

Таблица 2

Прижизненная растворимость эмали зубов детей по Са/Р-молярному коэффициенту ($M \pm m$)

Группы детей	Са/Р	Р
1-я	$3,74 \pm 0,83$	$<0,01$
2-я	$15,52 \pm 3,53$	
3-я	$4,50 \pm 1,38$	$<0,01$
4-я	$4,69 \pm 1,66$	$<0,05$

Примечание. Сравнение всех групп проводили по отношению ко 2-й группе.

организма оказалось достоверно более низким (табл. 3).

В физиологических условиях слюна перенасыщена Са и Р [3], находящимися в определенном соотношении. Изменение этого соотношения, в данном случае связанное с уменьшением количества неорганического фосфата, может способствовать усилению деминерализации эмали. По-видимому, для оценки течения кариозного процесса целесообразно наряду со специальными стоматологическими исследованиями оценивать состояние неспецифической резистентности организма.

Минеральный состав слюны у детей

Таблица 3

Показатели	Группы детей				Достоверность
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Са, ммоль/л	$1,10 \pm 0,07$	$1,22 \pm 0,05$	$1,20 \pm 0,07$	$1,15 \pm 0,05$	$P_1 > 0,05$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$ $P_4 > 0,05$
Р, ммоль/л	$3,91 \pm 0,16$	$3,33 \pm 0,16$	$4,33 \pm 0,26$	$3,10 \pm 0,26$	$P_1 < 0,05$ $P_2 < 0,01$ $P_3 < 0,01$ $P_4 < 0,01$

Примечание. P_1 — степень достоверности различия между 1-й и 2-й группами;
 P_2 — степень достоверности различия между 3-й и 4-й группами;
 P_3 — степень достоверности различия между 2-й и 3-й группами;
 P_4 — степень достоверности различия между 1-й и 4-й группами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина Т. И., Алексеева О. Г., Волкова А. П. Лаб. дело, 1976, 9.—
2. Дорофейчук В. Г. Там же, 1968, 1.—3. Леонтьев В. К. Кариес и процессы минерализации. Автореф. докт. дисс., М., 1978.—4. Овруцкий Г. Д. а) В кн.: Экспериментальное подтверждение зависимости кариеса зубов от состояния реактивности организма. Пермь, 1972; б) В кн.: Кариес зуба и иммунобиологическое состояние организма. Казань, 1979.—5. Рыбаков А. И. В кн.: III съезд стоматологов РСФСР. Волгоград, 1976.

Поступила 13 октября 1980 г.

УДК 616.314—002—08:615.874.2

ОЦЕНКА ПРОТИВОКАРИОЗНОГО ДЕЙСТВИЯ КСИЛИТА

А. Н. Галиуллин

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.—проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Проведено двухлетнее наблюдение над школьниками с целью выяснения возможности профилактики кариеса зубов путем замены сахара ксилитом. Замена 30 г сладостей в сутки ксилитом привела к существенному снижению пораженности кариесом постоянных зубов и оказала благоприятное влияние на клиническое течение кариеса.

Ключевые слова: кариес, профилактика, ксилит.

3 таблицы. Библиография: 8 названий.

В связи с общеизвестной кариесогенной ролью сахара [2, 3] многие исследователи считают целесообразным частичную его замену в рационе питания [5, 6, 8]. Для этой цели применяют сорбит, маннит, ксилит, ликозин, фруктозу и другие вещества. Особого внимания заслуживает ксилит. Этот пятиатомный спирт обладает свойством замедлять образование зубной бляшки [7] и оказывает благоприятное влияние на обменные процессы [1, 4]. Так как изучение действия ксилита проводили главным

образом в эксперименте, данных о влиянии употребления заменителей сахара на возникновение кариеса зубов накоплено далеко не достаточно.

Нами проведено исследование влияния ксилита на возникновение и развитие кариеса зубов у детей школьного возраста. Под наблюдением было 262 учащихся школы-интерната № 10 г. Казани (возраст — от 8 до 14 лет), которых мы разделили на 2 группы. Первая группа, включающая 167 детей, была контрольной. 95 детей второй группы получали ксилит взамен 50% входящих в рацион сладостей. Каждый ребенок этой группы ежедневно получал 30 г ксилита. В остальном питание детей обеих групп было одинаковым и полноценным по содержанию белков, жиров, минеральных солей и витаминов.

В течение двухлетнего периода наблюдений детей обследовали каждые 6 мес. У них проверяли состояние полости рта, определяли антропометрические показатели; кроме того, все это время дети находились под наблюдением педиатра, отоларинголога, ревматолога и эндокринолога. Данные о влиянии ксилита на динамику поражаемости кариесом зубов приведены в табл. 1.

Таблица 1

Влияние ксилита на динамику распространенности кариеса зубов у детей

Группа детей	Пораженность детей кариесом, %			
	через 6 мес	через 12 мес	через 18 мес	через 24 мес
1-я	5,3	8,8	12,3	15,8
2-я	0,8 $P < 0,05$	2,5 $P < 0,05$	2,5 $P < 0,05$	7,7 $P < 0,05$

Из табл. 1 видно, что уже через 6 мес проявляется противокариозное действие ксилита.

Двухлетнее наблюдение обнаружило снижение прироста интенсивности кариеса постоянных зубов (табл. 2).

