

Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз. Ангина
Симановского-Венсана. Кандидоз, дисбактериоз
ротовой полости.

Дифтерия

Содержание:

- 0 Определение;
- 0 Возбудитель;
- 0 Источники инфицирования;
- 0 Пути передачи;
- 0 Классификация;
- 0 Клиническая картина;
- 0 Дифтерия ротоглотки;
- 0 Распространённая дифтерия;
- 0 Токсическая дифтерия;
- 0 Гипертоксическая и геморрагическая формы;
- 0 Дифтерия других локализаций;
- 0 Лечение;
- 0 Осложнения;
- 0 Иммунитет;
- 0 Профилактика;

Дифтерия

- 0 **Дифтерия** — инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Corynebacterium diphtheriae* (бацилла Лёффлера).
- 0 Чаще всего поражает ротоглотку, но нередко затрагивает гортань, бронхи, кожу и другие органы.
- 0 Инфекция передаётся воздушно-капельным путём от больного человека к здоровому. Возможен контактно-бытовой путь передачи, особенно в жарких странах, где часты кожные формы дифтерии.
- 0 Тяжесть болезни обусловлена крайне ядовитым токсином, который выделяет дифтерийная палочка. Встречаются и доброкачественные формы, например дифтерия носа, которая протекает без выраженной интоксикации.

- 0 Если дифтерия поражает ротоглотку, то помимо тяжёлой интоксикации, возможно развитие крупа - закупорки дыхательных путей дифтерийной плёнкой и отёком, особенно у детей.
- 0 Для лечения используется противодифтерийная сыворотка (антитоксин), антибиотики малоэффективны.
- 0 Предотвратить дифтерию можно с помощью вакцинации. Используется вакцина АКДС, АДС и АДС-м, а также комбинированные аналоги. Вакцина не гарантирует полную защиту от развития дифтерии при встрече с возбудителем, но значительно уменьшает число тяжёлых форм болезни.

Возбудитель

- Дифтерийная палочка — грамположительные палочковидные бактерии рода *Corynebacterium*. Впервые возбудитель был обнаружен на срезах плёнок, полученных из ротоглотки больных в 1883 г. Эдвином Клебсом. Через год Фридрихом Лёффлером была выделена чистая культура. Дифтерийный токсин получили Э. Ру и А. Иерсен. Анатоксин обнаружил Рамон Гастон в 1923 г. и предложил использовать его для активной иммунизации.
- *Corynebacterium diphtheriae* — крупные, прямые, слегка изогнутые полиморфные палочковидные бактерии. На полюсах клеток локализуются метакроматические зёрна волютина, придавая клеткам характерную форму «булавы». Зёрна волютина окрашиваются метиленовым синим по Нейссеру. На микропрепаратах располагаются одиночно, или, вследствие особенностей деления клеток, располагаются в форме латинской буквы V или Y. Спор и капсул не образуют.

Источники инфицирования

Дифтерия является антропонозом, то есть резервуаром болезни выступают люди.

Заражение здорового человека может произойти от:

- Больного дифтерией. Чем более выражена тяжесть, тем больше бактерий выделяет больной.
- Здорового носителя бактерии.

Пути передачи

- Воздушно-капельный (при кашле, чихании).
- Контактно-бытовой (через предметы, с которыми соприкасался больной).
- Пищевой — через заражённые продукты (молоко, сыр и пр.).

Классификация

По локализации различают локализованную и распространённую формы дифтерии.

По формам и вариантам течения различают:

Дифтерия ротоглотки:

- локализованная — с катаральным, островчатым и плёночным воспалением;
- распространённая — с налётами за пределами ротоглотки;
- субтоксическая, токсическая (I, II и III степени), гипертоксическая.

Дифтерийный круп:

- локализованный — дифтерия гортани;
- распространённый — дифтерия гортани и трахеи;
- нисходящий — дифтерия гортани, трахеи, бронхов.

Дифтерия других локализаций: носа, глаз, кожи, половых органов.

- Комбинированные формы дифтерии с одновременным поражением нескольких органов.

