

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина, 1981. — 286 с.
2. Боровский Е.В., Машикеллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. — М.: Медпресс, 2001. — 320 с.
3. Иванова Л.А., Чередникова А.Б. Микрофлора полости рта здорового человека. / Современные аспекты медицины и биологии. Часть 2. / Мат. V межрегион. научн. конф. 21–24 апреля 2008 г. — Ижевск, 2008. — С. 312–314.
4. Мателло С.Н., Купец Т.В., Акулович А.В. Клинический подход к выбору антисептических зубных паст на основе антисептиков и натуральных компонентов // Пародонтология. — 2007. — № 3 (44). — С.69–72.
5. Плещановская Н.В. Особенности дыхательного метаболизма гранулоцитов под влиянием комплекса *спирамицин-триклозан*. // В кн.: Мат. III международн. конф. «Болезни цивилизации в аспекте учения В.И.Вернадского». — М., 2005. — С. 282–283.
6. Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта. — СПб: Человек, 2002. — 285 с.
7. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. — СПб: Человек, 2004. — 185 с.
8. Федоров Ю.А., Володкина В.В. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качество

ухода за полостью рта. // Тер. и орт. стомат. — Вып.1. — Л., 1971. — С. 117–119.

9. Bolden T.E., Zambon J.J., Sowinski J. и др. Клиническое воздействие зубной пасты, содержащей триклозан, сополимер и фторид натрия в кремниевой основе, на образование зубного налета и гингивита: клиническое исследование продолжительностью в шесть месяцев. // J. of Clinical Dentistry. — 1992. — № 4. — С. 125–131.

Поступила 01.06.09.

INFLUENCE OF TOOTH PASTE WITH ANTISEPTICS ON THE ORAL MIKROFLORA

L.T. Musina, A.B. Egorova, R.Z. Urazova

Summary

Studied was the change in the composition of the microflora and the state of the organs of the oral cavity in long-term use of antiseptic toothpaste. The microflora of the oral cavity was studied in 167 people, 60 of whom were under the dynamic examination. Restoration of the oral microflora after a single use of antiseptic toothpaste occurs within 1 hour. Long-term use (more than 2 weeks) of antiseptic toothpaste has a positive effect on the pH and the microstructure of oral fluid and the composition of the microflora.

Key words: oral cavity, the composition of microflora, antiseptic toothpastes.

УДК 617.762.7 – 002.3

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АТИПИЧНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ГЛАЗНИЦЫ

Заудат Габдрахимович Камалов, Раушания Фоатовна Гайнутдинова

Кафедра офтальмологии (зав. – докт. мед. наук А.Н. Самойлов) Казанского государственного медицинского университета, e-mail.: rg_dinova@list.ru

Реферат

Описан случай травматического абсцесса орбиты, развившегося после внедрения деревянных инородных тел в орбиту. В связи с неполнотой представленных больным анамнестических данных, а также невозможностью лучевой визуализации мелких деревянных частиц диагностика и лечение были затруднены. Излечение достигнуто лишь после удаления множественных инородных тел орбиты.

Ключевые слова: абсцесс орбиты, травма рентгенологически негативными инородными телами.

Абсцесс орбиты (АО) представляет собой ограниченный гнойный очаг в глазнице, развивающийся в результате локализации диффузного целлюлита или прорыва субпериостального абсцесса [1, 6]. У детей АО может предшествовать острое респираторное заболевание [2], у взрослых — травма, хронические и острые воспали-

тельные заболевания придаточных пазух носа и полости рта, сепсис [3, 4, 5]. Диагностика и лечение травматического АО обычно не представляет трудностей, однако при внедрении инородного тела исход заболевания определяется своевременностью его удаления.

