бляшок чи плівки. Якщо пліснявка викликана *Candida pseudotropicalis*, наліт має пінистий характер.

У разі легкого перебігу пліснявки бляшки вільно знімаються, при цьому на їх місці залишається осередок гіперемії. При тяжкому перебігу осередки нашарування нальоту зливаються в суцільні плівчасті поверхні, з часом потовщуються і поширюються на всі ділянки порожнини рота. Відшарувати такий наліт нелегко, після зскрібання, під ним виявляють еритему і ерозії, що кровоточать.

Гострий атрофічний кандидоз (*candidosis acuta atrophica*) розвивається при підвищеній чутливості СОПР до грибів роду *Candida*. Клініка гострого атрофічного кандидозу характеризується ксеростомією, полум'яно-червоним кольором СО і відчуттям її печіння, відсутністю нальоту.

Якщо гострий кандидоз не лікувати, то розвивається хронічний кандидоз.

Причинами розвитку хронічного кандидозу у дітей є імунно-дефіцитні стани, або важкий перебіг загальносоматичної патології іншої етіології.

Найбільш часто хронічний кандидоз проявляється у дітей дошкільного та шкільного віку в формі ангулярного хейліту (хронічних мікотичних заїд). У пацієнтів з кандидозною заїдою нерідко відмічаються шкідливі звички: смоктання великого пальця, часте закушування і облизування губ. Відкривання рота при ангулярному хейліті утруднене, супроводжується больовими відчуттями і кровоточивістю. Мікотичні заїди локалізуються, як правило, в кутах рота. Вони мають вигляд глибоких тріщин з щільними краями. Шкіра в цих місцях може бути гіперемійована, з проявами мацерації.

Хронічний гіперпластичний кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*) порожнини рота у дітей діагностується рідко. Він характеризується виникненням щільного біло-сірого або світло-коричневого нальоту, який локалізується на спинці і боковій поверхні язика. Відмічається сухість слизової оболонки, слина в'язка та піниється. При спробі зняття бляшки хворі відчувають різкий біль, а на слизовій оболонці оголюються ерозії, що кровоточать.

Хронічний атрофічний кандидоз (*candidosis chronica atrophica*) у дітей виникає дуже рідко, в основному у формі палатиніту (при довготривалому користуванні ортодонтичними пластинковими апаратами) або хейліту. Слизова оболонка твердого піднебіння при палатиніті кандидозної етіології гіперемована, набрякла, гладка «лакована». Кандидозний хейліт характеризується набряком, гіперемією, стоншенням, сухістю червоної облямівки, деяким поглибленням поперечно розміщених борозенок, та утворенням і відокремленням з поверхні губ лусочок різної величини.

Діагноз кандидозу СОПР встановлюється за даними анамнезу, клінічного перебігу хвороби та результатами лабораторних, мікробіологічних досліджень. Інколи необхідна консультація інших спеціалістів. Важливими у постановці остаточного діагнозу кандидозу є дані цитологічного дослідження нальоту, в якому крім злущених клітин епітелію, лейкоцитів, залишків їжі і різних асоціацій мікроорганізмів виявляють значну кількість псевдоміцелію або клітин гриба. При гострому кандидозі зустрічається значна кількість клітин гриба, що перебувають у стадії поділу, при хронічному – переважають нитки псевдоміцелію.

Диференційну діагностику кандидозу проводять з десквамативним глоситом, екзематозним, актинічним, ексfolіативним хейлітом, стрептококовим чи стафілококовим ангулярним хейлітом.

Метою лікування кандидозу є ліквідація клінічних ознак захворювання, усунення передумов розвитку грибів та профілактики ускладнень даного захворювання.

Досягнення цієї мети передбачає проведення комплексу етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії кандидозу.

При лікуванні кандидозу слизової оболонки порожнини рота у дітей грудного віку слід дотримуватись суворого гігієнічного режиму матері і дитини. Усі предмети догляду за дитиною потрібно кип'ятити в 2% розчині натрію гідрокарбонату. Сосок груді матері перед годуванням треба мити кип'яченою водою, обробляти 1% розчином натрію гідрокарбонату, після годування 1-2% водним розчином натрію гідрокарбонату, 10-20% бури в гліцерині. Для місцевого лікування необхідне багаторазове застосування розчинів: 10-20% розчину бури в гліцерині; 0,5- 1% розчин натрію гідрокарбонату. Також можна застосовувати антисептичні препарати, такі як мірамістин, гексорал. Для обробки слизової оболонки можна використовувати препарати йоду: йодинол, або полоскання йодною водою 5-6 раз в день з розрахунку 5-10 крапель йоду на півсклянки води.

