

МИКРОФЛОРА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ У БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ, ОТЯГОЩЕННЫМИ НАРКОМАНИЕЙ

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. Определен состав микроорганизмов, выделенных из патологических очагов при одонтогенных абсцессах и флегмонах у больных, употребляющих наркотики. Изучена антибиотикочувствительность выявленных микроорганизмов. Проведенные исследования доказывают эффективность использования антибиотиков цефалоспоринового ряда, октенисепта и фунита для лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: гнойные раны, абсцессы, флегмоны, наркомания, микроорганизмы, фунит, октенисепт.

МИКРОФЛОРА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЕРЕДКОВ ХВОРИХ З ОДОНТОГЕННИМИ АБСЦЕССАМИ ТА ФЛЕГМОНАМИ, УСКЛАДНЕНИМИ НАРКОМАНИЕЮ

А.А. Тимофеев, А.В. Дакал

Резюме

Визначений склад мікроорганізмів, виділених із патологічних осередків при одонтогенних абсцесах і флегмонах у хворих, які вживають наркотики. Вивчена антибіотикочувствительність виявлених мікроорганізмів. Проведені дослідження доводять ефективність використання антибіотиків цефалоспоринового ряду, октенисепту й фуніту для лікування хворих із даною патологією.

Ключові слова: гнійні рани, абсцеси, флегмони, наркоманія, мікроорганізми, фуніт, октенисепт.

MIKROFLORA OF PATHOLOGICAL HEARTHS AT PATIENTS WITH ODONTOGENNIC ABSCESSSES AND PHLEGMONS, BURDENED DRUG ADDICTION

О. Тимофеев, А. Дакал

Summary

Composition of microorganisms, abstracted from pathological hearths at odontogenic abscesses and phlegmons at patients, using drugs is certain. The sensitivity of antibiotiks of the exposed microorganisms is studied. The conducted researches prove efficiency of the use the antibiotics of cephalosporin row, oktenisept, and funit for treatment of patients with this pathology.

Key words: festering wounds, abscesses, phlegmons, drug addiction, microorganisms, funit, oktenisept.

Видовой состав микрофлоры полости рта у здоровых людей довольно постоянен. Количество микроорганизмов изменяется в зависимости от слюноотделения, консистенции и характера пищи, а также от гигиенического содержания полости рта, состояния тканей и органов полости рта и наличия соматических заболеваний. В полости рта находится большое количество различных видов бактерий, т. е. значительно больше, чем в других отделах желудочно-кишечного тракта. По данным разных авторов, это количество составляет от 160-ти до 300 видов. Такое значительное количество видов микроорганизмов объясняется не только тем, что бактерии попадают в полость рта с воздухом, водой, пищей, т. е. так называемые транзитные микроорганизмы, время пребывания которых ограничено. В ротовой полости находится постоянная микрофлора (почти 30 микробных видов), которая образует довольно стабильную и сложную экосистему ротовой полости. Таким образом, полость рта представляет собой своеобразную экологическую систему, которая тесно связана как с внутренней средой организма, так и с его внешним окружением. Неотъемлемой частью микроэкосистемы ротовой полости является нормальная микрофлора, обеспечивающая колонизационную резистентность, которая рассматривается как первичная мишень для любого фактора, прямо или опосредованно влияющего на специфическую резистентность этой экосистемы (А.А. Воробьев с соавт., 1999). Постоянная микрофлора полости рта человека образовалась вследствие взаимной адаптации организма и микробов. Приспособительные и взаимосвязанные изменения приводят к биологическому равновесию как между организмом человека и микробной флорой, так и между составляющими ее видами микроорганизмов. Это равновесие является динамическим.

Расстройства слюноотделения, жевания и глотания всегда приводят к нарастанию количества микроорганизмов в полости рта. Тот же эффект наблюдается при различных аномалиях, дефектах и заболеваниях, затрудняющих вымывание микроорганизмов током слюны (кариозные поражения, пародонтальные карманы, плохо изготовленные несъемные зубные протезы, окологлоточные воспалительные процессы и др.).

Состав микробной флоры ротовой полости неоднороден. В разных участках определяются различные как по количественному, так и по качественному составу микроорганизмы. Микрофлора полости рта крайне разнообразна и включает бактерии, актиномицеты, грибы, простейшие, спирохеты, риккетсии, вирусы. При этом надо отметить, что значительную часть микроорганизмов полости рта взрослых людей составляют анаэробные виды.

