

Показатель стафилококкового антитоксина в начале исследования составлял 0,8, через 2—7 дней — 0,8, через 8—21 день 0,8 АЕ в 1 мл сыворотки крови.

На всех сроках нет разницы в содержании антитоксина.

Для хронических стафилококковых остеомиелитов средний койко-день равен 32, а для хронических нестафилококковых — 24 дня¹.

Из 81 больного у 62 обнаружен стафилококк. У остальных был стрептококк, микрококк, диплококк и другие микроорганизмы.

ВЫВОДЫ

1. При одонтогенных остеомиелитах челюстей чаще встречается стафилококковая инфекция.

2. Стафилококковая инфекция вызывает значительное накопление в крови стафилококкового антитоксина. Для остеомиелитов нестафилококковой этиологии антитоксин не превышает 1 АЕ в 1 мл сыворотки крови, а при остеомиелитах стафилококковой этиологии количество его может возрасти до 6 АЕ.

3. При острых остеомиелитах стафилококковой этиологии после операции антитоксин нарастает в течение 3 недель, затем наблюдается его снижение. При остеомиелитах нестафилококковой этиологии титр стафилококкового антитоксина не меняется.

4. Выздоровление при остеомиелитах стафилококковой этиологии наступает в более поздние сроки, чем при остеомиелитах другой этиологии.

5. При хронических остеомиелитах, где возбудителем является стафилококк, стафилококковый антитоксин нарастает медленно, при остеомиелитах нестафилококковой этиологии количество его не увеличивается. Скорость заживления тех и других остеомиелитов одинакова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов А. К. ЖМЭИ, 1962, 5. — 2. Воскресенский Б. В., Дмитриева А. И., Лебедева З. И. ЖМЭИ, 1961, 1. — 3. Рожанский В. И. Хирургия, 1940, 7 и 8. — 4. Сегаль М., Лурье С. Сб. Центрального кожно-венерол. института, 1941, в. 8. — 5. Суховольская Р. П. Стоматология, 1946, 2. — 1947, 3. — 6. Фрид С. М., Фрумкина Г. Е. Клин. мед., 1940, 2—3. — 7. Челышнев А. М., Титова В. С., Златкина С. А. ЖМЭИ, 1961, 9. — 8. Weiss Ch., Taranik D. The Journal of immunology, 1937, 3. — 9. Zironi A. Rev. immunol., 1938, 4.

Поступила 13 июля 1964 г.

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ САМОТВЕРДЕЮЩЕЙ ПЛАСТМАССОЙ АСТ-2

Асс. Р. Ф. Патукина

Кафедра терапевтической стоматологии (науч. руков. — проф. И. М. Оксман) и кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин)
Казанского медицинского института

Вопросу применения самотвердеющих пластмасс на основе акрилатов (АСТ-2, АСТ-2а, АКР-7 и др.) для пломбирования зубов посвящен ряд клинических исследований (И. А. Бегельман — 1959, Н. Ф. Данилевский, Н. А. Кодола, А. И. Марченко — 1956, В. И. Митина — 1959, Лэнжелэнд и Норвей — 1959, К. Керестеси — 1959, и др.). Эти работы посвящены лабораторному изучению физико-химических свойств различных марок пластмасс и клиническому их испытанию.

Литературные данные показали, что самотвердеющие пластмассы химически значительно устойчивее минеральных цемента и представляют большой практический интерес в косметическом отношении.

Это и побудило нас провести систематические клинические исследования по вопросу о ценности пластмассы АСТ-2 как пломбировочного материала.

Пломбировочная масса готовилась по инструкции, предложенной Харьковским заводом зубоврачебных материалов. При этом необходимо 3 части порошка смешать с 1 частью жидкости. Полученной мягкой тестообразной пластмассой заполняется подготовленная полость. Через 10—15 минут после окончательного затвердения производится отделка пломбы.

Мы проводили усовершенствование методики пломбирования пластмассой АСТ-2. Оно заключается в сочетании свежеприготовленной пластмассы с твердой, заранее приготовленной под давлением пресса. Этим мы старались уменьшить токсичность пластмассы АСТ-2 и увеличить ее прочность.

¹ Весь цифровой материал обработан статистически.