Больной К. 52 лет был экстренно доставлен в офтальмологическое отделение № 2 ГМУ РКБ 13.07.07 г. с жалобами на боль в области правого глаза, припухлость, покраснение, невозможность открыть верхнее веко, экзофтальм и частичную офтальмоплегия правого глаза, а также слабость и повышение температуры до 37,8°C. При опросе выяснено, что пациент имеет инвалидность II группы в связи с эпилепсией. Во время очередного припадка 10.07.07 г. больной упал и ударил

ся головой о деревянную дверь балкона. Полученной при ударе ссадине в области левой брови К. не уделил внимания. На следующий день стали беспокоить боль и отек верхнего века левого глаза, а 12.07.07 г. повысилась температура, появились экзофтальм, ограничение подвижности глаза. В связи с ухудшением зрения левого глаза 13.07.07 г. К. обратился за медицинской помощью.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести, на вопросы отвечал неохотно (неконтактен ввиду неврологического заболевания), вялый, кожные покровы бледные, лимфоузлы не увеличены, температура тела — 38°C, ЧСС — 96 в 1 минуту, пульс ритмичный, слабого наполнения, АД — 130/80 мм Hg.

Status ophthalmicus: visus OD=0,7, не корригируется из-за помутнений в хрусталике. Другой патологии OD не выявлено. Visus OS=0,02, не корригируется. Верхнее веко отечно, гиперемировано. В области медиального края надбровной дуги — ссадина кожи размером 3 x 1,5 мм, покрытая струпом, чистая. Верхнее веко открывается с трудом. Экзофтальм — 26 мм по Гертелю со смещением глазного яблока книзу и кнаружи. Движение глазного яблока вверх и медиально затруднено. Репозиция болезненна и также затруднена. При пальпации верхнее веко плотное, горячее на ощупь, флюктуации нет. Конъюнктивита отечная. Роговица и влага передней камеры прозрачные. Зрачок диаметром 3 мм живо реагирует на свет. В хрусталике — аналогичные с правым глазом помутнения, глазное дно без патологии.

На обзорной рентгенограмме черепа целостность костных стенок орбит сохранена, инородные тела не обнаружены.

Офтальмологом выставлен диагноз: флегмона верхнего века, нейропатия зрительного нерва левого глаза, двусторонняя начальная катаракта.

Консультация нейрохирурга: генерализованная эпилепсия с частыми припадками. Данных за черепно-мозговую травму нет.

Анализ крови: л. — 7400 в 1 мм³, СОЭ — 47 мм/ч, уровень глюкозы в крови — 3,9 ммоль/л.

Назначено общее лечение: противостолбнячная сыворотка, антибактериальная, противовоспалительная,

десенсибилизирующая, инфузионная дегидратационная и дезинтоксикационная терапия, а также инстилляцией глазных капель антибиотиков в левый глаз. На следующий день самочувствие пациента улучшилось, нормализовалась температура. Экзофтальм, отек и гиперемия века уменьшились, частично восстановилась подвижность глазного яблока. Еще через 3 дня ссадина эпителизовалась.

18.07.07 г. боли возобновились, увеличилась отечность века. Объективно: в верхнемедиальном углу левой глазницы — флюктуация. При УЗИ выявлена гиперэхогенность тканей глазницы с гипоэхогенным содержимым, что позволило предположить абсцесс орбиты. В тот же день абсцесс был вскрыт разрезом длиной 0,5 см и глубиной 3 см. Во время операции выделилось 1,5 мл гноя, направленного на бактериологический посев с определением чувствительности к антибиотикам. Полость абсцесса была промыта раствором перекиси водорода, 0,05% раствором хлоргексидина, оставлен резиновый дренаж, наложена повязка с гипертоническим раствором натрия хлорида.

При бактериологическом исследовании обнаружались *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. Назначен новый курс антибиотиков с учетом чувствительности патогенной микрофлоры. Несмотря на проводимое общее и местное лечение, развился хемоз конъюнктивы; экзофтальм левого глаза увеличился до 28 по Гертелю; возобновились болезненность, отек и гиперемия век. По турунде ежедневно отделялось значительное количество желто-зеленого гноя. При его бактериологическом исследовании обнаружен *Staphylococcus epidermidis*.

