

## **РОЛЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАГАЛЬНООЗДОРОВЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КАНДИДОЗНОМУ СТОМАТИТІ**

Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота (СОПР) займають домінуюче місце серед стоматологічних захворювань. Зростанню грибової інфекції сприяють ряд факторів: погіршення соціально-економічної сфери та стану навколишнього середовища, складність діагностики мікозів, поява мікстинфекції та ускладнених форм захворювання, значне використання біопрепаратів та інших медикаментів, які спонукають до активації грибів, збільшення кількості хворих з імунodefіцитом, використання антиметаболітів із лікувальною метою та інше[9,10,12].

У корекції стану СОПР при її грибовому ураженні, раціональне використання загальних методів та різних фармакологічних засобів розглядається як фон антимікотичної терапії. Незважаючи на терапевтичну ефективність антифунгінозних засобів, лікування хворих на кандидозні ураження (особливо генералізованими формами, рецидивуючим перебігом) не може бути обмежено тільки ними. Кінцевий успіх та повне одужання залежить від загального стану макроорганізму. При схильності до хронізації та рецидивуючого перебігу кандидозного ураження хворого із-за соматичних, інфекційних та інших захворювань, з приводу яких проводиться активна антибактеріальна терапія, застосування найактивніших антимікотиків може бути безрезультативним, оскільки розвиваються тяжкі розлади білкового, вуглеводного, вітамінного та мінерального обміну [2,5,8,11]. Суттєве значення має виснаження вітамінних ресурсів організму.

Доведено, що переносимість антибактеріальних препаратів системної дії підвищується при додаванні різних вітамінів до комплексного лікування

захворювання. Тому призначення загально -оздоровчих засобів – адаптогенів, біостимуляторів, вітамінів, особливо групи В (тіамін бромід, піридоксину гідрохлориду), полівітамінних препаратів до лікувально - профілактично комплексу покращує терапевтичний ефект, а разом з раціональним харчуванням сприяє підвищенню захисних факторів організму людини.

Виникнення змін асоціативних мікробних зв'язків та порушення еубіозу, особливо на фоні застосування антибіотиків та сульфаніламідних препаратів, призводить до порушення ендogenous синтезу вітамінів групи В та вітаміну К, а також порушення їх всмоктування, з подальшим розвитком гіповітамінозу через блокування ферментативних систем клітин антибіотиками, що підвищує вираженість клінічних проявів кандидозного ураження в ротовій порожнині [2,3,5].

Так, наприклад, при дефіциті вітаміну В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub> спостерігається головний біль, загальна слабкість, випадіння волосся, зміна нігтів, виникнення заїди, стоматиту, дерматиту в ділянці носа, а також порушення функції кишечника, серця та периферичної нервової системи. Оскільки у даного контингенту хворих спостерігається порушення ендogenous синтезу вітамінів, то додаткове введення вітамінних препаратів до комплексного лікування дисбіозу патогенетично обґрунтовано. У даному випадку воно направлене на одну із ланок патогенезу захворювання і розглядається, як замісна терапія [9,11]. Під її впливом покращується функції травної системи, регенерація її слизової оболонки, сповільнюються дистрофічні процеси в органах та тканинах. І навпаки, уже на ранніх етапах дисбактеріозу спостерігається дефіцит в першу чергу, вітамінів В та нікотинової кислоти.

В зимово-весняний період, у зв'язку з зменшенням вмісту вітамінів в овочах та фруктах, рекомендується призначати хворим вітамінні препарати антиоксидантної дії Vit. А, С, Е в терапевтичних дозах[6,7]. Вітаміни групи В є складовими ферментів, каталізуючих реакції метаболізму вуглеводів, ліпідів, білків.

Наприклад, Vit. B<sub>1</sub> (Тіамін) має всебічні фізіологічні функції. Добова доза – у дітей віком 5-6 років – 1,2 мг; 14-17 років – 1,7-1,9 мг; у дорослих – 2 мг. Vit. B<sub>1</sub> міститься в зародках та оболонках зерна пшениці, вівсу, у дріжджах. Призначають внутрішньо, а при порушенні всмоктуванні в кишечнику – парентерально. При грибковому ураженні використовують препарат тіамін бромід – в таблетках по 0,01 та 0,02 г, в ампулах – 1 мл 3%-вий або 6%-вий – 1 раз на добу до 10-15 ін'єкцій на курс лікування.

