

## КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА И ЕГО ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

**У.А. Халилова, А.В. Тумаренко**, канд. мед. наук, **В.В. Скворцов**, докт. мед. наук  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
Российская Федерация, 400066, Волгоград, площадь Павших Бойцов, д. 1  
**E-mail:** vskvortsov1@ya.ru

**Рассматриваются проблемы кандидоза – инфекционного заболевания, обусловленного дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Клинические проявления микоза широко варьируют от поверхностных, слабовыраженных поражений кожи и слизистых оболочек до тяжелых, угрожающих жизни инвазивных висцеральных форм.**

**Ключевые слова:** кандидоз полости рта, причины, развитие, течение, методы диагностики и лечения, профилактика.

Для цитирования: Халилова У.А., Тумаренко А.В., Скворцов В.В. Кандидоз полости рта и его локальная терапия. Медицинская сестра. 2019; 21 (7): 16–21. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-07-04>

Кандидоз полости рта (код МКБ-10: В37.0) в большинстве случаев вызывает *C.albicans*. Этот вид возбудителя обнаруживается в полости рта приблизительно у 60% здоровых взрослых, чаще – у женщин и курящих мужчин. Другие виды кандид вызывают от 10 до 20% всех случаев орального кандидоза. Пожилых пациентов чаще поражает *C. Glabrata*. Реже встречаются *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* (последняя выявляется у почти 50% грудных детей-кандидоносителей). При кандидозе полости рта у ВИЧ-инфицированных, больных сахарным диабетом и онкологических больных чаще выявляются редкие виды кандид – *C. sake*, *C. rugosa* и др. О кандидозе полости рта упоминал еще Гиппократ, а впервые описал его хирург Лангенбек в 1839 г. [5, 10].

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, тубер-

кулез, 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 [7].

Развитию кандидоза полости рта способствует длительное лечение кортикостероидными препаратами, цитостатиками, которые подавляют иммунную систему организма и усиливают вирулентность дрожжеподобных грибов. Широкое применение антибиотиков также значительно увеличивает число больных кандидозом слизистой оболочки рта. Длительный прием антибиотиков нарушает состав резидентной микрофлоры полости рта, в результате чего формируется дисбактериоз. Происходит 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  $B_1$ ,  $B_2$ ,  $B_6$ ,  $C$ ,  $PP$ , что в свою очередь отрицательно сказывается на функциональном состоянии слизистой оболочки рта (она становится подверженной влиянию кандидозной инфекции) [1].

Кандидоз может возникнуть вследствие лучевых воздействий, употребления алкоголя и наркотиков, оральных контрацептивов.

В отдельных случаях кандидоз развивается вследствие инфицирования извне. Источником за-

ражения 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 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 алергизирующее 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 [4].

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. Секлакова) [2]:

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

Кандидоз слизистой оболочки рта 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 [6].

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 2 клинических формах: хронический гиперпластический и хронический атрофический. Они могут развиваться как самостоятельные формы либо трансформироваться одна в другую [8].

*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 псевдомембра-

нозный кандидоз часто сопутствует каким-либо общесоматическим заболеваниям: сахарному диабету, заболеваниям крови, гиповитаминозам, злокачественным новообразованиям и др.

Поражается чаще всего слизистая оболочка спинки языка, щек, неба, губ. Она становится гиперемированной, сухой. На фоне гиперемии имеется белый налет, напоминающий свернувшееся молоко или творог, возвышающийся над уровнем слизистой оболочки. В начале заболевания он легко снимается при поскабливании 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 [9].

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. Поэтому снять их путем поскабливания 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 [5].

*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-красной, сухой, блестящей, при этом нитевидные сосочки атрофированы. Налет отсутствует или сохраняется в глубоких складках, снимается с трудом и представляет собой конгломерат слущенного эпителия с большим количеством 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 [2].

Общее состояние больных острым кандидозом остается без изменений.

*Хронический гиперпластический кандидоз (candidosis chronica hyper plastica)* характеризуется образованием на гиперемизированной слизистой оболочке рта толстого слоя плотно спаянного с ней налета в виде узелков или бляшек. Налет обычно располагается на спинке языка и небе. На языке чаще поражается область, типичная для ромбовидного глоссита.

Хронический гиперпластический кандидоз на небе имеет вид папиллярной гиперплазии. При длительном, упорно протекающем заболевании налет пропитывается фибрином, образуются желтовато-серые пленки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой. При поскабливании шпателем налет снимается с трудом, под ним обнажается гиперемизированная 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 [4].