Клиническая картина

Заболевание сопровождается следующими симптомами:

- 0 Повышение температуры;
- 0 Бледность кожных покровов;
- 0 Выраженная слабость;
- 0 Отёк мягких тканей шеи;
- 0 Лёгкая боль в горле, затруднение глотания;
- 0 Увеличение нёбных миндалин;
- 0 Гиперемия и отёк слизистой глотки;
- 0 Плёнчатый налёт (может быть любого цвета, но чаще всего бывает серо-белым), покрывающий нёбные миндалины и иногда распространяющийся на нёбные дужки, мягкое нёбо, боковые стенки глотки, гортань;
- 0 Увеличение шейных лимфоузлов.

Грязно-белая плёнка на мягком нёбе, классический признак дифтерии.



О Дифтерия ротоглотки:

Самой частой формой дифтерии (90—95 % всех случаев) является дифтерия ротоглотки. При локализованной форме налёты только на миндалинах. Интоксикация слабо выражена, температура до 38—39° С, головная боль, недомогание, незначительные боли при глотании. Наиболее типична плёнчатая (сплошная) форма дифтерии, при которой плёнка с очерченными краями покрывает всю миндалину, трудно снимается шпателем; при попытке её снятия, поверхность миндалины кровоточит; плёнка плотная; лимфатические узлы малоблезненны, подвижны. При островчатой форме налёты имеют вид островков различной величины, расположены чаще вне лакун, на внутренней стороне миндалин, края налётов неровные.

О Распространённая дифтерия:

При распространённой форме дифтерии, налёты распространяются за пределы миндалин на нёбные дужки и язычок. Интоксикация более выражена: отмечают вялость, боль в горле. Регионарные лимфатические узлы увеличены до крупного боба, чувствительны, но отёка шейной клетчатки нет.

Токсическая дифтерия:

При токсической, наиболее тяжёлой форме дифтерии, заболевание начинается бурно, с первых часов температура повышается до 40°C, выражены вялость, сонливость, сильная слабость, головная боль и боль в горле, иногда боль в шее и в животе. Появляются гиперемия и отечность зева, налёты, вначале нежные желеобразные в виде паутинообразной сетки. Ко 2—3-му дню налёты становятся толстыми, грязно-серого цвета, полностью покрывают миндалины, дужки, язычок, мягкое и твёрдое нёбо.

Дыхание через нос затруднено, сукровичные выделения из носа, иногда плёнки на его слизистой; голос становится сдавленным с гнусавым оттенком. Из рта периодически появляется сладковато-приторный запах. Увеличиваются все группы шейных лимфатических узлов, которые образуют конгломерат, эластичный и болезненный, с отёком шеи (видно при осмотре больного). Цвет кожных покровов не изменён, надавливание безболезненное, не оставляет ямок. При токсической дифтерии I степени отёк шейной клетчатки достигает середины шеи; при токсической дифтерии II степени — отёк до ключицы; при III степени — отёк клетчатки ниже ключицы.

o Гипертоксическая и геморрагическая формы:

Наиболее тяжёлыми являются гипертоксические и геморрагические формы дифтерии.

При гипертоксической форме резко выражены симптомы интоксикации. Наблюдаются гипертермия, бессознательное состояние, коллапс, судороги. В зеве обширные налёты и отёк. Течение болезни стремительное. Летальный исход наступает на 2—3-й день болезни при нарастании сердечно-сосудистой недостаточности.

Геморрагическая форма дифтерии отличается множественной геморрагической сыпью с обширными кровоизлияниями, кровотечением из носа, дёсен, желудочно-кишечного тракта. В ротоглотке дифтерические налёты пропитаны кровью.

Развитие этих тяжёлых форм наблюдается при запоздалой диагностике и позднем введении противодифтерийной сыворотки. Без её применения выздоровление наступает лишь при локализованной форме дифтерии, но в этом случае, как правило, развиваются типичные осложнения: миокардит, периферические параличи. При раннем введении сыворотки симптомы интоксикации исчезают быстро, налёты в зеве отторгаются к 6—8-му дню.

o Дифтерия других локализаций:

Кроме зева, дифтерия может поражать слизистые оболочки носа, глаз, половых органов, а также раневые поверхности. Токсигенные *Corynebacterium diphtheriae* выделяют токсин, который вызывает отёк и некроз слизистых, поражает миокард, периферические нервы (особенно часто — языкоглоточный и блуждающий с развитием паралича мягкого нёба), почки.

