

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАНДИДОЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА.
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.**

Учебно-методическое пособие
*для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета*

Ташкент-2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель Совета ТГСИ
Хабилов Н. Д. 
« _____ 2015 г

КАНДИДОЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА.
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

Учебно-методическое пособие
для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета

Ташкент-2015

Составитель:

Дадамова А.Д.- ассистент кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии

Рецензенты:

Дусмухамедов М.З.- директор центра челюстно-лицевой стоматологии ТГСИ, д.м.н., профессор.

Жуматов У.Ж. профессор кафедры стоматологии №1 ТашИУВ, д.м.н.,

Учебно-методическое пособие рассмотрено на Центральном Методическом Совете ТГСИ и рекомендовано для утверждения на Ученом Совете ТГСИ.

«18» февраля 2015 год, протокол заседания № 4

Учебно- методическое пособие утверждено на Ученом Совете ТГСИ и рекомендована на опубликование в печати.

«25» февраля 2015 год, протокол заседания № 7

Ученый секретарь

Доктор химических наук, профессор Жураев А.Ж.

TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA
INSTITUTI
ILMIY KOTIB



Учебно - методическое пособие предназначено для врачей стоматологов, соискателей, для студентов медицинских вузов 5 курса стоматологического факультета

Аннотация

Кандидоз (candidosis) - заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*. На слизистой оболочке рта и кожных покровах обитают различные виды дрожжеподобных грибов в виде сапрофитов. Проявление патогенных свойств грибов рода *Candida* зависит главным образом от состояния макроорганизма. Главную роль в развитии кандидоза играет ослабление иммунной системы. Кандидоз возникает, как правило, на фоне более или менее выраженного иммунодефицита или дисбаланса иммунной системы. Развитию кандидоза могут способствовать тяжелые сопутствующие заболевания: злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция, туберкулез, эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, гипо-паратиреоз, гипо- и гиперфункция надпочечников). Заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно пониженная кислотность желудочного сока и ахилия, часто обуславливают развитие кандидоза слизистой оболочки рта. Нарушение углеводного обмена при сахарном диабете является благоприятным фоном для развития кандидоза. Кандидоз слизистой оболочки рта нередко становится первым клиническим признаком бессимптомно протекающего сахарного диабета. Во всех случаях хронического кандидоза, особенно рецидивирующего, необходимо проводить исследование крови на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета. Развитию кандидоза полости рта способствует длительное лечение кортикостероидными препаратами, цитостатиками, которые подавляют иммунную систему организма и усиливают вирулентность дрожжеподобных грибов.

Ключевые слова

Кандидоз, острые и хронические формы кандидоза, дрожжеподобные грибы, налет, кандидоз кожи, слизистых оболочек и поверхностный кандидоз ногтей;

хронический распространенный (гранулематозный) кандидоз; висцеральный (системный) кандидоз, кандидозные заеды, эрозия и гиперемия твердого неба, папилломатоз; гиперемия языка, атрофия сосочков, папилломатоз;

- Цель занятия:**
- ознакомить студентов с понятием кандидоз;
 - изучить клинические проявления кандидоза в полости рта.
- Студент должен знать:**
- причину возникновения кандидоза;
 - дополнительные методы обследования кандидоза;
 - при необходимости направить больного к специалисту (микологу).
- Студент должен уметь:**
- правильно составить эффективный план лечения кандидоза;
 - провести медикаментозную обработку;
 - правильно выбрать противогрибковые препараты
- Методы обучения:** Лекция, мозговой штурм, рассказ, видеометод, практическое занятие, работа с книгой, диалог, учебные игры, пинборд, органайзер.
- Формы обучения:** Групповая работа («Учимся вместе», «Работайте вместе-Меняйтесь идеями»), одиночные
- Учебные средства:** Доска-стенд, флипчарт, видеофильмы, писчая доска, модел, муляжи, графики, диаграммы, схема, заметки, контрольный листок, тексты.
- Учебные условия:** Специально технологически оборудованные комнаты.
- Мониторинги оценки:** Устный опрос :экспресс тест, письменный опрос:

Теоретическая часть.

Кандидоз (candidosis) - заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*. На слизистой оболочке рта и кожных покровах обитают различные виды дрожжеподобных грибов в виде сапрофитов. Патологические изменения чаще всего вызывают *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida krusei*, *Candida guilliermondii*. 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. Возбудитель обнаруживается также на поверхности здоровой кожи, в моче, кале, мокроте и др. *Candida albicans* состоит из овальных почкующихся клеток величиной 3—5 мкм. Гриб любит «кислую» среду (рН 5,8—6,5) и вырабатывает многочисленные ферменты, расщепляющие белки, липиды и углеводы. Проникая внутрь клеток эпителия, иногда до базального слоя, грибы размножаются в них.

Этиология, патогенез.

