

Для купирования обострения воспалительных заболеваний пародонта антибактериальные препараты применяли 88,3% врачей. 69,6% стоматологов использовали противовоспалительные средства при лечении слизистой оболочки полости рта. Большинство врачей, согласно результатам опроса, назначали фторхинолоны, макролиды и аминопенициллины в таблетках. Нитроимидазолы применяли так же в виде геля для дёсен «Метрогил Дента». Линкозамиды использовались в виде инъекций линкомицина или в составе самоклеящейся плёнки «Диплен-Дента Л». Наиболее часто антибактериальные препараты применялись врачами-стоматологами для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. 86% врачей назначали фторхинолоны (Цифран, Ципролет); 78% респондентов применяли макролиды (Макропен, Сумамед); 74,1% опрошенных стоматологов рекомендовали аминопенициллины (Амоксиклав). 71,5% врачей для лечения воспалительных заболеваний ЧЛО применяли нитроимидазолы (Трихопол, Метронидазол). Для купирования обострения заболеваний пародонта 89% стоматологов назначали таблетированные формы антимикробных препаратов, а 49,6% применяли антибиотики местно в виде инъекций либо в составе самоклеящейся плёнки. Коллеги сообщали, что применяли бы инъекции линкомицина чаще, однако не делали этого из-за высокого риска аллергических реакций. Для лечения слизистой оболочки полости рта 84% респондентов применяли Метрогил (Трихопол) в составе геля для дёсен «Метрогил Дента».

Таким образом, была выявлена высокая активность врачей-стоматологов в применении антибактериальной терапии для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Наиболее часто стоматологи использовали таблетированные формы фторхинолонов, макролидов и аминопенициллинов. Так же применялись нитроимидазолы в виде геля для дёсен и линкозамиды в виде инъекций линкомицина или в составе самоклеящейся плёнки.

Никулин А.М., Чертов С.А.

Анализ микробиологических исследований микрофлоры полости рта на поверхности формирователей десны дентальных имплантов

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Актуальность. Стоматологический имплантат, установленный в альвеолярный отросток челюсти, имеет отличительную от других имплантатов особенность – полупогружное состояние, когда внутрикостная часть находится в кости, а надкостная часть дентального имплантата функционирует в наиболее загрязненной зоне организма человека – полости рта. В связи с этим, имплантат в полости рта является предметом повышенной обсемененности и местом размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры.

Цель исследования: провести анализ микробиологических исследований спектра микрофлоры на поверхности металлических и фторопластовых

формирователей десны при использовании разборных конструкций внутрикостных дентальных имплантатов.

Материалы и методы. Для данной работы использовались результаты лечения 19 пациентов с различными дефектами зубных рядов, которым было установлено 57 разборных имплантата CLASSIC системы ImpLife® по одноэтапной методике. Для формирования десневой манжетки использовались традиционные цельнометаллические и разработанные нами фторопластовые формирователи. Оценивались клиническая и рентгенологическая картина на месте соединения «формирователь – десневая борозда – кость» в день установки формирователя, через две и четыре недели. Исследование микрофлоры проводили на материале, взятом путем соскоба с поверхности формирователей. Стерильной гладилкой соскабливали налет с поверхности и проводили посев на следующие среды: на 5% кровяной агар (среда для роста всех аэробов), среды Эндо (дифференцированная среда на энтеробактерии + синегнойную палочку), среды Сабуро (дифференцированная среда на дрожжеподобные грибы рода *Candida*) и желточно-солевой агар (среда на стафилококк). Содержимое налета сеяли на чашки Петри и инкубировали в термостат на 24-48 часов. Анализ результатов проводили, подсчитывая количество колоний на чашках.

Результаты и обсуждение. У пациентов, которым для формирования десневой манжетки устанавливали металлический формирователь, на вторые-третьи сутки во время осмотра определялся мягкий налет, удаляемый механическим путем. В подавляющем большинстве случаев – у 16 пациентов высевались по три вида микроорганизмов. Из общего количества высеянных микроорганизмов гемолитический эпидермальный стафилококк составил 58%, негемолитический стрептококк – 18%, негемолитический стафилококк – 7%, кишечная палочка – 3%, протей – 4%, энтерококки – 4%, дрожжевые грибы рода *Candida* – 6%. Видовой состав микрофлоры на поверхности металлических и фторопластовых формирователей был практически одинаковым, однако на материале, взятом с поверхности металлических формирователей, у всех пациентов исследуемой группы выросло в 6 раз больше дрожжевых грибов рода *Candida*, чем на материале, взятом с поверхности фторопластового формирователя. Еще в одном случае на материале соскоба с поверхности металлического формирователя отмечен рост энтеробактерий – *Klebsiella pneumoniae*.

Выводы. 1. Использование фторопластовых формирователей обеспечивает надежную защиту костной раны от агрессивного содержимого полости рта. 2. Сокращение сроков заживления мягких тканей в послеоперационном периоде при использовании фторопластовых формирователей позволяет значительно сократить сроки реабилитации пациентов по сравнению с применением металлических формирователей. 3. Полученные результаты применения фторопластовых формирователей является перспективным мероприятием для профилактики воспалительных осложнений дентальной имплантации.