Лечение

- Лечение дифтерии проводится только в условиях стационара (в больнице). Госпитализация обязательна для всех больных, а также больных с подозрением на дифтерию и бактерионосителей.
- Главным в лечении всех форм дифтерии (кроме бактерионосительства) является введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (ПДС), которая подавляет дифтерийный токсин. Антибиотики не оказывают существенного действия на возбудителя дифтерии.
- Доза противодифтерийной сыворотки определяется тяжестью болезни. При подозрении на локализованную форму можно отсрочить введение сыворотки до уточнения диагноза. Если же врач подозревает токсическую форму дифтерии, то лечение сывороткой должно быть начато немедленно. Сыворотка вводится внутримышечно или внутривенно (при тяжёлых формах).
- При дифтерии ротоглотки показано также полоскание горла дезинфицирующими растворами (октенисепт). Антибиотики могут быть назначены с целью подавления сопутствующей инфекции, курсом на 5-7 дней. С целью детоксикации назначают внутривенное капельное введение растворов: реополиглюкин, альбумин, плазму, глюкозо-калиевую смесь, полиионные растворы, аскорбиновую кислоту. При нарушениях глотания может использоваться преднизолон. При токсической форме положительный эффект даёт плазмаферез с последующим замещением криогенной плазмой.



Осложнения

- 0 Осложнения дифтерии связаны с повреждением нервных и других клеток крайне ядовитым дифтерийным токсином.
- 0 Миокардиты, нарушения работы нервной системы, которые обычно проявляются в виде параличей. Чаще всего дифтерия осложняется параличами мягкого нёба, голосовых связок, мышц шеи, дыхательных путей и конечностей. Из-за паралича дыхательных путей может наступить асфиксия (при крупе), провоцирующая летальный исход.

Иммунитет

После перенесённого заболевания формируется нестойкий иммунитет, и приблизительно через 10-11 лет человек может заболеть вновь. Повторное заболевание носит нетяжёлый характер и переносится легче.

Профилактика

- Основное значение в борьбе с дифтерией имеет активная плановая вакцинация населения вакцинами, содержащими адсорбированный дифтерийный анатоксин (АКДС-вакцина, АКДС-анатоксин, АДС—М-анатоксин), которая проводится в соответствии с календарём профилактических прививок; это позволяет создать длительный и напряжённый антитоксический иммунитет.
- Большую роль в предупреждении распространения инфекции играют раннее выявление больных дифтерией, в т.ч. лёгкими и стёртыми формами, путём активного наблюдения и раннего бактериологического обследования больных ангиной, паратонзиллярным абсцессом, острым паратонзиллярным абсцессом; выявление носителей токсигенных штаммов коринебактерий дифтерии в очагах инфекции и при обследовании коллективов риска.
- Больные и носители токсигенных коринебактерий подлежат изоляции и лечению (санации) в условиях стационара.
- Большое значение имеет текущая и заключительная дезинфекция.

Инфекционный мононуклеоз

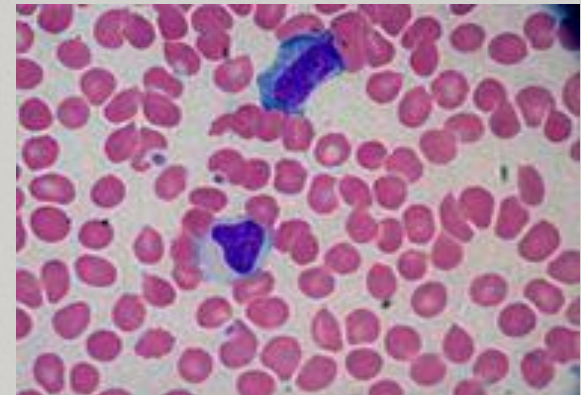
Инфекционный мононуклеоз (mononucleosis infectiosa, болезнь Филатова, ангина моноцитарная, лимфобластоз доброкачественный) — острое вирусное заболевание, которое характеризуется лихорадкой, поражением зева, лимфатических узлов, печени, селезенки и своеобразными изменениями состава крови.

