

стоматологической помощи детям в период формирования корней постоянных зубов.

Список литературы

1. Выгорко В.Ф. Психэмоциональная коррекция поведенческой реакции у детей при санации зубов: Автореф. дис. \ канд.мед.наук-М.2001.-20 с.
2. Лечение кариеса зубов у детей: Учебно.мед.пособия /О.В. Минчя и др.- Минск: БГМУ, 2013. -64 с.
3. Маунт Г. Стоматология минимального вмешательства: Современная философия /Г. Маунт //Дент Арт.-2005. -№ 1.-С. 55-59.
4. Николаев А.И., Цепов Л.М., Бычков В.А. Стеклоиономерные цементы // Институт стоматологии, 1999. -№ 3.-С.48-58.
5. Рутковская Л.В., Андрищенко Б.К. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения кариеса первых постоянных моляров с незавершенной минерализацией твердых тканей //Вестник Смоленской Государственной Академии. -2009.-№ 4.-С. 143-144.
6. Рутковская Л.В. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения кариеса постоянных зубов у детей младшего возраста в условиях школьного стоматологического кабинета: Автореф. дис. канд. мед.наук.-Смоленск, 2004.-С. 21
7. Справочник по детской стоматологии /под ред. А.С. Carnernon, P.P. Winner; перевод с англ.под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гиняли, О.З. Тополницкого.-М. МЕДпресс-информ, 2003.- 288 с.
8. Терапевтическая стоматология детского возраста /под ред. Л.А. Хоменко. -Киев: ООО «Книга плюс», 2007. -815 с.
9. Тищенко В.А. Компромисс в реставрации дефектов твердых тканей зубов. С. Эндвич метод. Общие вопросы //Современные научные технологии. -2008.-№ 5.-С. 33-34.
10. Тищенко В.А. Принцип минимально инвазивной терапии в практическом применении //Проблемы стоматологии. - 2006.-№ 2.-С. 71-75.
11. Стасенкова М.А. Клиническое обоснование эффективности комплекса методов профилактики и лечения кариеса постоянных зубов у детей младшего детского возраста: Автореф. дис. . . . канд.мед.наук.-Москва, 1996.-С. 28
12. Чуев В.В., Рачитский Г.И., Аль-Алавин С.В., Сметаняк С.М. Технология щадящей подготовки дентина //Стоматолог. - 2004.-№ 1,2,3.
13. Чуев В.В., Лягига Л.А., Гапочкина Л.Л., Посохова В.Ф., Максева И.М., Чуев В.П. Новое поколение подкладочных стеклоиономерных цементов фирмы «ВладМиВа» - основа успешной малоинвазивной реставрации зубов //Институт стоматологии. - 2006.-№ 2.-С.127-131.
14. Юдина Н.А. Минимально инвазивные вмешательства в стоматологии: стратегии и технологии /Н.А. Юдина //Современная стоматология. - 2008.-№ 1.-С. 15-18.
15. Ahovun-Saloranta A. Pit and Fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adotescents /A. Ahovun-Saloranta, A. Hiitri, A. Nordblad //Cochrane Datebase Syst. Rev.- 2004.-Vol. 3.
16. Burke F.J. From extension for prevention to prevention of extension: minimal intervention dentistry) /F.J. Burke //Dent Update.- 2003.-Vol. 30.-№ 9.-P. 492-498.

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ



**Х.П. Камилов,
М. К. Камалова,
К.А.Тахирова**

**Ташкентский государственный
стоматологический институт Узбекистан**

Summary

The article describes the experience of using the drug Geksoral and MIL-therapy in the treatment of acute herpetic stomatitis in children aged 3-6years. It is shown that the use of MIL-therapy has a positive impact on the clinical course of disease, that minimizes the time of treatment, reduces the need for intensity, dose and time of use of etiopathogenetic agents.

Среди вирусных заболеваний герпетическая инфекция занимает одно из ведущих мест, что определяется повсеместным распространением вируса простого герпеса (ВПГ), более чем 90%ным инфицированием им человеческой популяции, пожизненной персистенцией вируса в организме, полиморфизмом клинических проявлений заболевания, резистентностью к существующим методам лечения. По данным ВОЗ, заболевания, обусловленные ВПГ, занимают второе место (15,8%) после гриппа (35,8%) как причина смертности от вирусных инфекций.[4,5,6]

Перенесшие острый герпетический стоматит (ОГС) дети становятся носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС), герпесом губ. У каждого 7-8 ребенка после перенесенного ОГС развивается рецидивирующая форма болезни.[2,8]

Важным аспектом в лечебно-профилактическом комплексе при заболеваниях слизистой оболочки полости рта является устранение причин их возникновения, а также

использование различных методов и средств, способствующих эпителизации эрозий. В настоящее время сочетанную магнитно-лазерную терапию используют в клинической практике для лечения слизистой оболочки полости рта, в том числе и рецидивирующего герпетического стоматита. Использование действия постоянного магнитного поля в сочетании с низкоинтенсивным импульсным лазерным излучением находит все большее применение в стоматологии благодаря достаточно широкому диапазону своего профилактического и лечебного действия на ткани и организм в целом. [1,3,7]

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения острого герпетического стоматита у детей.

