

с помощью вестибулярных пластинок Крауса, Шенхера. Такая терапия в сочетании с лечебной ортодонтической гимнастикой должна быть направлена в первую очередь на устранение вредных привычек* и функциональных нарушений в зубочелюстной системе. После предварительного пользования вестибулярными пластинками дети в более старшем возрасте быстрее осваивают регулятор функции.

Начинать лечение регулятором функции целесообразно в конечном периоде молочного прикуса, а также в начальном периоде сменного или постоянного прикусов. В это время имеются устойчивые молочные клыки или прорезываются постоянные, на которые опираются проволочные детали аппарата. Отмечается активный рост челюстей, который можно стимулировать в нужном направлении.

При применении регуляторов функции после окончания активного роста челюстей — у девочек в возрасте 13—14 лет и у мальчиков в возрасте 16—17 лет и более — не всегда возможно достигнуть желаемых результатов. Исправление формы зубных дуг происходит без значительного улучшения их соотношений в прикусе. Для устранения функциональных нарушений требуются более длительные сроки, причем не всегда удается ликвидировать их полностью. В процессе пользования регулятором происходит перестройка функции мышц в течение 2—3 месяцев. Однако она не закрепляется в дальнейшем ростом челюсти. Больные с дистальным прикусом могут смыкать зубы при двух положениях нижней челюсти: переднем и заднем. Изучение расположения суставных головок в суставных ямках на томограммах височно-нижнечелюстных суставов свидетельствует, что при смыкании зубных рядов суставные головки находятся в переднем положении на скате суставного бугорка, т. е. в неблагоприятном с физиологической точки зрения положении. При задней окклюзии суставные головки находятся в середине суставных впадин.

При лечении в старшем возрасте целесообразно сочетать применение регуляторов функций с внеротовой тягой, предварительными хирургическими мероприятиями и лечебной ортодонтической гимнастикой. Это позволяет активнее воздействовать на нейромоторные процессы в зубочелюстной системе.

После исправления прикуса регуляторами функции обычно не требуется применения ретенционных аппаратов. Регулятор функции на определенном этапе лечения может рассматриваться как ретенционный аппарат в тот период, когда у больного появилось правильное смыкание боковых зубов.

Частичный рецидив наблюдался у 5,9% больных, у которых были показания к удалению 4—4 зубов, но в связи с отказом родителей эти зубы не были удалены.

Успех лечения по методу Р. Френкеля зависит от одновременного сочетанного устранения морфологических и функциональных нарушений, т. е. от правильного применения регуляторов функции в периодах активного роста костей.

На основании опыта исправления аномалий прикуса функциональным методом Р. Френкеля можно констатировать, что этот метод дает хорошие и устойчивые результаты лечения в периоде активного роста челюстных костей. Наши данные позволяют положительно оценить действие регуляторов функции и рекомендовать этот метод с учетом возрастных показаний для широкой ортодонтической практики.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 615.477.2:616.314

ПРИМЕНЕНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ВНУТРЕННИМИ КЛАММЕРАМИ

Канд. мед. наук В. Н. Паршин, Н. В. Смоленцева

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Двенадцатилетние наблюдения за лицами, у которых применены съемные протезы с внутренними кламмерами, свидетельствуют, что данная конструкция зубных протезов обеспечивает достаточный функциональный результат и хороший косметический эффект.

Поиски новых способов фиксации съемных протезов при дефектах зубного ряда не потеряли актуальности, так как, несмотря на большое разнообразие применяющихся для этих целей кламмеров, почти все они имеют существенные недостатки. В последние годы предложен ряд конструкций кламмерной фиксации, которые особенно часто используются в бюгельном протезировании.

Нами разработана и применяется в течение нескольких лет простая конструкция внутреннего опорно-удерживающего кламмера по В. Н. Паршину, простая в изготовлении, хорошо фиксирующая бюгельные и пластинчатые протезы верхней и нижней челюсти, обеспечивающая правильное распределение жевательного давления и удовлетворительная в эстетическом отношении.

