

13 беспородных собак в возрасте от 2 до 4 лет. Под общим обезболиванием путем внутривенного введения тиопентала натрия твердые ткани зубов шлифовывали алмазными абразивами при 3000 об./мин. Обязательно формировали равномерный циркулярный наддесневой уступ.

Гистологическое исследование пульпы проводили через 1, 3, 12 и 24 ч; 3, 7 и 14 дней; 1, 3 и 6 мес. Зубы декальцинировали в 10% растворе муравьиной кислоты и заливали целлоидином. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

В пульпе зубов, которые для контроля препарировали без предварительной обработки пастой, через 1—24 ч выявлены выраженные деструктивные изменения, значительный отек, расширение и тромбоз сосудов в ее коронковой и корневой части. В коронковой пульпе, сплошь инфильтрированной, обнаруживаются кровоизлияния и повреждение слоя одонтобластов.

В пульпе зубов, предварительно обработанных пастой, в эти сроки явления отека и расширения сосудов выражены слабо и наблюдаются только в коронковой части. Тромбоз сосудов в пододонтобластическом слое отмечен лишь в 4 зубах.

На 3—21-й дни в пульпе зубов контрольной группы сосуды остаются расширенными, их стенки утолщены и заполнены склеившимися клеточными элементами, в основном эритроцитами. Кроме того, определяются дистрофические изменения в виде истонченного слоя одонтобластов и появления в нем вакуолей. В 6 зубах выявлены участки некроза коронковой пульпы. В пульпе зубов, которые препарированы с применением пасты, как правило, слабо выражено расширение сосудов, слой одонтобластов не изменен.

Через 1—6 мес в коронковой пульпе зубов контрольной группы обнаруживаются дефекты ткани, слой одонтобластов истончен и вакуолизирован. Пульпа 8 из 30 исследованных зубов некротизирована. В пульпе зубов, препарированных после обработки пастой, в эти же сроки деструктивные изменения, как правило, не обнаруживались. Отмечено отложение заместительного дентина.

В клинике метод опробован на 38 больных, у которых препарировали коронки 83 зубов (показатель электрометрии от 4 до 22 мА) при восстановлении дефектов коронок зубов и зубных рядов несъемными протезами из фарфора. Во всех случаях препаровка проходила безболезненно. Последующее наблюдение в течение 12 мес и рентгенографическое исследование ни в одном случае не выявили каких-либо осложнений.

УДК 616.314—089.28

Л. В. Сидорова (Казань). Замещение дефектов зубов вкладками

Мы применяем пластмассовые вкладки, позволяющие восполнить дефект зуба в одно посещение. Для этой цели используются гарнитурные зубы из пластмассы, из которых вырезают нужный участок, соответствующий дефекту зуба. Для надежной фиксации пластмассы в полости зуба укрепляется проволочная арматура из нержавеющей стали диаметром 0,6 мм. Вкладка, соединяемая с арматурой быстротвердеющей пластмассой, хорошо заполняет контуры отпрепарированной полости.

Нами изготовлено 126 вкладок 105 пациентам. Сроки пользования вкладками прослежены от 3 до 5 лет. Неудовлетворительное состояние вкладок отмечено у 33 пациентов. Чаще всего изменялся цвет пластмассы (у 14 лиц), особенно участка самоотвердеющей пластмассы между стенкой зуба и вкладкой из гарнитурного пластмассового зуба. Обнаружено также возникновение карриозного процесса (у 8 пациентов), рассасывание цемента, а также надлом вкладышки (у 11).

Наш опыт применения вкладок из гарнитурных пластмассовых зубов с арматурой показывает, что срок годности таких вкладок достигает в среднем 3—4, а в некоторых случаях и 5 лет. Это гораздо эффективнее восстановления дефектов зубов пломбами, особенно во фронтальных зубах. Мы считаем, что данный метод восстановления дефектов целесообразно шире применять в стоматологической практике.

УДК 616.314.18—002.4—089.29—63

Ю. В. Чижов (Казань). Замещение дефектов зубных рядов при пародонтозе протезами с балочной фиксацией

Проведено ортопедическое лечение пародонтоза с одновременным замещением дефектов зубных рядов у 14 больных. Шести из них изготовлено 6 протезов на нижнюю челюсть по методу Румпеля, в том числе 5 протезов с фронтальной стабилизацией опорных зубов. У 4 человек балка припаяна к коронкам, у 1 — к коронке и к корневому колпачку и у 1 — к двум корневым колпачкам. Один протез изготовлен с сагиттальной стабилизацией.

У 8 человек выполнено шинирующее протезирование по методу Дольдера. Изготовлено 9 съемных пластиночных протезов, в том числе 5 на верхнюю и 4 на нижнюю челюсть. Из 9 протезов 2 обеспечили фронтальную стабилизацию опорных зубов и корней, 4 — парасагиттальную, 2 — сагиттальную и 1 — фронтосагиттальную.

