

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

САХАРУК Н.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
кафедра терапевтической стоматологии*

Резюме. Определена частота выявления грибов рода *Candida* spp. у лиц с хроническими кожными заболеваниями (псориаз, экзема) в сравнении с контрольной группой, распространённость кандидоза ротовой полости среди данных групп лиц. Дана оценка состоянию ротовой полости у исследуемых групп пациентов. Установлена корреляция между показателями основных стоматологических индексов (OHIS, GI, КПИ, КПУ) и степенью тяжести кожных заболеваний, выраженной индексами PASI для псориаза и EASI для экземы, а также между тяжестью кандидоза ротовой полости и выраженностью кожных заболеваний. Предложена схема обследования, терапии и профилактики кандидоза ротовой полости у пациентов, страдающих хроническими кожными заболеваниями, позволившая повысить эффективность проводимого лечения и снизить количество рецидивов кандидоза ротовой полости у данных групп лиц, что было подтверждено наблюдениями через 6, 12 месяцев.

Ключевые слова: кандидоз, ротовая полость, псориаз, экзема, антимикотические препараты, антисептики.

Abstract. Detection frequency of the genus *Candida* spp. fungi in persons with chronic skin diseases (psoriasis, eczema) in comparison with the control group as well as prevalence of candidiasis of mouth in the given groups of persons were determined. The evaluation of the oral cavity condition in the investigated groups of patients was made. The correlation between main stomatological indices (OHIS, GI, PI, CFR) and the severity degree of skin diseases, expressed by indices PASI for psoriasis and EASI for eczema, and also between the severity of oral cavity candidiasis and that of skin diseases was found. The scheme of examination, treatment and prevention of oral cavity candidiasis in patients, suffering from chronic skin diseases was proposed. It enables the increase of the efficacy of the provided treatment and the decrease in the number of relapses of oral cavity candidiasis in the given group of persons that was confirmed by observations in 6, 12 months.

Кандидоз ротовой полости – состояние, часто диагностируемое врачами различных специальностей: стоматологами, терапевтами, хирургами, акушерами [4]. Кандидоз ротовой полости может возникнуть как при приёме системных препаратов (антибиотиков, иммуносупрессоров), так и вследствие снижения иммунитета (у ВИЧ – инфицированных, а также у лиц с длительно и тяжело текущими общесоматическими заболе-

ваниями) [2, 3]. Роль грибов *Candida* spp. и особенности течения кандидоза ротовой полости у пациентов с хроническими кожными заболеваниями практически не изучались. Некоторые зарубежные авторы отмечали, что у лиц с псориазом и атопическим дерматитом грибы данного рода более часто выделялись с поверхности кожи, ротовой полости, фекалий по сравнению со здоровыми лицами [6]. Есть работы, свидетельствующие о более высоком уровне специфического IgE к грибам рода *Candida* spp. среди лиц, страдающих атопическим дерматитом [1, 5]. На сегодняшний день

неизвестно, влияют ли грибы на патогенез хронических дерматозов или же являются неотъемлемым признаком хронического процесса и сопутствующей иммуносупрессии. Неизвестно также, существует ли связь между степенью тяжести кожного процесса и изменениями в ротовой полости. Известно, что некоторые виды *Candida spp.* устойчивы к противогрибковым препаратам. Вследствие этого проводится изучение их видового состава при различной патологии. Данная проблема в отношении кандидоза ротовой полости у пациентов с хроническими дерматозами не изучена.

Несмотря на разнообразие применяемых в лечении кандидоза ротовой полости методик, исследований об особенностях терапии данного заболевания у пациентов с кожной патологией проведено не было. Псориаз и экзема являются одними из самых распространенных заболеваний в структуре кожной патологии. Нарушения иммунитета при этих заболеваниях, как и иммуносупрессивная терапия, несомненно приводят к изменениям в ротовой полости у данных пациентов. Кандидоз ротовой полости у лиц с кожной патологией имеет особенности клинической картины и течения, что требует использования дополнительных лечебных мероприятий.

Целью данной работы явилось изучение частоты выявления грибов рода *Candida* у лиц с псориазом и хронической экземой в сравнении с контрольной группой, распространённости кандидоза ротовой полости; оценка уровня гигиены ротовой полости, состояния дёсен и периодонта у данных групп пациентов.