Содержание:

- 0* История;
- 0* Эпидемиология;
- 0* Этиология;
- 0* Симптомы;
- 0* Осложнения;
- 0* Лечение;

История

На инфекционную природу этого заболевания указал ещё Н. Ф. Филатов в 1887 году, который первым обратил внимание на лихорадочное заболевание с увеличением лимфатических узлов и назвал его идиопатическим воспалением лимфатических желез. Описанное заболевание долгие годы носило его имя — болезнь Филатова. В 1889 году немецкий учёный Эмиль Пфайффер (нем. Emil Pfeiffer) описал аналогичную клиническую картину заболевания и определил его как железистую лихорадку с поражением зева и лимфатической системы. С введением в практику гематологических исследований были изучены характерные изменения состава крови при этом заболевании, в соответствии с которыми американские учёные Т. Спрэнт и Ф. Эванс назвали заболевание инфекционным мононуклеозом. В 1964 году М. А. Эпштейн и И. Барр выделили из клеток лимфомы Беркитта герпесоподобный вирус, названный в их честь вирусом Эпштейна — Барр, который позднее с большим постоянством обнаруживали при инфекционном мононуклеозе.



Эпидемиология

- 0 Источником инфекции является больной человек, в том числе со стёртыми формами болезни, и вирусоноситель. От больного человека к здоровому возбудитель передаётся воздушно-капельным путем, чаще всего со слюной (например, при поцелуе, отсюда название «поцелуйная болезнь», при использовании общей посуды, белья, постели и т. п.), возможна передача инфекции при переливании крови. Заражению способствуют скученность и тесное проживание больных и здоровых людей, поэтому нередко вспышки заболевания в общежитиях, интернатах, лагерях, детских садах.
- 0 Мононуклеоз называют также «болезнью студентов», так как клиническая картина заболевания развивается в подростковом и молодом возрасте. Около 50 % взрослого населения переносят инфекцию в подростковом возрасте. Максимальная заболеваемость у девочек отмечается в возрасте 14–16 лет, у мальчиков — в 16–18 лет. К 25–35 годам у большинства людей в крови выявляют антитела к вирусу инфекционного мононуклеоза. Однако у ВИЧ-инфицированных возобновление активности вируса может наступать в любом возрасте.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель — ДНК-геномный вирус Эпштейна — Барр рода *Lymphocryptovirus* подсемейства *Gammaherpesvirinae* семейства *Herpesviridae*. Вирус способен реплицироваться, в том числе в В-лимфоцитах; в отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активировывает их пролиферацию. Вирионы включают специфические антигены: капсидный (VCA), ядерный (EBNA), ранний (EA) и мембранный (MA) антигены. Каждый из них образуется в определённой последовательности и индуцирует синтез соответствующих антител. В крови больных инфекционным мононуклеозом сначала появляются антитела к капсидному антигену, позднее вырабатываются антитела к EA и MA. Возбудитель малоустойчив во внешней среде и быстро гибнет при высыхании, под действием высокой температуры и дезинфектантов. Инфекционный мононуклеоз — только одна из форм инфекции вирусом Эпштейна — Барр, который также вызывает лимфому Беркитта и носоглоточную карциному. Его роль в патогенезе ряда других патологических состояний недостаточно изучена.

СИМПТОМЫ

Инкубационный период может достигать 21 дня, обычно составляет около недели. Период болезни до двух месяцев. В комплексе или выборочно (в разное время) могут проявляться следующие симптомы:

- слабость;
- катаральный трахеит, бронхит;
- частые головные боли, мигрень, головокружения;
- боль в мышцах и суставах (чаще всего в результате лимфостаза);
- повышение температуры тела (как следствие — повышенное потоотделение);
- боли в горле при глотании (ангина);
- воспаление и увеличение лимфатических узлов, их болезненность (чем больше узел, тем большее давление может оказываться на чувствительные нервные окончания) (без медикаментозного вмешательства в течение болезни на протяжении длительного периода времени (несколько месяцев/лет) наблюдается не только качественное увеличение уже воспалённых лимфоузлов, но и увеличение их числа, например, вялотекущее преобразование одного узла в цепочку из трёх);
- увеличение печени и/или селезёнки;
- появление в крови атипичных мононуклеаров, увеличение доли одноядерных элементов (лимфоциты, моноциты);
- увеличение чувствительности к ОРВИ и прочим респираторным заболеваниям;
- частые поражения кожного покрова вирусом *Herpes simplex virus* («простой герпес» или Вирус простого герпеса первого типа), обычно в области верхней или нижней губы.

