

По биохимической структуре фитонциды неодинаковы. Наиболее активными фитонцидами растений являются эфирные масла, но могут быть и глюкозиды и др.

Многие фитонцидные вещества внедрены в медицинскую практику. Иманин (из зверобоя) и новоиманин успешно применяются в офтальмологии, хирургии; они действуют на вирус мозаичной болезни табака. Препараты из подсолнечника действуют на грамположительные бактерии и применяются при стафилококковом энтерите. Сальвин (из шалфея) действует на гемолитические стрептококки при ангинах; изучаются препараты из чистотела, череды, из хвойных растений, лука, чеснока, свеклы.

Растительные антибиотики отличаются от грибковых тем, что к ним не отмечается привыкания (иманин); растительные препараты стимулируют защитные силы организма.

А. П. Дегтярова с соавторами (Ялта) сообщила о результатах изучения антимикробного действия миртового масла (из листьев) на грамположительных микробах; в разведении 1:80000 оно действовало бактериостатически. Положительное действие его отмечено при лечении туберкулеза у морских свинок. Получены удовлетворительные результаты при лечении тонзиллитов; улучшение отмечено при лечении кандидозов, сопутствующих туберкулезу. Миртовые препараты (масло, настойки) обладают антимикробным действием, отхаркивающим, противовоспалительным и стимулирующим защитные силы макроорганизма.

Ряд докладов был посвящен изучению антимикробных свойств растений в разных зонах СССР.

В. П. Тульчинская с соавторами (Одесса) изучала антимикробные свойства некоторых представителей морской флоры и фауны. Антимикробная активность выявлена у морских водорослей, устриц, губок и крабов.

П. К. Булатов с соавторами доложил о лечении больных с различными воспалительными заболеваниями органов дыхания фитонцидами чеснока и абиенолом. Получен положительный эффект, но, конечно, не во всех случаях.

И. Е. Новиков (Саратов) изучал роль фитонцидсодержащих пищевых растений (лук, чеснок, хрен и др.) в рационе питания и профилактики желудочно-кишечных заболеваний. Автор нашел, что фитонциды пищевых растений не только действуют бактерицидно, но способствуют устойчивости макроорганизма.

А. Т. Слабоспицкая (Киев) сообщила об успешном лечении иманином и новоиманином детей, больных хроническим тонзиллитом.

Стрептококки и стафилококки, резистентные к антибиотикам грибкового происхождения, оказались чувствительны к иманину и новоиманину; бактерицидное действие этих препаратов проявлялось соответственно в разведении 1:25 000 и 1:1 000 000.

П. С. Волосовец (Киев) сообщил, что новоиманин оказывает губительное действие на микрофлору рук (стафилококк, сарцина, сенная палочка) в разведении 1:20 000 000. Препарат хорошо подсушивает кожу и операционное поле.

Л. З. Гейхман (Киев) сообщила о благоприятном влиянии летучих фитонцидов дуба на больных гипертонической болезнью.

Ряд докладов был посвящен прополису (клей медоносной пчелы).

Е. К. Наумова (Казань)

УДК 616-006-617.52-089-616-716-1-616-716.4

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ В СТОМАТОЛОГИИ

VII пленум правления Всесоюзного общества стоматологов и III выездная сессия Центрального института стоматологии (23—25/IX 1965 г., Таллин) обсуждали необходимость создания в системе онкологической службы стоматологического центра для изучения опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области, их статистической обработки, а также выработки рекомендаций по диагностике и лечению больных с новообразованиями полости рта и челюстей.

Расширение профилактической направленности в деятельности стоматологических учреждений, увеличение числа посещений в связи с ростом сети и кадров дают возможность стоматологам больше чем другим специалистам сталкиваться с большими и выявлять особенно начальные стадии онкологических заболеваний челюстно-лицевой области как доброкачественные, так и злокачественные.

Особое внимание следует обращать на группу больных среднего и преклонного возраста, чаще других обращающихся к врачам-ортопедам для протезирования зубов и челюстей. Стоматологи должны быть знакомы со структурой организации онкологической помощи.

Больные с предраковыми заболеваниями (дискератозы, лейкоплакии, папилломатоз кожи лица и слизистой полости рта, длительно незаживающие рубцы после ожогов, хронические язвы) должны находиться на учете как в онкологических кабинетах, так и в стоматологических.