*Хронический атрофический кандидоз (candidosis chronica atrophica)* проявляется сухостью в полости рта, жжением, болезненностью при ношении съемного протеза. Участок слизистой оболочки, соответствующий границам протезного ложа, становится гиперемизированным, отечным, болезненным.

Хронический атрофический кандидоз у лиц, длительно пользующихся съемными пластинчатыми 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-красная, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофичные. Небольшой беловато-серый налет имеется 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) характерна для атрофического кандидозного стоматита; его диагностика не представляет затруднений [6].

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. 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.

Заболевание характеризуется появлением в углах рта легко снимающихся серых прозрачных чешуек, нежных корочек или налета. После удаления этих элементов обнажаются сухие и слабо мокнущие эрозии или трещины. Процесс чаще всего – двусторонний, локализуется в пределах кожных складок. Процесс может перейти на слизистую оболочку красной каймы губ, в результате развивается кандидозный хейлит. Последний характеризуется гиперемией, отеком, наличием сероватых чешуек и мелких поперечно расположенных трещин. При растягивании красной каймы губ возникает болезненность [3].

Микотическую заеду следует дифференцировать от стрептококковой заеды, для которой характерны обильная экссудация, гиперемия, распространяющаяся за пределы кожной складки. Щелевидная эрозия покрыта медово-желтыми корками. Следует также проводить дифференциальную диагностику с твердым шанкром и сифилитическими папулами в углах рта, имеющими уплотнение в основании. Окончательный диагноз ставят на основании результатов микроскопического исследования соскоба с участка поражения, а также реакции Вассермана. Кандидозные заеды дифференцируют также от гипо- и авитаминоза  $B_2$ .

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 [7].

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 необходимы серологические исследования [9].

Проводят лечение сопутствующих заболеваний, на возбудителя воздействуют мероприятия по повышению специфической и неспецифической защиты, санация полости рта; рекомендуют также рациональное питание. Больные с упорно протекающими хроническими формами кандидоза должны пройти обследование у терапевта. Лечение генерализованных и висцеральных форм кандидоза проводят врачи-микологи.

Для успешного лечения кандидоза важны тщательное обследование больного и лечение сопутствующих заболеваний, особенно желудочно-кишечной патологии, сахарного диабета, лейкоза. При упорно текущей кандидозной заеде необходимо протезирование, при котором в первую очередь следует восстановить высоту прикуса [2].

### Общее лечение

Противогрибковые препараты (антимикотики), применяемые для лечения кандидоза, делят на несколько групп:

- полиены (Леворин, Нистатин, Амфотерицин В, Натамицин);

- имидазолы (Клотримазол, Эконазол, Кетоконазол, Тиоконазол, Оксиконазол);
- триазолы (Интраконазол, Флуконазол);
- эхинокандины (Каспофунгин);
- аллиламины (Ламизил, Тербинафин).

Антимикотики используют в виде мазей, гелей, растворов, капель, аэрозолей, защечных таблеток, карамелей для рассасывания [9]. Внутрь назначают противогрибковые препараты «Нистатин» или «Леворин» по 1000000 ЕД 4–6 раз в день после еды в течение 10 дней. Суточная доза должна быть не менее 4000000 ЕД. Таблетки рекомендуется размельчить и, положив под язык, сосать, так как они плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте. Леворин лучше назначать в виде трансбуккальных (защечных) таблеток. Каждая таблетка содержит 500 000 ЕД леворина.

Хороший противогрибковый эффект наблюдается при сосании декамина в форме карамели: по 1–2 карамели 6–8 раз в день (каждые 3–4 ч). В 1 карамели содержится 0,00015 г декамина. 1–2 карамели помещают под язык или за щеку и держат до полного рассасывания, не производя по возможности глотательных движений, чтобы препарат как можно дольше находился в контакте со слизистой оболочкой рта [8].

Амфоглюкамин назначают внутрь по 200 000 ЕД 2 раза в день после еды. При тяжелых и упорно протекающих формах кандидоза слизистой оболочки рта используют амфотерицин из расчета 250 ЕД на 1 кг массы тела (на курс до 2 000 000 ЕД) и местно в виде мази. Препарат оказывает хорошее резорбтивное действие.

Выраженное противогрибковое действие оказывает дифлюкан. Его назначают в капсулах по 50–100 мг (в зависимости от тяжести заболевания) 1 раз в сутки. Дифлюкан имеет длительный период полувыведения [3].

