

Фагоцитарное число при этом оставалось практически одинаковым, и составило, соответственно $1,83 \pm 0,18$; $2,33 \pm 0,63$ ($P1-2 > 0,05$); и $1,78 \pm 0,23$ ($P1-3 > 0,05$).

По показателям НСТ-теста видно, что метаболический потенциал нейтрофилов также изменяется по мере нарастания уровня эмоционального выгорания. Так, в группе обследуемых, у которых не определялось эмоциональное выгорание, показатель НСТбаз составил $16,89 \pm 1,98\%$; у обследуемых со средним уровнем эмоционального выгорания – $13,67 \pm 2,48\%$ ($t=1,21$; $P1-2 > 0,05$); а у лиц с высоким и критическим уровнем эмоционального выгорания этот показатель был равен $11,09 \pm 1,01\%$ ($P1-3 < 0,001$). Показатели НСТстим у обследуемых всех трех групп были равны соответственно: $29,0 \pm 1,98\%$; $34,33 \pm 1,78\%$ ($P1-2 < 0,01$); и $24,36 \pm 1,83\%$ ($P1-3 < 0,001$).

Не выявлено существенной разницы в уровне секреторного иммуноглобулина А в смешанной слюне у обследуемых всех трех групп. Оказалось, что в первой группе обследуемых уровень иммуноглобулина А был равен $2,23 \pm 0,5$ мг/мл, во второй группе этот показатель составил $2,3 \pm 0,6$ мг/мл ($t=0,21$; $P1-2 > 0,05$), а в третьей – $2,64 \pm 0,8$ мг/мл ($t=1,13$; $P1-3 > 0,05$).

Вместе с тем, обнаружено, что адсорбционная активность эпителиальных клеток слизистой оболочки страдает только у лиц с высоким и критическим уровнем эмоционального выгорания. Так, если среди обследуемых первой и второй группы этот показатель был равен, соответственно: $18,38 \pm 4,17\%$ и $19,89 \pm 2,18\%$ ($P1-2 > 0,05$), то среди респондентов третьей группы он был достоверно ниже, и составил $15,12 \pm 3,34\%$ ($P1-3 < 0,001$).

Таким образом, нами установлено, что у лиц с СЭВ имеет место изменение местного иммунитета полости рта, характеризующееся снижением активности фагоцитоза, которое может расцениваться как показатель ослабления поглотительной функции фагоцитов; снижением функционально-метаболической активности лейкоцитов, и, следовательно, готовности их к завершённому фагоцитозу. Причем следует отметить, что в большей степени эти изменения выражены у лиц с высоким и критическим уровнем эмоционального выгорания. Кроме того, у пациентов с высоким и критическим уровнем эмоционального выгорания достоверно снижена адсорбционная активность эпителиальных клеток слизистой оболочки полости рта. Существенных различий в уровне секреторного иммуноглобулина А у лиц с различным уровнем эмоционального выгорания не выявлено.

ДЕСКВАМАТИВНЫЙ СТОМАТИТ

Иленко Н.Н., Николишина Э.В.

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Десквамативный стоматит – сравнительно редко встречающееся изменение слизистой оболочки полости рта. Однако, его клиническая картина достаточно характерна и отождествляется с картиной географического (десквамативного) языка. Участки десквамации эпителия при данном заболевании, в отличие от десквамативного глоссита, возникают на других отделах слизистой оболочки полости рта. Это состояние описано в литературных источниках (Рыбаков А.И., Банченко Г.В., 1978, Kuttat NA, Narayana N et al., 2001).

Несмотря на характерную клиническую картину, практические врачи испытывают определенные затруднения в диагностике этого состояния прежде всего из-за малочисленности подобных больных. Отсюда и необоснованная врачебная тактика, о чем свидетельствуют наши наблюдения.

