

За 4 года в районе родилось 18 детей (14 мальчиков и 4 девочки) с врожденными расщелинами губы и неба, что составляет 0,7%. Из анамнеза родителей выявлено, что у 9 матерей беременность протекала с осложнениями. Они часто болели и лечились у терапевта. Трое указали на наличие у родственников различных уродств.

У 8 детей имела сопутствующая патология (болезни почек, ревматизм и частые простудные заболевания). У 4 детей обнаружены другие проявления врожденных нарушений развития: деформация ушной раковины, 6-й палец на руке, косоглазие, болезнь Дауна. У 9 детей констатировано отставание в физическом и умственном развитии.

При стоматологическом обследовании у 3 детей выявлена односторонняя и у 2 — двусторонняя расщелина губы, у 9 — сквозная расщелина губы и неба, у 4 — изолированная расщелина неба. Кроме этого, у 3 детей обнаружены различные аномалии зубочелюстной системы.

Всем детям было своевременно проведено необходимое оперативное вмешательство. По показаниям они получают лечение у ортодонтон и логопедов.

В заключение считаем нужным отметить необходимость организации в ТАССР центра по диспансерному методу лечения детей с врожденными уродствами челюстно-лицевой области.

УДК 616.216.1—002

В. Г. Пепеляев (Казань). Некоторые особенности риногенных и одонтогенных гайморитов

Анализ наших наблюдений за 37 больными с различными формами гайморита и 76 историй болезни за 2 года дал возможность выявить ряд особенностей в клинике и течении гайморитов. Больные с риногенной формой заболевания (65 чел.) чаще жаловались на головную боль (43), затрудненное носовое дыхание (27), выделения из носа (43). Воспалительный процесс нередко был двусторонним (37), заболеванию пазухи предшествовали респираторные инфекции (грипп, ОРЗ). При риноскопии обнаруживали искривление носовой перегородки, полипы в носу, гипертрофию носовых раковин. Консервативное лечение давало хороший результат.

Из 25 больных одонтогенным гайморитом у 10 установлена причинная связь заболевания пазухи с заболеванием зуба (периодонтитом, остеомиелитом) и у 15 — с нарушением целостности стенок пазухи. Сообщение с верхнечелюстной пазухой в большинстве случаев было обусловлено удалением зубов. Воспалительный процесс у всех больных был только односторонним, часто распространялся на мягкие ткани. У больных имелся во рту свищевой ход, вследствие чего полость рта сообщалась с гайморовой пазухой. У данной категории больных лечение было успешным только после устранения источника инфекции (гангренозный зуб), заживления свищевого хода. Во время операции в пазухе обнаруживались более обширные, нередко с псевдохолестеатомами, деструктивные процессы с поражением костной ткани.

Больных с кистами гайморовой полости, исходящими из слизистой оболочки (16 чел.), часто беспокоили головная боль (13), заложенность носа (13), водянистые и слизистые выделения из носа (12). В анамнезе у этих больных имелись указания на аллергию к лекарствам. При риноскопии у 9 пациентов отмечена синюшность и отечность слизистой носа. У 11 больных произведена пункция пазухи, у всех получена янтарного цвета прозрачная жидкость (5—10 мл).

У 7 больных с одонтогенными кистами, растущими в гайморову полость, наблюдались асимметрия лица из-за выпячивания костной стенки, истончение кости или дефект ее. При пальпации определялась флюктуация содержимого кисты. При пункции кисты получена жидкость темного цвета с примесью зерен холестерина. Лечение заключалось в цистэктомии без радикальной гайморотомии, если полости кисты и пазухи разделяла плотная костная перегородка. В случаях нагноения кисты или отсутствия костной перегородки между пазухой и кистой применяли метод цистогайморо-анастомоза. Рану во рту зашивали наглухо.

При одонтогенных и кистозных гайморитах показано в основном оперативное лечение, а при риногенных — консервативное, однако если последнее не дает эффекта, также применяют хирургическое вмешательство.

УДК 546.76:616.314—089.28:612.017

А. Д. Ульянов (Казань). Активность лизоцима крови и слюны у больных, сенсибилизированных к хрому

Изучение причин непереносимости зубных протезов из стали показало, что развитие патологических изменений в полости рта связано с аллергическим действием хрома, содержащегося в таких зубных протезах. Выявленные у лиц, пользующихся зубными протезами из стали, признаки сенсибилизации к хрому укладываются в рамки трех синдромов. Первый характеризуется различными болевыми ощущениями во рту без объективных признаков поражения слизистой оболочки полости рта, второй — сочетанием болевых и неприятных ощущений во рту с объективно выявляемыми морфологическими изменениями слизистой оболочки рта, третий — теми же проявлениями, что и второй, и кроме этого — поражением кожных покровов.

Для оценки состояния неспецифической реактивности организма у 57 лиц, сенсibilизированных к хрому, определяли активность лизоцима крови, смешанной и паротидной слюны и проводили фармако-динамические пробы с адреналином и гистамином. Для контроля обследовали здоровых людей.

