

Особенно интенсивно кариес зубов развивается при ослаблении естественной сопротивляемости организма. Зависимость образования зубного налета от состояния естественной сопротивляемости организма не изучена. Такие сведения помогли бы выявить одну из важных сторон патогенеза кариеса зубов.

Мы изучали вопрос о зависимости образования зубного налета от состояния естественной сопротивляемости. Для этого прослежена зависимость скорости образования зубного налета от неспецифической резистентности организма с учетом интенсивности поражения зубов кариесом. О состоянии неспецифической резистентности судили по показателям активности лизоцима слюны, крови и бактерицидности кожи. Скорость образования зубного налета вычисляли по массе, которую определяли через 1, 4, 7, 14 дней. Эти исследования были проведены у 41 пациента в возрасте от 18 до 24 лет, которые были распределены на 4 группы. 1-ю составили 5 человек, устойчивых к кариесу зубов при неблагоприятном состоянии неспецифической резистентности организма; 2-ю — 12 с интенсивным поражением зубов кариесом при неблагоприятном состоянии неспецифической резистентности организма; 3-ю — 7 человек, устойчивых к кариесу зубов при благоприятном состоянии неспецифической резистентности организма; 4-ю — 13 с интенсивным поражением зубов кариесом при благоприятном состоянии неспецифической резистентности организма.

Исследования показали, что у лиц, подверженных кариесу зубов, как при благоприятном, так и при неблагоприятном состоянии неспецифической резистентности организма, наблюдается раннее накопление биомассы зубного налета (к 4-му дню), тогда как у лиц, устойчивых к кариесу, масса зубного налета достоверно нарастает лишь к 7—14-му дню.

Наряду с этим выясняли влияние вязкости и скорости секреции смешанной слюны на характер накопления биомассы зубного налета. Установлено, что у лиц с быстрым и интенсивным накоплением зубного налета, подверженных кариесу, вязкость смешанной слюны была достоверно выше, а скорость ее секреции ниже, чем у лиц с более медленным накоплением массы зубного налета, устойчивых к кариесу.

УДК 616.314—002—07

А. М. Водолацкая (Казань). Прогностические тесты в оценке кариеса зубов

Под наблюдением стоматолога находилось 512 детей в возрасте 7—8 лет.

В качестве прогностических тестов использовали степень прокрашивания эмали зубов метиленовым синим после протравливания; пробу Т. Л. Рединовой, В. К. Леонтьева, Г. Д. Овруцкого (1982), подсчитывали число лактобактерий полости рта (лактобациллин-индекс), гигиенический индекс, а также определяли вязкость слюны.

Все обследованные были разделены на три группы. В 1-й (180 чел.) дети имели показатель КПУ+кп до 3, во 2-й (226) — КПУ+кп от 4 до 7, в 3-й (106) — КПУ+кп от 8 и выше.

Исчезновение прокрашиваемости эмали после протравливания наблюдалось у детей 1-й группы к 3, 2-й — к 4, 3-й — к 5-ым суткам. Лактобациллин-индекс у детей 1-й группы был равен 4, 2 и 3-й — 5 и 7 соответственно.

Вязкость слюны у детей 1-й группы равнялась 1,84, 2-й — 3,11, 3-й — 4,12 сП. Подобная же закономерность отмечалась и при определении гигиенического индекса. У детей 1-й группы он был равен 2,1, 2-й — 3,4 и 3-й — 4,0.

Повторное исследование, проведенное через 12 мес, выявило неодинаковый прирост кариеса зубов у детей, имеющих разную интенсивность поражения зубов. В 1-й группе он равнялся 1,25, во 2-й — 1,51, в 3-й — 1,92. Величины прогностических тестов при обследовании через 12 мес оставались без существенных изменений. Полученные данные свидетельствуют о высокой прогностической ценности изучавшихся тестов.

УДК 616.31—003.663.4:612.017

И. С. Рединов (Казань). Развитие флюороза зубов при различном состоянии реактивности организма

С целью разработки неспецифической профилактики флюороза зубов мы изучали зависимость его развития от естественной сопротивляемости организма.

Обследовано 1032 ребенка в возрасте 7—8 лет, потребляющих питьевую воду, содержащую 1,6—2,0 мг/л фтора. У 742 (71,9%) детей был диагностирован флюороз зубов, из них у 508 (68,5%) — I степени, у 180 (24,2%) — II, а у 54 (7,3%) — III. Определение состояния неспецифической резистентности организма и ретроспективную оценку условий жизни проводили лишь у 100 детей, в том числе у 40 без признаков флюороза зубов (1-я группа), у 32 — с флюорозом зубов II степени (2-я) и у 28 — с флюорозом зубов III степени (3-я).