В настоящее время популярным препаратом является флюкостат (флуконазол), его принимают по 250 мг однократно либо курсом.

Для уменьшения сухости в полости рта и воздействия на грибковую флору назначают 2–3% раствор йодида калия по 1 столовой ложке внутрь 2–3 раза в день после еды. Свои фунгистатические свойства йод проявляет в период выделения через кожу, слизистую оболочку рта и слизистые железы. Кроме того, йод хорошо стимулирует саливацию. Больным кандидозом необходимо полноценное высококачественное питание с уменьшением количества легкоусвояемых углеводов. Внутрь назначают витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>), РР, С, комплексы, подобные Компливиту. Хорошее заживляющее действие оказывает местная лазеротерапия [11].

### Местное лечение

Основные препараты местного действия, применяемые при кандидозе во рту, делятся на антисептики и антимикотики [2].

Антисептики, обладающие противогрибковыми свойствами, назначают в виде полосканий, аппликаций или смазываний. Для смазываний используют 2% раствор метиленового синего, 1–2% раствор генцианового фиолетового, раствор фукарцина. Хорошие результаты можно получить при использовании разведенного раствора Люголя и 10–15% раствора буры в глицерине.

Растворы для полоскания с выраженным противовирусным, антибактериальным и противовоспалительным действием применяются не только в лечебных учреждениях, но и дома. Наиболее эффективным и относительно безопасным отечественным фунгицидным раствором принято считать «Хлоргексидин» (0,05% раствор, АО «Росбио»).

Раствор хлоргексидина – прекрасное антисептическое средство, весьма эффективное для лечения кандидоза ротовой полости. Разумеется, применять его нужно осторожно, желателен по рекомендации лечащего врача [8].

**Фармакологическое действие.** Хлоргексидин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (*Treponema pallidum*, *Chlamydia* spp., *Ureaplasma* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides fragilis*), в том числе возбудителей внутрибольничных инфекций и туберкулеза, инфекций вирусной этиологии (вирусы гепатита, ВИЧ, герпеса, ротавирусы, энтеровирусы, грипп и другие респираторно-вирусные инфекции), дрожжеподобных грибов рода *Candida*, дерматофитов. К препарату слабочувствительны некоторые штаммы *Pseudomonas* spp., *Proteus* spp., а также кислотоустойчивые формы бактерий, споры бактерий. Хлоргексидин не нарушает функциональную активность лактобактерий [6].

#### Преимущества хлоргексидина:

- высокая противомикробная активность, значительно выше, чем у мирамистина – другого современного антисептического средства;
- невысокая цена – 20 руб. за 100 мл;
- длительное воздействие; после полоскания на зубах и деснах останется тонкая пленка из действующего вещества – хлоргексидина биглюконата, которая еще долго будет оказывать антисептическое воздействие, защищая полость рта от микробов.

Однако не стоит полоскать рот хлоргексидином дольше 10–12 дней. Продолжительное воз-

действие антисептика способно вызвать серьезный дисбактериоз в полости рта, который затем потребует длительного и достаточно сложного лечения. Также стоит помнить, что хлоргексидин эффективен только совместно с другими медицинскими процедурами, иначе от лечения будет мало толку.

**Противопоказания к применению хлоргексидина.** Единственным противопоказанием к применению этого препарата является высокая чувствительность к самому хлоргексидину. В этом случае возможно появление аллергических реакций [2].

**Мирамистин** – антисептическое средство; его также регулярно используют в качестве препарата местного действия. Мирамистин обладает широким спектром антимикробного действия, включая госпитальные штаммы, резистентные к антибиотикам.

Препарат оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении грамположительных (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Streptococcus pneumoniae* и др.), грамотрицательных (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. и др.), аэробных и анаэробных бактерий, определяемых в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Известно противогрибковое действие препарата на аскомицеты рода *Aspergillus* и рода *Penicillium*, дрожжевые (*Rhodotorula rubra*, *Torulopsis glabrata* и т.д.) и дрожжеподобные грибы (*Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Pityrosporum orbiculare*, *Malassezia furfur* и т.д.), дерматофиты (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton schoenleinii*, *Trichophyton violaceum*, *Epidermophyton Kaufman-Wolf*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum gypseum*, *Microsporum canis* и т.д.), а также на другие патогенные грибы, в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая грибковую микрофлору с резистентностью к химиотерапевтическим препаратам. Обладает противовирусным действием, активен в отношении сложноустроенных вирусов (вирусы герпеса, вирус иммунодефицита человека и др.) [1].