Проявление патогенных свойств грибов рода *Candida* зависит главным образом от состояния макроорганизма. Главную роль в развитии кандидоза играет ослабление иммунной системы. Кандидоз возникает, как правило, на фоне более или менее выраженного иммунодефицита или дисбаланса иммунной системы. Развитию кандидоза могут способствовать тяжелые сопутствующие заболевания: злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция, туберкулез, эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, гипопаратиреоз, гипо- и гиперфункция надпочечников). Заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно пониженная кислотность желудочного сока и ахилия, часто обуславливают развитие кандидоза слизистой оболочки рта. Нарушение углеводного обмена при сахарном

диабете является благоприятным фоном для развития кандидоза. Кандидоз слизистой оболочки рта нередко становится первым клиническим признаком бессимптомно протекающего сахарного диабета. Во всех случаях хронического кандидоза, особенно рецидивирующего, необходимо проводить исследование крови на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета. Развитию кандидоза полости рта способствует длительное лечение кортикостероидными препаратами, цитостатиками, которые подавляют иммунную систему организма и усиливают вирулентность дрожжеподобных грибов. Вследствие широкого применения антибиотиков за последние годы значительно увеличилось количество больных кандидозом слизистой оболочки рта. Длительный прием антибиотиков нарушает состав резидентной микрофлоры полости рта, в результате чего формируется дисбактериоз. Происходят угнетение резидентной микрофлоры полости рта и резкий рост вирулентности условно-патогенных грибов *Candida*, вызывающих заболевание слизистой оболочки рта (суперинфекция, аутоинфекция). Подобное действие оказывает длительное применение различных противомикробных препаратов (трихопол, хлоргексидин, сангвиритрин и др.). Прием антибиотиков может вызвать также дисбактериоз кишечника, следствием чего являются гипо- и авитаминозы В1, В2, В6, С, РР, что в свою очередь отрицательно сказывается на функциональном состоянии слизистой оболочки рта (она становится подверженной влиянию кандидозной инфекции). 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. Установлено аллергизирующее действие протезов из акриловых пластмасс при длительном их контакте со слизистой оболочкой рта. Кроме того, грибы рода *Candida* хорошо растут на поверхности съемных протезов из акриловых пластмасс, поддерживая хроническое воспаление слизистой оболочки под протезом.

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):

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

Врач-стоматолог осуществляет лечение больных кандидозом слизистой оболочки рта, который может протекать изолированно либо с поражением других слизистых оболочек и кожи. В некоторых случаях при наличии неблагоприятных факторов, прежде всего выраженного иммунодефицита, а также несвоевременном и недостаточном лечении кандидоз слизистой оболочки трансформируется в генерализованную форму с поражением внутренних органов. Прогноз в подобных случаях весьма серьезный.

Клиническая картина.

Проявления кандидоза слизистой оболочки рта разнообразны и зависят от возраста больного, состояния иммунной системы, наличия сопутствующих заболеваний, приема лекарственных препаратов (антибиотики, кортикостероиды) и других факторов.

По клиническому течению различают острую и хроническую формы.

Острый кандидоз может протекать в виде молочницы (острый псевдомембранозный кандидоз) или острого атрофического кандидоза.

Хронический кандидоз также существует в двух клинических формах: хронический гиперпластический и хронический атрофический. Они могут развиваться как самостоятельные формы либо трансформироваться одна в другую.

Острый псевдомембранозный кандидоз, или молочница (*candidosis acuta, s. soor*), — это одна из наиболее часто встречающихся форм кандидоза слизистой оболочки рта. У детей грудного возраста молочница наблюдается часто и протекает сравнительно легко. У взрослых острый псевдомембранозный кандидоз часто сопутствует каким-либо общесоматическим заболеваниям: сахарному диабету, заболеваниям крови, гиповитаминозам, злокачественным новообразованиям и др.



Острый псевдомембранозный кандидоз

Поражается чаще всего слизистая оболочка спинки языка, щек, неба, губ. Она гиперемизированная, сухая. На фоне гиперемии имеется белый налет, напоминающий свернувшееся молоко или творог, возвышающийся над уровнем слизистой оболочки. В начале заболевания он легко снимается при покашливании шпателем, под ним обнаруживается гладкая, слегка отечная,

гиперемированная поверхность. В тяжелых, запущенных случаях налет становится более плотным и удаляется с трудом,

под ним обнажается эрозивная поверхность слизистой оболочки рта.

Больные жалуются на жжение во рту, боль при приеме пищи, особенно острой.

Острый псевдомембранозный глоссит следует дифференцировать от десквамативного глоссита, при котором на спинке языка появляются участки десквамации эпителия, постоянно мигрирующие по спинке языка и окруженные венчиком слущивающегося эпителия. Острый кандидозный стоматит дифференцируют от лейкоплакии и красного плоского лишая. При последних белесоватые пленки и узелки на поверхности слизистой оболочки образуются вследствие гиперкератоза, и поэтому снять их при поскабливании невозможно.

Проводят дифференциальную диагностику кандидоза и мягкой лейкоплакии, или белого губчатого невуза при котором поражение локализуется преимущественно по линии смыкания зубов и на слизистой оболочке губ. Цвет слизистой оболочки при мягкой лейкоплакии в области поражения беловато-серый, поверхность ее шероховатая, неровная, имеются множественные мелкие поверхностные эрозии (ссадины). Окончательный диагноз ставят на основании данных бактериоскопического исследования.