Vit. B<sub>2</sub> (Рибофлавін) міститься в м'ясних та молочних продуктах, а також в горосі, зародках та оболонках зернових культур, томатах, моркві, абрикосах. Добова потреба – 2,5 мг. Використовують з метою усунення побічної дії антибіотиків таблетки – 0,005 і 0,01 г та 5%-ву мазь.

Vit. B<sub>5</sub> (Кальцію пантотонат) – в організмі людини виробляється в значній кількості кишковою паличкою. Недостатність вітаміну можливе при пригніченні мікрофлори кишечника антибіотиками, сульфаніламідними препаратами, а також при підвищеній затраті його в організмі під час інфекційних захворювань. Vit. B<sub>5</sub> полегшує і збільшує всмоктування калію з кишок, поліпшує тим самим проведення збудження через нервові синапси, стимулює синтез кортикостероїдів. Призначають по 0,1 г 3-4 рази на добу протягом 1 місяця.

Vit. B<sub>6</sub> – піридоксин гідрохлорид – стимулює обмінні процеси в слизових оболонках. Частково синтезується мікрофлорою кишечника. Міститься в органах тварин, рибі, молоці. Використовують 5 %-вий розчин по 1 мл - 1 раз на день, близько 10-15 ін'єкцій на курс лікування;

Vit. C- Аскорбінова кислота 5%-вий розчин - 1 мл 1 раз на добу близько 10-15 ін'єкцій на курс лікування; Аскорутин №50 по 1 пігулці - 3 рази на добу, терміном 10-25 діб; Нікотинова кислота 1%-ний розчин 1 мл 1 раз на добу до 10-15 ін'єкцій на курс лікування.

Ефективне також застосування вітамінних комплексів, таких, як «Multi-tabs», «Альфавіт – Діабет», «Квадевіт», «Декамевіт», «Ревіт», «Ундевіт», «Дуовіт», нейровітан та інші. Так, наприклад, одним з представників цієї групи є

**Нейровітан.** Комплексний вітамінний препарат містить високі дози вітамінів В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>) ефективний в комплексній терапії дисбактеріозу, не тільки не поступається традиційним вітамінним препаратам групи В, що вводяться парентерально, але і переважає їх по швидкості клінічного покращення, зокрема, усунування больового синдрому. Рекомендована доза препарату -1 таблетка 3 рази на добу. Курс лікування від 10 до 30 діб [11].

Виражений терапевтичний ефект має вітамінний препарат Неуробекс до складу якого входить комбінація вітамінів групи В (тіамін, піридоксин, ціанокобаламін). Препарат призначають на фоні прийому антибактеріальних препаратів. Неуробекс призначають під час прийому їжі по 1- 2 драже 3 рази на добу впродовж 20-25 днів [1].

Забезпечення достатнього активного та пасивного всмоктування вітамінів групи В та підтримка їх у стабільно високій концентрації в організмі можливе при застосуванні препарату «Multi-tabs» [4], який вміщує в своєму складі віт. В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, нікотинамід, пантотенову та фолієву кислоту. Його призначають з 10 літнього віку – по 1 таблетці 1-3 рази на добу. Можливе його застосування під час вагітності та годуванні груддю.

Встановлена доцільність доповнення базової терапії кандидозного ураження СОПР комплексом антиоксидантів, до складу якого входив вітамін Е. Вітамін Е гальмує перекисне окислення ліпідів, нормалізує мікроциркуляцію та регенерацію в тканинах[10,13 ].

Ефективність лікування визначалось статистично достовірним зниженням вмісту малонового діальдегіду в ротовій рідині на фоні значного клінічного покращення у обстеженого контингенту хворих.

