План

Введение

1. Микоз ротовой полости
2. Дрожжеподобные грибы кандида и их свойства
3. Кандидоз полости рта. Лечение и профилактика
4. Заключение
5. Литература

Антиплагиат

**Введение**

Микоз является грибковым заболеванием, относящимся к распространенной группе инфекционных болезней, вызываемых паразитическими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Микротравмы способствуют спорам грибков попасть в кожу, а также подкожную клетчатку. Далее грибок распространяется на слизистую оболочку глаз, верхние дыхательные пути или оседает в легких в момент дыхания. Тяжесть и характер микоза кожи напрямую зависят от грибка и места поражения. Патогенез микозов провоцируют любые заболевания, вызывающие снижение иммунитета.

Агрессивность грибка является различной, и об этом свидетельствует его вирулентность (заразность). Говоря о факторе агрессивности инфекции, хочется отметить, что группа людей находящихся в общих внешних условиях, заболевают все по-разному. Одни люди подхватывают грибок сразу, другие подхватывают и болеют скрыто, а некоторые вообще не заболевают.

В лечении микозов хорошо зарекомендовали группы антисептиков: препараты Йода, Фенола, производные Ундециленовой кислоты. Лечение системных микозов представляет трудности и проводится системными антигрибковыми препаратами.

**Микоз ротовой полости**

Грибковые поражения полости рта вызываются дрожжевыми грибами, чаще Candida albicans. Микозы могут поражать детей и взрослых, особенно при тяжелых заболеваниях у больных, при длительном применении антибиотиков.

Поражение грибом Oidium albicans слизистой оболочки полости рта у детей грудного возраста называется молочницей. Дрожжевые грибы поражают слизистую оболочку полости рта, красную кайму губ (хейлит) и углы рта. При поражении слизистой оболочки полости рта у ослабленных больных, а также после длительного применения антибиотиков развивается картина острого катарального стоматита. На фоне ярко гиперемированной, а иногда с синюшным оттенком слизистой оболочки появляются одиночные белые налеты, которые как бы наклеены на ее поверхность.

Поражение красной каймы губ и углов рта протекает хронически и часто встречается у людей с хорошим общим состоянием.

При дрожжевом хейлите наблюдаются покраснение губ, небольшой отек, шелушение. Корочка сероватого цвета, разной величины со свободно приподнятыми краями и плотно прикрепленным центром. При попытке их удаления обнажается кровоточащая поверхность.

При микроскопическом исследовании корочек, как правило, находят мицелий грибов. Слизистая оболочка красной каймы губ истончается, иногда напряжена, могут появляться трещины. Больные испытывают зуд, жжение и боль. Необходимо дифференцировать грибковые поражения полости рта с острой экземой, при которой появляются пузырьки; последние лопаются и образуют мокнущую поверхность, покрывающуюся синюшными корками. При экземе краснота и отечность более выражены.

Дрожжевые эрозии углов рта (заеды) часто сопровождают описанный выше дрожжевой хейлит. Слизистая угла рта влажная, имеет беловато-перламутровый цвет, вследствие мацерации часто здесь образуются эрозии или трещины. Позднее участок поражения утолщается и выступает над уровнем здоровых тканей. При приеме пищи трещины кровоточат и причиняют значительную боль.

Местное лечение сводится к смазыванию участков поражения раствором люголя на глицерине, 1-2% настойкой йода, 3% салициловой кислотой, нафталан-салициловой мазью, анилиновыми красителями. Течение грибковых заболеваний длительное, с частыми рецидивами. При упорных рецидивах проводят лучевую терапию. С целью профилактики грибковых стоматитов при длительном применении антибиотиков необходимо назначать нистатин и витамины группы В, С, К.

**Дрожжеподобные грибы кандида и их свойства**

Дрожжеподобные грибы рода Кандида (Candida) насчитывают более 150 видов. Возбудителем кандидоза в большинстве случаев (на основании различных источников более 90% случаев) является Candida albicans.