Острый атрофический кандидоз (*candidosis acuta atrophica*) характеризуется значительной болезненностью, жжением и сухостью в полости рта.

Слизистая оболочка огненно-красная, сухая. При поражении языка его спинка становится малиново-красного цвета, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофированы.

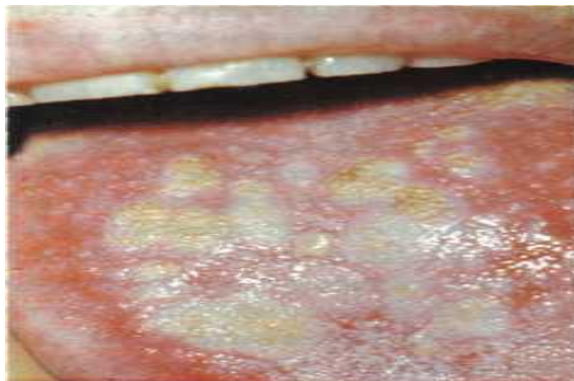


Острый атрофический кандидоз

Налет отсутствует или сохраняется в глубоких складках, снимается с трудом и представляет собой конгломерат спущенного эпителия и большого количества грибов рода *Candida* в стадии активного почкования (мицелий, псевдомицелий).

Острый атрофический кандидоз следует дифференцировать от аллергической реакции на пластмассу съемных протезов. Важную роль в этом случае играет клиническое наблюдение за динамикой изменения слизистой оболочки рта после элиминации протеза и проведения бактериоскопического исследования. Общее состояние больных острым кандидозом не страдает.

Хронический гиперпластический кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*) характеризуется образованием на гиперемированной слизистой оболочке рта толстого слоя плотно спаянного с ней налета в виде узелков или бляшек. Налет обычно располагается на спинке языка, на небе.



Хронический гиперпластический кандидоз

На языке чаще поражается область, типичная для ромбовидного глоссита.

Хронический гиперпластический кандидоз на небе имеет вид папиллярной гиперплазии. В случаях длительного, упорно протекающего заболевания налет пропитывается фибрином, образуются желтовато-серые пленки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой. При покашливании шпателем налет снимается с трудом, под ним обнажается гиперемированная кровоточащая эрозивная поверхность. Больные жалуются на сухость во рту, жжение, а при наличии эрозий — на болезненность. Эту форму кандидоза следует дифференцировать от лейкоплакии и красного плоского лишая.



Хронический гиперпластический кандидоз при дисбактериозе ЖКТ
Хронический атрофический кандидоз (*candidosis chronica atrophica*) проявляется сухостью в полости рта, жжением, болезненностью при ношении съемного протеза. Участок слизистой оболочки, соответствующий границам протезного ложа, гиперемированный, отечный, болезненный.



Хронический атрофический кандидоз у лиц, длительно пользующихся съемными пластиночными протезами, характеризуется чаще всего

поражением слизистой оболочки рта под протезами (гиперемия, эрозии, папилломатоз) в сочетании с микотической (дрожжевой) заедой и кандидозным атрофическим глосситом, при котором спинка языка малиново-красного цвета, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофичные. Беловато-серый налет имеется в небольшом количестве только в глубоких складках и на боковых поверхностях языка, снимается с трудом. Под микроскопом в налете обнаруживают споры и мицелий гриба рода *Candida*. Эта триада (воспаление неба, языка и углов рта) настолько характерна для атрофического кандидозного стоматита, что диагностика его не представляет затруднений.



Обложенный язык при язвенной болезни желудка

Дифференциальную диагностику проводят с красным плоским лишаем; аллергическим стоматитом, вызванным действием акриловых пластмасс; различными формами медикаментозного стоматита; сифилитическими папулами.

Микотическая (дрожжевая) заеда наблюдается преимущественно у лиц пожилого возраста с заниженной высотой прикуса вследствие неправильного протезирования, выраженного стирания твердых тканей зубов или адентии.



Кандидозная заеда при снижении высоты прикуса

Наличие глубоких складок в углах рта и постоянная мацерация этих участков кожи слюной создают благоприятные условия для возникновения кандидозной заеды. Больные жалуются на жжение, болезненность в углах рта.

Микотическую заеду следует дифференцировать от стрептококковой заеды, для которой характерны обильная экссудация, гиперемия, распространяющаяся за пределы кожной складки. Щелевидная эрозия покрыта медово-желтыми корками.

Диагностика.

При постановке диагноза кандидоза основываются на типичных жалобах больных, клинической картине, данных лабораторных исследований (микроскопическое исследование соскоба с поверхности слизистой оболочки рта), результатах клинического анализа крови, исследования содержания глюкозы в сыворотке крови. Производят осмотр кожи и ногтей, по показаниям направляют больного на консультацию к микологу, эндокринологу, гинекологу.

Кандидоз диагностируют на основании обнаружения в соскобе с поверхности пораженной слизистой оболочки рта грибов рода *Candida*.