Всего нами запломбировано 445 зубов у 312 больных при лечении среднего кариеса и 234 зуба у 147 больных при глубоком кариесе. Повторные наблюдения проводились над 154 зубами, леченными по поводу среднего кариеса, в сроки от 3 месяцев до 1 года 8 месяцев, а также над 140 зубами, запломбированными пластмассой АСТ-2 при глубоком кариесе. Продолжительность клинических наблюдений от 3 месяцев до 3,5 лет.

Количество осложнений при среднем кариесе составляло 9,8%, при глубоком кариесе — 9,3%, что по литературным данным (И. А. Бегельман — 1936, Т. Т. Школяр и С. А. Зверева — 1954, Н. Ф. Данилевский — 1956) в 3—4 раза меньше, чем у цементных пломб и в 1,5—2 раза меньше, чем у амальгамных, при одних и тех же сроках наблюдения.

В литературе уже имеется ряд научных исследований, посвященных морфологическому изучению пульпы зуба в эксперименте после пломбирования их пластмассой АСТ-2 с применением изолирующей подкладки, а также без подкладки.

По данным Н. Ф. Данилевского, Н. А. Кодола, А. И. Марченко (1956), во всех случаях пломбирование пластмассой без подкладки приводило к полному некрозу пульпы. При пломбировании АСТ-2 с подкладкой из фосфат-цемента они наблюдали вакуолизацию слоя одонтобластов, инъекцию сосудов.

Е. С. Яворская, А. И. Марченко, О. В. Петрова (1960) обнаружили, что пломбирование зубов пластмассой АКР-7 без изоляции пульпы приводит к явлениям гиперемии, а на более поздних сроках наблюдаются склеротические и атрофические процессы без видимых репаративных изменений.

В наших клинических наблюдениях электровозбудимости пульпы зубов, запломбированных пластмассой АСТ-2 при глубоком кариесе, мы выявили сравнительно небольшой процент осложнений (3%) в виде резкого понижения электровозбудимости пульпы.

Уже из приведенного обзора видно, что литературные данные по вопросу о реакции зуба на пластмассы разноречивы. Это обстоятельство побудило нас провести и гистологические исследования реакции пульпы зуба на пломбирование пластмассой АСТ-2 с учетом особенностей применяемой нами методики пломбирования.

Материалом для исследования служили человеческие зубы, преимущественно фронтальные, подлежащие удалению по ортодонтическим показаниям. Всего больных было 25, исследуемых зубов — 30. Возраст больных — от 12 до 45 лет. Сроки наблюдения от 2 недель до 2 лет 7 месяцев.

Предварительно на более доступной поверхности зуба препарировалась искусственная полость в пределах эмали и дентина, как при среднем кариесе. Для препаровки зуба применялись новые неиспользованные боры (шаровидные, фиссурные, конусовидные) и карборундовые головки для снятия эмали. Для устранения боли во время препарирования мы применяли втирание кристаллического новокаина с анестезином.

Полость после формирования имела форму ящика с отвесными боковыми стенками и ровным основанием, что обеспечивало хорошую фиксацию пломбы.

Приготовленная полость высушивалась эфиром или струей воздуха и пломбировалась двуслойной пластмассой: тестообразной и твердой прессованной с цементной подкладкой. Прессованная пластмасса нами готовилась заранее в виде брусков всех трех расцветок из АСТ-2. Из брусков по мере надобности выпиливалась пластинка необходимой величины.

В 15 зубах пломбирование производилось намеренно без цементной подкладки. После затвердения пломбы (через 15 минут) поверхность пломбы шлифовалась карборундовым камнем.

Сроки от момента пломбирования до удаления зуба с целью исследования пульпы колебались от 15 дней до 3 месяцев. У одного больного удаление произведено через 2 года 7 месяцев и у трех — через 1,5 года.

Зубы удалялись под местной анестезией 2% раствором новокаина и фиксировались в 12% растворе формалина.

Срезы зубов готовились двумя методами: методом раскалывания и удаления пульпы из твердых тканей и методом декальцинации твердых тканей. Удаленная пульпа обезживалась в спиртах с возрастающей степенью крепости и заключалась в парафин. Срезы из парафинового блока были сделаны на санном микротоме (6—7 μ) и окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Для декальцинации мы применяли 12% раствор муравьиной кислоты и доводили зуб до состояния хрящевой консистенции.

