

В лечении стоматита использовали средства: обработка рта хлоргексидином, нистатин, ацикловир, флуконазол, метиленовая синь, стоматофит.

При посеве мазка из зева данного пациента были выделены следующие микроорганизмы: *Pseudomonas aeruginosa* 10^5 КОЕ, *Candida glabrata*, чувствительные к цефтазидиму, цефаперазону, гентамицину, амикацину, меропенему.

После перевода ребенка для ФЗТ в дневной стационар на базе Республиканской детской больницы, произошла стабилизация стоматологических заболеваний при проведении системной антибиотикотерапии, комплексного стационарного лечения.

Список литературы

1. Стоматология детского возраста: учебник: в 3 ч. – 2-е изд., переработанное и доп. / В.М. Елизарова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Ч. 1. Терапия. – 480 с.: ил.
2. Martin R., Beck M., Eng C., Giugliani R., Harmatz P., Mufioz V. et al. Recognition and diagnosis of mucopolysaccharidosis II (Hunter syndrome). *Pediatrics*. 2008; 121: 377–86.

ЛЕЧЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИЕЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА ФОНЕ ГАЛЬВАНОЗА

Цаликова Н.А., Гончарова О.П., Исакова Т.Г., Мамедова Г.Ф.

ФГБОУ МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Актуальность. Красный плоский лишай является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки рта, который характеризуется рецидивирующим, упорным течением с проявлением многообразия клинических форм [5, 8].

Красный плоский лишай (КПЛ) является полиэтиологичным заболеванием, в патогенезе которого участвуют иммунные, нейроэндокринные, интоксикационные метаболические процессы с поражением кожи и слизистых

оболочек в виде специфических высыпаний, которые развиваются вследствие воспалительных и дистрофических реакций в пораженных тканях [3, 4, 7]. В развитии КПЛ с локализацией на слизистой оболочке рта (СОР) большое значение имеют провоцирующие факторы, нарушающие устойчивость слизистой к травматизации, ее целостность, воздействие химических раздражителей [10]. Рузуддинов С. и соавторы (2002) отметили, что возникновению различных форм КПЛ во рту способствуют некачественные протезы, разнородные металлы и размеры очагов поражения в определенной степени зависят от протяженности травмирующих факторов [9]. Большое значение в патогенезе поражения слизистой оболочки рта при КПЛ уделяется местным факторам. Острые края зубов и корней, неудовлетворительное состояние пломб и зубных протезов, наличие амальгамовых пломб, протезов из разнородных металлов создают условия для хронической механической травмы слизистой оболочки рта [6, 12, 14]. Авторы также подтверждают, что повышение микротоков во рту может провоцировать начало и длительно поддерживать лейкоплакию и плоский лишай во рту [2]. Развитие гальваноза у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта, по данным Арунова Т.И., в 93% случаев было связано с наличием во рту штампованно-паянных ортопедических конструкций [1]. По данным исследований типичная форма красного плоского лишая на фоне гальваноза проявляется в 46,6%. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта, протекающий на фоне гальваноза проявляется частыми рецидивами заболевания, чувством сухости и жжения слизистой оболочки, изменением вкусовой чувствительности и плохо поддается терапевтическому лечению [1]. Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза и клиники красного плоского лишая, лечение данной патологии остается актуальной проблемой стоматологии, так как вызывает онкологическую настороженность [11].

Целью нашего исследования является повышение эффективности диагностики КПЛ на фоне гальваноза и комплексного лечения с применением озонотерапии.

Под нашим наблюдением находилось 152 пациента с заболеванием КПЛ (экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы) слизистой оболочки рта, из них 75 без явлений гальваноза и 77 с явлениями гальваноза. При обследовании наших пациентов, страдающих красным плоским лишаем подтвердилось, что зоны поражения КПЛ на фоне гальваноза идентичны зонам поражения КПЛ без явлений гальваноза, как при экссудативно-гиперемической, так и при эрозивно - язвенной форме КПЛ, изолировано поражает СОР, чаще поражается слизистая оболочка щек в области линии смыкания коренных зубов, реже языка, губ, десны, дна рта. Однако, при красном плоском лишае на фоне гальваноза, клиническая картина более выражена – очаги поражения часто соответствуют размерам большой протяженности мостовидных протезов, или наоборот, очаг КПЛ располагается вокруг одной металлической коронки. рН сдвигается в кислую сторону в большей степени при эрозивно-язвенной форме КПЛ на фоне гальваноза ($5,64 \pm 0,26$) по сравнению с рН при экссудативно-гиперемической форме ($5,58 \pm 0,22$). При КПЛ без явлений гальваноза рН равна $6,1 \pm 0,38$. Сравнение показателей рН смешанной слюны при КПЛ без явлений гальваноза ($6,1 \pm 0,38$) и КПЛ на фоне гальваноза ($5,64 \pm 0,26$) подтверждают влияние электрохимических процессов (гальванических токи) на кислотно-щелочное равновесие. Следовательно, даже незначительные сдвиги рН (ацидоз) будут влиять на течение заболевания КПЛ.