Проводят микроскопическое исследование соскобов с поверхности слизистой оболочки рта и съемных протезов. Забор материала для исследования необходимо производить натощак до чистки зубов и полоскания рта либо через 4—5 ч после приема пищи или полоскания рта. В полости рта условно-патогенные грибы рода *Candida* присутствуют в незначительных количествах в виде округлых (молодых) или удлинённых

(зрелых) клеток. Одиночные клетки диаметром от 2 до 5 мкм, диаметр почкующихся клеток может достигать 12—16 мкм. В норме грибы рода *Candida* в препарате-соскобе обнаруживаются в виде единичных дрожжеподобных клеток. При кандидозе в препарате-соскобе выявляют скопление

почкующихся и непочкующихся клеток и тонкие ветвящиеся нити псевдомицелия. Нити образуются за счет удлинения клеток и расположения их в длинные цепочки, которые называются псевдомицелием. Настоящего мицелия дрожжеподобные грибы почти не имеют. Острое течение заболевания сопровождается преобладанием клеточных форм, округлых, частично почкующихся.

При хроническом течении выявляются преимущественно нити псевдомицелия и цепочки из округлых удлинённых почкующихся клеток.

Микроскопические исследования следует проводить повторно после окончания курса лечения и исчезновения клинических признаков заболевания.

Идентификацию полученных культур дрожжеподобных грибов проводят на основании морфологических признаков бактериальных клеток и внешнего вида выросших колоний. Для получения культур грибов рода *Candida* используют твердые и жидкие питательные среды с углеводами. В некоторых случаях для диагностики кандидоза проводят серологические исследования.

Лечение: 20 % р-р натрия бората в глицерине, люголевский р-р в глицерине, р-ры анилиновых красителей (метиленового синего, генцианового фиолетового), противогрибковые препараты (нистатиновая, декаминовая, левориновая мази), 2-3% р-р йодида калия по 1 ст. ложке внутрь 2-3 раза в день, амфотерицин В, канестен, поливитамины (В, РР и С).

Профилактика: правильный уход за полостью рта, при длительном лечении антибиотиками и кортикостероидами – назначение нистатина или леворина до 1500000Ед в день, поливитамины, щелочные орошения.

Санация полости рта, рациональное протезирование, соблюдение гигиены полости рта, при длительной антибактериальной терапии- щелочные полоскания, приём внутрь нистатина, поливитаминов.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: «КАНДИДОЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА.ЛЕЧЕНИЕ.»