Вивчення ефективності лікування кандидозного стоматиту лікувально-профілактичним комплексом до складу якого був включений вітамінний препарат «Supradyn», підтверджувалось позитивною динамікою клінічних показників та бактеріологічними даними[3,14]. Фармакологічні властивості «Supradyn» визначаються комплексом вітамінів та мінералів, які містяться в

складі препарату. За рахунок цього відбувається регуляція та координація метаболічних процесів, підтримування нормального стану судин, імунного статусу, мікросомального метаболізму лікарських засобів та детоксикація.

**Таким чином.** Доповнення базової терапії кандидозного ураження СОПР вітамінними препаратами та вітамінно - мінеральними комплексами оптимізує схему лікувально-профілактичного комплексу, дозволяє значно зменшити ендогенну інтоксикацію, прискорити клінічне покращення та створює сприятливі умови реабілітації даного контингенту хворих.

### **Література:**

1. Гордіюк М.М., Степанова С.В., Фесенко В.І. та інші Клінічна та мікологічна оцінка лікування грибкового ураження порожнини рота комплексом, який включає використання Біфі-форм та Неуробекс //Materialy V Miedzyna-rodowej naukowí – praktycznej konferencji “Strategiczne pytania swiatowej nauki – 2009” Volume 12. Medycyna.-Przemysl.- 2009.- str.19-23.
2. Гордіюк М.М. Кандидоз шлунково-кишкового тракту та порожнини рота: діагностика та лікування://М.М. Гордіюк, Вол.І. Фесенко, Вікт.І. Фесенко Навчальний посібник.- 3-тє вид. доп.-2010.-152с.
3. Димніч Л.О. Порушення імунологічного і адаптаційного стану хворих на хронічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота та їх корекція в комплексному лікуванні : Дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / Вінницький національний медичний ун- т ім. М.І.Пирогова. — Вінниця, 2006.
4. Дисбактериоз у детей: Учебно-методическое пособие/Овчаренко Л.С., Ахтомова Л.А., Медведев В.П., Бородин А.Б.-Запорожье.- 2003.-С.23-26.
5. Захворювання слизової оболонки рота: від теорії до практики/ Під редакцією А.В. Борисенка. «Здоровя України», 2013. – 548с.
6. Збірник нормативних актів станом на 1.02.2007р. Правові аспекти стоматології. Харків, 2007.

7. Заболевания слизистой оболочки рта и губ/ С.Д. Арутюнов, Л.А.Цветкова-Аksamит, Л.В.. Петрова. МЕДпресс-информ, 4-е изд., 2014.- 208с.
8. Ковальчук Л. О. Зміни мікробіоценозу ротової порожнини у хворих на хронічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота в процесі їх корекції / Л. О. Ковальчук // Вісник стоматології. - 2012. - № 2. - С. 28-32.
9. Ступак О.П. Особливості лікування та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота у хворих на цукровий діабет типу 1: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / О.П. Ступак ; Вищ. держ. навч. закл. України "Укр. мед. стоматолог. акад.". — Полтава, 2009.
10. Туркевич Соломія Андріївна. Діагностика та лікування поверхневого кандидозу шкіри та слизових в осіб з початковим порушенням вуглеводного обміну : дис... канд. мед. наук: 14.01.20 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2007.
11. Фадєєнко Г.Д. Нейровітан у комплексному лікуванні хворих з дисбактеріозом кишечника / Г.Д. Фадєєнко// Український медичний часопис. — 201.-№5.-С.104-107.
12. Федотов В.П. Грибы -пятое царство живой природы (достижения и перспективы научных исследований кафедры по медицинской микологии) / В.П. Федотов// Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.-2004.-№1-2(7)
13. Шумский А.В. Коррекция свободнорадикального окисления при лечении кандидоза полости рта /А.В.Шумский, В.А. Железняк // Клиническая стоматология, 2009. - № 3. - С. 26-29.
14. Fesenko V. Current treatment options of oral candidiasis in patients with chronic liver disease / V. Fesenko, D. Fesenko||J.News of Science and Education. Sheffield. - №19(19).- 2014.-P.36 – 40.