

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-