Различают облигатные и факультативные анаэробы. Облигатные анаэробы погибают при наличии свободного кислорода в окружающей среде. Факультативные анаэробы способны существовать и размножаться как в кислородной, так и в бескислородной среде. К факультативным анаэробам относятся кишечная палочка, стафилококки, стрептококки и др. микроорганизмы. Облигатные анаэробы можно разделить на две группы: бактерии (образующие споры (кlostридии) и бактерии (некlostридиальные) анаэробы. Среди бактерий, образующих споры, различают возбудителей анаэробных кlostридиальных инфекций, т. е. газовой гангрены. К некlostридиальным анаэробам

относят: бактериоиды, фузобактерии, вейлонеллы; пептококки, пептострептококки, зубактерии и др.

В полости рта на микроорганизмы воздействует слюна, механически смывающая бактерии и содержащая антимикробные вещества (лизоцим). Но в ротовой полости всегда есть участки, легко колонизируемые микроорганизмами (десневые карманы, щели между зубами). Наибольшие микробные скопления у взрослых образуются в межзубных промежутках, физиологических десневых карманах (гингивальной борозде), зубных бляшках, в ретромолярном пространстве, в области небных миндалин и на спинке языка, особенно в ее задних отделах.

В состав микрофлоры полости рта входят различные микроорганизмы; часть образует **аутохтонную** (автохтонную) микрофлору, другие – аллохтонную (присущую другим областям). Аутохтонная (автохтонная) микрофлора – это местные микроорганизмы, которые характерны для полости рта. Среди аутохтонных микроорганизмов различают резидентные (облигатные) и транзитные виды. **Аллохтонная** микрофлора полости рта представлена микробами, присущими другим областям (в ее состав входят виды, обычно обитающие в кишечнике, носоглотке и других участках организма человека).

Микрофлору полости рта можно условно разделить на две группы: **постоянную** (физиологическая или нормальная) микрофлору, т. е. совокупность различных видов микроорганизмов, которая свойственна здоровому человеку; и **случайную** (транзитную) микрофлору – это сапрофитные и патогенные микроорганизмы, попадающие в ротовую полость извне (после операционных вмешательств и др.).

Микробная флора полости рта в норме, по данным И.И. Олейник (1991), делится (Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев, 1991) на следующие группы.

Группа А. Резидентная флора

Аэробы и факультативные анаэробы: streptococcus mutans, streptococcus salivarius, streptococcus mitis, сапрофитные нейссерии, лактобактерии, стафилококки, цифтероиды, гемофилы, пневмококки и другие кокки, сапрофитные микобактерии, тетракокки, дрожжеподобные грибы, микоплазмы, простейшие (trichomonas elongata).

Облигатные анаэробы: вейлонеллы, аэробные стрептококки, бактериоиды, фузобактерии, актиномицеты и анаэробные дифтероиды, нитевидные бактерии, спироиллы и вибрионы, спирохеты (сапрофитные борелии, трепонемы лептоспиры).

Группа В. Непостоянная флора

Аэробы и факультативные анаэробы: грамотрицательные палочки (klebsiella, aerobacter, pseudomonas, proteus, alkaligenes, бациллы).

Облигатные анаэробы: клостридии (clostridium putrificum, clostridium perfringens).

Качественный состав резидентной микрофлоры ротовой полости каждого здорового человека варьирует в довольно ограниченных пределах. Известно, что среди бактерий микрофлоры ротоглотки доминируют стрептококки. Основная масса грамположительных кокков полости рта представлена гетерогенной группой зелениющих мало вирулентных стрептококков, которые активно участвуют в процессах, приводящих к поражениям твердых тканей зуба и пародонта. В эту группу входят Streptococcus mutans, S. sanguis, S. mitis, S. salivarius. Чаще всего они встречаются в ассоциациях с фузобактериями и спирохетами при кариесе, пульпите, пародонтите, абсцессах челюстно-лицевой области. Вторая группа грамположительных кокков – пептококки.

Менее аэрируемые участки колонизируют анаэробы – актиномицеты, бактериоиды, фузобактерии и вейлонеллы. Род Fusobacterium составляет вместе с бактериоидами аутохтонную микрофлору полости рта. Фузобактерии живут в десневых карманах в ассоциации со спирохетами. Грамотрицательные анаэробные кокки представлены родом Veillonella и являются постоянными обитателями полости рта человека. Концентрация вейлонелл в слюне приблизительно такая же, как и зелениющих стрептококков. Наиболее часто встречаются два вида бактериоидов – B. melaninogenicus, B. gingivalis. B. melaninogenicus у взрослых является постоянным обитателем десневых карманов и имеет большое патогенетическое значение в развитии заболеваний пародонта.