Мирамистин действует на возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (*Chlamydia* spp., *Treponema* spp., *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* и др.). Эффективно предотвращает инфицирование ран и ожогов. Активизирует процессы регенерации. Стимулирует защитные реакции в месте применения за счет активации поглощательной и переваривающей функции фагоцитов, потенцирует активность моно-

цитарно-макрофагальной системы. Обладает выраженной гиперосмолярной активностью, вследствие чего купирует раневое и перифокальное воспаление, абсорбирует гнойный экссудат, способствуя формированию сухого струпа. Не повреждает грануляции и жизнеспособные клетки кожи, не угнетает краевую эпителизацию [7]. Преимущество мирамистина заключается также в том, что он не оказывает местно-раздражающего и аллергизирующего действия.

В упаковке препарата (флакон объемом 150 мл) имеется особая насадка-распылитель, с помощью которой данную субстанцию для активного воздействия распыляют на воспаленные участки. Наиболее эффективен мирамистин для полосканий ротовой полости, но его также применяют, распыляя препарат непосредственно на воспаленную зону.

Мирамистин безопасен для детей, так как флакон оборудован удобным дозатором, который позволяет использовать вещество для малышей до 1 года [2].

#### *Преимущества мирамистина:*

- прекрасное противомикробное действие, снижает микробную активность;
- эффективен при лечении вируса герпеса;
- наличие специальной распылительной насадки облегчает обработку наиболее локализованных воспаленных очагов.

Минусы препарата: высокая стоимость (цена за 1 флакон 150 мл составляет ~250 руб.) [5].

Прежде всего при кандидозе необходим правильный и регулярный уход за полостью рта и протезами. При длительном лечении противомикробными препаратами, антибиотиками, кортикостероидами с профилактической целью назначают нистатин или леворин по 1 500 000 ЕД в день, витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>), С, щелочные полоскания полости рта. Для чистки зубов рекомендуют зубные пасты «Бороглицириновая», «Ягодка», содержащие растворы буры в глицерине. Съёмные протезы следует обрабатывать специальными средствами для их очистки [5].

#### **Литература**

1. Скворцов В.В. Внутренние болезни. М.: Эксмо, 2014: 1248.
2. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. К вопросу о дезинфекции и стерилизации эндоскопов. Поликлиника. 2012; 6: 37–9.
3. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Клиническая гастроэнтерология: краткий курс. СПб.: Спецлит, 2015; 183.
4. Бурова С.А. Современные представления о грибковой патологии пищеварительного тракта. Лечащий врач. 2005; 6.
5. Рабинович И.М., Разживина Н.В. Кандидоз слизистой оболочки рта. Российские аптеки. 2006; 7: 25–7.
6. Олиферко Д.С. Проявления кандидоза в полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью. Настоящее и будущее последипломного образования. Материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию БелМАПО. 2006; 2: 312–3.
7. Латышева С.В. Кандидоз полости рта (диагностика и методы лечения): учеб.-метод. пособие. С.В. Латышева, В.И. Урбанович, Л.В. Белясова. Минск: БГМУ, 2005; 46.
8. Борисов Л.Б., Смирнова А.М. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М., Медицина, 2004.
9. Кожные и венерические болезни. Под ред. Ю.К.Скрипкина. М., Медицина, 2006.
10. Скворцов В.В., Зайцев В.Г., Скворцов К.Ю., Тумаренко А.В. Современные клинико-биохимические аспекты медленно прогрессирующего диабета 1 типа. Поликлиника. 2009; 3: 68–72.
11. Скворцов В.В. МИЛ-терапия в клинике внутренних болезней и гепатологии. Медлайн-Экспресс. 2004; 4: 45–7.

#### **ORAL CANDIDIASIS AND ITS LOCAL THERAPY**

U.A. Khalilova; A.V. Tumarenko, Cand. Med. Sci., V.V. Skvortsov, MD

Volgograd State Medical University

1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd 400066, Russian Federation

**The paper gives information about candidiasis, an infectious disease caused by yeast-like fungi that belong to the genus *Candida*. The clinical manifestations of mycosis vary widely from superficial, mild lesions of the skin and mucous membranes to severe, life-threatening invasive visceral forms.**

**Key words:** oral candidiasis, causes, development, course, diagnostic and treatment methods, prevention.

**For reference:** Khalilova U.A., Tumarenko A.V., Skvortsov V.V. Oral candidiasis and its local therapy. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (5): 16–21. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-07-04>