При диагностике необходимо дифференцировать от ВИЧ, ангины, дифтерии, краснухи, ОРЗ, псевдотуберкулёза, туляремии, листериоза, вирусного гепатита, острого лейкоза, лимфогранулематоза.

Заболевание может также протекать в атипичной форме, характеризующейся отсутствием или, напротив, чрезмерной выраженностью какого-либо из основных симптомов инфекции (например, появление желтухи при желтушной форме мононуклеоза). Кроме того, следует различать острую и хроническую форму заболевания.

Как только ярко выраженные симптомы первичной инфекции исчезают, они чаще всего не появляются вновь. Хотя однажды инфицированный пациент становится носителем вируса на всю жизнь.

Осложнения

Осложнения встречаются редко. Наибольшее значение имеют отиты, паратонзиллит, синуситы, пневмония. В единичных случаях встречаются разрывы селезёнки, печеночная недостаточность, острая печеночная недостаточность, гемолитическая анемия, острая гемолитическая анемия, невриты, фолликулярная ангина.

При терапии антибиотиками ампициллином и амоксициллином у пациентов практически всегда наблюдается кожная сыпь.

Лечение

Специфическая терапия не разработана.

Лечение симптоматическое, общеукрепляющее. Из-за риска разрыва селезёнки рекомендовано ограничение физической нагрузки в первые 1–1,5 месяца. Для снижения температуры лучше не использовать парацетамол или аспирин, так как применение аспирина может провоцировать Синдром Рея, а применение парацетамола перегружает печень. Рекомендуется одеваться теплее.

При осложнениях требуются антибиотики (для борьбы с бактериями при ослабленном иммунитете).

Ангина Симановского-Венсана

Анги́на я́звенно-плё́нчатая (ангина Симановского — Плаута — Венсана) — острое воспалительное заболевание нёбных миндалин, вызываемое находящимися в симбиозе веретенообразной палочкой Плаута-Венсана и спирохетой Венсана, характеризующееся образованием поверхностных язв, покрытых грязно-зелёным налётом, имеющим гнилостный запах.

Содержание:

- 0 Этиология;
- 0 Симптомы;
- 0 Лечение;
- 0 Профилактика;

ЭТИОЛОГИЯ

- 0 Болезнь развивается из-за ослабления иммунитета, а также при наличии очагов некроза в полости рта, например при кариозном заболевании коренных зубов. В группе риска люди с иммунодефицитом, хроническими интоксикациями.
- 0 Болезнь вызывается симбиозом бактерий — веретенообразной палочкой (*B.fusiformis*) и спирохетой полости рта (*Spirochaeta buccalis*), которые часто обитают в полости рта у здоровых людей.

СИМПТОМЫ

- 0 Поверхностные, легко снимаемые серовато-желтоватые налёты на слизистой оболочке миндалин мягкого нёба, оставляющие поверхностные малоболезненные язвы с дном серого цвета. Язвы заживают без образования дефектов. Изъязвление прогрессирует и может распространиться на другие отделы глотки, слизистую оболочку щек, десны.
- 0 Пораженная миндалина увеличена. Процесс, как правило, односторонний.
- 0 Удовлетворительное общее состояние, неприятный запах изо рта, слюнотечение, боль при глотании и жевании.
- 0 Регионарные лимфатические узлы увеличены на стороне поражения и несколько болезненны.
- 0 Температура тела субфебрильная или нормальная, лишь в редких случаях заболевание начинается с высокой температуры и озноба.

Лечение

- 0 Отоларинголог назначает раствор для полоскания горла, раствор для смазывания изъязвлённой слизистой оболочки.
- 0 При затяжном течении и глубоких некрозах назначают антибиотикотерапию.

Профилактика

Больных изолируют, выделяют им отдельную посуду. Больных с тяжёлыми формами ангины госпитализируют. В профилактике большое значение имеет повышение защитных сил организма.

Кандидоз, дисбактериоз
ротовой полости.

Кандидоз полости рта (молочница) – заболевание слизистой ротовой полости, связанное с аномальным размножением дрожжевых грибов рода *Candida*.