К 30.07.07 г. на фоне антибиотикотерапии состояние больного улучшилось, турунда была удалена. Послеоперационная рана эпителизовалась. Острота зрения левого глаза улучшилась до 0,4, не корригировалась. Поле зрения оставалось суженным на 10–15°. Офтальмоскопических изменений не определялось. Сохранялись частичный птоз верхнего века и ограничение подвижности левого глаза вверх и медиально.

03.08.07 г. вновь наступило ухудшение — усилились боль, двоение, экзоф-

талым, гиперемия и отек верхнего века левого глаза. На месте раны в верхнемедиальном квадранте левой орбиты сформировался свищ, через который выделялся гной. Данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии орбиты указывали на абсцесс орбиты, однако инородных тел выявлено не было.

15.08.07 г. проведено повторное УЗИ: обнаружены точечные гиперэхогенные образования в полости абсцесса, позволившие заподозрить множественные инородные тела в глазнице. 16.08.07 г. больной был взят на повторную операцию, во время которой проводились ревизия свищевого хода и повторная орбитотомия с расширением и углублением разреза. На глубине от 1 до 3 см располагался конгломерат, состоявший из грануляционной ткани с фиброзной капсулой. При его удалении обнаружилось деревянное инородное тело размером около 2 мм и несколько более мелких фрагментов бурого цвета, покрытых гнойно-слизистым отделяемым. После удаления инородных тел орбиты в течение 2 недель состояние больного постепенно улучшалось. К моменту выписки 29.08.07 г. рана в области верхневнутреннего квадранта левой орбиты зажила вторичным натяжением, экзофтальм отсутствовал, однако сохранялись частичный птоз, ограничение движений левого глаза. Острота зрения левого глаза — 0,4, не корригировалась, офтальмоскопически определялись бледность диска зрительного нерва, сужение поля зрения.

Таким образом, особенность данного наблюдения заключалась в отсутствии указаний больного на внедрение инород-

ных тел, невозможности их визуализации при компьютерной и магнитно-резонансной томографии. До полного удаления множественных деревянных инородных тел лечение не давало ожидаемого результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. — М., Медицина, 1993. — С. 128—129.
2. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. Руководство для врачей. — 2-е изд. М.: Мединформ, 2008. — 256 с.
3. Тарасова Л.П., Хакимова Г.М., Чернов С.В. Флегмона орбиты: клиника, диагностика // Вестн. офтальмолог. — 2008. — № 6. — С. 33—36.
4. Caruso P.A., Watkins L.M., Suwansaard P. et al. Odontogenic orbital inflammation: clinical and CT findings - initial observations // Radiology. — 2006. — Vol. 239, №1. — P. 187—194.
5. Simon G.J., Bush S., Selva D. et al. Orbital cellulitis: a rare complication after orbital blowout fracture // Ophthalmology. — 2005. — Vol. 112, №1. — P. 2030—2034.
6. Stubinger S., Leiggener Ch., Sader R., Tophkuntz Ch. Intraorbital abscess // J. Am. Dent. Assoc. — 2005. — Vol. 136, №. 7. — P. 921—925.

Поступила 08.06.2009.

A CLINICAL OBSERVATION OF AN ATYPICAL TRAUMATIC ORBITAL ABSCESS

Z.G. Kamalov, R.F. Gainutdinova

Summary

Described was a case of a traumatic orbital abscess which developed after the introduction of wooden foreign objects into the orbit. Due to the incompleteness of the patient's presented anamnestic data, as well as the inability to visualize small wood particles by radiology techniques, diagnosis and treatment was difficult. Recovery was achieved only after the removal of multiple foreign objects of the orbit.

Key words: abscess of orbit, trauma by foreign objects.