Впервые в ортопедической стоматологии применили метод лечения КПЛ (экссудативно-гиперемическая форма) озонированным оливковым маслом, накладывая на пораженные участки, пропитанные озонированным оливковым маслом салфетки. Первые процедуры показали эффективность лечения. Положительная сторона этого метода - сам пациент проводит аппликации самостоятельно после обучения и консультации с врачом-стоматологом ортопедом. За счет большого перекисного $6000 \text{ мгO}_2/\text{кг}$ и кислотного числа (не более 20 мг KOH/g) оливковое озонированное масло имеет ярко выраженное противовоспалительное, бактерицидное действие, эффективно стимулирует репаративные процессы. Аппликационная терапия КПЛ экссудативно-

гиперемическая форма оливковым озонированным маслом проводится в течение 5-7 дней, 2 раза в день, по 15 минут. Аппликационную терапию проводит сам пациент. Лечение получили 5 пациентов с КПЛ (экссудативно-гиперемическая форма). После лечения установлено: улучшилось общее самочувствие (100%), нормализовались сон и акт жевания. При осмотре: исчез отек, гиперемия (100%-n=5); показатели разности потенциалов-между СО-СО уменьшились в 2 раза, с 40 мВ до 20 мВ $p \leq 0,005$; слизистая языка-рот уменьшилось с 42 мВ до 29 мВ (в 1,4 раза); рот/Язык-Язык-уменьшилось с 35 мВ до 20 мВ (в 1,75 раза). Можно утверждать, что снижение РП до нормы говорит о нормализации клеточного метаболизма СОПР, т.к. все показатели со знаком плюс, что указывает на отсутствие раздражающего фактора (воспалительные токсины). Местный иммунитет значительно улучшился: уменьшилась эмиграция нейтрофильных лейкоцитов в слюну, увеличилась фагоцитарная активность.

После аппаратного метода озонотерапии и курса аппликационного метода лечения озонированного оливкового масла назначали дополнительно антиоксиданты, т.к. они стимулируют иммунитет, фагоцитоз [13]. Пациентам был назначен Селен актив по 1 таблетке в день в течение 10-14 дней; Имудон по 1 таблетке в день в течение 14 дней, льняное масло, рыбий жир по одной чайной ложке в день.

Таким образом воспалительные заболевания СОР - КПЛ на фоне гальваноза со склонностью к затяжному хроническому течению, дают выраженный терапевтический эффект при озонотерапии. Включение озонотерапии в повседневную деятельность врача-стоматолога позволит значительно повысить онкологическую настороженность и эффективность лечения хронических воспалительных заболеваний СОР - КПЛ на фоне гальваноза и уменьшить случаи рецидивов.

Список литературы

1. Арунов Т.И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-М.- 2010.-С.1-22.

2. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта//Учебник под редакцией проф. Г.М. Барера.-2010.-С.54-62.
3. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай//Саратов: Издательство Саратовского ун-та.-1990.-С.176
4. Иванова А.Ф. Влияние металлических включений в полости рта на общее состояние организма//Стоматология, 1981. - №5. - С.63-73
5. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология
6. Манин О.И., Манин А.И. Изучение разности электрохимических потенциалов у пациентов с красным плоским лишаем // Вопросы современной стоматологии, М. - 2008. - С.86-87.
7. Машкиллейсон А.Л. Красный плоский лишай. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ//М.: Медицина-1999.-С. 291
8. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта/ /М.: Медицина.-1978.-С. 231
9. Рузуддинов С., Жаубасова А.Ж., Искакова М.К. Ортопедическое лечение больных красным плоским лишаем имеющих зубные протезы из разнородных металлов// Актуальные проблемы стоматологии.-М.-2002.-С.171-173.
10. Силин Д.С., Конопля А.И., Письменная Е.В. К вопросу состояния слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем //Курский научно-практический вестник «Человек и здоровье», 2010.- №3.- С.128.
11. Тиунова Н.В. Красный плоский лишай: выбор метода лечения //«Обзор стоматология».- Нижний Новгород.- 2011.-№1-С.14
12. Цветкова-Аксамит Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки рта и губ//Учебное пособие.-М.-2000.- С.32-38 стоматология /Москва, Издательство "Медицина".- 2002.- С.640
13. Bocci V., Lussi E., Paulesu L Studies on the biological effects of ozone: An attempt to define conditions for optimal induction of cytokines. Lymphokine Cytokine Res1993;12:21-126.

14. Brown R. S. A retrospective evaluation of 193 patients with oral lichen planus // J. Oral Pathol. Med. — 1993. — Vol. 22, № 2. — P. 69-72.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОДЕРМ®- ФОРТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА

Целуйко К.В.¹, Задорожний А.В.¹, Леонтьев В.К.²,

Попков В.Л.³, Галенко-Ярошевский П.А.³

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

² ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

³ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

По различным данным, в том числе и ВОЗ, воспаление пародонта является на сегодняшний день одной из самых распространенных заболеваний челюстно-лицевой области (до 98% у взрослого населения планеты) [13, 22]. При этом хронический генерализованный пародонтит (ХГП) безусловно доминирует в палитре воспалительно-деструктивных поражений опорно-связочного аппарата зубов, который способен не только нарушать физиологическую функцию пародонта, но и приводит всю зубочелюстную систему к полной её дезорганизации [10, 12].

Не последняя роль в возникновении воспалительной патологии пародонта отводится инфекционному фактору [16, 24]. Для всех форм пародонтита характерно присутствие пародонтопатогенной инфекции [8, 27]. Отличительной чертой этих микроорганизмов является то, что они обладают широким спектром патогенности, что позволяет им индуцировать длительный воспалительный процесс, нарушать морфологическое единство пародонта и снижать иммунологическую реактивность всего макроорганизма [1, 7, 23, 25].

С целью нивелирования отрицательного воздействия пародонтопатогенной микрофлоры на ткани пародонтальной поддержки традиционно в практической пародонтологии для проведения этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии применяют антибиотики [11,