Установлено, что среди детей с флюорозом зубов II—III степени оздоровительные

мероприятия проводились в недостаточном объеме. Так, если в 1-й группе оздоровительными мероприятиями не были охвачены лишь 27,5% детей, то во 2-й и 3-й группах — соответственно 62,5% ($P < 0,01$) и 78,6% ($P < 0,001$). Кроме того, в 1-й группе оказалось наименьшее число детей (12,5%), которые в раннем детском возрасте (период энамелогенеза) перенесли острые инфекционные заболевания либо имели хроническую соматическую патологию; во 2 и 3-й группах такие дети составили соответственно 40,6% ($P < 0,01$) и 25,0% ($P > 0,05$).

Оценка состояния неспецифической резистентности организма обследованных показала, что менее благоприятные показатели имелись лишь у детей 3-й группы. Так, у детей без признаков флюороза зубов активность лизоцима смешанной слюны составила $40,6 \pm 1,9\%$, паротидной слюны — $29,8 \pm 2,6\%$, бактерицидность кожи — $0,85 \pm 0,18$ балла.

При флюорозе зубов II степени активность этих показателей оказалась практически такой же, как у детей 1-й группы ($P > 0,05$), а при флюорозе зубов III степени — более низкой, чем у детей без признаков флюорозного поражения ($P < 0,05$).

Следовательно, устойчивость зубов к флюорозу зависит не только от содержания фтора в питьевой воде, но и от состояния неспецифической резистентности организма.

УДК 616.314—002—053.2:[576.8.06+576.8.097.3]

М. Г. Гилязиев (Казань). Возбудители острой одонтогенной инфекции у детей

Под нашим наблюдением с 1978 по 1983 г. находились 543 ребенка с острой одонтогенной инфекцией в возрасте от 3 до 14 лет. Из них 421 больной был в возрасте от 3 до 7, 122 — от 8 до 14 лет. У 33 пациентов было обострение хронического периодонтита, у 421 — острый гнойный периостит челюстей, у 89 — острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Контрольная группа включала 27 здоровых детей в возрасте от 3 до 14 лет.

Причиной одонтогенных воспалительных заболеваний у детей являлись разрушенные молочные моляры верхней и нижней челюстей (494), молочные резцы (26), первые постоянные моляры (19), молочные клыки (4). У 212 больных воспалительный процесс локализовался на верхней, у 331 — на нижней челюсти.

30 детей перенесли ранее двукратное обострение хронического периодонтита и не всегда получали рациональное лечение. Обострения хронического периодонтита проявлялись изменениями местного характера при удовлетворительном общем состоянии организма. При острых гнойных периоститах челюстей отмечалось нарушение общего состояния (лейкоцитоз до $20,0 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ до 20 мм/г). Острый одонтогенный остеомиелит челюстей характеризовался значительной тяжестью общего состояния с выраженными местными явлениями, часто отягощался флегмонами, распространявшимися на несколько анатомических областей (лейкоцитоз до $30,0 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ до 50 мм/ч).

При микробиологическом исследовании гноя из очага воспаления у больных с обострением хронического периодонтита (16) выявлены непатогенные стафило- и стрептококки. При остром гнойном периостите челюстей (38) обнаружена патогенная флора, состоящая из монокультуры золотистого стафилококка (41%) и поликультуры патогенных штаммов стафило- и стрептококков (59%). При остром одонтогенном остеомиелите челюстей (15) высеивали как монокультуру золотистого стафилококка (13%), так и патогенные штаммы стафило-, стрепто-, диплококков и дрожжеподобную флору (87%). При определении чувствительности микрофлоры к антибиотикам пенициллин оказался неэффективным у 61% детей, тетрациклин — у 56%, левомицетин — у 45%, эритромицин — у 24%, мономицин — у 8%, стрептомицин — у 14%.

При остром гнойном периостите челюстей показатели фагоцитарной активности нейтрофилов были сниженными, а показатель завершенности фагоцитоза — повышенным по сравнению с таковыми у детей контрольной группы. После хирургического лечения клиническое выздоровление наступало, как правило, на 3-й день. У больных острым одонтогенным остеомиелитом челюстей наблюдалась аналогичная, но более выраженная динамика параметров фагоцитарной активности нейтрофилов.

Лечение больных этой группы заключалось в проведении хирургических, противовоспалительных, общеукрепляющих мероприятий. Клиническое выздоровление наступало на 5—6-й день от начала заболевания.

Итак, при острых одонтогенных воспалительных процессах у детей отмечается существенное изменение неспецифической реактивности. Поэтому комплексное лечение должно включать в себя мероприятия, направленные на ее повышение. По показателям фагоцитарной активности нейтрофилов при различном течении острой одонтогенной инфекции можно судить о тяжести заболевания и эффективности терапии.

УДК 616.314—002.2—008:615.454.1

В. Г. Корчагин, Л. А. Виноградова (Казань). Опыт применения пасты этония при лечении глубокого кариеса

При лечении острого глубокого кариеса 172 постоянных зубов у 163 больных в возрасте от 12 до 35 лет была применена паста этония, обладающая антимикроб-