Наличие этих «соседей» в организме человека – нормальное явление. Но при определенных обстоятельствах грибки начинают активно размножаться. На слизистой образуется белый неприятный налет, вызывающий зуд и другие дискомфортные ощущения.

Симптомы кандидоза полости рта

Кандидоз полости рта может быть острым – быстро развивающимся, а может принимать хроническую форму, когда проявления болезни то проявляются, то затухают.

Видимый признак молочницы – светлый иногда творожистый налет на слизистой. Чаще очаги высыпаний находятся на языке и внутренней поверхности щек, но кандидоз может поражать и нёбо, десны и даже заднюю стенку глотки.

Высыпания, вызванные распространением грибка, могут проходить без неприятных симптомов, а могут кровоточить, если их задеть. Сопровождается молочница полости рта зудом, особенно в процессе приема пищи или гигиенических процедур.

Слизистая больного может дать отек, покраснеть, иногда увеличиваются вкусовые сосочки на языке. Человек испытывает чувство сухости во рту.

Кандидоз полости рта может усугубляться аллергическими реакциями на грибок.

Запущенный кандидоз полости рта вызывает повышение температуры тела и общее недомогание. Если высыпания поразили гортань, наблюдаются боли при глотании.

Если кандидоз полости рта не лечить, то он трансформируется в острую атрофическую форму, при которой болезненные ощущения и сухость в разы усиливаются.

Лечение кандидоза полости рта

Лечение кандидоза предполагает комплексный подход:

- 0 устранение неприятных признаков с помощью симптоматических лекарств – использование мазей и полоскания или примочки. Такие препараты воздействуют на слизистую, снимая зуд, жжение и отек;
- 0 противогрибковая терапия – препараты для приема внутрь, которые убивают грибки и их споры, а также тормозят размножение грибка;
- 0 прием общеукрепляющих средств и витаминов, которые поддерживают иммунитет и стимулируют организм на борьбу с кандидозом.
- 0 Схему лечения кандидоза полости рта должен разработать опытный врач-стоматолог. Несогласованный с врачом прием лекарств может привести к прогрессированию заболевания, ухудшению общего состояния. Грибок может адаптироваться к лекарству и в дальнейшем лечение кандидоза усложнится в разы.

Профилактика заболевания

При комплексном лечении молочницы нужно перестроить образ жизни и рацион. Эти же советы подойдут для профилактики заболевания:

- исключите (или значительно уменьшите потребление) сахаросодержащих продуктов и дрожжевой выпечки и напитков. Сладкое, хлебобулочные изделия и пиво поддерживают развитие нездоровой дрожжевой микрофлоры.
- хотя бы на время лечения кандидоза необходимо воздержаться от спиртного любой крепости и курения. Вредные привычки бьют в том числе и по состоянию слизистой полости рта.
- поддерживайте защитные силы организма. Включите в рацион больше фруктов, ягод и сезонных овощей, регулярно принимайте витамины.

Чтобы кандидоз полости рта не возвращался:

- не злоупотребляйте ополаскивателями для полости рта, особенно недорогими. Они могут нарушить естественный кислотно-щелочной баланс слизистой.
- качественно проводите гигиену полости рта. Чистите зубы щеткой минимум два раза в день, непременно после еды пользуйтесь флоссом (зубной нитью).

Обязательно проверяйтесь у стоматолога, даже если ничего не тревожит. В первую очередь это стоит взять за правило тем, у кого имеются зубные протезы, а также людей с сахарным диабетом, туберкулезом, онкозаболеваниями.



Дисбактериоз ротовой ПОЛОСТИ.

Дисбактериоз ротовой полости – это не заболевание, а ряд симптомов, развивающихся в результате нарушения правильного соотношения микрофлоры, обитающей в полости рта. В полости рта в норме обитают отдельные виды стрептококков и стафилококков, лактобактерии, грибы рода *Candida* и некоторые другие микроорганизмы. Состав микрофлоры полости рта является индивидуальной особенностью каждого человека.

Чаще всего дисбактериоз полости рта развивается на фоне кишечного дисбактериоза, который в свою очередь является следствием какого-то хронического заболевания органов пищеварения. Очень часто дисбактериоз кишечника развивается на фоне частого бесконтрольного приема антибиотиков.