Последовательность изготовления кламмеров этой конструкции следующая. На опорные зубы изготавливают коронки. После их припасовки снимают слепок вместе с коронками и, определив центральную окклюзию модели, фиксируют в окклюдатор. На проксимальную поверхность коронок опорных зубов, направленных в сторону дефектов, приклеивают параллельно друг другу (для чего желательно пользоваться параллелометром) стержни из проволоки нержавеющей стали толщиной в 1,5—2,0 мм, которые припаивают. Стержни должны не доходить на 1,0 мм до жевательной поверхности коронки зуба и отступать от десны на 1,5—2,0 мм. Затем из проволоки диаметром 0,8—1,0 мм изгибают плечо кламмера в виде буквы «Л», которое накладывают на стержень, а отросток, изогнутый под углом 110—120°, вводят в базис протеза. Плечо кламмера устанавливают на стержень коронки и обмазывают тонким слоем фосфат-цемента для удержания в правильном положении, производят гипсовку, паковку и полимеризацию с коронками, которые переходят в контрформу кюветы вместе с искусственными зубами. Во избежание попадания пластмассы в коронки их заполняют ватой. После обработки участок протеза вокруг плеча освобождают от цемента, чем создается необходимый промежуток для рессорности кламмера. Припасовку протеза в рту больного проводят вместе с коронками, которые затем фиксируют цементом.

Эта методика с 1960 г. широко применяется на кафедре ортопедической стоматологии Казанского медицинского института и в других поликлиниках Казани и ТАССР.

Отдаленные результаты фиксации съемных протезов внутренними кламмерами прослежены у 106 человек, на протяжении 6—8 лет находившихся под постоянным наблюдением. В течение первого года пользования такими протезами жевательная эффективность их возросла в среднем на 24%, что свидетельствует о хорошей адаптации больных к ним.

Вторая методика изготовления внутреннего кламмера заключается в том, что стержни округлой формы моделируют из воска, отливают и припаивают или непосредственно приливают к коронкам. Это особенно показано в тех случаях, когда коронка опорного зуба низкая. Для большей площади спайки или прилива стержень моделируется с лапкой на язычной или небной поверхности коронки зуба.

Из встречающихся осложнений можно отметить поломку плеча кламмера, которая наблюдается не чаще, чем у обычного гнутого проволочного кламмера, и легко поддается починке.

При починке снимают гипсовый слепок с опорного зуба (без протеза), модель отливают из легкоплавкого металла. Из соответствующей проволоки изгибают новый кламмер, который фиксируют в протезе самотвердеющей пластмассой на модели или непосредственно в полости рта.

ВЫВОДЫ

1. Двенадцатилетний опыт применения внутреннего опорно-удерживающего кламмера в пластиночных и в бюгельных протезах показал, что он создает хорошую устойчивость протеза и рационально, по вертикальной оси зуба, передает жевательное давление на опорные зубы. Кламмер может быть изготовлен в любой зуботехнической лаборатории.

2. При низких коронках и повышенном давлении могут быть рекомендованы литые стержни с увеличенной площадью соединения к коронке и беспаячное их крепление.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 616.716—018.46—002: [616.316—008.8+616.151.5(577.164.18)]

СОСТОЯНИЕ ХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СЛЮНЫ И КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ОСТЕОМИЕЛИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ф. С. Хамитов

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова

Реферат. Исследованиями, проведенными у 107 больных острым и хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей, установлено, что при этих процессах происходит уменьшение активности холинэстеразы слюны и увеличение активности холинэстеразы эритроцитов крови. Концентрация ацетилхолина в крови уменьшена, в слюне существенно не изменена. Определение нейромедиаторов в патогенезе остеомиелитов челюстей может открыть широкие перспективы применения ганглиоблокаторов, патогенетических средств терапии.

Изучение нейрогуморальной регуляции организма больных одонтогенным остеомиелитом челюсти может дополнить наши представления о механизмах трофических нарушений при остеомиелитических процессах челюстей, так как известна роль медиаторов не только как химических посредников в передаче возбуждения в синаптических