Кандида (C. Albicans) относится к условно-патогенным микроорганизмам и является наиболее распространенной грибковой инфекцией. Клетки гриба имеют округлую форму, размером до 10 мкм. Кандида достаточно стойкий микроорганизм и способен обитать не только на слизистых оболочках, но и на коже и в окружающей среде. Грибы кандида (C. Albicans) аэробны и наиболее благоприятными характеристиками среды их обитания является PH 6,0-6,5 при температуре 21-37°С.

Наличие в организме человека грибов кандида (C. Albicans) еще не означает развитие кандидоза. При приемлимом состоянии иммунитета развитие заболевания не происходит. Хотя грибы Candida рассматриваются как нормальная флора желудочно-кишечного и урогенитального тракта у человека, они имеют склонность к инвазии и, в случаях, когда создается дисбаланс в экологической нише, где эти микроорганизмы обычно существуют, могут вызывать заболевание. Иммунный ответ организма является важным определяющим фактором характера инфекции, вызываемой грибами Candida.

Candida albicans (Candida albicans by PCR, Candida albicans DNA) относится к грибам рода Candida. В настоящее время описано более 150 видов Candida, однако только 9 из них рассматриваются как возбудители инфекций человека: С. albicans, С. krusei. С, parapsilosis, С tropicalis, С. pseudotropicalis, С. lusitaniae. С. dubliniensis и С. glabrata. Грибы рода Candida вызывают в человеческом организме кандидоз − заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. Наиболее частое проявление этой инфекции поражение мочеполовой системы - урогенитальный кандидоз. Урогенитальный кандидоз не относят к инфекциям передающимся половым путем (ИППП), так как болезнь часто возникает без полового контакта.

У пациентов с нейтропенией или у тяжелых больных, находящихся в отделениях интенсивной терапии, в случаях, когда грибы Candida попадают в кровоток, может развиться распространенная висцеральная диссеминация. Все эти клинические синдромы способны вызывать различные виды Candida, хотя наиболее часто выделяют Candida albicans. Идентификация причинного микроорганизма имеет значение в связи с тем, что некоторые виды грибов Candida более устойчивы к антифунгальным азолам, чем другие.

По мнению большинства исследователей грибы кандида попадают в организм человека половым путем лишь в 30-40% случаев, при этом более 60% людей являются их носителями. Кандидоз мочеполовой системы встречается в 10 раз чаще у женщин, чем у мужчин, что обусловлено более благоприятной средой обитания для кандиды.

В зависимости от клинической формы генитального кандидоза его симптомы сильно различаются – от полного отсутствия при кандидоносительстве, до острых выраженных симптомов венерического заболевания при остром урогенитальном кандидозе.

Кандидоз при отсутствии правильного лечения быстро переходит в хроническую форму, которая может сочетаться с кандидозом мочеполовой системы, вызывая вульвит, кольпит, эндоцервицит, уретрит, цистит. Следует отметить также, что кандида достаточно часто соседствует с патогенной бактериальной флорой, которая создает благоприятные условия для проникновенияи активного развития грибковой инфекции.

**Кандидоз полости рта. Лечение и профилактика**

Кандидоз ротовой полости (он же кандидозный стоматит или молочница) – это инфекционное заболевание, вызываемое грибками штамма Candida (в основном С.albicans), которые при ослаблении защитных сил организма начинают активно размножаться. Эти грибки есть на слизистой оболочке каждого человека, но иммунная система контролирует их рост, поэтому никаких негативных последствий для здорового человека они не несут.

Локализация Candida в полости рта разнообразная: различные участки слизистой оболочки, кариозные полости, корневые каналы. Candida albicans является представителем резидентной микрофлоры полости рта человека и обнаруживается в небольшом количестве и неактивном состоянии у 50-70 % лиц при отсутствии клинических признаков кандидоза.

Кандидоз может возникнуть вследствие лучевых воздействий, употребления алкоголя и наркотиков, оральных контрацептивов. В отдельных случаях кандидоз развивается вследствие инфицирования извне. Источником заражения является больной человек, и инфицирование может произойти через поцелуй, половой контакт, при прохождении новорожденного через инфицированные родовые пути.

