

Операция проходила бескровно с образованием коагуляционного слоя, который покрывал раневую поверхность, в результате чего не было необходимости использования йодоформного тампона. Для предотвращения развития коллатерального отека применяли местное наложение холода на 10–15 минут. В послеоперационном периоде назначались ротовые ванночки отвара ромашки.

Интенсивность болевого синдрома определяли по 4-балльной шкале оценки боли. При возможных болевых ощущениях рекомендовали прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) однократно.

Результаты. Во время оперативных вмешательств нами отмечено, что у пациентов отсутствовало кровотечение и формировалась коагуляционная пленка на раневой поверхности, что обеспечивало хороший обзор операционного поля. Клинически в раннем послеоперационном периоде не отмечалось выраженного коллатерального отека и болевого синдрома.

При обследовании раны в раннем послеоперационном периоде выявлено, что после операции с применением излучения диодного лазера эпителизация раны наступала к $7 \pm 0,5$ суткам, а в последующем формировались мягкие, эластичные рубцы. Также у пациентов не отмечалось гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Заключение. По данным клинических исследований выявлено, что применение диодного лазера в хирургической стоматологии способствует сокращению сроков заживления операционных ран, осуществляет хороший гемостаз и визуальный контроль, снижает риск возникновения послеоперационных осложнений, а в дальнейшем формируются мягкие эластичные рубцы.

Таким образом, применение хирургических лазерных технологий позволяет совершенствовать технику хирургического лечения и повысить эффективность лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями полости рта.

Козлова Ю.С., Разумова С.Н., Браго А.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА БЛИЖНЕГО ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 810 НМ ПРИ ГИПЕРСТЕЗИИ ЗУБОВ

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия

Kozlova Y.S., Razumova S.N., Brago A.S. (Moscow, RUSSIA)

NEAR INFRA-RED LASER LIGHT WITH WAVELENGTH 810 NM FOR TREATING TEETH HYPERSTHESIA

Цель. Лечение гиперстезии зубов остается актуальной проблемой в современной стоматологии. Несмотря на различные подходы к ее лечению, распространенность данного заболевания, по данным многих авторов, колеблется от 4 до 74%. Безусловно, лечение гиперстезии должно иметь быстрый и продолжительный эффект. Лечение пациентов с гиперстезией зубов только традиционными методами не всегда оказывается достаточно эффективным. Поиск новых методов терапии продолжается. Целью исследования было изучение эффективности применения лазера ближнего инфракрасного диапазона с длиной волны 810 нм при гиперстезии зубов.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 пациентов с диагнозом К-03.18 «истирание зубов», который сопровождается гиперстезией зубов. Изучены результаты эффективности применения лазера ближнего инфракрасного диапазона с длиной волны 810 нм, диодный аппарат «Лазермед-10-01», Тула, Россия. Параметры лазера при лечении: мощность 0,5 В, непрерывное излучение (CW), контакт на обнаженный участок дентина, в течение 30 секунд. С помощью пробы Шиффа оценивалась гиперстезия зубов, измерение проводилось следующим методом: на расстоянии 1 см в течение секунды подавался воздух (под давлением 40–60 psi) при температуре 21 градус из пуллера стоматологической установки, перпендикулярно пришеечной поверхности. Проба Шиффа оценивалась по следующим критериям: 0 – нет реакции; 1 – ощущение

дискомфорта, но пациент не настаивает на прекращении пробы; 2 – неприятные ощущения, сопровождающиеся просьбой об остановке проведения теста; 3 – выраженная болевая реакция с выраженными моторными реакциями, направленными на немедленное прекращение теста. Степень болевой чувствительности при зондировании определялась по шкале Вонга–Беккера (визуально-аналоговая шкала). Для оценки уровня болевой реакции применяли цифровую рейтинговую шкалу боли в баллах: 0 – нет боли, 1–3 – слабая болевая реакция, 4–6 – умеренная болевая реакция, 7–10 – сильная болевая реакция.

Результаты. У 13 обследованных пациентов после 1 сеанса произошло снижение показателей пробы Шиффа с 3 до 2 баллов, с 10 до 5 баллов по шкале Вонга–Беккера. У 18 пациентов после 1 сеанса произошло снижение гиперстезии с 3 баллов до 1 балла по данным пробы Шиффа, до 2 баллов по визуально-аналоговой шкале. А у 9 пациентов после 1 сеанса применения лазера явления гиперстезии полностью прошли: показатель пробы Шиффа – 0 сразу после проведения процедуры и полное отсутствие болевых ощущений по шкале Вонга–Беккера.

Заключение. Использование лазера ближнего инфракрасного диапазона с длиной волны 810 нм можно рекомендовать при гиперстезии зубов.

Ларионова Е.В., Тарасенко С.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕМОСТАЗА

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия

Larionova E.V., Tarasenko S.V. (Moscow, RUSSIA)

ERBIUM LASER LIGHT IN SURGICAL PERIODONTAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HEMOSTATIC DISORDERS

Цель: повышение эффективности и безопасности проведения хирургического вмешательства на тканях пародонта у пациентов с нарушениями гемостаза посредством применения лазерных технологий. У пациентов с патологией гемостаза низкий уровень гигиены полости рта, высокая частота возникновения заболеваний пародонта связаны с опасением кровоточивости при травме слизистой оболочки десны при проведении индивидуальной гигиены полости рта, с отказом пациентов от проведения плановых манипуляций.

Материалы и методы. 17 пациентов с патологией гемостаза, нуждающихся в проведении хирургических вмешательств на тканях пародонта, прооперированы с применением Er:YAG-лазера. В предоперационном периоде выполнено клинко-рентгенологическое и лабораторное обследование, проведена консультация врача-гематолога. Оперативные вмешательства проводились в амбулаторных условиях без применения местных гемостатических средств. Проявлений геморрагического синдрома у пациентов на момент хирургического вмешательства не определялось.

Результаты. Хирургические вмешательства были выполнены малоинвазивным доступом, с минимальной травмой окружающих тканей. При использовании эрбиевого лазера у всех пациентов удалось добиться надежного гемостаза во время проведения операции. В послеоперационном периоде практически отсутствовал болевой синдром и коллатеральный отек мягких тканей, формирования рецессий десны не отмечалось.

Заключение. Применение лазерных технологий позволяет осуществлять хирургические вмешательства на тканях пародонта у пациентов с патологией гемостаза на качественно новом уровне, делая проводимые манипуляции более эффективными и безопасными.