В полости рта обитают спирохеты родов Leptospira, Borrelia и Treponema, микоплазмы (M. orale, M. salivarium), грибы рода Candida и разнообразные простейшие (Entamoeba buccalis и E. dentaiis, Trichomonas buccalis).

В полости рта встречаются также роды Actinomyces и Bifidobacterium. Актиномицеты находятся на слизистой оболочке рта, могут принимать участие в образовании зубных бляшек и развитии кариеса, а также заболеваний пародонта. Особенно часто при данных патологических процессах встречаются A. viscosus и A. israelii. A. viscosus принимают участие в образовании поддесневого камня.

В полости рта встречаются бактерии рода Corynebacterium. Характерной особенностью коринебактерий является их способность снижать окислительно-восстановительный потенциал, создавая тем самым условия для роста анаэробов. При заболеваниях пародонта они встречаются в ассоциациях с фузобактериями и спирохетами.

Сравнительная легкость попадания бактерий со слизистой оболочки полости рта или из других местных гнойных очагов в кровяное русло определяет довольно высокую частоту встречаемости орального сепсиса. Наличие кариозных полостей, десневых карманов и других трудно очищаемых участков в полости рта способствует персистенции патогенных микроорганизмов и обуславливает достаточно высокую частоту формирования очагов хронической инфекции (стафилококковой, стрептококковой и др.) с последующей алергизацией организма и т. д.

Цель проводимого исследования – определить состав микроорганизмов и их антибиотикочувствительность, выделенных из патологических очагов при одонтогенных абсцессах и флегмонах у больных, которыеотягощены наркоманией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 68 больных наркозависимых с одонтогенными абсцессами и флегмонами. Больным проводили следующие микробиологические методы обследования: бактериоскопический и бактериологический. Биологическим материалом для проведения микробиологических методов исследования были: соскоб налета со слизистой оболочки альвеолярного отростка в области патологического очага; гнойное содержимое (при вскрытии абсцесса и флегмоны); экссудат, полученный из свищевых ходов.

Проводилась микроскопия (бактериоскопия) нативных и окрашенных по Граму мазков. Микроскопия нативного препарата является наиболее простым и надежным способом диагностики микозов, позволяющим не только установить наличие грибка в исследуемом материале, но и отличить сапрофитию от грибкового заболевания (при сапрофитии в препаратах встречаются лишь единичные не почкующиеся клетки, а при микозе в каждом препарате постоянно определяются все элементы грибка – мицелий и бластоспоры). Для проведения микробиологических исследований материал со слизистой

оболочки полости рта брали натошак. Забор материала в патологическом очаге (на языке, слизистой оболочке щеки и т. д.) проводили ложкой Фолькмана. Мы всегда придерживались общеизвестного правила, что недопустимо для этой цели использовать ватный тампон, поскольку основная часть липкого патологического содержимого остается на тампоне, в связи с чем при микроскопическом исследовании или посеве возможен ложноотрицательный результат. Собранный материал осторожно наносили на стерильное предметное стекло (материал нельзя растирать по стеклу, так как при этом можно повредить нежные элементы грибка!). Осуществляли микроскопию (неокрашенного и окрашенного по Романовскому-Гимзе) нативного препарата. Посев отделяемого, полученного при соскобе в патологическом очаге, проводили на питательную среду Сабуро с последующим посевом на специальные среды и идентификацией патогенного возбудителя.

Посев биологического материала на питательных средах для выделения возбудителя в чистой культуре и идентификации его вида. У 19-ти больных в анаэробных средах (использовали специальные транспортные среды) определяли наличие анаэробных микроорганизмов. Определение чувствительности выделенного микроорганизма к антибиотикам с помощью бумажных дисков. Его принцип заключается в измерении на чашке Петри с агаром зоны уменьшения роста микроорганизма вокруг диска, который содержит определенный антибиотик. При определении чувствительности диско-диффузионным методом на поверхность агара в чашке Петри наносили бактериальную суспензию определенной плотности и затем в нее помещали диски, содержащие определенное количество антибиотика. Диффузия антибиотика в агар приводит к формированию зоны подавления роста микроорганизмов вокруг дисков (после инкубации чашек в термостате при температуре 35–37°C). В зависимости от размеров зоны подавления роста мы определяли чувствительность к данному антибиотику.