У всех больных проведена рентгенография опорных зубов, жевательная проба,

мастикациогграфия по И. С. Рубинову и электромиография собственно жевательных и височных мышц до и после лечения через 1, 6 и 12 мес. Одновременно с ортопедическим проводили терапевтическое и хирургическое лечение пародонтоза. Из 6 больных, пользовавшихся съемными пластинчатыми протезами с балочной фиксацией по Румпелю, у 5 наблюдалась стабилизация процесса пародонтоза. У больных, пользовавшихся частичными съемными пластинчатыми протезами с балочной фиксацией по Дольдеру, ухудшения в состоянии опорных зубов и мягких тканей не отмечено.

УДК 616.314.18—002.4—08

Т. Н. Яшкова, А. Ю. Зайденштейн, Н. А. Горячев (Казань). Эффективность устранения патологических зубодесневых карманов при болезнях пародонта

Разработан метод склерозирующей терапии для устранения патологических зубодесневых карманов, основанный на введении гипертонических растворов, которые вызывают асептическое воспаление соединительной ткани. Исходом воспалительного процесса является фибрилизация десневой стенки, что приводит к уплотнению и уменьшению десны в объеме.

Склерозирующая терапия осуществляется двумя путями — инъекционным и неинъекционным.

В основу неинъекционного метода положено введение в патологические зубодесневые карманы склерозирующих растворов с помощью ватных турунд. Оперативное устранение патологических карманов достигается гингивэктомией.

Эффективность склерозирующей терапии изучена у 96 больных (возраст — от 18 до 76 лет), страдающих различными болезнями пародонта. Для устранения патологических десневых карманов у 71 больного в области 127 зубов применено консервативное лечение (в 65 случаях инъекционным и в 62 — неинъекционным методом). У 25 больных патологические зубодесневые карманы в области 75 зубов устранялись гингивэктомией с последующей склеротизацией 5% раствором йода.

Поскольку пародонтоз протекает на фоне пониженной резистентности организма, мы решили изучить зависимость исхода хирургического и неоперативного устранения патологических зубодесневых карманов от таких показателей неспецифической резистентности, как активность лизоцима паротидной и смешанной слюны, активность лизоцима сыворотки крови и содержание в ней пропердина.

У 67 пациентов показатели неспецифической резистентности организма расценивались как благоприятные (1-я группа), у остальных 29 — как неблагоприятные (2-я группа).

В 1-й группе лечение было эффективным у 53 больных в области 116 зубов, в том числе в 44 случаях после устранения патологических зубодесневых карманов инъекционным путем, в 30 — неинъекционным и в 42 — гингивэктомией.

Во 2-й группе проводилось лечение 52 патологических зубодесневых карманов. Оно оказалось эффективным в 27 случаях, в том числе в 20 после склерозирующей терапии (в 8 — инъекционным и в 12 — неинъекционным методом) и в 7 после гингивэктомии.

Результаты наблюдений свидетельствуют о высокой эффективности неоперативного устранения патологических зубодесневых карманов.

УДК 616.5—006.311.03—089.815: [546.431+546.226]

Г. Г. Сафина (Казань). О применении сульфата бария в хирургической татуировке плоских гемангиом

У 40 пациентов (у 26 лиц женского и у 14 — мужского пола в возрасте от 7 до 47 лет) для закрашивания плоских гемангиом применен порошок сульфата бария с размером частиц от 0,063 до 0,1 мм. Локализация гемангиом разнообразная: в подглазничной, щечной, височной, околоушной областях, на губах, веках, шее и пр.

Техника закрашивания. Операционное поле обрабатывают спиртом, йодом. Производят инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина с добавлением адреналина для уменьшения кровотечения. Затем на участок кожи, где предстоит делать татуировку, наносят в виде кашицы стерильный сульфат бария. Закрашивание осуществляют ручным инструментом, состоящим из соединенных ручкой 10—12 игл из нержавеющей стали. Для достижения равномерного окрашивания хирургическую татуировку лучше производить небольшими участками. Закрасив один участок, переходят к следующему. По окончании татуировки на закрашенный участок накладывают повязку с вазелиновым маслом.

На следующий день наблюдается послеоперационный отек мягких тканей, более выраженный при закрашивании гемангиом на веках и в подглазничной области. Спустя 3 дня отек уменьшается. На 6—7-й день повязку снимают. В это время уже можно судить о предварительном эффекте закрашивания. Окончательный результат хирургической татуировки определяется через 4—6 мес. В течение этого срока часть красителя отшелушивается вместе с поверхностным эпидермисом. Хорошие результаты отмечены у 31 пациента, удовлетворительные — у 8, неудовлетворительные — у 1 (следствие инфицирования в послеоперационном периоде).