Материалы и методы

Обследованы 45 детей в возрасте от 3 до 6 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии БУХМИ с диагнозом ОГС средней тяжести. Больные дети были разделены на три группы по 15 в каждой. Пациентам 1-й группы на фоне общей терапии проводились обработка полости рта раствором 0,1 % хлоргексидина, аппликации 3% ацикловиrom. Препарат наносили на слизистую оболочку полости рта (СОПР) на участок поражения размером с горошину. У больных 2-й группы на фоне общей терапии проводилось лечение полости рта препаратом Гексорал, а также аппликации 0,25% Оксолиновой мазью. 3-я группа в дополнение к лечебным мероприятиям 2-й группы получала магнитно-инфракрасно-лазерную терапию (МИЛ-терапия).

Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов в 3 наблюдаемых группах проводилась на основании субъективных данных, динамики клинических наблюдений и лабораторное обследование. Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.

Результаты и обсуждение

У больных ОГС изучали клиническое состояние, определяли микрофлору ротовой жидкости до и после лечения, количество лактобактерий и содержание иммуноглобулинов. Клинически ОГС протекает с сильными болями в полости рта. Появляется гиперемия, отмечаются эрозии на СОПР, покрытые серовато-белым налётом размером от 2-3 до 6-7 мм. Афты чаще локализуются на слизистой языка, губ, переходных складок.

Подчелюстные, подподбородочные, шейные лимфоузлы увеличены. Свободная от эрозий СОПР отёчна, гиперемирована, язык обложен, отмечается слюнотечение, слюна вязкая с неприятным запахом. На 3-4-е сутки лечения у пациентов 1-й группы отмечалось уменьшение кровоточивости дёсен, эпителизация наступила на 4-е сутки после лечения. Афты эпителизовались медленнее, гиперемированный венчик вокруг афт уменьшался на 5-е сутки. Выздоровление наступило на 8-9-е сутки. Лимфоузлы уменьшились на 10-е сутки. После лечения изменились и микробиологические показатели СОПР. Так, количество

анаэробов возросло до $5,12 \pm 0,27$ КОЕ /мл, уровень секреторного IgA – до 6,19 КОЕ.

Пациенты 2-й группы, у которых использовали Гексорал, в 1-е сутки свободно открывали рот за счёт обезболивающего действия препарата и принимали пищу. У всех пациентов на 3-и сутки уменьшилось выраженное воспаление. Слизистая десны приобрела розовый цвет на 4-е сутки, десневые сосочки приняли правильную конфигурацию на 5-6-е сутки, была устранена их напряжённость и пастозность, количество выделяемой слюны резко уменьшилось, улучшилось гигиеническое состояние полости рта, уменьшился налёт на зубах. Полное выздоровление наступило на 6-7-е сутки. После лечения улучшились и микробиологические показатели: количество анаэробов составляло $6,3 \pm 0,22$ КОЕ/мл, уровень секреторного IgA $6,3 \pm 0,1$, то есть приблизился к норме. Во время лечения побочных эффектов, связанных с применением препарата Гексорал, не наблюдалось.

У пациентов основной группы принцип лечения отличался лишь тем, что в план общей терапии было добавлено МИЛ-терапия, инфракрасное лазерное излучение полупроводникового арсенид-галлиевого лазерного диода на пораженные участки кожи и слизистой оболочки 1 раз в сутки в течение 5-7 дней. У всех пациентов на 2-е сутки уменьшилось выраженное воспаление. Слизистая десны приобрела розовый цвет на 3-и сутки, десневые сосочки приняли правильную конфигурацию на 4-5-е сутки, все вышеперечисленные симптомы и показатели имели положительную динамику на более ранних сроках. Полное выздоровление наступило на 5-6-е сутки.

Результаты проведенного исследования показали, что добавление МИЛ-терапии в комплексную терапию острого герпетического стоматита улучшает кровообращение, клеточно-мембранный обмен веществ, активизирует нейрогуморальные факторы, иммунокомпетентные системы и, в итоге, сокращает срок эпителизации.

Список литературы

1. Гертнер Л. В., Гаврилюк В. П., Конопля А. И., Шабалин А. Р. / *Вестник новых медицинских технологий...* – 2006. – С. 160-161.
2. Казанцева И.А. Клиническая диагностика поражений слизистой оболочки полости рта и губ у детей, вызванных вирусом простого герпеса / *Современные проблемы науки и образования.* – 2012. – № 1. – С.69-72.
3. Казанцева И.А., Смоленов И.В., Белан Э.Б., Антонов Ю.В. *Современные методы диагностики и лечения больных с герпетической инфекцией полости рта / Стоматол. дет. возраста и профилактика.* 2011. – № 1. – С.42-44.
4. Михайловская В.П., Белая Т.Г., Попруженко Т.В. *Современные аспекты лечения вирусных стоматитов у детей. / Современная стоматология.* – 2006. – № 1. – С. 39-41.
5. Юлдашханова А.С., Махсумова С.С. *Эффективность применения препарата Ацикловир при остром герпетическом стоматите у детей / Stomatologiya.* – 2012. – №1-2. – С. 98-101.
6. Chon T,Nguyen L,Elliott TC *Clinical inquiries: what are the best treatments for herpes labialis?* J Fam Pract 2007;56 (7) 576- 578
7. Savage D.C. *Microorganism associated with epithelial surfaces and stability of the indigenous gastrointestinal microflora/Dic. Nahrung.* –2007. –N 5-6. –P383-395.
8. StagnoS,Whitley R.. *Herpes Virus Infection in the Neonate and Children. Sexually Transmitted Dis-eases.* –2th end.- New York: McGraw Hill,2010.-P.872- 873.