Полученные цифровые данные проводимых обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При посевах в анаэробных средах бактериологического материала 19-ти наркозависимых больных мы дифференцировали и обнаружили следующие анаэробы (рис. 1): *Peptostreptococcus* у 8-и обследуемых (42,1 %), *Veillonella* – у 7 чел. (36,8 %), *Bacteroides oralis* – у 4 чел.

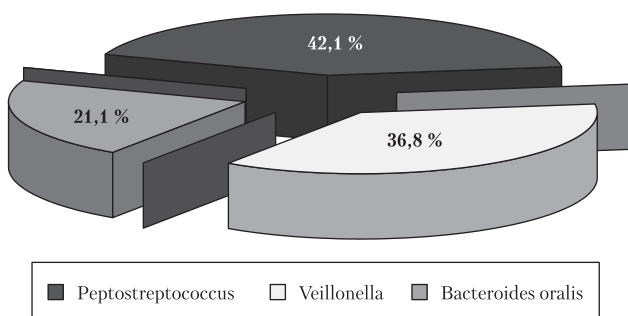


Рис. 1. Содержание анаэробных микроорганизмов в бактериологическом материале больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами, отягощенными наркоманией.

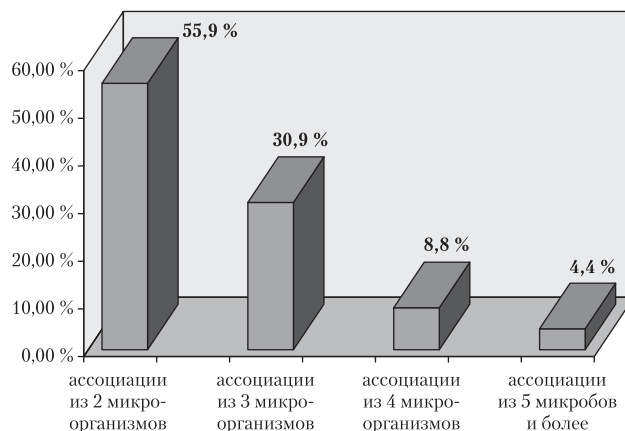


Рис. 2. Частота встречаемости ассоциаций групп микроорганизмов при одонтогенных абсцессах и флегмонах у больных, отягощенных наркоманией.

(21,1 %). Все анаэробные микроорганизмы были обнаружены в ассоциациях с другими микроорганизмами (с золотистым и эпидермальным стафилококком, стафилококком и другими микробами).

Практически у всех 68-и обследуемых (в 100 %) анаэробные и аэробные микроорганизмы встречались только в ассоциациях (рис. 2). Наиболее часто встречаемые ассоциации микробов – это пять и более видов микробов (в 55,9 %), менее часто – по четыре микроорганизма (в 30,9 %) и по три микроба (в 8,8 %), редко – ассоциации из двух микроорганизмов (в 4,4 %).

Такой микроорганизм, как стафилококк был высеян у всех 68-и обследуемых, т. е. в 100 % (золотистый – у 46-ти больных, т. е. в 67,7 %, и эпидермальный стафилококк – у 22-х обследуемых, т. е. в 32,3 %). Стрептококк был обнаружен в 55,9 % (у 38 чел.), кишечная палочка – в 29,4 % (у 20 чел.), протей – в 27,9 % (у 19 чел.), синегнойная палочка – в 23,5 % (16 чел.) и диплококк – в 22,1 % (у 15 чел.).

При определении антибиотикочувствительности выявленных микроорганизмов было установлено, что золотистый стафилококк был наиболее чувствительным (в 80 % и более) к октенисепту, цефуроксиму аксетилу, цефазолину, цифрану, амоксиклаву; в 60–79 % – к линкомицину, рифампицину; в 40–59 % – к ампициллину, карбенициллину, левомецетину, неомицину, канамицину и гентамицину; менее чем в 40 % – к пенициллину, стрептомицину, олеандомицину, эритромицину.