У больных, сенсibilизированных к хрому, титр лизоцима крови равен в среднем 1:42, смешанной слюны — 1:662, паротидной слюны — 1:94, у здоровых — соответственно 1:75, 1:786, 1:98. Статистический анализ показал, что число лиц с высокой активностью лизоцима крови (1:80) среди больных, сенсibilизированных к хрому, достоверно меньше, чем среди лиц контрольной группы — соответственно 6 из 27 и 20 из 23 ($P < 0,05$). Средние значения показателей активности лизоцима паротидной слюны у больных, сенсibilизированных к хрому, и у здоровых достоверно не отличаются между собой. У лиц, у которых сенсibilизация к хрому сочетается с поражением слизистой оболочки полости рта и кожи, показатели активности лизоцима крови и слюны были достоверно менее благоприятными. Реакция кожи на адреналин у больных, сенсibilизированных к хрому, существенно повышена ($P < 0,01$), а на гистамин — не отличается ($P > 0,05$) от контроля. Реакция кожи на гистамин у лиц, у которых сенсibilизация к хрому сочетается с поражением слизистой оболочки полости рта и кожи, оказалась более выраженной ($P < 0,001$), чем у больных с другими поражениями.

УДК 616.314—002

М. Г. Насибуллин (Казань). Серотонин в крови больных кариесом зубов

Целью настоящей работы явилось выяснение зависимости развития и характера клинического течения кариеса зубов от содержания серотонина в крови. Были обследованы 65 студентов в возрасте 18—20 лет: 9 с острым (быстротекущим) кариесом зубов (1-я группа), 26 с хроническим кариесом (2-я группа) и 30 человек с интактными зубами (3-я группа, контрольная). Регистрировали значения КПУ (кариес — пломба — удаленный зуб), среднее число кариозных полостей на одного человека, а также глубину поражения. Серотонин крови определяли биологическим методом Чернова и Липаца (1962).

В 1-й группе среднее значение КПУ составляло 10,5 (от 9 до 12), на одного обследованного приходилось 10 кариозных поражений. Пораженные глубоким кариесом зубы составили 53%, средним кариесом — 34%, поверхностным и начальным — 13%. У лиц 2-й группы среднее значение КПУ равнялось 2,2 (от 1 до 4). Среднее число кариозных полостей на одного пораженного составило 1,8. Глубокий кариес выявлен у 16%, средний — у 28%, поверхностный и начальный — у 56%.

Содержание серотонина в крови у лиц, страдающих острым кариесом, составляло $1,41 \pm 0,08$ мкмоль/л, у больных хроническим кариесом — $0,53 \pm 0,04$ мкмоль/л, у здоровых лиц — $0,52 \pm 0,03$ мкмоль/л.

Таким образом, концентрация серотонина в крови у лиц, страдающих острым кариесом, достоверно больше, чем у страдающих хроническим кариесом и у студентов контрольной группы ($P < 0,01$).

УДК 616.314—089.29—14—089.197.3

В. А. Большаков (Казань). Паста для препаровки зубов под коронки из фарфора

Оперативная обработка зубов при восстановлении их разрушенных коронок и при замещении дефектов зубных рядов несъемными протезами травмирует пульпу. Соблюдение правил техники препарирования твердых тканей зубов, а также охлаждение препарируемого зуба водой и воздухом в известной степени позволяют избежать нежелательной реакции со стороны пульпы зуба. Однако эти методы действительны только применительно к зубам, подлежащим восстановлению штампованными коронками из металла и коронками из пластмассы. При замещении дефектов коронок недепульпированных зубов и зубных рядов несъемными протезами из фарфора и металлокерамики, когда приходится иссекать значительный слой эмали и дентина, указанные меры профилактики уже не в состоянии предотвратить травматического повреждения пульпы зуба. Препарирование зубов в таких случаях сопровождается выраженной болезненностью. Аппликационное обезболивание, как правило, не достигает цели, а инъекционное или общее обезболивание, устраняя лишь болезненность, не предотвращает травматического повреждения пульпы зуба, ее воспаления или некроза.

Нами изучен экспериментально и опробован в клинике реальный путь предотвращения воспаления пульпы при препарировании абразивными инструментами коронок зубов для их восстановления несъемными протезами из фарфора. Метод заключается в аппликационном применении пасты, содержащей препараты, обладающие противовоспалительным и антисептическим действием (преднизолона 50 мг, хлоргексидина 20 мг, белой глины 20 г, ланолина 80 г), которую тонким слоем наносят на поверхность зуба перед препаровкой и после ее завершения на 15—20 мин. Затем препарированный зуб покрывают пластмассовой коронкой-колпачком и фиксируют цинк-оксидэвгенолевой пастой.

Эффективность способа изучена экспериментально-морфологически на 130 зубах