На основании полученных данных была разработана схема обследования, терапии и профилактики кандидоза ротовой полости у лиц, страдающих кожными заболеваниями.

Методы

Нами обследовано 322 пациента с хроническими кожными заболеваниями, из них 222 пациента с псориазом (L40) и 110 – с хронической экземой (L30), а также 93 практически здоровых человека (таблица 1).

Всем пациентам проводился опрос, осмотр ротовой полости с использованием стоматологических индексов: OHIS, GI, КПИ, КПУ. Оценка тяжести кожного заболевания (псориаз, хроническая экзема) проводилась с помощью дерматологических индексов: PASI, EASI соответственно. Из лабораторных методов нами были использованы: микроскопическое исследование мазков-соскобов из ротовой полости, микробиологический (посевы на среду Сабуро) с последующей идентификацией выделенных культур и определением их чувствительности к антимикотическим средствам, антисептикам, препаратам растительного происхождения, метод ПЦР диагностики.

Диагноз «кандидоз ротовой полости» выставлялся пациентам с наличием жалоб, клинической картины, характерной для данной формы заболевания, количеством колоний грибов рода *Candida spp.* при посеве >103 КОЕ/мл смыва с тампона, наличием почкующихся клеток, псевдомицелия грибов рода *Candida spp.* в эпителиальных клетках и слизи между ними в количестве более 1/3. Оценка степени

Таблица 1

Клиническая характеристика обследуемых групп

	Контрольная группа	Группа больных псориазом	Группа больных экземой
Количество обследованных	93	222	110
Мужчины	71 (76,3%)	159 (71,6%)	71 (64,5%)
Женщины	22 (23,7%)	63 (28,4%)	39 (35,5%)
Средний возраст (годы)	50,0±13,1	46,9±13,9	46,5±15,9
Средняя продолжительность заболевания (годы)	—	17,3±10,6	2,6±1,6

тяжести кандидоза ротовой полости осуществлялась в баллах по шкале (В.П. Адашкевич, В.В.Козловская, Н.А.Сахарук, 2008).

Пациентам с кандидозом ротовой полости и сопутствующими кожными заболеваниями рандомизированным методом назначалась либо «традиционная», либо разработанная автором комплексная схема терапии кандидоза ротовой полости.

«Традиционная» терапия была основана на рекомендациях клинических протоколов диагностики и лечения стоматологических больных, утверждённых МЗ РБ 25.02. 2008. Метод «традиционной» терапии включал мотивацию гигиене ротовой полости, коррекцию методов и средств гигиены ротовой полости, профессиональную гигиену и санацию ротовой полости, а также назначение антисептической обработки полости рта 0,05% раствором хлоргексидина двумя циклами по 10 дней с перерывом в 10 дней, аппликации нистатиновой мастью 10000 ЕД/г на очаги поражения двумя циклами по 7 дней с перерывом на 7 дней. Назначение флуконазола осуществлялось в тяжёлых случаях течения заболевания.

При использовании предлагаемой нами схемы терапии у пациентов с псориазом и экземой проводился сбор жалоб и анамнеза, осмотр ротовой полости, кожных покровов тела.

У лиц с тяжёлым течением псориаза и экземы (значения PASI и EASI более 50 баллов) вне зависимости от наличия клинических проявлений и жалоб проводилось повторное микроскопическое и микробиологическое исследования с интервалом в 4 дня. Лица с легкой и средней степенью тяжести псориаза и экземы (значения PASI и EASI менее 50 баллов) при отсутствии жалоб и клинической картины кандидоза ротовой полости, однократных отрицательных данных микроскопического и микробиологического исследований на грибы рода *Candida* снимались с учёта. Им рекомендовалось повторное обследование у стоматолога в случае появления жалоб или утяжелении кожного заболевания.

У пациентов с клиническими проявлениями кандидоза ротовой полости и количеством колоний *Candida* более 10^3 КОЕ/мл при микробиологическом исследовании проводи-

лась оценка тяжести кандидоза ротовой полости по описанной выше шкале.