Согласно нашим обследованиям, эпидермальный стафилококк являлся наиболее чувствительным (в 80 % и более) к октенисепту, цефуроксиму аксетилу, цефазолину, цифрану, амоксиклаву; в 60–79 % – к линкомицину, рифампицину; в 40–59 % – к ампициллину, карбенициллину пенициллину, стрептомицину; менее чем в 40 % – к левомецетину, неомицину, канамицину, гентамицину, олеандомицину, эритромицину.

Гемолитический стрептококк в 80 % и более был чувствительным к октенисепту, цефуроксиму аксетилу, цефазолину, цифрану, амоксиклаву, линкомицину, рифампицину; в 60–79 % – ампициллину, карбенициллину, левомецетину, неомицину; канамицину; в 40–59 % – к стрептомицину, эритромицину, олеандомицину, гентамицину; менее чем в 40 % – к пенициллину.

Кишечная палочка в 60–80 % была чувствительной к октенисепту, цефуроксиму аксетилу, цефазолину, цифрану, амоксиклаву; в 40–59 % – к ампициллину, карбенициллину, левомецетину, неомицину, канамицину, гентамицину; менее 40 % – к олеандомицину, эритромицину, пенициллину, стрептомицину.

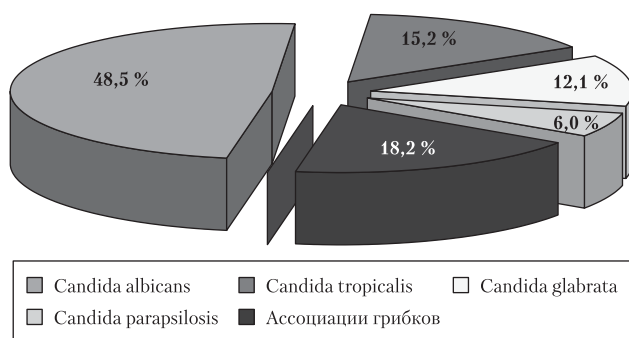


Рис. 3. Удельный вес (в процентах) отдельных грибковых возбудителей, высеянных при одонтогенных абсцессах и флегмонах у наркозависимых больных.

Синегнойная палочка в 50–59 % была чувствительной к октенисенпу, цефуроксима аксетилу, цефазолину, цифрану, амоксиклаву; не была чувствительной (была устойчивой!) ко всем другим антибиотикам (ампициллину, карбенициллину, левомецетину, неомицину, канамицину, гентамицину, олеандомицину, эритромицину, пенициллину, стрептомицину).

Протей был в 40–50 % чувствительным к октенисенпу, цефуроксима аксетилу, цифрану, амоксиклаву, рифампицину, а к другим антибиотикам (ампициллину, карбенициллину, левомецетину, неомицину, канамицину, гентамицину, олеандомицину, эритромицину, пенициллину, стрептомицину) чувствительным не был.

При обследовании 68-и наркозависимых больных мы выявили характерную клиническую симптоматику кандидоза у 33-х обследуемых, т. е. в 48,5 %. У всех больных был установлен орофарингеальный микоз. На слизистой оболочке полости рта и ротоглотки были обнаружены множественные пятна серовато-белого налета неправильной формы, который снимался с трудом. После его удаления обнажалась эрозированная поверхность. При поверхностном микотическом поражении у некоторых больных определялась слабо выраженная гиперемия слизистой оболочки с небольшими участками полупрозрачных или плотных пятен налета сероватого или белого цвета, которые имели творожистый или комковатый характер. Налет в этих случаях снимался легко, обнажалась гладкая (полированная) гиперемированная слизистая оболочка полости рта и ротоглотки. Было отмечено, что у подавляющего большинства больных эти пятна сливались и уплотнялись. При эрозивно-язвенных поражениях патологический очаг локализовался на воспалительно-измененных и инфильтрированных подлежащих мягких тканях. Эрозии и язвы были с неровными краями, часто покрытые белым, легко снимающимся налетом. Одонтогенные абсцессы и флегмоны у больных с орофарингеальным микозом имели затяжной характер течения, а также отличались обширностью поражения мягких тканей и выраженной инфильтрацией подлежащих тканей, гиперемией кожных покровов, наличием на коже единичных или множественных свищей, через которые выделяется гнойное содержимое, присутствием в ране гнойно-некротических очагов. Послеоперационные раны имели вялое заживление, медленно заполнялись единичными грануляциями, которые были пропитаны серозно-гнойным экссудатом.

