

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) высевали 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-

ным, стимулирующим и местноанестезирующим действием. Лечили моляры и премоляры с локализацией кариозного дефекта на жевательной поверхности. Диагноз ставили на основании анамнеза, данных объективного обследования и показателей электровозбудимости пульпы зуба. При оперативной обработке в отдельных случаях на дне кариозной полости оставляли участки размягченного дентина. После определения электровозбудимости пульпы на дно кариозной полости накладывали пасту этония и закрывали ее постоянной пломбой. Лечение заканчивали в одно посещение.

Через 1—2 года установлено, что в 103 вылеченных зубах электрометрическая чувствительность пульпы осталась на том же уровне, что и в ближайшие сроки после лечения (10—15 мкА). В 5 случаях отмечено снижение электровозбудимости пульпы зуба до 40 мкА при отсутствии жалоб со стороны больного. В 2 случаях при выпадении пломбы развился хронический пульпит.

Следовательно, паста этония может с успехом применяться при лечении острого глубокого кариеса.

УДК 616.314—18—002—089.87

**В. М. Ермолаева, З. Г. Шарафутдинова, Р. В. Гимадеева, В. Д. Шевченко (Казань).
Опыт лечения пульпита методом витальной экстирпации**

Известно, что девитальные методы лечения пульпита нередко сопровождаются осложнениями и требуют повторных посещений. В отличие от них витальные методы выполнимы обычно в одно посещение и позволяют избежать токсического влияния девитализирующих препаратов на околоверхушечные ткани.

Нами проведено витальное экстирпационное лечение 131 зуба с воспаленной пульпой у 131 больного в возрасте от 20 до 60 лет с хроническим фиброзным, острым ограниченным и травматическим пульпитом. В числе леченных зубов 76 однокорневых и 55 многокорневых, из них 72 зуба верхней челюсти, 59 — нижней. Корневой канал пломбировали жидким фосфат-цементом.

Для обезболивания использовали только проводниковую анестезию 1—2% раствором тримеканна либо лидокаина на фоне предварительной премедикации. Оперативную обработку кариозной полости и ампутацию коронковой и корневой пульпы проводили с соблюдением правил асептики. Кровотечение пульпы останавливали введением в корневой канал турунды с перекисью водорода либо с эпсилонаминокапроновой кислотой.

Анализ показал, что у 88 больных вмешательство выполнено совершенно безболезненно, 32 пациента испытывали незначительную болезненность, у 11 анестезия оказалась безуспешной. Этим больным раствор анестетика вводили в полость пульпы.

При обследовании в ближайшие дни после лечения 127 больных жалоб не предъявляли. У 4 отмечены осложнения со стороны верхушки корня. Спустя 18 мес после лечения клинически и рентгенологически обследованы 40 человек. Патологических изменений в области леченного зуба не выявлено ни у одного пациента. У 10 лиц обнаружен очаг деструкции у верхушки корня.

Наш опыт позволяет рекомендовать для практики витальную экстирпацию пульпы, как эффективный метод лечения хронического фиброзного, острого ограниченного и травматического пульпита.

УДК 616.314.165—202.2—039.71

С. Ш. Зарипова (Казань). Профилактика обострений хронического верхушечного периодонтита

Наши наблюдения касаются терапии хронического верхушечного периодонтита у 220 больных в возрасте от 18 до 77 лет, у которых лечили 264 зуба — 70 многокорневых и 194 однокорневых. Хронический гранулирующий периодонтит констатирован у 170 пациентов, гранулематозный — у 31, фиброзный — у 51, радикулярные кисты — у 12.

Для предотвращения обострений при лечении в 1—2 посещения после инструментальной и антимикробной обработки стенок корневого канала в его просвет вводили преднизолон на турунде в виде 3% раствора. После 10-минутной экспозиции корневые каналы высушивали чистыми ватными турундами и пломбировали жидким фосфат-цементом.

Контролем служили 100 больных, у которых лечили 123 зуба по поводу хронического верхушечного периодонтита.

Из 264 зубов, леченных с использованием преднизолона, обострения зарегистрированы в 8 зубах (в контрольной группе — в 13). У 170 больных с верхушечным гранулирующим периодонтитом, у которых был применен преднизолон, обострения наблюдались в 5 случаях, в контрольной группе — в 9 из 65 ($P < 0,001$). При хроническом гранулематозном периодонтите была такая же картина.

Таким образом, введение преднизолона в просвет корневого канала перед его пломбированием приводит к снижению частоты обострений воспалительного процесса в околоверхушечных тканях.