При лікуванні гострого і хронічного кандидозу у дітей старшого віку використовують препарати наступних груп:

- група I - плісняві антибіотики (ністатин, леворин, пімафуцин);
- група II - азольні сполуки (клотримазол, нізорал, дектарин);
- група III - аліламінові засоби (ламізил);
- група IV — змішані засоби (йодинол, хлоргексидин, борна кислота, настоянки (чистотіла, календули, лаврового листа, петрушки).

При легкій і середньоважкій формі захворювання, як правило, місцево використовують препарати II, III і IV групи, при важкій формі захворювання з частими рецидивами — крім згаданих вище призначають полієнові антибіотики місцево і внутрішньо (системна терапія).

Враховуючи значну імунозалежність хронічних кандидозних інфекцій, до складу комплексної терапії хворих слід включати імуномодулятори (з обов'язковим врахуванням імунограми даного хворого і чутливості до імуномодуляторів *in vitro*).

В лікуванні кандидозу важливим є дотримання дієти, призначення вітамінних препаратів (особливо групи B), а також санація вогнищ інфекції в порожнині рота і ЛОР- органах. З раціону харчування слід вилучити рафіновані вуглеводи, мучні вироби, рекомендують кисломолочні продукти, особливо еубіотики. При хронічному кандидозі необхідно обстежити дитину для виявлення можливих вогнищ кандидозу в організмі і факторів, що підтримують інфекцію.

### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Класифікація мікотичних уражень СОПР.
2. Етіологія та патогенез кандидозів.
3. Гострий псевдомембранозний кандидоз. Клініка. Діагностика.
4. Гострий атрофічний кандидоз. Клініка. Діагностика.
5. Хронічні форми кандидозів. Клініка. Діагностика.
6. Основні групи препаратів для місцевого лікування кандидозів у дітей.
7. Групи препаратів для загального лікування кандидозів.

## 8. Профілактика кандидозів.

Орієнтовані тестові завдання:

1. Мати звернулась зі скаргами на те, що її 3-х місячна дитина неспокійна під час їжі, погано спить. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемована, набрякла. На спинці язика і слизовій щік визначається наліт білого кольору. Після його зняття залишається яскраво-червона поверхня з точковими крововиливами. Яке лікування буде найефективнішим?

- A. Протигрибкове.
- B. Антибактеріальне.
- C. Противірусне.
- D. Антигістамінне.
- E. Протизапальне.

2. На консультацію до стоматолога принесли 3-х тижневу дитину. Зі слів матері дитина неспокійна, погано спить, плаче. Об'єктивно: на слизовій оболонці губ, щік, язика міститься білий наліт, що нагадує зсіле молоко, дещо підвищується над рівнем гіпереміюваної слизової оболонки, погано знімається. Вкажіть діагноз.

- A. Пліснявка.
- B. Хронічний кандидозний стоматит.
- C. Дифтерія.
- D. Гострий герпетичний стоматит.
- E. М'яка лейкоплакія.

3. У хлопчика 6 років на слизовій оболонці щік, язика з'явився білий наліт, який легко знімається. Після зняття нальоту — гіперемована поверхня слизової. Температура тіла не підвищена, регіонарні лімфовузли збільшені, не спаяні з оточуючими тканинами. Недавно дитина пройшла курс лікування з приводу пневмонії. Який Ваш діагноз?

- A. Гострий кандидозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Хронічний кандидозний стоматит.
- D. Хронічний афтозний стоматит.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

4. Батьки дитини 5 місяців скаржаться на наявність у неї білого нальоту в порожнині рота. Дитина капризна, погано їсть. Загальний стан задовільний, температура тіла нормальна. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, губ і на язиці відмічається білий сироподібний наліт, що легко знімається. Слизова оболонка під ним гіперемована, набрякла. Проти якого збудника необхідно призначити лікування?

- A. Гриби роду *Candida*.
- B. Стрептококи.
- C. Паличка Леффлера.
- D. Вірус простого герпесу. E. Палочка Борде-Жангу.

5. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність у нього нальоту в порожнині рота. Хлопчик неспокійний, капризує під час їди. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика на тлі гіперемії і набряку спостерігаються наліт білого кольору, який нагадує зсіле молоко і легко знімається. Виберіть препарати для етіотропного лікування.

- А. Протигрибкові. В. Антигістамінні. С. Противірусні.
- Д. Кератопластики. Е. Антибактеріальні.

6. Батьки 6-місячної дитини скаржаться на відмову дитини від їжі, наявність білуватих нашарувань в порожнині рота. Дитина неспокійна. Об'єктивно: на набряклій, гіперемійованій слизовій оболонці губ, щік, язика сироподібний наліт сірувато-білого кольору, що легко знімається, після його видалення ерозій немає. Виберіть найбільш ймовірний діагноз ?

- А. Гострий кандидозний стоматит.
- В. Гострий герпетичний стоматит.
- С. Червоний плескатий лишай.
- Д. М'яка форма лейкоплакії.
- Е. Багатоформна ексудативна еритема.

