

У всех обследуемых лиц изучали состояние микроциркуляции в тканях языка с помощью инфракрасного термометра «СЕМ-ThermoDiagnostics». Температуру измеряли в центре, боковых поверхностях языка (симметрично) и в области кончика языка, соответственно локализации болевых ощущений. Критерием точности измерений является повторяемость результатов измерений в одной и той же точке с разницей не более 0,2°C.

У всех пациентов оценивали уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли – VerbalDescriptorScale (F. Gaston-Johansson, M. Albert, E. Faganetal, 1990). По вербальной описательной шкале оценки боли возможны шесть вариантов оценки боли: 0 баллов – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, ее уровень оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями.

Всем больным проводились профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта и языка, санация полости рта и рациональное протезирование. В схему лечения включали воздействие низкоинтенсивным широкополосным красным светом в области болевых точек языка ежедневно, по 3 минуты, курс лечения составлял 20 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования были получены следующие данные: разница температур в исследуемых точках языка у больных контрольной группы составляла не более 0,5°C. У больных глоссалгией при градиенте температур больше 0,6–0,8°C диагностировали нарушение микроциркуляции в болевых точках языка.

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли составил $8,1 \pm 1,2$ балла, что соответствует сильному уровню боли.

После проведенного лечения градиент температур приблизился к данным контрольной группы (не более 0,5°C), что свидетельствует об улучшении микроциркуляции в тканях языка.

Уровень боли по вербальной описательной шкале оценки боли после лечения составил $4,3 \pm 1,3$ балла, что отражает ее снижение и соответствует умеренному уровню боли.

ВЫВОДЫ

Улучшение показателей инфракрасной термометрии у больных глоссалгией, а также снижение уровня боли при воздействии низкоинтенсивным широкополосным красным светом свидетельствуют об эффективности данного метода фототерапевтического воздействия в схеме комплексного этиопатогенетического лечения глоссалгии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «МЕТРОГИЛ ДЕНТА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

О.А. Успенская, С.А. Спиридонова, Р.Р. Позднякова, Е.В. Шклянова,
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями. По данным литературы заболевание встречается у лиц обоего пола старше 20 лет и составляет 5-30% среди других заболеваний СОПР.

ХРАС характеризуется длительным течением, склонностью к рецидивам и устойчивостью к различным видам терапии. Этиология и патогенез заболевания до сих пор остаются до конца не изученными. ХРАС развивается по типу замедленной чувствительности, а также по смешанному типу аллергии, при которой наблюдаются реакции II и III типов.

Развитие данной патологии сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки, значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клиниче-

ских проявлений и малой эффективностью лечения, изменением микробиоценоза полости рта.

Таким образом, многообразие причин и механизмов развития данной патологии определяет возможность научного поиска комбинации препаратов с целью обеспечения комплексного лечения и достижения наилучшего терапевтического эффекта в лечении ХРАС.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: провести сравнительную характеристику общепринятой схемы лечения и схемы с использованием препарата «Метрогил Дента»® в комплексном лечении ХРАС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «НиЖГМА» Минздрава России было проведено обследование и лечение 20 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом «хронический рецидивирующий афтозный стоматит, фибринозная форма (афта Микулича)».

Пациенты, принявшие участие в нашем исследовании, получали местное лечение, а также были проведены рацио-нальная, профессиональная гигиена и санация полости рта. Обследуемые были разделены на две группы по 10 человек. Первая группа получала препараты, использующиеся в общепринятой схеме лечения ХРАС: местный анестетик (гель Lidoxor), антисептик (0,2% раствор хлоргексидина), протеолитические ферменты (раствор трипсина), противовоспалительные препараты и эпителизирующий препарат (СДАП). Пациентам второй группы было рекомендовано: местный анестетик (гель Lidoxor), протеолитические ферменты (раствор трипсина), аппликации со стоматологическим гелем «Метрогил Дента»[®], эпителизирующий препарат (СДАП).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения оценивали клинически и при помощи вербальной рейтинговой шкалы оценки боли (Ohnhaus E.E., Adler R., 1975): 0 – нет боли, 1 – слабая боль, 2 – боль средней

интенсивности, 3 – сильная боль. В первой группе окончательная эпителизация афт происходила на 12 ± 1 сутки, во второй группе – 10 ± 1 сутки. Снижение болезненности афтозных элементов с 3 баллов в первый день обследования до 1 балла в первой группе произошло на 3-и сутки, во второй группе на 2-е сутки. Снижение болезненности афт до 0 баллов в первой группе произошло на 5-е сутки, во второй группе – на 3-и.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнение показателей двух групп обследуемых нами пациентов позволило сделать нам выводы, что введение в комплексное лечение противомикробного геля «Метрогил Дента»[®] уменьшает сроки эпителизации афт и тяжесть протекания заболевания. Гель «Метрогил Дента»[®] в комплексном лечении способствует снижению интенсивности, тяжести и длительности течения процесса, что ведет к быстрой регрессии клинических признаков воспаления.

ВЫБОР МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТНОГО ПУНКТА ПРИ РЕСТАВРАЦИЯХ ПО 2-МУ КЛАССУ БЛЕКА

О.А. Успенская, Н.В. Тиунова, С.М. Алексеева, А.Д. Тимошенко, А.А. Толстая,
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Поражение кариесом контактных поверхностей зубов занимает ведущее место среди других локализаций. При реставрации кариозных полостей по 2-му классу Блека врач-стоматолог нередко испытывает затруднения. Это обусловлено сложностью восстановления контактного пункта.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучить технику восстановления контактного пункта при реставрации полостей 2-х классов Блека.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено восстановление 20 контактных пунктов на моделях челюстей с применением матриц, матрицедержателей, деревянных клиньев TOP BM, Optra Contact (Ivoclar), низкомодульного композитного пломбирочного материала (КПМ) Filtek Flow (3M ESPE) и Filtek Ultimate (3M ESPE). После установки матричной системы использовали пассивную и активную методики восстановления контактных поверхностей. Пассивная методика: низкомодульный КПМ (слоем 1–1,5 мм) наносили на все стенки полости до края эмали, далее фотополимеризовали. Затем послойно КПМ обычной консистенции восстанавливали придесневую стенку. Основную полость заполняли КПМ послойно до бугров. Активная методика: низкомодульный КПМ (слоем 1–1,5 мм)

наносили на все стенки полости до края эмали (за исключением придесневой стенки) и фотополимеризовали, вторую порцию Filtek Flow (1–1,5 мм) наносили на придесневую стенку без отверждения, сверху вносили небольшую порцию Filtek Ultimate (1 мм) и распределяли шпательной лопаткой на придесневой стенке и боковыми гранями, затем проводили фотополимеризацию. Далее восстанавливали придесневую стенку и основную полость. После восстановления зуба проводили окончательную обработку реставрации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате изучения техники восстановления контактного пункта выявлено, что пассивная методика применяется, если матрица плотно прилегает к придесневой стенке. Активная методика применяется, если матрица плотно прилегает к зубу ниже придесневой стенки, есть небольшая щель между придесневой стенкой и матрицей.

ВЫВОДЫ

Использование современных технологий, оборудования и материалов позволяет врачу-стоматологу за минимально короткое время получить максимальный топографо-анатомический эффект при восстановлении контактного пункта.