При определении этиологического фактора кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта (рис. 3) у 33-х (в 48,5 %) из 68-и наркозависимых больных было установлено, что у 16 (48,5 %) больных выявлен возбудитель *Candida albicans*, у 5-ти (15,2 %) – *Candida tropicalis*, у 4-х (12,1 %) – *Candida glabrata*, у 2-х

(6,0 %) – *Candida parapsilosis* и у 6-ти обследуемых (18,2 %) обнаружено по два вида грибов (ассоциации грибов) – *C. albicans* и *C. tropicalis* (4 чел.) и *C. albicans* и *C. glabrata* (2 чел.).

После идентификации грибов рода *Candida* мы определяли их индивидуальную чувствительность к общепринятым антибактериальным препаратам и фунгиту. Установлено, что выявленные грибки были чувствительными к фунгиту в 90,9 % (у 30-ти обследуемых), к флуконазолу (дифлюкану) – в 51,5 % (у 17 чел.), к ламизилу – в 27,3 % (9 чел.), к низоралу (кетоназолу) – в 24,2 % (8 чел.), к леворину – в 12,1 % (4 чел.), к нистатину – в 12,1 % (4 чел.). Наиболее чувствительными к ранее перечисленным антибактериальным препаратам были грибки рода *Candida albicans*. Малочувствительными и нечувствительными к противогрибковым препаратам были грибки, которые были обнаружены в ассоциативных связях с другими видами грибов.

У 29-ти (в 42,7 %) из 68-и обследованных наркозависимых больных в соскобах нами были выявлены гарднереллы (под микроскопом гарднереллы выглядели, как небольшие овоиды, палочки или спаренные палочки). *Гарднереллы* – это мелкие неподвижные палочки или коккобациллы, которые в мазках располагаются одиночно или парами в виде римской цифры «V». Гарднерелла является нехарактерным для полости рта микроорганизмом. Кратко вспомним об этом микроорганизме. Гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*) – бактерии, которые относятся к роду *Gardnerella*. Известно, что гарднерелла способна размножаться в среде, бедной кислородом (анаэробная бактерия). Путем уничтожения нормальной микрофлоры, гарднереллы создают благоприятные условия для развития воспалительных процессов, в которые могут быть вовлечены и другие микроорганизмы. Для гарднерелл обычной средой обитания является мочеполовой тракт человека, в редких случаях (при длительном поражении) гарднереллы наблюдаются в ротовой полости. В литературе имеются утверждения, что сама по себе гарднерелла не может являться возбудителем инфекционно-воспалительного заболевания, но создает благоприятную почву для развития других микроорганизмов. При обнаружении гарднерелл микробиологические исследования не заканчиваются только на этом микроорганизме, а ведется поиск сопутствующих возбудителей, которые в большинстве случаев приводят к воспалительному процессу. При лечении гарднерелл гинекологи используют несколько видов терапии (общую и местную). При общем лечении гинеколог назначает антибиотики и другие препараты, которые уменьшают количество гарднерелл (трихопол и метронидазол).

У 37-и (в 54,4 %) наркозависимых больных в соскобах со слизистой оболочки и в области свищевых ходов нами были обнаружены трихомонады. Трихомонада – это простейший одноклеточный организм, паразитирующий в человеке (*trichomonas vaginalis, hominis, elongata*). В человеческом организме паразитируют три вида: влагалищная (урогенитальная) трихомонада (*trichomonas vaginalis*), кишечная трихомонада (*trichomonas hominis*) и ротовая трихомонада. С самого момента их открытия (в 1836 г.) среди микробиологов велись споры о том, являются ли эти три разновидности трихомонады одним и тем же микроорганизмом или разными. Считается, что ротовая трихомонада (*trichomonas elongata*) это вид непатогенных для человека микроорганизмов. В последнее годы ученые пришли к выводу, что это различные организмы, но, тем не менее, в литературе известны случаи заражения уrogenитальным трихомонозом во время оральных половых контактов. Проводили диагностику трихомонад в зависимости от вида. Последний вариант появления трихомонад в организме встречается реже, чем заражение при генитальном по-

ловом контакте. У 28 (в 75,7 %) из 37-и больных с выявленными трихомонадами была выявлена *trichomonas vaginalis*, поэтому лечение проводили совместно с урологами и гинекологами. При лечении трихомоноза используются специфические противотрихомонадные средства, чаще всего антибактериального действия. Применяются они одновременно в общей и в местной терапии.