7. Батьки дитини 4 місяців скаржаться на неспокійну поведінку дитини, відмову від їжі та появу в порожнині рота нальоту білого нальоту. Об'єктивно: загальний стан дитини задовільний, температура тіла 37,1 С. На слизовій оболонці щік, губ, твердого піднебіння білий наліт, який

легко знімається. Який додатковий метод дослідження підтвердить діагноз?

- А. Мікробіологічний.
- В. Цитологічний.
- С. Імунологічний.
- Д. Імунофлюоресцентний.
- Е. Вірусологічний.

8. У новонародженої дитини мати помітила білий наліт на слизовій губ. Загальний стан дитини не порушений. Під час огляду на слизовій оболонці губ та язика виявлено наліт білого кольору, нагадує молоко, що згорнулося. Тампоном наліт знімається лише частково. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Грибковий стоматит.
- В. Дифтерія.
- С. Медикаментозний стоматит.
- Д. Хімічний опік.
- Е. Герпетичний стоматит.

9. Дитина у віці 1 року неспокійна, в'яла, температура тіла 37,2 С, відмовляється від їжі. Об'єктивно: слизова оболонка щік, присінку порожнини рота, язик гіперемовані, вкриті сироподібним нальотом. Які лікарські засоби необхідно призначити в першу чергу?

- А. Протигрибкові.
- В. Антибіотики.

- С. Протівірусні.
- Д. Антисептики.
- Е. Протиалергічні.

10. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність нальоту в порожнині рота у дитини. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита білим нальотом, що нагадує зсіле молоко, наліт легко знімається. Що є збудником даного захворювання?

- A. Candida albicans.
- B. Herpes simplex.
- C. Streptococcus pyogenes.
- D. Coxsackievirus.
- E. Varicella-zoster virus.

## Література.

Основна :

### Список рекомендованої літератури

- 1.Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018.- 448 с.
2. Моделювання анатомічної форми зубів: підручник / П.С. Фліс, Т.М. Банних, А.М. Бібік, С.Б. Костенко. -2019, 352 с.
3. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. -2018, 992 с.
- 4.Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. -2018, 992 с.
5. Рожко М.М., Попович В.Д., Куроєдова В.Д. Стоматологія: у 2 книгах. «Медицина», 2018 р., 992 с.
6. Ілько А.А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія: навчальний посібник (ВНЗ І-ІІІ р.а.). 2е вид. -2018. – 256 с.
- 7.Малик С.В. Хірургія для стоматологічних факультетів. -Нова книга.-2020. -440 с.
- 8.Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. — Х.: Факт, 2019. — 392 с.: іл. ISBN 978-966-637-697-1.
- 9.Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
- 10.Казакова Р.В., Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології : навч. посіб. / під ред. проф. Р.В. Казакової. – Ужгород : Говерла, 2018. – 128 с.
- 11.Обстеження дітей із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний посібник для студентів, лікарів-інтернів стоматологічного факультету україномовної форми навчання вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівня акредитації, щелепно-лицевих хірургів,

хірургів-стоматологів, логопедів та лікарів-ортодонтів (протокол № 13 від 18 червня 2021 року) Автор: Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П. 2022р.  
12.Борисенко А. В., Коленко Ю. Г., М'ялківський К. О. Мікробна екологія пародонту в осіб молодого віку //Сучасна стоматологія. – 2018. – №. 5. – С. 28-31.9

#### **Додаткова література:**

1. Мочалов Ю.О. Перспективи подальшого вдосконалення стоматологічних фотокомпозитних пломбувальних матеріалів. Медична наука та практика: виклики та сьогодення. Зб.тез міжнар.наук.-практ.конф. (м. Львів, 22-23 серпня 2019 р.). - 2019. -С. 39-41.
2. Ашаренкова О.В. Особливості своєчасної діагностики пухлиноподібних новоутворень на альвеолярних паростках щелеп (клінічний випадок) / О.В. Ашаренкова // Науково-практичний журнал Вісник стоматології. - 2020. – Т. 38. - № 4 (113). – С. 60-63.
3. Biloklytska Galyna F. Resources to improve the effectiveness of periodontal treatment in patients with diabetes mellitus / Galyna F. Biloklytska, Svitlana Yu. Viala // Wiadomości Lekarskie. – 2021. - – LXXIV. - ISSUE - 3. – Part – 2.– P. 702 – 708.
4. Kopchak Oksana Improvement of treatment guidelines for patients with gingival fibromatosis considering interdisciplinary approach / Oksana Kopchak, Oleksii Azarov, Svetlana Cherniak, Olha Asharenkova, Karolina Airapetian // Stomatologia Współczesna. - 2021. - Vol. 28. - № 1-2. – P. 21 – 27.