При кандидоносительстве (значения индекса от 0 до 1 баллов) микробиологическое исследование проводилось повторно. При отсутствии нарастания количества колоний пациенты снимались с учёта.

При лёгкой степени тяжести (индекс тяжести от 2 до 4 баллов) проводилась местная терапия – 1,4% раствор фенола в виде спрея 3 раза в день на протяжении двух циклов по 10 дней с перерывом в 10 дней.

При средней степени тяжести кандидоза (индекс тяжести от 5 до 8 баллов) проводили аналогичное местное лечение. При отсутствии эффекта от лечения через 10-14 дней (сохранение жалоб, клинической картины, отсутствие снижения количества колоний) в терапию добавлялся флуконазол в дозе 50-100 мг в сутки, внутрь после еды, на протяжении 10 дней.

При тяжёлой степени кандидоза ротовой полости (индекс тяжести от 9 до 12 баллов) системная терапия флуконазолом в аналогичной дозировке назначалась в обязательном порядке.

Всем пациентам вне зависимости от степени тяжести назначалась дополнительная терапия, что было обусловлено наличием сопутствующего кожного заболевания. В дополнительную терапию включали:

- Полифепан внутрь по 1 ст.л. 2 раза в день за 30 минут до приёма пищи, начиная с 1-ого дня терапии, в течение 5-7 дней;

- Витамин В2 – 0,005-0,01 г в день 3 раза в день начиная с 1-ого дня терапии, в течение 1 месяца;

- Витамин В6 – 0,05-0,1 г в день 3 раза в день, начиная с 1-ого дня терапии, в течение 1 месяца;

- Витамин С – 0,005-0,1 г 3 раза в день начиная с 1-ого дня терапии в течение 1 месяца;

- Витамин РР – 0,1 г 3 раза в день начиная с 1-ого дня терапии в течение 1 месяца;

- Витамин А (масляный раствор 3,44%) местно по 5-10 капель в виде аппликаций на очаги поражения на 20 минут 3 раза в день, начиная с 4-5-ого дня терапии в течение 7-10 дней;

- Ванночки с бифидум-бактерином 2 дозы 2 раза в день с последующим проглатыванием, начиная с 1-ого дня терапии, в течение 1 месяца.

При отсутствии эффекта от комплексной (местной, системной и дополнительной терапии) проводилась замена системного антимикотического средства на основании данных чувствительности выделенной культуры.

Промежуточный контроль проводимой терапии осуществляли на 14 день. Производился осмотр ротовой полости и микробиологическое исследование. При положительной динамике заболевания (снижении выраженности клинических проявлений и количества колоний грибов при микробиологическом исследовании) терапия продолжалась до 30 дней. При отсутствии эффекта от проводимого лечения при лёгких и средних формах тяжести кандидоза ротовой полости добавляли флуконазол, а при тяжелых - на основании полученных данных по чувствительности – проводили замену системного антимикотика.

Окончательный контроль исследования проводили на 30 день с аналогичными методами исследования.

Оценка эффективности терапии

Полным излечением кандидоза ротовой полости считали отсутствие у пациента жалоб, клинической картины заболевания, грибов при микроскопическом и микробиологическом исследовании (0 баллов по шкале оценки тяжести кандидоза ротовой полости).

Клинико-лабораторным излечением кандидоза ротовой полости считали отсутствие жалоб, клинической картины заболевания, а также наличие единичных клеток грибов при микроскопическом исследовании, единичных колоний при микробиологическом исследовании (1 балл по шкале оценки тяжести кандидоза ротовой полости).

Отсутствием эффекта от проводимой терапии кандидоза ротовой полости считали сохранение жалоб, клинических признаков заболевания, множественные клетки грибов при микроскопическом исследовании, множественные колонии при микробиологическом исследовании (более 2 баллов по шкале оценки тяжести кандидоза ротовой полости).

Профилактика рецидивов кандидоза ротовой полости

Для профилактики рецидивов кандидоза ротовой полости в группе, получавшей «традиционную» терапию, рекомендовали:

- При лёгкой и средней степенях тяжести кандидоза ротовой полости – зубную пасту с хлоргексидином для индивидуальной гигиены ротовой полости; ротовые ванночки с хлоргексидином 0,05% 2 раза в день в течение 2-х недель после полного излечения.