ВЫВОДЫ

У наркозависимых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей микрофлора патологического очага представлена как аутохтонными микроорганизмами (анаэробы, аэробы, грибки рода *Candida*), так и аллохтонными микробами (гард-

нереллы, трихомонады), которые находятся в ассоциативных связях между собой. Определение антибиотико-чувствительности выявленных микроорганизмов показало, что стафилококки, стрептококки, кишечная и синегнойная палочки, протей наибольшую чувствительность проявляли к антибиотикам цефалоспоринового ряда и октенисену. Установлено, что выявленные грибы рода *Candida* были наиболее чувствительными к фунгиту.

Таким образом, у наркозависимых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей наиболее рекомендуемыми антибактериальными препаратами являются октенисепт и антибиотики цефалоспоринового ряда, а при наличии кандидозных поражений – фунгит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Медицина. – 1991, 215 с.
2. Воробьев А.А., Лыкова Е.А. Бактерии нормальной микрофлоры: биологические свойства и защитные функции // Журн. микробиол. – 1999. – № 6. – С. 102–105.
3. Крамарь В.С., Перов Ю.А., Крамарь О.Г., Чижикова Т.С. и др. Колонизация микроорганизмами полости рта: методические рекомендации. – Волгоград, 1989. – 16 с.
4. Пономарева И.Г. Экологическая значимость микрофлоры полости рта в плане стоматологической реабилитации: Дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 1993. – 166 с.
5. Сахарчук И.И. Вирусные заболевания: клиника, диагностика, лечение. – К.: Книга плюс, 2006. – 232 с.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев. – 2004. – 1062 с.
7. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
8. Царёв В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии: Руководство. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 144 с.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

СТОМАТОЛОГИЯ: ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ

С.И. Сивовол, директор частного пародонтологического кабинета, г. Харьков

3500 год до н. э.

Возникновение в нижней Месопотамии при слиянии рек Тигр и Евфрат шумерской цивилизации – самой древней цивилизации в мире. При раскопках (1890–1900 гг. и 1945 г.) в Ниппуре – городе-государстве, религиозном центре Шумера были найдены клинописные таблички жреческой библиотеки, одна из которых содержала перечень рецептов лекарств, в том числе используемых в стоматологии. Большинство лекарств – растительно-го происхождения: они изготовлялись из горчицы, ивы, пихты, сосны. В Шумере была обнаружена зубочистка из золота, которую можно считать древнейшей в мире.

3000–2000 лет до н. э. Древний Египет, Среднее царство

В ходе археологических раскопок захоронений той эпохи у ряда мумий обнаружены следы «стоматологических» вмешательств: зубы, шинированные золотой проволокой, челюсти, просверленные при операции. А в 1807 году при вскрытии пирамиды египетского фараона Хефрена, жившего примерно за 2550 лет до н. э., был найден деревянный зубной протез, лежавший вблизи его мумии. В пирамидах археологи находили отделанные золотом зубочистки, глиняные пластинки с «медицинскими» записями, на одной из которых была описана техника массажа десен.

2500 год до н. э. Древний Китай

Врач Хван Фи точно описывает гингивит, пародонтальный абсцесс. Каждому китайцу той эпохи с восходом солнца приписывалось умываться и полоскать рот. В древнекитайских литературных источниках упоминаются различные болеутоляющие средства и зубные протезы, изготовленные из бамбуковых палочек.

Понимание роли полости рта в поддержании здоровья организма отражено в афоризме того времени: «Больной рот – причина и наших несчастий, и наших болезней».

2000–1000 год до н. э. Древний Египет (Новое царство), Вавилон и Ассирия

В 1873 году при раскопках Фив немецкий египтолог Г. Эберс нашел папирус, датированный 1550 г. до н. э. В нем подробно описана терапия заболеваний десен и содержатся советы по укреплению расшатавшихся зубов. В папирусе Эберса упоминается и о том, что лечение подвижных зубов проводят особые специалисты. Папирус также содержит рецепт порошка для чистки зубов: «Возьми сухие мирру, ладан, кау, ветки мастикового дерева, бараний рог, хебут из Северной Сирии, гинекун и изюм, чтобы зубы уподобились жемчугу».

А вот в Древней Ассирии зубы рекомендовалось очищать пальцем, обернутым тканью.

Вавилонским врачам предписывалось при обследовании больного обращать внимание на состояние полости рта, носа, губ, внешний вид ладоней. Врачи того времени уже могли проводить операции трепанации черепа.

Источник: Medexpert.org.ua

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