Естественная микрофлора кишечника способствует не только расщеплению и усвоению питательных веществ. Она вырабатывает витамины группы В, а также способствует усвоению жирорастворимых витаминов – А, Е и D. Дисбактериоз приводит к дефициту этих витаминов, что сказывается на состоянии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Симптомы дисбактериоза полости рта:

Симптомы дисбактериоза полости рта зависят от его степени.

Дисбактериоз бывает компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным.

Компенсированный дисбактериоз или дисбиотический сдвиг протекает, как правило, бессимптомно и обнаружить его можно только лабораторными методами. Диагностика дисбактериоза полости рта выявляет повышенное содержание одного из видов условно-патогенных микроорганизмов. Объем нормальной микрофлоры не страдает.

Субкомпенсированный дисбактериоз проявляется в виде неприятного запаха изо рта, металлического привкуса, жжения во рту. При исследовании микрофлоры обнаруживается увеличение объема условно-патогенной микрофлоры, появление патогенных микроорганизмов и снижение содержания лактобактерий.

Декомпенсированный дисбактериоз полости рта проявляется в виде различных проявлений гиповитаминоза – заед, воспалительных процессов в области десен и языка с присоединением к ним инфекции.

В результате у больных начинаются стоматиты, пародонтиты и пародонтозы (воспалительные и обменно-дистрофические заболевания околозубных тканей), а если их не лечить, происходит расшатывание и выпадение зубов. Возможно также присоединение инфекций носоглотки. Условно-патогенная и патогенная микрофлора в этот период резко увеличивается в объеме, а нормальная практически исчезает.



Степени дисбактериоза ротовой полости

- 0 Первым этапом дисбактериоза полости рта считается дисбиотический сдвиг. Он заключается в повышенном размножении одного из видов условно-патогенных микроорганизмов. Клинические симптомы дисбактериоза полости рта на данном этапе отсутствуют.
- 0 При 1-2 стадиях процесса отмечается появление патогенных микроорганизмов, при этом снижается содержание лактобактерий. Проявления дисбактериоза носят слабовыраженный характер.
- 0 При 3 степени дисбактериоза ротовой полости количество лактобактерий резко снижено, также они могут отсутствовать, их место занимает патогенная микрофлора. На 4 стадии процесса помимо перечисленных изменений происходит активное размножение дрожжеподобных грибков. На 3-4 стадиях у пациентов выражены симптомы заболевания, которые носят характер воспалений, изъязвлений и избыточного ороговения эпителия ротовой полости.



Лечение дисбактериоза ротовой полости

Специфического лечения этот процесс требует на поздних стадиях, когда количество нормальной микрофлоры крайне мало. В остальных случаях основополагающим фактором в устранении дисбактериоза будет выявление и лечение заболевания, которое к нему привело.

Чаще всего причиной дисбактериоза ротовой полости являются болезни желудочно-кишечного тракта. Развивается он также при иммунных нарушениях, хронических инфекционных заболеваниях. Поэтому пациентам, у которых выявлен дисбактериоз полости рта назначают обследование у гастроэнтеролога, терапевта, лабораторные исследования крови, мочи, при необходимости осмотр инфекциониста.

Определенную роль в появлении дисбактериоза ротовой полости играют и несоблюдение правил личной гигиены, пристрастие к сладкому, нерациональный прием антибиотиков и местных антисептиков.

Лечение дисбактериоза полости рта обязательно включает в себя санацию ротовой полости. В терапии используют следующие группы препаратов:

- местные антисептики – помогают подавить размножение патогенных микроорганизмов;
- антибиотики и противомикробные препараты – используют при обширных воспалительных процессах с участием болезнетворных бактерий;
- эубиотики – содержат живые бактерии нормальной микрофлоры и способствуют заселению ими ротовой полости;
- иммуномодуляторы – повышают активность местного иммунитета и препятствуют росту патогенной микрофлоры;
- витамины — улучшают регенерацию тканей.

Добиться ощутимого эффекта в лечении дисбактериоза полости рта только за счет применения лекарственных препаратов невозможно. Для полного устранения симптомов и недопущения повторного их появления требуется лечение заболевания, являющегося причиной гибели собственной микрофлоры.