

холой слизистой оболочки полости рта (кариозные зубы, корни, острые края коронок, плохо подогнанные протезы и др.).

Широкое применение различных полимеров в стоматологии (имплантация пластмассы при ряде восстановительных операций) также требует диспансерного наблюдения за этой группой больных со стороны стоматологических учреждений.

Наблюдению и лечению у стоматологов должен подвергаться каждый больной, получающий лучевую терапию по поводу онкологических заболеваний различной локализации. Особо тщательная санация полости рта должна быть проведена при лечении онкологических заболеваний слизистой оболочки.

Больные, излеченные от новообразований, не имеющие рецидивов и метастазов, должны находиться до конца своей жизни под постоянным диспансерным наблюдением в стоматологических поликлиниках, отделениях, а также проходить периодические осмотры у онколога.

В течение первого года после операции осматривать больных рекомендуется раз в квартал; на второй год — раз в полугодие; в последующие годы — ежегодно.

Сложные многостадийные восстановительные операции следует начинать не раньше, чем через год после удаления опухоли. По показаниям больные должны наблюдаться врачом-ортопедом.

Больным с неоперабельными формами заболевания должна проводиться симптоматическая терапия. Стоматологи обязаны научить больного особенностям питания и ухода за полостью рта.

На пленуме были высказаны два различных мнения. Одни считают, что следует расширить онкологическую деятельность стоматологических стационаров, как наиболее приспособленных к всестороннему обслуживанию больных с новообразованиями полости рта, лица и челюстей, оборудовав и оснастив их всем необходимым. Другие считают, что возможна организация в составе онкологических диспансеров стоматологических отделений с соответствующим количеством коек, протезным отделением, укомплектованных квалифицированными стоматологами с онкологическим уклоном.

В Таджикистане в поликлиническом отделении республиканского онкологического диспансера в 1963 г. организован стоматологический кабинет с необходимым штатом врачей и среднего медицинского персонала. Разосланы методические письма с указанием о направлении всех больных с подозрением на предопухольевые и опухолевые процессы в республиканский онкологический диспансер. В целях раннего выявления рака и предраковых заболеваний как в поликлинических отделениях, так и в стационарах республики, врачам вменено в обязанность осматривать состояние полости рта и слюнных желез и при подозрении на новообразования направлять к специалисту. Создание единого центра учета стоматологических больных и их диспансеризация в онкологических учреждениях позволили в республиканском онкологическом диспансере начать проведение плановых научных исследований, организацию экспедиций в районы республики с целью изучения краевых особенностей распространения опухолей.

В Татарской республике, в связи с отсутствием в стоматологических стационарах надлежащих условий, рекомендуется организовать в онкологических диспансерах стоматологические отделения, где онко-стоматологические больные будут получать комплексное лечение на современном уровне.

С. З. Залялютдинова (Казань)

УДК 616.314

ВОПРОСЫ ОЧАГОВОЙ ЗУБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА IV ВСЕПОЛЬСКОМ СЪЕЗДЕ СТОМАТОЛОГОВ

(24—26/IX 1965 г. Варшава)

Проф. Фукс (Лодзь) наблюдал 2978 скрытых зубных очагов, из них 1541 был в пародонте, 1246 — в пульпе и верхушечном периодонте и у 191 больного было сочетание воспалительного процесса в маргинальном и верхушечном периодонте. Лишь в 380 зубах отмечены признаки обострения. Во всех случаях изучались общие и местные тесты. Общие — баночная проба Вальдмана, морфологическая картина крови, РОЭ. Местные — электроочаговая проба на слизистой оболочке по Штанделю; гистаминовая проба по Эркесу (с введением гистамина в десну) и пенициллиновая проба по Феннеру.

Когда у больного пенициллиновая проба оказывается положительной, докладчик думает о бактериальном действии очага; если положителен электрический тест, то предполагается нервный, а при положительном гистаминовом тесте — аллергический механизм действия очага. На этом основании автор считает, что для подтверждения активности зубного очага достаточно получить положительный результат хотя бы на один из примененных тестов.

После лечения 78 зубов с пораженным верхушечным пародонтом у лиц с положительными пробами через год в 96,8% эти пробы оказались отрицательными.

Б. Трахтенберг (Лодзь) сообщил, что уже через 6—7 дней после одного сеанса йодионофореза в 66,7% пробы по Штанделю, Эркесу и Феннеру были отрицательны у тех больных, которые положительно реагировали на них перед лечением. После 2 сеансов эти пробы были отрицательными у всех.