Большое значение в развитии кандидоза придают состоянию слизистой оболочки рта и ее иммунитету. Возникновению кандидоза способствует хроническая травма слизистой оболочки рта острыми краями зубов, некачественными протезами, разрушенными коронками зубов и др. Снижение резистентности слизистой оболочки рта вследствие хронической травмы способствует более легкому проникновению в нее грибов рода Candida и последующему заболеванию.

Кандидоз слизистой оболочки рта чаще встречается у детей грудного возраста и пожилых людей, особенно ослабленных хроническими, тяжело протекающими заболеваниями.

Выделяют несколько клинических форм кандидоза (классификация Н.Д.Шеклакова):

* висцеральный (системный) кандидоз.
* поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи и ногтей;
* хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей;

Врач-стоматолог осуществляет лечение больных кандидозом слизистой оболочки рта, который может протекать изолированно либо с поражением других слизистых оболочек и кожи.

Для успешного лечения больного кандидозом важны тщательное обследование и лечение сопутствующих заболеваний, особенно желудочнокишечной патологии, сахарного диабета, лейкоза. При упорно текущей кандидозной заеде необходимо протезирование, при котором в первую очередь следует восстановить высоту прикуса.

После установления диагноза врач в первую очередь назначает противогрибковые препараты. Их подбор должен выполняться квалифицированным специалистом, поскольку многие из этих лекарств нельзя принимать при сопутствующих заболеваниях.

Одновременно с лечением противогрибковыми препаратами врачи советуют придерживаться диеты, употребляя в пищу лишь продукты, которые не содержат в своем составе уксус, сахар, дрожжи и алкоголь. Также больному молочницей назначаются витаминные комплексы и другие средства, восстанавливающие иммунитет.

Лечение кандидоза полости рта народными средствами не позволяет выявить его точную причину и устранить её. Вследствие этого болезнь переходить в запущенную форму или случается рецидив. Авторы материала рекомендуют отказаться от самолечения и обратиться за помощью к специалисту.

Для профилактики кандидозного стоматита следует придерживаться следующих рекомендаций:

* посещать стоматолога как минимум два раза в год;
* принимать препараты, укрепляющие иммунитет.
* регулярно чистить зубы;
* отказаться от курения;
* свести к минимуму употребление продуктов, содержащих сахар и дрожжи (пиво, выпечка, хлеб);

Вопреки распространенному мнению, главным методом диагностики кандидоза до сих пор является микроскопия мазка с пораженных участков слизистой. ПЦР (ДНК - диагностика), популярная в последнее время, как правило, плохо подходит для диагностики кандидоза.

Лабораторная диагностика заболевания включает в себя:

* иммуно-ферментный анализ (ИФА)
* микроскопию мазка выделений
* культуральную диагностику (посев)
* полимеразная цепная реакция (ПЦР)

**Заключение**

Кандидоз – это довольно распространенная грибковая инфекция. Как правило, грибок живет в организме. Его невозможно уничтожить. Лучший способ предотвращения развития кандидоза – это укрепление иммунной системы с помощью принятия антиретровирусных препаратов (АРВ).

В большинстве случаев кандидоз без проблем лечится местно. У людей со слабой иммунной системой эти инфекции могут быть более продолжительными. Также возможно системное лечение, но в этих случаях кандида может развить резистентность к лекарствам. Наиболее сильным анти-грибковым средством является амфотерицин В, но он вызывает серьезные побочные действия.

Факторами патогенности дрожжеподобных грибов рода Candida являются гемолизины, эндоплазмокоагулаза, липиды, полисахариды, некоторые гидролазы, эндотоксин. Дрожжеподобные грибы рода Candida вызывают различные острые и хронические инфекции, имеющие локальный или диссеминированный характер.

Заболевания могут развиваться в виде первичных или вторичных инфекций в результате экзогенного или эндогенного инфицирования. Широко распространен кандидоз полости рта, типичный для новорожденных, а также для лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями разной этиологии.

**Литература**

1. Кацитадзе А.Г. Ассоциированные грибково-вирусные инфекции кожи и слизистых оболочек 1991
2. Борисов Л.Б., Смирнова А.М. и др. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. 2004
3. Кожные и венерические болезни. Под ред. Ю.К.Скрипкина 2006