При изучении гистологического материала мы обнаружили изменения в пульпе двойного характера: дистрофические и воспалительные.

Почти во всех зубах мы наблюдали в пульпе различные явления дистрофии, как, например, сетчатую атрофию пульпы, вакуолизацию одонтобластов, склероз и фиброз соединительной ткани, наличие дентиклов.

Воспалительную реакцию пульпы мы обнаружили лишь в трех зубах, когда пломбы из пластмассы были положены без изоляции пульпы непосредственно на твердые ткани зуба. Срок давности пломб во всех этих зубах был один месяц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Литературные данные, а также проведенные нами клинические наблюдения и патоморфологические исследования об использовании для пломбирования зубов пластмассы АСТ-2 по усовершенствованной нами методике показали преимущество этого материала по сравнению с другими.

Изучение отдаленных результатов показало, что пломбы из данной пластмассы в 3—4 раза прочнее цементных пломб и в 1,5—2 раза амальгамных, особенно при кариесе на аппроксимальных поверхностях зуба.

Особенную ценность представляет пломбирование пластмассой группы фронтальных зубов, так как она по цвету не отличается от цвета естественных зубов.

Пломбирование зубов прессованной пластмассой АСТ-2 с цементной подкладкой по нашей методике устраняет ее токсические свойства, что подтверждается положительной реакцией пульпы на электроток через 2—3 года после наложения пломбы и нашими гистологическими исследованиями с продолжительностью наблюдения от одного месяца до 2 лет и 7 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бегельман И. А. Стоматология, 1959, 2.— 2. Данилевский Н. Ф., Кодола Н. А., Марченко А. И. Стоматология, 1958, 5.— 3. Митина В. И. Тез. докл. науч. сессии Украинского ин-та стоматологии. Одесса, 1959.— 4. Патукина Р. Ф. Сб. науч. трудов врачей Марийской АССР и научн. работников Казанского мед. ин-та, Казань, Казанск. мед. ин-т, 1959.— 5. Школяр Т. Т. и Зверева С. А. Стоматология, 1954, 6.— 6. Langland K., Norway O. Oral. Surg., 1959, 12, 11.— 7. Keresthesi K. Osteor. Ztsch. für Stomatologie, 1959, 5.

Поступила 17 октября 1963 г.

О НЕКОТОРЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И РАННЕМ ПУЭРПЕРИИ¹

Проф. А. М. Фой, доценты М. И. Анисимова и Н. В. Оноприенко

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института

Практического врача особенно интересуют две наиболее опасные формы, обуславливающие тяжчайшие кровопотери при беременности и в родах: кровопотери при предлежании детского места и при патологическом течении послеродового периода и раннего пуэрперия. Есть основания утверждать, что сравнительно несложные организационные и лечебно-профилактические мероприятия при необходимости у врача могут привести нас к дальнейшим успехам в борьбе с ними.

В акушерской клинике лечебного факультета Саратовского института за последние 11 лет находилось 203 женщины с выраженным кровотечением на почве предлежания детского места, и ни одна из них не погибла.

Наш опыт говорит о необходимости широчайшего использования при этой патологии весьма простых и буквально общедоступных в условиях советского родовспоможения мероприятий. Среди них особое значение приобретают: 1) возможно более ранняя госпитализация этих больных; 2) соблюдение больными строжайшего лечебно-охранительного режима до конца беременности и в родах; 3) систематическое использование средств ингибиторного воздействия на сократительную деятельность матки до стойкого получения эффекта (токоферрол, эрвигит, прегнин, прогестерон). Нами экспериментально и клинически доказана высокая эффективность при этом внутривенных введений 8—10 мл 0,5% новокаина (О. В. Масловская), проводимых на протяжении 6—7 дней в сочетании с применением одного из вышеуказанных лекарственных препаратов; 4) существенное значение имеют неоднократные гемотрансфузии во избежание пагубных влияний постепенной анемизации женщины на ее здоровье и на судьбу плода и новорожденного.

Весьма рационально и использование средств стимуляции гемопоэза, неоднократное применение в интересах плода профилактической «триады» по А. П. Николаеву.

При этих условиях, независимо от формы предлежания детского места (у 40% наших женщин было тотальное предлежание плаценты), хорошо разработанные в

¹ Доложено в Саратовском научном обществе врачей акушеров-гинекологов в сентябре 1963 г.