

позиции может применяться при отборе больных для дальнейшего рентгено-эндоскопического исследования.

Поскольку при гастроплюорографии на одного пациента требуется не более 10—15 мин, за рабочую смену можно обследовать 20—25 человек. Такая динамичность методики позволяет применять ее при профилактических осмотрах населения.

Несмотря на полученные обнадеживающие результаты, мы не считаем нашу методику окончательно разработанной и полагаем, что дальнейшее совершенствование гастроплюорографии расширит ее диагностические возможности.

Поступила 9 марта 1983 г.

УДК 616.314—008.8

УСТРАНЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ХЛОРИДОМ ЛИТИЯ

Г. Д. Овруцкий, Т. Н. Яшкова, С. И. Баганова, Д. Н. Хайруллин

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

Меры по предотвращению зубных отложений лежат в основе профилактики заболеваний пародонта [1—4]. Удаление зубных отложений является непременным компонентом их лечения. Вместе с тем до настоящего времени в клинике не разработаны надежные методы борьбы с зубными отложениями. Механическое удаление с помощью специальных инструментов, уже длительное время являющееся основным методом их устранения, очень трудоемко и зачастую сопряжено с травмой тканей пародонта. Кроме того, оно не всегда обеспечивает полное удаление зубных отложений и, главное, не предотвращает их образования в последующем.

Стремление заменить механическое удаление зубных отложений другими методами, в частности обеспечивающими сокращение их трудоемкости, привело к использованию ультразвука, который, однако, не получил широкого применения из-за ряда своих недостатков. Более эффективными в этом плане оказались кислоты и препараты (хлоргексидин, метронидазол, фуразолидон и др.), предложенные в последнее время [5—7]. Действие этих кислот основано на растворении зубного камня, а препаратов — на подавлении микроорганизмов, способствующих образованию отложений на зубах. Однако применение кислот приводит к повреждению твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта, а антимикробные средства, предупреждающие образование зубного налета и камня, не оказывают влияния на имеющиеся зубные отложения. Указанным препаратам присущи и другие недостатки: они окрашивают зубы, имеют неприятный вкус [6].

Нами разработан способ растворения зубного камня и предотвращения его отложения, основанный на использовании хлорида лития. Наши исследования показали способность хлорида лития растворять зубной камень и позволили определить оптимальную концентрацию, pH раствора и режим обработки пародонта. В опытах *in vitro* изучали 2% раствор хлорида лития с тремя различными значениями pH (6,0; 6,8; 7,2). Оказалось, что растворение зубного камня лучше происходит при pH 6,8.

При спектрографическом исследовании зубного камня, помещенного в раствор хлорида лития (pH 6,8) было выявлено, что при увеличении концентрации раствора до 2% закономерно возрастает вымываемость кальция, магния и меди. Дальнейшее повышение концентрации раствора хлорида лития приводит лишь к незначительному увеличению вымываемости этих элементов из зубного камня. Кроме того, установлено, что содержание этих элементов в растворе хлорида лития находится в прямой зависимости от продолжительности времени растворения.

Клиническое изучение растворения зубного камня проводили на 46 больных, у которых было выявлено интенсивное отложение зубного камня. Зубы и пародонт этих больных обрабатывали путем ирригации полости рта 2% раствором хлорида лития в течение 5 мин 2 раза в день на протяжении 10 дней. Для контроля 20 больным с отложениями зубного камня в таком же режиме применили ирригацию зубов и пародонта дистиллированной водой.

До курса ирригации и в разные сроки после него определяли гигиеническое со-

стояние полости рта, включающее характеристику зубного налета и зубного камня по Грину, а также состояние краевого пародонта по значению индекса ПМА (сосочко-маргинально-альвеолярный индекс), цитоморфологической, цитохимической картине и данным рентгенографии.

Для цитологического исследования пародонта использовали метод отпечатков при окраске по Романовскому, Мак-Манусу и Браше. Оценивали состояние поверхностного, среднего и базального слоев эпителия, при этом обращали внимание на воспалительную инфильтрацию и число воспалительных клеток, внутриклеточную и внеклеточную микрофлору, на очаги некролиза и изъязвления эпителия. Цитохимически определяли количество и распределение в клетках ДНК, РНК и гликогена.

У 32 (69,6%) больных с зубными отложениями после 10-дневной обработки зубов и пародонта 2% раствором хлорида лития были обнаружены зубные отложения. Среднее значение индекса Грина уменьшилось от 4,8 до 2,1, что свидетельствовало о благоприятных изменениях гигиенического состояния полости рта, интенсивности и характера зубных отложений. При обследовании 21 больного с исходным значением индекса Грина от 3,1 до 6,0 такие показатели были обнаружены только у 4 (см. табл.).

Изменение значения индекса Грина после обработки пародонта 2% раствором хлорида лития и дистиллированной водой

Значение индекса	Интервалы исследования	Ирригация	
		хлористым литием (n=46)	дистиллированной водой (n=24)
0	До обработки	—	—
	После 10-дневной обработки	14 (30,4%)	—
	Через 45 дней	12 (26,1%)	—
1,0—2,0	До обработки	11 (23,9%)	4 (20%)
	После 10-дневной обработки	16 (34,8%)	6 (30%)
	Через 45 дней	17 (37,0%)	4 (20%)
2,1—3,0	До обработки	14 (30,4%)	6 (30%)
	После 10-дневной обработки	12 (26,1%)	7 (35%)
	Через 45 дней	11 (23,9%)	7 (35%)
3,1—6,0	До обработки	21 (45,6%)	10 (50%)
	После 10-дневной обработки	4 (8,7%) *	7 (35%)
	Через 45 дней	6 (13,0%)	9 (45%)

* $P < 0,01$.