- При тяжёлой степени тяжести кандидоза ротовой полости – зубную пасту с хлоргексидином; ротовые ванночки с хлоргексидином 0,05% 2 раза в день в течение 2-х недель после полного излечения; флуконазол по 150 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель.

Для профилактики рецидивов кандидоза ротовой полости в группе, получавшей исследуемый комплексный метод, рекомендовали:

- При лёгкой и средней степенях тяжести кандидоза ротовой полости – зубную пасту с триклозаном для индивидуальной гигиены ротовой полости; обработку ротовой полости 1,4% раствором фенола 2 раза в день в течение 2-х недель после полного излечения.

- При тяжёлой степени тяжести кандидоза ротовой полости – зубную пасту с триклозаном для индивидуальной гигиены полости рта; обработку ротовой полости 1,4% раствором фенола 2 раза в день в течение 2-х недель после полного излечения; флуконазол по 150 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель.

Оценка отдаленных результатов лечения

Оценка отдалённых результатов лечения проводилась через 6 и 12 месяцев после проведённой терапии. Пациентам осуществлялся осмотр ротовой полости, микроскопическое и микробиологическое исследования.

Обработку полученных результатов проводили с помощью программы «Статистика 6.0».

Результаты и обсуждение

У пациентов с псориазом и экземой отмечаются достоверно более низкие показатели уровня гигиены ротовой полости (индекс ОНІ-S), высокие показатели, характеризую-

щие состояние тканей периодонта (индексы GI и КПИ) и интенсивности кариеса (индекс КПУ) (таблица 2).

Отмечается положительная корреляция стоматологических индексов и степени тяжести псориаза и экземы (таблица 3-4).

При сравнении индекса ОНIS и индекса PASI (степень тяжести) у пациентов с псориазом выявлена слабая корреляция ($r = 0,19$), индекса КПИ и PASI – слабая корреляция ($r = 0,17$), GI и PASI – слабая корреляция ($r = 0,20$), КПУ и PASI – слабая корреляция ($r = 0,20$).

При сравнении индекса ОНIS и индекса EASI (степень тяжести) у пациентов с экземой выявлена слабая корреляция ($r = 0,19$), КПИ и индекса EASI – умеренная корреляция ($r = 0,30$), GI и EASI – слабая корреляция ($r=0,20$), КПУ и EASI – также слабая корреляция ($r = 0,20$).

Выделение дрожжеподобных грибов рода *Candida* из ротовой полости микроскопическим методом

У пациентов с псориазом дрожжеподобные грибы рода *Candida* микроскопическим методом определили у 72 человек (32,7%), из них у 36 человек грибы выявлялись преимущественно в дрожжеподобной форме (50,0%) и у 36 человек определялся преимущественно псевдомицелий (50,0%).

У пациентов с экземой дрожжеподобные грибы рода *Candida* микроскопическим методом определили у 38 человек (34,5%): у 23 человек преимущественно в виде дрожжевых клеток (60,5%) и у 15 человек преимущественно в форме псевдомицелия (39,5%).

У лиц контрольной группы грибы рода *Candida* выявлены у 14 человек (15,0%): у 12 (85,7%) – в дрожжеподобной форме – и у 2 (14,3%) – в виде псевдомицелия.

У пациентов с псориазом и экземой при исследовании с применением микроскопического метода дрожжеподобные грибы рода *Candida* определялись достоверно чаще, чем у здоровых лиц ($p<0,05$).

Таблица 2

Значения индексов гигиены ротовой полости у пациентов с псориазом и экземой по сравнению с контрольной группой

Индекс	Контрольная группа	Псориаз	Экзема
ОНИ-S	0,5 (0,3;0,7)	1,2 (0,6; 1,8) *	1,4 (1,2; 1,8) *
КПИ	0,6 (0,3; 0,8)	1,3 (0,7; 1,9) *	1,6 (1,3; 2) *
GI	0,3 (0,2; 0,5)	1,3 (0,4; 1,8) *	1,5 (1,3; 1,9) *
КПУ	9 (5; 12,5)	15 (10; 20) *	17 (13;20) *

Примечание: * – $P<0,0001$ по сравнению с контрольной группой.