Одновременно надо устранить все предрасполагающие факторы для развития опу-

холой слизистой оболочки полости рта (кариозные зубы, корни, острые края коронок, плохо подогнанные протезы и др.).

Широкое применение различных полимеров в стоматологии (имплантация пластмассы при ряде восстановительных операций) также требует диспансерного наблюдения за этой группой больных со стороны стоматологических учреждений.

Наблюдению и лечению у стоматологов должен подвергаться каждый больной, получающий лучевую терапию по поводу онкологических заболеваний различной локализации. Особо тщательная санация полости рта должна быть проведена при лечении онкологических заболеваний слизистой оболочки.

Больные, излеченные от новообразований, не имеющие рецидивов и метастазов, должны находиться до конца своей жизни под постоянным диспансерным наблюдением в стоматологических поликлиниках, отделениях, а также проходить периодические осмотры у онколога.

В течение первого года после операции осматривать больных рекомендуется раз в квартал; на второй год — раз в полугодие; в последующие годы — ежегодно.

Сложные многэтапные восстановительные операции следует начинать не раньше, чем через год после удаления опухоли. По показаниям больные должны наблюдаться врачом-ортопедом.

Больным с неоперабельными формами заболевания должна проводиться симптоматическая терапия. Стоматологи обязаны научить больного особенностям питания и ухода за полостью рта.

На пленуме были высказаны два различных мнения. Одни считают, что следует расширить онкологическую деятельность стоматологических стационаров, как наиболее приспособленных к всестороннему обслуживанию больных с новообразованиями полости рта, лица и челюстей, оборудовав и оснастив их всем необходимым. Другие считают, что возможна организация в составе онкологических диспансеров стоматологических отделений с соответствующим количеством коек, протезным отделением, укомплектованных квалифицированными стоматологами с онкологическим уклоном.

В Таджикистане в поликлиническом отделении республиканского онкологического диспансера в 1963 г. организован стоматологический кабинет с необходимым штатом врачей и среднего медицинского персонала. Разосланы методические письма с указанием о направлении всех больных с подозрением на предопухолевые и опухолевые процессы в республиканский онкологический диспансер. В целях раннего выявления рака и предраковых заболеваний как в поликлинических отделениях, так и в стационарах республики, врачам вменено в обязанность осматривать состояние полости рта и слюнных желез и при подозрении на новообразования направлять к специалисту. Создание единого центра учета стоматологических больных и их диспансеризация в онкологических учреждениях позволили в республиканском онкологическом диспансере начать проведение плановых научных исследований, организацию экспедиций в районы республики с целью изучения краевых особенностей распространения опухолей.

В Татарской республике, в связи с отсутствием в стоматологических стационарах надлежащих условий, рекомендуется организовать в онкологических диспансерах стоматологические отделения, где онко-стоматологические больные будут получать комплексное лечение на современном уровне.

С. З. Залялютдинова (Казань)

УДК 616.314

ВОПРОСЫ ОЧАГОВОЙ ЗУБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА IV ВСЕПОЛЬСКОМ СЪЕЗДЕ СТОМАТОЛОГОВ

(24—26/IX 1965 г. Варшава)

Проф. Фукс (Лодзь) наблюдал 2978 скрытых зубных очагов, из них 1541 был в пародонте, 1246 — в пульпе и верхушечном периодонте и у 191 больного было сочетание воспалительного процесса в маргинальном и верхушечном периодонте. Лишь в 380 зубах отмечены признаки обострения. Во всех случаях изучались общие и местные тесты. Общие — баночная проба Вальдмана, морфологическая картина крови, РОЭ. Местные — электроочаговая проба на слизистой оболочке по Штанделю; гистаминовая проба по Эркесу (с введением гистамина в десну) и пенициллиновая проба по Феннеру.

Когда у больного пенициллиновая проба оказывается положительной, докладчик думает о бактериальном действии очага; если положителен электрический тест, то предполагается нервный, а при положительном гистаминовом тесте — аллергический механизм действия очага. На этом основании автор считает, что для подтверждения активности зубного очага достаточно получить положительный результат хотя бы на один из примененных тестов.