Таблица 2

Влияние ксилита на интенсивность кариеса у детей

Группа детей	Число зубов, пораженных кариесом, на одного обследованного			
	через 6 мес	через 12 мес	через 18 мес	через 24 мес
1-я	0,4	1,0	1,7	2,2
2-я	0,2 $P < 0,05$	0,27 $P < 0,05$	0,4 $P < 0,01$	0,5 $P < 0,01$

Достоверное уменьшение прироста кариеса было констатировано уже спустя 6 месяцев.

К концу двух лет наблюдения у детей, получавших ксилит, в большей части зубов, пораженных за этот период (8 из 14), диагностирован начальный и поверхностный кариес (табл. 3).

В контрольной группе начальные стадии поражения имели место в 27 из 104 пораженных зубов. Разница статистически достоверна ($P < 0,001$). В свою очередь на долю осложненного кариеса у детей контрольной группы приходилось 14 случаев из 104, а у детей, получавших ксилит, лишь 1 случай из 14 ($P < 0,001$).

Антропометрические исследования (определение прибавки массы тела детей, увеличения жизненного объема легких, общего физического развития) не выявили заметной разницы в сравниваемых группах. Обе группы не различались по частоте перенесенных, кроме кариеса зубов, соматических заболеваний.

Выраженный противокариозный эффект частичной замены сахара ксилитом и отсутствие при этом каких-либо нежелательных проявлений дают основание рекомен-

Таблица 3

Удельный вес кариозных поражений различной глубины

Диагноз	Количество зубов, пораженных кариесом	
	во 2-й группе	в 1-й группе
Кариес в стадии пятна	4	11
Поверхностный кариес	4	16
Средний кариес	3	36
Глубокий кариес	2	27
Пульпит	1	14

ЛИТЕРАТУРА

1. Галиуллин А. Н. В кн.: Кариес зубов и иммунобиологическое состояние организма. Казань, 1979.—2. Леонтьев В. К. Стоматология, 1977, 4.—3. Леус П. А., Хингаан М. В. Там же, 1980, 1.—4. Рафес Ю. И., Шелекеева И. И., Воротеляк В. С. и др. Врач. дело, 1972, 2.—5. Dunning I. M., Holge A. T. J. dent. Res., 1971, 50, 4.—6. Maxinen K. K., Scheinin A. S. Acta odont. Scand., 1972, 30, 259.—7. Scheinin A., Odont L., Odont D. Int. dent. J., 1973, 23, 3.—8. Shaw I. H. J. dent. Res., 1974, 53, 2.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.314—002.1—089.27

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАРИЕСА ВКЛАДКАМИ И ПЛОМБАМИ

А. М. Давлетшин, С. Б. Ковязина

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Л. М. Демнер), кафедра терапевтической стоматологии (зав. — проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. На основании регистрации случаев вторичного кариеса и выпадения пломб спустя 15—18 мес после лечения проведена сравнительная оценка лечения вкладками и пломбами при острых формах кариеса. Обнаружено, что замещение кариозных дефектов вкладками эффективнее замещения пломбами и что вкладки из хром-кобальтового сплава долговечнее пластмассовых.

Ключевые слова: кариес, лечение, пломбы.

Библиография: 2 названия.

Известно, что пломбирование зубов не всегда эффективно. Особенно малоудовлетворительны результаты пломбирования при острых формах кариеса [1, 2].

Мы провели сравнительную оценку лечения острого кариеса вкладками и пломбами.

Диагноз ставили на основании клинических данных, характеризующих состояние зуба, и определения активности лизодима крови, слюны, пропердина в сыворотке крови и бактерицидности кожи. При клиническом обследовании обращали внимание на интенсивность поражения, множественность поражения зубов в короткий срок, возникновение нескольких полостей в одном зубе, глубину поражений, образование полостей с неровными, подрывными краями, обилие грязносерого размягченного дентина на дне и стенках полости, симметричные поражения, а также склонность к развитию вторичного кариеса после пломбирования.

Формирование полости при фиссурном кариесе, наиболее часто встречающемся, проводили широким раскрытием кариозной полости и удалением всех нависающих участков эмали. При создании центральной полости иссекали все пигментированные фиссуры и придавали ей ящикообразную форму, избегая образования острых углов, которые могут оказаться местом возникновения вторичного кариеса. Если кариозный процесс поражал не только фиссуры, но и эмалевый валик между буграми, создавали общую полость с обязательным сохранением скатов бугров, придающих зубным стенкам прочность. Для улучшения фиксации вкладки создавали дополнительную полость в виде ласточкиного хвоста или овала и заканчивали формирование полости образованием фальца по краю полости под углом 45° на глубину эмалевого слоя при замещении дефекта вкладкой из металла.

При формировании полости III класса придавали ей не форму треугольника, обработанного основанием к шейке зуба, как это принято, а форму овала, и для предупреждения выпадения вкладки делали дополнительную полость в виде ласточкиного хвоста на небной поверхности. Кариозные полости на обеих апроксимальных поверхностях, как правило, соединяли широкой бороздкой, проходящей через слепую ямку.

При формировании полостей IV класса и большом дефекте на конце фиксирующего паза делали углубление в виде канала для штифта, улучшающего фиксацию вкладки. При поражении обоих углов формировали полости с двух сторон и соединяли их пазом, но не по режущему краю, как принято, а по небной поверхности, что предохраняет режущий край от отлома.