Таблица 3

Корреляция стоматологических индексов и степени тяжести псориаза

Индекс	Коэффициент Спирмена	P
ОНИ-S	0,19	<0,05
КПИ	0,17	<0,05
GI	0,20	<0,05
КПУ	0,20	<0,05

Таблица 4

Корреляция стоматологических индексов и степени тяжести экземы

Индекс	Коэффициент Спирмена	P
ОНИ-S	0,19	<0,05
КПИ	0,30	<0,05
GI	0,20	<0,05
КПУ	0,20	<0,05

Таблица 5

Результаты терапии пациентов с кандидозом ротовой полости и сопутствующим псориазом, хронической экземой

	«Традиционная» терапия		Исследуемая схема	
	14 дней	30 дней	14 дней	30 дней
Количество пациентов, абс. (%)	42 (100)		44 (100)	
Полное излечение, абс. (%)	0	18 (42,9)	0	29 (66,0)*
Клинико-лабораторное излечение, абс. (%)	27 (64,3)	16 (38,0)	39 (88,6)*	13 (29,5)*
Отсутствие эффекта, абс. (%)	15 (35,7)	8 (19,1)	5 (11,4)*	2 (4,5)*

Примечание: * – $P < 0,05$.

Выделение дрожжеподобных грибов рода *Candida* из ротовой полости бактериологическим методом

При посеве грибы рода *Candida* выявлены у 72 человек с псориазом (32,7%). У 59 человек количество колоний было равным или превышало 10^3 (81,9% от всех лиц с выявленным ростом грибов рода *Candida*).

У пациентов с экземой при посеве грибы рода *Candida* выявлены у 38 лиц (34,5%). У 33 человек количество колоний было равным или превышало 10^3 (86,8%).

У здоровых лиц при посеве грибы рода *Candida* были выявлены у 18 лиц (19,3%), при этом у 9 человек количество колоний было равным или превышало 10^3 (50%). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* достоверно чаще выявляются микробиологическим методом у пациентов, страдающих псориазом и экземой, чем у здоровых лиц ($P < 0,05$).

Выявление дрожжеподобных грибов рода *Candida* в ротовой полости методом ПЦР

ПЦР исследование проведено 39 пациентам с псориазом, 39 пациентам с экземой и 41 человеку из контрольной группы. Среди пациентов с псориазом грибы вида *C. albicans* выявлены у 4 человек (10,2%), среди пациентов с экземой – у 4 человек (10,2%) и среди лиц контрольной группы – у 9 человек (22,0%). Среди этих лиц клиническая картина кандидоза и число колоний более 10^3 были зафиксированы у 1 пациента с псориазом, у 3 - с экземой и у 2 лиц контрольной группы.

Определение степени тяжести кандидоза ротовой полости у пациентов с псориазом и экземой и их взаимосвязь со степенью тяжести кожных заболеваний

Среднее значение индекса тяжести кандидоза ротовой полости у пациентов с псориазом на момент первичного осмотра составило 6 (3;7) баллов, а у пациентов с хронической экземой – 7 (3;8) баллов.

Среднее значение индекса PASI у больных псориазом на момент осмотра составило 30 (26;39) баллов, а среднее значение индекса EASI – 44 (40;46) балла.

Корреляция индекса степени тяжести кандидоза ротовой полости со степенью тяжести псориаза составила $r=0,36$ ($p < 0,05$), а корреляция индекса степени тяжести кандидоза ротовой полости со степенью тяжести экземы составила $r=0,41$ ($p < 0,05$).

«Традиционная» терапия была назначена 42 лицам с хроническими дерматозами, а предлагаемый метод – 44. В результате терапии в группе с «традиционным» лечением полное излечение было достигнуто у 18 человек (42,9%), клинико-лабораторное излечение – у 16 (38%), а отсутствие эффекта у 8 (19,1%). В группе пациентов, которые получали исследуемую схему, полное излечение было достигнуто у 29 человек (66%; $p < 0,05$), клинико-лабораторное излечение – у 13 (29,5%; $p > 0,05$). Отсутствие эффекта – у 2 (4,5%; $p < 0,05$) (таблица 5).