Проф. П. Фирю (РНР) обследовал 240 больных и у 60% обнаружил не менее чем по одному зубному очагу. Докладчик полагает, что участие фокальных очагов не может быть всегда обнаружено ни серологическим, ни иммунологическим, ни гуморальными тестами, ни гистологическими исследованиями. Невзирая на самое углубленное обследование больных, участие зубного очага в той или иной кардиопатии можно только подозревать. Автор отвергает нозологическую самостоятельность так называемой «очаговой болезни» и считает, что зубной очаг играет важную роль в этиопатогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Ликвидация очага — лучшая профилактика кардиопатий. Поражения пульпы должны рассматриваться также как очаг. Все известные тесты, предложенные для выявления зубного очага, могут дать только относительные показания. Наиболее простой, верный и наименее опасный тест — гистаминовый. Тесты антиген — антитело, изменение фракций белка, ускоренная РОЭ, повышение титра антистрептолизина, по мнению докладчика, делаются положительными на II этапе болезни, когда зубной очаг вызывает реакцию в ретикуло-эндотелиальной системе.

Подчеркивая важность удаления очага, автор рекомендует избегать удаления зубов у больных острым миокардитом, у больных с содержанием протромбина ниже 50% нормы (норма 12—15 сек по тесту Квинке) и при РОЭ выше чем 20 мм/час.

Л. Ветков, Попова-Копрова, Венедиктов (Болгария) для оценки участия очагов инфекций в молочных зубах в происхождении ревматизма и др. коллагенозов использовали следующие тесты: общие — 1) конъюнктивальная гистаминовая проба по Рэмки, 2) исследование капиллярной резистентности по Бломкромму-Гочу в модификации Нестерова и местные — 1) электроочаговая, 2) мышечно-фибрилярная по Слауку. Перечисленные пробы проводились до удаления зуба и в разные сроки после него.

После удаления молочных периодонтитных зубов определенное улучшение изученных показателей и клинической картины было отмечено у 12 из 45 детей с ревматизмом; у 9 наблюдалось ухудшение. У части детей происходили аллергические реакции. Последние наблюдались даже у тех, у которых в дальнейшем было улучшение.

Доц. Г. Д. Овруцкий (Казань) посвятил свой доклад оценке иммунологических сдвигов в организме и гистологическим изменениям в околоверхушечных тканях после лечения верхушечных периодонтитов кислородно-обтурационным методом. Получены результаты гистологического изучения морфологической картины околоверхушечных тканей собак в ответ на пломбирование корневых каналов зубов цебанитом и жидким фосфатцементом. Были показаны диапозитивы гистологических препаратов, иллюстрировавшие тот факт, что в ранние сроки после пломбирования корневых каналов зубов цебанитом воспалительные явления в тканях верхушечного периодонта выражены значительно слабее, чем после пломбирования корневых каналов жидким фосфатцементом. Через год после пломбирования цебанитом верхушечный периодонт был представлен волокнистой тканью, без признаков воспалительной инфильтрации. Через такой же срок после пломбирования жидким фосфатцементом в области верхушки корня, как правило, обнаруживалась волокнисто-клеточная ткань, нередко с признаками клеточной инфильтрации.

Клинические исследования, включавшие в себя рентгенографию околоверхушечных тканей, изучение аллергии организма к стрептококку и определение общей иммунологической реактивности организма по В. И. Иоффе, подтвердили, что последние два показателя, измененные при периодонтитах, нормализовались после лечения верхушечных периодонтов кислородно-обтурационным методом. Характерно, что иммунологические сдвиги обнаруживаются задолго до того, когда можно уловить изменения на рентгенограмме.

Особенно важным докладчик считает то, что некоторые показатели реактивности организма нормализуются после консервативного лечения периодонтитов.

Проф. К. Ленгрод (ФРГ) коснулся некоторых механизмов развития очаговых заболеваний. Поддерживая в основном аллергический патогенез так называемых фокальных процессов, автор не счел возможным согласиться с крайними позициями, из которых вытекает либо необходимость удаления периодонтитного зуба, либо игнорирование участия очага в происхождении очаговых заболеваний.

Онезорге (ГДР) посвятил свой доклад значению очаговых заболеваний в бальнеотерапии. Подчеркивая значение санации полости рта перед курортным лечением, автор отмечает, что после бальнеотерапии возрастают возможности для консервативного лечения зубных очагов. Вопрос о выборе пути лечения в таких случаях должен решать стоматолог вместе с бальнеологом.

На съезде были также продемонстрированы два фильма, посвященных вопросам выявления зубных инфекционных очагов.

Проф. Б. М. Пашков (Москва), доц. Г. Д. Овруцкий (Казань)