

давать ксилит как один из компонентов комплекса мер по профилактике кариеса зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галиуллин А. Н. В кн.: Кариес зубов и иммунологическое состояние организма. Казань, 1979.—2. Леонтьев В. К. Стоматология, 1977, 4.—3. Леус П. А., Хингаян М. В. Там же, 1980, 1.—4. Рафес Ю. И., Шелекитина 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 лизоцима 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 фисурном 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, обращенного 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.

Полости V класса чаще всего формировали в виде эллипса или овала с выпуклым, а не плоским дном.

Проведено лечение 162 больных (возраст — от 14 до 40 лет) при остром течении кариозного процесса. У 127 человек полости были замещены 224 вкладками из хром-кобальтового сплава и 193 из пластмассы и у 35 человек — 487 пломбами из цемента, пластмассы и эпоксидных смол.

Эффективность оценивали на основании регистрации случаев вторичного кариеса и выпадения пломб спустя 15—18 мес после лечения.

Выпадение вкладок отмечалось только в 19 случаях из 224 (8,5%). Все выпавшие вкладки были изготовлены из пластмассы. Более эффективными оказались вкладки из хром-кобальтового сплава. Все 193 вкладки, изготовленные из этого материала, сохранились в течение полутора лет без изменения.

При замещении кариозных дефектов зубов пломбами вторичный кариес через 15—18 мес выявлен в 105 случаях, что составляет 2,5 на 1 человека. Выпало за то же время 140 пломб, в среднем 3,8 на 1 человека. При использовании вкладок эти показатели составляют в среднем соответственно 0,02 и 0,15 на 1 человека, что статистически достоверно меньше, чем при замещении кариозных дефектов пломбами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артамонова В. Н. Влияние жидких адгезивов на устойчивость пломб и частоту рецидива кариеса. Автореф. канд. дисс., Л., 1978. — 2. Грищенко И. П. Вторичный кариес молочных зубов. В кн.: V. Всерос. съезд стоматологов. М., 1968.

Поступила 14 октября 1980 г.

УДК 616.314—089.29—635

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЦЕЛЬНОЛИТЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ МЕТАЛЛА

В. В. Еричев

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

Реферат. Описаны основные этапы изготовления протезов с цельнолитыми базами и кламмерами, показания к их применению и преимущества перед частичными съемными протезами из пластмассы.

Ключевые слова: съемные протезы, цельнолитые базы.

Библиография: 2 названия.

Съемные пластиночные протезы из пластмассы нашли широкое применение в протезировании обширных включенных и концевых дефектов зубных рядов, так как они просты в изготовлении, соответствуют цвету зубов, достаточно гигиеничны. Однако наряду с их положительными свойствами (восстановление жевательной функции, частичная нормализация речи, удовлетворительный эстетический эффект) протезы из пластмассы имеют ряд серьезных недостатков. При обследовании пациентов, пользующихся пластмассовыми съемными протезами, установлено, что от 35% до 75% из них страдают протезным стоматитом [1, 2].

Перед нами была поставлена задача усовершенствовать методику протезирования дефектов зубных рядов съемными протезами с цельнолитыми металлическими базами и технологию их изготовления. Мы стремились максимально уменьшить размеры базиса, устранить прилегание его к оставшимся зубам во избежание образования кариеса и к слизистой оболочке пришеечной области для предупреждения ее гипертрофии, улучшить фиксацию и стабилизацию протеза, максимально сохранив тактильные, температурные, вкусовые и фонетические свойства.

Полноценные металлические базы могут быть получены только путем литья из огнеупорной модели. Гипсовую модель подвергают обработке и изучению в параллелометре, обрабатывают для компенсации усадки, после чего в специальной кювете отливают дублированную модель из кристосила-2. На огнеупорной модели из бюгельного воска моделируют базис с оптимальной толщиной 0,3—0,4 мм для облегчения веса, удобства пользования, быстрого привыкания, наиболее точного повторения рельефа твердого неба, особенно в переднем его отделе. Моделируют также кламмеры, преимущественно системы Нея и ее модификаций. После моделировки расставляют литники с прибылями для компенсации усадки металла и предотвращения образова-