В группе пациентов, получавших исследуемую схему терапии, индексы тяжести

Таблица 6

Средние значения индекса тяжести кандидоза ротовой полости до начала терапии, через 14 дней и после окончания лечения (через 30 дней)

	«Традиционная» терапия	Исследуемая схема
До начала терапии	6 (3;8)	7 (3;8)
Через 14 дней	1(1;3)	1 (1;1)*
Через 30 дней	1 (0;1)	0 (0;1)*

Таблица 7

Отдалённые результаты лечения и профилактики больных кандидозом ротовой полости и сопутствующей кожной патологией

	«Традиционная» терапия и профилактика		Предложенная схема терапии и профилактики	
	6 месяцев	12 месяцев	6 месяцев	12 месяцев
Здоровые лица, абс., %	21 (50)	17 (40,5)	30 (68,2)*	28 (63,6)*
Кандидоносительство, абс., %	18 (42,8)	17 (40,5)	13 (29,5)*	14 (31,8)*
Рецидив, абс., %	3 (7,2)	8 (19,0)	1 (2,3)*	2 (4,6)*

Примечание: * – $p < 0,05$.

кандидоза ротовой полости достоверно ниже как на 14-й день, так и после окончания терапии (на 30-й день) по сравнению с группой, получавшей традиционную терапию ($p < 0,05$) (таблица 6).

У 10-и больных с отрицательными результатами терапии была изменена терапия в соответствии с разработанной и описанной выше схемой. Шести из них (пациентам с лёгкой и средней степенью тяжести) в комплексное лечение был добавлен флуконазол в дозировке 100 мг ежедневно на протяжении 10 дней. Ещё 4-м пациентам (с тяжёлой степенью течения болезни) понадобилось назначение итраконазола в дозе 200 мг в течение 10 дней. У всех пациентов отмечалось полное клиническое выздоровление.

Лицам контрольной группы с кандидозом ротовой полости (8 человек) назначена «традиционная» терапия, после окончания которой, через 30 дней, у всех лиц зафиксировано полное выздоровление (100%). Длительное наблюдение за этой группой лиц не проводилось.

В течение срока наблюдения (12 месяцев) отмечено снижение рецидивов в 4 раза в группе пациентов, получавших предложен-

ную нами схему лечения и профилактики ($p < 0,05$) (таблица 7).

Заключение

1. Частота выявления грибов рода *Candida* достоверно выше у лиц с псориазом и экземой по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

При микроскопии грибы рода *Candida* определяются у 72 (37,2%) пациентов с псориазом, у 38 (34,5%) с экземой и у 14 (15%) здоровых лиц ($p < 0,05$). При микробиологическом исследовании грибы рода *Candida* определяются у 72 (32,7%) пациентов с псориазом, у 38 (34,5%) с экземой и у 18 (19,3%) здоровых лиц ($p < 0,05$).

Метод ПЦР позволяет выделить грибы рода *Candida* у 4 (10,2%) пациентов с псориазом, у 4 (10,2%) с экземой и у 9 (22%) лиц контрольной группы. Метод является наиболее чувствительным по сравнению с микроскопией и микробиологическим исследованием.

2. У пациентов с псориазом и хронической экземой отмечаются достоверно более низкие показатели уровня гигиены ротовой полости, выраженные с помощью индекса ОНИ-S (1,2 (0,6; 1,8), 1,4 (1,2; 1,8) соответ-

ственно) по сравнению с контрольной группой (0,5 (0,3; 0,7), $p < 0,05$); более высокие показатели состояния тканей периодонта, выраженные с помощью индекса КПИ (1,3 (0,7; 1,9), 1,6 (1,3; 2) соответственно) по сравнению с контрольной группой (0,6 (0,3; 0,8), $p < 0,05$); состояния дёсен, выраженные с помощью индекса GI (1,3 (0,4; 1,8), 1,5 (1,3; 1,9) соответственно) по сравнению с контрольной группой (0,3 (0,2; 0,5) $p < 0,05$) и интенсивности кариозного процесса, выраженные с помощью индекса КПУ (15 (10; 20) и 17 (13; 20) соответственно) по сравнению с контрольной группой (9 (5; 12,5), $p < 0,05$).