У лиц контрольной группы значение индекса Грина до и после обработки зубов и пародонта дистиллированной водой не менялось ($P > 0,01$).

Краевой пародонт обследован у 46 человек, из которых у 38 был хронический катаральный и гипертрофический гингивит (I, II ст.) и у 8 — пародонтоз, осложненный гингивитом. После 10-дневной обработки пародонта 2% раствором хлорида лития у 12 из них отмечалось отсутствие каких-либо явлений воспаления пародонта и у 32 — уменьшение гиперемии слизистой оболочки десны и отека.

У 20 человек контрольной группы (18 с хроническим катаральным гингивитом и 2 — с хроническим гипертрофическим гингивитом) после обработки пародонта дистиллированной водой заметных сдвигов в состоянии пародонта не установлено. Это подтверждалось изменениями значения индекса ПМА в сравниваемых группах. Так, у больных, которым проводилась ирригация пародонта 2% раствором хлорида лития, среднее значение индекса ПМА уменьшилось с 15,5 до 8,8%. У лиц контрольной группы после обработки дистиллированной водой этот же показатель снизился с 12,2 до 10,1%. Спустя 45 дней после завершения лечения у больных, которым была выполнена ирригация хлоридом лития, среднее значение индекса ПМА составляло 9,2%, дистиллированной водой — 11,1%.

Цитологическое исследование, проведенное у всех больных до и после обработки пародонта хлоридом лития, показало уменьшение в мазках-отпечатках числа клеток уплощенного и среднего слоев эпителия и нейтрофилов. Лишь в 4 отпечатках определялся некролиз I ст. В ядрах клеток обнаруживалась ДНК, в цитоплазме равномерно распределялись РНК и гликоген.

В цитологической картине мазков-отпечатков со слизистой оболочки десны до и после обработки пародонта у больных контрольной группы существенных изме-

ний не наблюдалось. Какого-либо побочного действия хлорида лития на полость рта у больных также не отмечено.

Таким образом, использование способности хлорида лития растворять зубной камень весьма перспективно в лечении заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В. С. В кн.: Заболевания пародонта. М., 1981.—2. Иванов В. С., Баранникова И. А. Стоматология, 1978, 3.—3. Иванов В. С., Рычков В. С. Там же, 1973, 1.—4. Рыбаков А. И. Основы стоматологической профилактики. М., Медицина, 1968.—5. Addi M., Wright J. clin. Periodont, 1978, 3.—6. Borysewicz M., Kobylanska M., Magas A. Czasopismo stomatologiczne. Varschawa, 1976, tom XXIX.—7. Kremers J., Lampert F., Dtsch. Zahnärzte, Z., 1979, 4.

Поступила 13 сентября 1983 г.

УДК 616.314—06:616—002.4.

ОДОНТОГЕННЫЕ ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Ф. С. Хамитов, Я. З. Эпштейн, М. П. Эдигер

Кафедра хирургической стоматологии (зав.—доктор мед. наук Ф. С. Хамитов) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, Республиканская клиническая больница (главрач—канд. мед. наук М. В. Буйлин) МЗ ТАССР

Проблема острой одонтогенной инфекции продолжает оставаться актуальной и в наши дни. У больных стоматологического профиля, находящихся на амбулаторном лечении, одонтогенная инфекция является основной причиной длительной нетрудоспособности. В последние годы тяжелые формы острой одонтогенной инфекции встречаются чаще, чем 10—15 лет назад. Как правило, они сопровождаются развитием таких серьезных осложнений, как сепсис, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, медиастинит. Несколько увеличился процент летальных исходов при острой одонтогенной инфекции [1—3].

Мы изучали одонтогенные остеомиелиты челюстей и их осложнения у 63 больных, находившихся на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении Республиканской клинической больницы в 1981 г. Возраст больных составлял 20—40 лет. Острый одонтогенный остеомиелит был у 38 человек, хронический — у 25. Больные с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, как правило, поступали в стационар на 5—6-й день от начала заболевания. У 10 из них острый одонтогенный процесс протекал с тяжелыми осложнениями. Флегмона дна полости рта развилась у 6 больных, флегмона крылонебной ямки, подвисочной ямки и височной области — у 1, флегмона окологлоточного пространства — у 3. У 4 больных острая одонтогенная инфекция осложнилась септическим процессом, а у 3 из них возник передний медиастинит.

Комплексное лечение больных с острой одонтогенной инфекцией и ее осложнениями начинали с момента их поступления в стационар. Оно заключалось в устранении источника инфекции — «причинного зуба» и в широком хирургическом вмешательстве на мягких тканях, окружающих челюсть, в зависимости от локализации гнойного очага. Хирургическое вмешательство сочетали с активной антибактериальной, дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапией. Проводили мероприятия, восстанавливающие гомеостаз основных функциональных систем организма. Общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами, было направлено на нормализацию иммунологического статуса организма.

Приводим клиническое наблюдение за течением осложненного остеомиелита верхней челюсти.

Г., 24 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение РКБ 12/II 1981 г. с жалобами на боль и припухлость в области верхней челюсти слева, головную боль. Больным себя считает с 8/II, когда заболел зуб на верхней челюсти слева и появилась при-