1. Диаграмма «Как», Диаграмма Венна

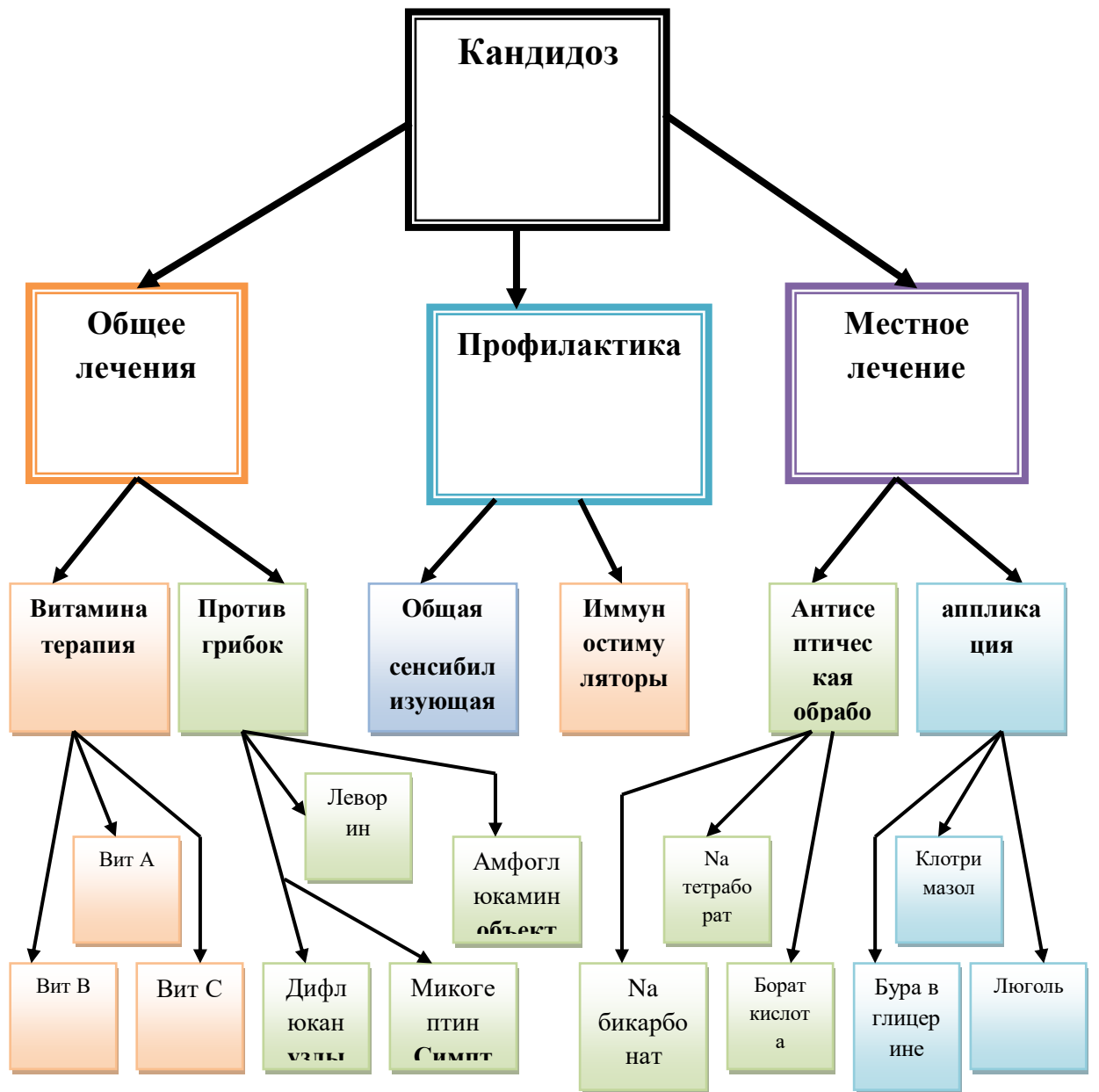
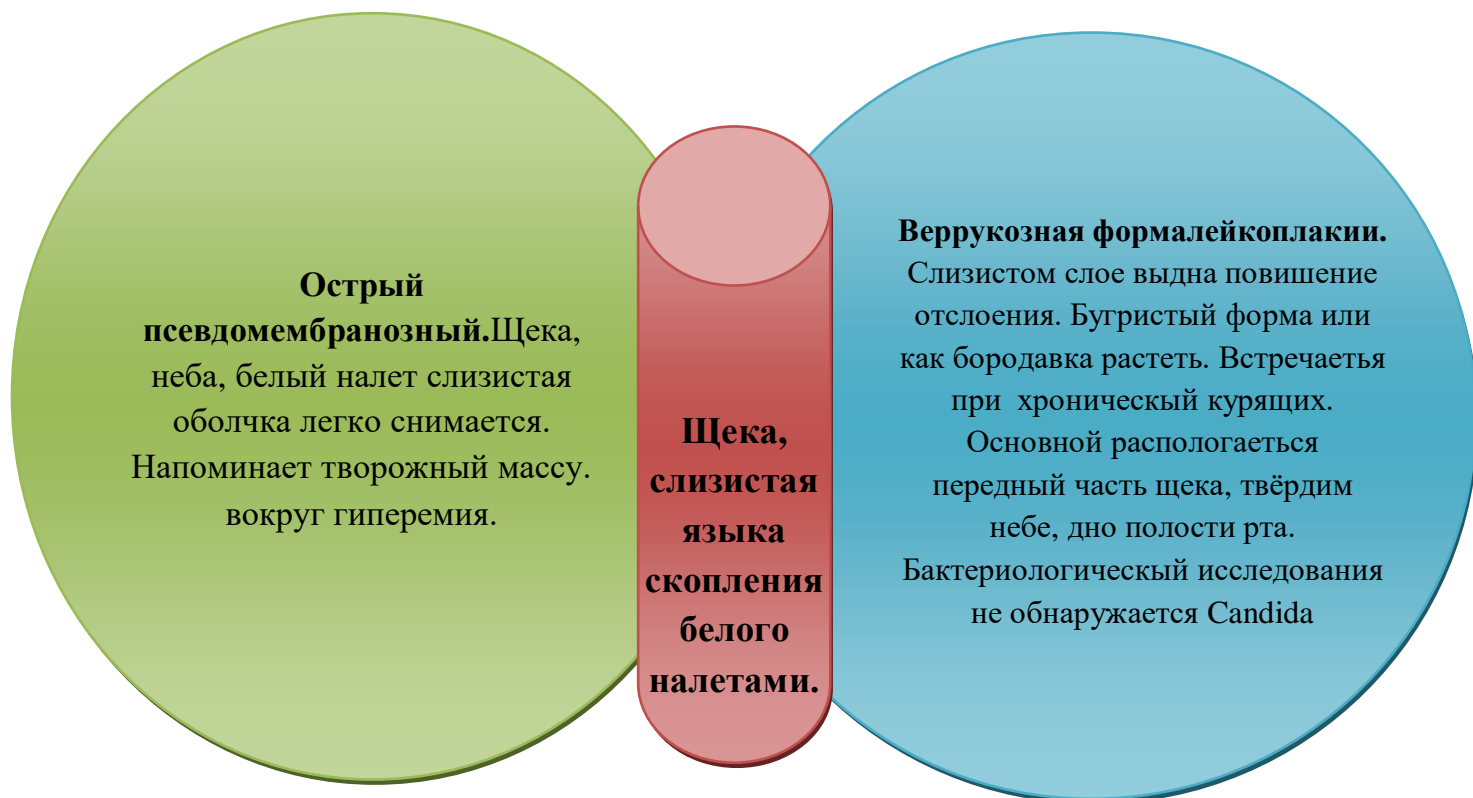


ДИАГРАММА ВЕННА.

ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОЗ



Аналитическая часть

Комплексе ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

К стоматологу обратилась мама 8 месячного ребёнка с жалобами на плохой аппетит и нехарактерный вид языка, щек, нёба, дёсен определяется белый творожести язык, при снятиикоторого выявляется гладкая слегка отёчная гиперемированная поверхность.

А.Поставьте предворительный диагноз:

- а) кандидозный стоматит
- б) красный плоский лишай

- с) лейкоплакия
- д) аллергический стоматит
- е) туберкулёзная волчанка

Б.Проведите дифференциальный диагноз:

- а) лейкоплакия
- б) красный плоский лишай
- с) аллергический стоматит
- д) сифилитическая папула
- е) все ответы верны

В.Диагноз кандидозный стоматит ставится при обнаружении:

- а) единичная клеток гриба рода candida
- б) большого скопления клеток грибов рода candida с почкованием
 - с) околони спирохет Венсона
 - д) большого количество бледных трепонем
 - е) наличия клеток Тцанка

Ситуационная задача № 2

Больной 68 лет жалуется на болезненность при открывании рта, жжение в углах рта. Объективно: в углах рта отмечаются эрозии покрытые белым легко снимающимся налётом и чешуйками. При сомкнутых губах эрозии не видны. На слизистой губ отмечается мацерация эпителия. Поставьте предварительный диагноз. Для подтверждения диагноза какое исследование необходимо провести.

1. Поставьте предварительный диагноз

- а) кандидоз
- б) аллергический стоматит
- в) красная волчанка
- г) лейкоплакия
- д) КПП

2. Для подтверждения диагноза кандидоз необходимо провести исследование

- а) микробиологическое
- б) гистаминовую пробу
- в) подъязычную пробу
- г) иммунологическое
- д) серологические реакции

Ситуационная задача № 3

К стоматологу обратился пациент 30 лет с жалобами на жжение в полости рта. В анамнезе – болел пневмонией и получал инъекции гентамицина. При осмотре гиперемия, легко соскабливающийся белый налет.

1. Поставьте предварительный диагноз

- а) кандидоз
- б) аллергический стоматит
- в) красная волчанка
- г) лейкоплакия
- д) КПЛ

2. Для подтверждения диагноза кандидоз необходимо провести исследование

- а) микробиологическое
- б) гистаминовую пробу
- в) подъязычную пробу
- г) иммунологическое
- д) серологические реакции

Ситуационная задача № 4

У пациента 45 лет предположительно атрофический кандидоз.

1. В мазках при микробиологическом исследовании обнаруживаются.

- а) единичные клетки гриба *Candida albicans*
- б) гонококки
- в) бледная трепонема
- г) палочка коха
- д) палочка Леффлера

2. Лечение кандидоза включает в себя все, кроме

- а) назначение антибиотиков
- б) воздействие на возбудителя
- в) устранение патогенетических факторов
- г) лечение сопутствующих заболеваний
- д) повышение сопротивляемости организма

Ситуационная задача № 5

При объективном осмотре больной 30 лет в полости рта на гиперемизированном фоне отмечаются крупные белые пятна сливающиеся в бляшки. Зоны их локализации с/о щек, углы рта, спинки языка. Общее состояние больного без видимых изменений.

1. Поставьте диагноз:

- а. лейкоплакия
- б. КПЛ
- в. кандидоз
- г. сифилис

2. Наиболее часто встречающаяся форма кандидоза:

- а. кандидоз гортани
- б. кандидоз углов рта
- в. кандидозный стоматит
- г. кандидоз языка

3. Крайне благоприятным для развития кандидоза является:

- а. гипоавитаминоз и анемия
- б. нарушение жирового обмена
- в. нарушение белкового обмена
- г. нарушение углеводного обмена

4. Назначите дальнейшее лечение.

ТЕСТЫ с одним правильным ответом:

1. Кандидоз вызывается:

- А. дрожжеподобными грибами

- В. палочкой Коха
- С. спирохетой Венсана
- Д. стрептококками
- Е. бледной трепонемой

2. Наиболее часто встречающаяся форма кандидоза:

- А. кандидозный стоматит
- В. висцеральный кандидоз
- С. кандидоз гортани
- Д. кандидоз языка
- Е. кандидоз нёба

3. Кандидозный стоматит может являться признаком:

- А. скрытого сахарного диабета
- В. сифилиса
- С. патологии ЖКТ
- Д. патологии печени
- Е. туберкулёза

4. При кандидозном глоссите налёт на языке бывает:

- А. легко снимающимся белым
- В. не снимающимися грязно серого цвета
- С. в виде белесоватых чешуек
- Д. трудно снимающимися грязно серого цвета
- Е. в виде белесоватых папул

5. Диагноз кандидоз ставится при обнаружении:

- А. единичных клеток гриба рода *Candida*
- В. кокковой микрофлоры
- С. колонии спирохеты Венсана
- Д. большого количества бледных трепонем
- Е. палочки Коха

6. При кандидозном стоматите после снятия белого налёта обнажается поверхность:

- А. яркая эрозивная кровоточащая
- В. плотная безболезненная
- С. разрыхлённая бледная
- Д. патологически неизменённая
- Е. плотная, бледная

7. При микотической заеде эрозии локализуются:

- А. в углах рта
- В. на красной кайме губ

- C. на слизистой полости рта
- D. на языке
- E. на нёбе

8. Для лечения кандидоза используют:

- A. канестен
- B. витамин Д
- C. гепарин
- D. санорин
- E. лидокаин

9. Противокандидозным препаратам считается:

- A. флюконазол
- B. витамин Д
- C. гепарин
- D. санорин
- E. лидокаин

10. Молочница чаще встречается у:

- A. грудных детей
- B. лиц молодого возраста
- C. дошкольников
- D. школьников
- E. гипертоников

11. Средство местного лечения кандидоза:

- A. декамин
- B. анальгин
- C. аспирин
- D. лидокаин
- E. санорин

ТЕСТЫ с тремя правильными ответами:

12. Кандидоз чаще встречается у:

- A. грудных детей
- B. больных сахарным диабетом
- C. ослабленных пожилых людей
- D. анемичных людей
- E. гипертоников
- F. гипотоников

13. Дифференциальная диагностика острого псевдомембранозного кандидоза проводится с:

- A. красным плоским лишаем

- В. лейкоплакией
- С. глоссалгией
- Д. невритом лицевого нерва
- Е. актиническим хейлитом
- Ф. системной красной волчанкой

14. Местное лечение кандидоза состоит в:

- А. щелочном полоскании
- В. санации полости рта
- С. аппликации противогрибковыми мазями
- Д. назначение антибиотиков
- Е. кортикостероидные препараты
- Ф. противовирусные средства

15. Нелёт при кандидозе состоит из:

- А. десквамации клеток эпителия
- В. остатков пищи
- С. дрожжевых грибов
- Д. спирохет
- Е. вирусов
- Ф. кокков

16. Местно при кандидозе применяют:

- А. левориновую мазь
- В. декамин
- С. нистатиновую мазь
- Д. гентомицин
- Е. герпевир
- Ф. оксолин

17. К противогрибковым препаратам относят:

- А. леворин
- В. низорал
- С. флуконазол
- Д. герпевир
- Е. ацикловир
- Ф. каротолин

18. При общем лечении кандидоза назначают:

- А. леворин
- В. флуконазол
- С. нистатин
- Д. селкосерил
- Е. герпевир

Г. аналгин

19.Кандидозный стоматит дифференцируют с:

- А. лейкоплакией
- В. красным плоским лишаем
- С. белым невусом
- Д. многоформной экссудативной эритемой
- Е. аллергией
- Г. химической травмой

20.Клиническая картина кандидоза:

- А. имеется белый налёт
- В. налёт соскабливается
- С. при снятии налёта обнажается гиперемизированная поверхность
- Д. налёт серо-бурого цвета
- Е. налёт не соскабливается
- Г. имеется множество бляшек

21.Тактика врача стоматолога при кандидозе:

- А. санация полости рта
- В. рациональное ортопедическое лечение
- С. назначение противогрибковых препаратов
- Д. отправить в туб диспансер
- Е. назначить антибиотики
- Г. назначить анальгетики

22.Чаще микотическая заеда наблюдается:

- А. у пожилых
- В. при адентии
- С. при патологической стираемости
- Д. у молодых
- Е. у недоношенных
- Г. спортсменов

23.Гриб Candida становится патогенным при условии:

- А. гиповитаминоза В2, В6
- В. нарушение углеводного обмена
- С. длительном употреблении антибиотиков
- Д. стресс
- Е. бытовые условия
- Г. физическая травма

ТЕСТЫ с двумя правильными ответами:

24.Материал для исследований при кандидозе берут:

- А. натошак

- В. не чистить зубы
- С. после чистки зубов
- Д. после употребления антибиотиков

25. Причиной кандидоза:

- А. дисбактериоз
- В. нарушение углеводного обмена
- С. стресс
- Д. переохлаждение

26. При общем лечении кандидоза назначают:

- А. флюконазол
- В. нистатин
- С. коргликон
- Д. картолин

27. Местно при кандидозе назначают мази:

- А. левориновая
- В. бура в глицерине
- С. оксолиновая
- Д. солкосериловая

ТЕСТЫ с четырьмя правильными ответами:

28. Кандидозный стоматит дифференцируют с:

- А. лейкоплакией
- В. красным плоским лишаем
- С. белый некус
- Д. стрептококковой заеды
- Е. многоформной экссудативной эритемой
- Ф. аллергией
- Г. химической травмой
- Н. твердым шанкром

29. Чаще жалобы больных при кандидозе:

- А. изменение цвета слизистой оболочки полости рта
- В. жжение
- С. сухость во рту
- Д. боль
- Е. слизистая оболочка полости рта без изменений
- Ф. безболезненна
- Г. жалобы отсутствуют
- Н. головные боли

30. Микотическая заеда чаще встречается у:

- А. пожилых
- В. адентии
- С. патологической стираемости
- Д. прогении
- Е. молодых
- Ф. военнослужащих
- Г. спортсменах
- Н. ортогнатическом прикусе

31. Налёт при кандидозе состоит из:

- А. дрожжевого мицелия
- В. остатков пищи
- С. нитей фибрина
- Д. дисквамированных клеток эпителия
- Е. спирохет
- Ф. вирусов
- Г. кокков
- Н. бацилл

ТЕСТЫ с пятью правильными ответами :

32. Условия проявления патогенности гриба Candida:

- А. гиповитаминоз В2, В6, РР
- В. длительный приём антибиотиков
- С. иммунодефицитное состояние
- Д. нарушение углеводного обмена
- Е. профессиональная вредность
- Ф. стресс
- Г. аллергия на пластмассу
- Н. неудовлетворительные бытовые условия
- І. физическая травма
- Ј. химическая травма

33. Острый псевдомбранозный кандидоз дифференцируют с:

- А. красным плоским лишаем
- В. лейкоплакией
- С. глоссалгией
- Д. ВИЧ-инфекцией
- Е. десквамативным глосситом
- Ф. невритом язычного нерва
- Г. хейлитами
- Н. системной красной волчанкой
- І. милиарным туберкулезом
- Ј. аллергией

34. Кандидоз чаще встречается у:

- A. больных сахарным диабетом
- B. при полной адентии
- C. грудных детей
- D. лиц пожилого возраста
- E. лиц при длительном употреблении антибиотиков
- F. домохозяек
- G. гипертоников
- H. анемичных
- I. холериков
- J. гипотоников

35. Средства местного лечения кандидоза:

- A. щелочные полоскания
- B. мазь канестен
- C. бура в глицерине
- D. леворин
- E. декамин
- F. аналгин
- G. аспирин
- H. лидокаин
- I. санорин
- J. нафтизин

ПРОЧИЕ ТЕСТЫ (на отрицание, соответствие и другие) :

36. Для лечения кандидоза не используется мазь:

- A. гепариновая
- B. декамин
- C. леворин
- D. канестен
- E. флюконозол

37. Дифференциальная диагностика кандидоза не проводится:

- A. glandулярным хейлитом
- B. красным плоским лишаем
- C. лейкоплакией
- D. белым невусом
- E. глоссалгией

38. Микотическая заеда не встречается у:

- A. здоровых молодых людей
- B. пожилых людей
- C. при адентии
- D. патологической стираемости
- E. прогении

39. Причиной кандидоза не может быть:

- A. стресс
- B. сахарный диабет
- C. дисбактериоз
- D. иммунодефицитное состояние
- E. гиповитаминоз B2, B6

40. При лечении кандидоза полость рта орошается (уберите лишнее):

- A. 0,5 % лимонная кислота
- B. 2 % натрий бикарбонат
- C. 2 % борная кислота
- D. 2-5 % натрий тетраборат
- E. канестен

Практическая часть.

Практический навык: Медикаментозная обработка кандидозного стоматита

Цель: Научить студента *Медикаментозной обработке кандидозного стоматита* **Показания:** диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы
Надеть резиновые перчатки и маску	0	8
Обезболивание (мундизаль гель, 10% аэрозоль лидокаина).	0	8
Применение ферментов	0	8
Полоскание полости рта щелочами (2% раствор натрия гидрокарбоната)	0	8
Апликация противокандидозных препаратов	0	8
Итого	0	40

Методы проверки знаний, опыта и навыков

- устно
- письменно;
- организаторы;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация практических навыков;

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

1. Когда проявляется патогенность грибов рода Candida.
2. У кого может возникнуть кандидоз.
3. От чего зависят клинические проявления кандидоза.
4. У кого чаще всего развивается кандидозный стоматит.
5. Локализация кандидозного стоматита на слизистой оболочке.
6. Чем характеризуется кандидоз.
7. У кого возникает микотическая заеда.
8. Дифференциальная диагностика микотической заеды.
9. Методы диагностики кандидоза.
10. Формы кандидоза.

Литература

Основная:

1. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
2. Абдуллаходжаева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. 1983
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.- Москва «Медицина» 1981.
4. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина»1991.- 320 с.
5. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.

Дополнительная:

1. Банченко Г.В., Максимов ЮМ. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. *(библиотека кафедры)*
2. Боровский Е.В. «Биология полости рта», М. 2001. *(электронный)*
3. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. *(электронный)*
4. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. *(библиотека кафедры)*
5. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Вышэйшая школа» 1998. *(электронный)*
6. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. *(библиотека кафедры)*
7. Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. *(электронный)*
8. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. *(библиотека кафедры)*
9. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. *(библиотека кафедры)*
10. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. *(библиотека кафедры)*
11. Стефан Т.Сонис. Секреты стоматологии. 2002. *(библиотека кафедры)*
12. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. *(электронный)*

Электронные сведения получены со следующих сайтов:

1. www.medlibrary.ru
2. www.medline.ru

3. [www. cohrane.com](http://www.cohrane.com)
4. www. zdorove.ru
5. www. med.ru
6. www. stom.ru
7. www. stomatologya.ru