Показатели уровня гигиены ротовой полости, состояния тканей периодонта, состояния дёсен, интенсивности кариозного процесса коррелируют со степенью тяжести псориаза и хронической экземы, выраженной индексами PASI и EASI. Для псориаза коэффициент корреляции составил (с показателями индекса ОНІ-S – $r = 0,19$; КПИ – $r = 0,17$; GI – $r = 0,20$; КПУ – $r = 0,20$). Для экземы коэффициент корреляции составил (с показателями индекса ОНІS – $r = 0,19$; КПИ – $r = 0,30$; GI – $r = 0,20$; КПУ – $r = 0,20$).

3. Корреляция индекса степени тяжести кандидоза ротовой полости в баллах по шкале тяжести кандидоза ротовой полости со степенью тяжести псориаза, выраженного с помощью индекса PASI, составила $r = 0,36$ ($p < 0,05$), а корреляция индекса степени тяжести кандидоза ротовой полости со степенью тяжести экземы, выраженной с помощью индекса EASI, составила $r = 0,41$ ($p < 0,05$).

4. На основании определения чувствительности культур грибов *Candida* и степени тяжести кандидоза ротовой полости разработана комплексная схема терапии кандидоза ротовой полости у пациентов с псориазом и хронической экземой, включившая средства для местного применения: 1,4% раствор фенола в виде спрея с использованием 3 раза в день двумя циклами по 10 дней с перерывом в 10 дней; ванночек с бифидум-бактерином по 2 дозы 2 раза в день в течение месяца; аппликаций 3,44% масляного раствора витамина А

по 5-10 капель на 20 минут 3 раза в день, начиная с четвертого дня терапии. Схема включила назначение адсорбентов (полифепан по 1 ст.л. внутрь 2 раза в день в течение 10 дней); витаминотерапии (витамины В2, В6, С, РР в суточных дозах 3 раза в день в течение месяца). При тяжелой степени кандидоза ротовой полости – флуконазол по 100 мг в день в течение 10 дней.

Данная схема позволяет достигнуть полного излечения кандидоза ротовой полости через 30 дней у лиц с псориазом и экземой в 66% случаев, что достоверно выше, чем при лечении традиционным методом (42,9%; и 19,1% $p < 0,05$).

5. Данный метод терапии наряду с разработанной схемой профилактики рецидивов, включившей применение зубной пасты с триклозаном для индивидуальной гигиены, обработку ротовой полости 1,4% раствором фенола в виде спрея 2 раза в день в течение 2 недель, а при тяжелых формах кандидоза ротовой полости назначение 150 мг флуконазола 1 раз в неделю в течение 3-4 недель после проведенного лечения, позволил снизить количество рецидивов в 4 раза в течение года наблюдения ($p < 0,05$).

Литература

1. Выхристенко, Л.Р. Клиническое значение дефицитов иммуноглобулинов у взрослых / Л.Р. Выхристенко, В.В. Янченко, Д.К. Новиков // Медицинские новости. – 2009. – № 5. – С. 28–32
2. Латышева, С.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта / С.В. Латышева // Современная стоматология. – 2007. – № 11. – С. 57–61.
3. Левончук, Е.А. Кандидозы слизистых оболочек полости рта / Е.А. Левончук // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 27–31.
4. Маев, И.В. Кандидоз пищевода / И.В. Маев, Г.А. Бусарова // Лечащий врач. – 2002. – № 6. – С. 44–50.
5. Characterization of specific anti-*Candida* IgM, IgA and IgE: diagnostic value in deep-seated infections / D. Aubert [et al.] // Mycoses. – 1996. – № 39 (5–6). – P. 169–76.
6. Hanel, H. High phospholipase-A activity of *Candida albicans* isolated from the intestine of psoriatic patients / H. Hanel, I. Menzel, H. Holzman // Mycoses. – 1988. – Vol. 131. – P. 451–453.

Поступила 03.12.2010 г.

Принята в печать 06.12.2010 г.