Материал и методы исследования. В течение 15 лет с данным диагнозом на кафедре под нашим наблюдением находился 21 пациент (16 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 18 до 49 лет. Диагноз устанавливали на основании общепринятых методов клинического обследования полости рта. Всем больным проводилось исследование желудочно-кишечного тракта, общий анализ и биохимия крови, обследование на грибы рода *Candida*, гистология измененных тканей.

Результаты исследования их обсуждение.

О трудности диагностики географического стоматита свидетельствует то, что в направлениях на консультацию диагноз чаще всего отсутствовал. В 4-х случаях заболевание было рас-

ценено как стоматит, но без уточнения этиологии, еще у 2 – как хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

В большинстве случаев изменения слизистой оболочки не сопровождались какими-либо субъективными ощущениями и были обнаружены случайно при осмотре полости рта самими пациентами или во время посещения врачей терапевта, стоматолога и др. Семь пациентов предъявляли жалобы на жжение и болезненность в полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Все больные были обеспокоены необычным видом слизистой оболочки полости рта и к сожалению, их беспокойство не исчезало после посещения стоматолога. У большинства больных отмечены разного рода фобии: канцерофобия, кандидофобия и прочее.

Из анамнеза жизни стало известно, что у 11 пациентов диагностирована патология желудочно-кишечный тракт, в основном гипо- и анацидный гастриты, у 2-х отмечалась дискинезия желчевыводящих путей, у 3-х – отмечены постоянные стрессовые ситуации. Нам не удалось проследить наследственный характер данного заболевания.

У большинства пациентов географический стоматит характеризовался появлением участков десквамации эпителия на слизистой оболочке губ, щек, неба, дна полости рта, языка. Поражения имели округлые очертания, розово-красный цвет, размеры от 0,5 до 1,5 см. Наблюдалась тенденция к их периферическому росту, слиянию. В 70% случаев по краю участков десквамации наблюдался белый бордюрный венчик кератоза.

Во всех наблюдениях географический стоматит сочетался с географическим языком. Однако, выраженность стоматита и глоссита не всегда совпадали. Иногда при выраженном стоматите явления глоссита были незначительны и, наоборот. Кроме этого, у 11 больных дополнительно диагностирован складчатый язык.

Гистологические исследования обнаружили истончение эпителия на участках десквамации, паракератоз и умеренный гиперкератоз в окружающих зонах, выраженную воспалительную реакцию.

Микробиологические исследования показали, что у 9 пациентов обнаружены грибы рода *Candida* и нити псевдомицелия, у 3 – микрококки.

Большинство врачей склоняется к тому, что больные с географическим стоматитом, как и географическим глосситом, в лечении не нуждаются.

Своим пациентам при наличии жалоб на боли, мы назначали обезболивающие, противовоспалительные, эпителизирующие средства. Хорошо, по нашему опыту, снимают болевые ощущения облучения КУФ и гелий-неонового лазера. Очень важным является седативная терапия и психотерапия разъяснительного характера, а также обязательным этапом эффективной терапии является лечение основного заболевания у гастроэнтеролога.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОГИБРИДНОГО КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Ильсова Ф.М., Ноздрина М.С.

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, г. Москва*

Кариес был и остается самым распространенным заболеванием зубов, которое выражается в размягчении твердых тканей с последующим образованием полости. Лечение кариеса в современной стоматологии уже давно не сводится просто к удалению поражённых тканей и заполнению дефекта пломбировочным материалом. Использование современных пломбировочных материалов позволяют не только замещать утраченные части зуба, но и восстановить их по форме, цвету и микрорельефу (бугорки, ямки, фиссуры и другие детали поверхности). Восстановленный таким образом зуб выглядит естественным и здоровым. Сила сцепления современных композитных материалов с тканями зуба сопоставима с прочностью самого зуба. Таким образом, целесообразное и правильное использование пломбировочного материала позволяет добиться максимальной ретенции пломбы. Для реставрации жевательной группы зубов можно использовать такой композит светового отверждения, как FILTEK Z550(3M). Filtek Z550 (3M)