

21,0 мкг/мл (у лиц контрольной группы — 10,4). При хроническом пародонтите этот показатель составлял 64,4, а при пародонтозе — 49,8 мкг/мл, причем у больных пародонтозом, несложненным ПЗДК, — 28,1, а с ПЗДК — 71,5 мкг/мл. При сравнении с контролем существенное повышение содержания ЦИК наблюдалось только у больных хроническим пародонтитом, хроническим гингивитом и пародонтозом, осложненными ПЗДК.

Полученные данные позволяют считать, что патогенное (очаговое) действие связано с существованием патологического зубодесневого кармана независимо от нозологии пародонтального заболевания.

УДК 616.314.17—008.1—08:537.363

### **В. В. Миронова, Т. М. Ткач, Н. М. Пахтусова (Уфа). Ультрафонофорез хлорида кальция в реабилитации больных с заболеванием пародонта**

Для быстрого купирования воспаления в тканях пародонта, нормализации обменных процессов, ускорения регенерации и реабилитации больных с заболеваниями пародонта использованы ультрафонофорез и вакуум-ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция.

Методика ультрафонофореза хлорида кальция состоит в следующем. Перед началом процедуры в преддверие полости рта больного вводили 10% раствор хлорида кальция и ультразвуковой излучатель. Воздействие проводили при сомкнутых зубах. После включения ультразвукового генератора «Ультразвук Т-5» головкой излучателя проводили скользящие круговые и продольные движения по слизистой оболочке десны верхней и нижней челюстей. Озвучивание вели в течение 8 мин при частоте ультразвуковых колебаний, равной 880 кГц, интенсивности — 0,2—0,4 Вт/см<sup>2</sup>, при непрерывном режиме генерации. Курс лечения состоит из 10 ежедневных процедур. Примененная методика ультрафонофореза исключает возможность образования воздушного зазора между ультразвуковым излучателем и тканями и создает условия для полноценного транспорта лекарственных веществ в ткани пародонта.

Клинико-рентгенографические показатели состояния пародонта изучены у 247 больных хроническим гингивитом и пародонтозом в возрасте от 20 до 50 лет. Ультразвукофоретическое воздействие при хронических формах гингивита привело к выздоровлению 90,5±6,6% больных, при пародонтозе значительное клиническое улучшение было отмечено у 78,5±5,1% пациентов.

По разработанной нами методике вакуум-ультрафонофореза с помощью вакуума создаем 8 гематом (по 4 на каждой челюсти) и проводим ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция. Курс лечения включает 4 сеанса вакуум-гематом в комбинации с ультрафонофорезом. В течение трех дней между сеансами вакуум-терапии применяем ультрафонофорез 10% раствора хлорида кальция. Эта методика была использована у 50 больных в возрасте от 20 до 60 лет, страдающих пародонтозом и пародонтитом.

Клинико-рентгенографическое обследование больных показало, что включение вакуум-ультрафонофореза 10% раствора хлорида кальция в комплекс реабилитационных мероприятий обеспечивает быстрое и стойкое купирование воспалительного процесса.

УДК 616.314.2—089.28

### **Н. В. Смоленцева, Л. А. Елизарова, Р. Г. Гизатуллин, З. Н. Новикова (Казань). Эффективность восстановления функции жевания у больных с полным отсутствием зубов**

Мы изучали эффективность протезирования 98 больных (мужчин — 38, женщин — 60) с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти. В возрасте от 50 до 59 лет было 13 человек, от 60 до 69 — 39, от 70 до 79 — 36 и старше 80 лет — 10.

Функцию жевания оценивали до протезирования и после него через 1 нед, 1 мес, 6 мес, 1 год и 5 лет пользования протезами. С целью получения объективных данных регистрировали биотоки собственножевательных и височных мышц на двухканальном электромиографе «Медикор» с помощью накожных электродов с биполярным отведением в состоянии относительного физиологического покоя, в положении центральной окклюзии и при жевании 1 см<sup>3</sup> хлеба. На всех сроках наблюдения больным проводили жевательные пробы по И. С. Рубину для определения жевательной эффективности, а также мастикациографию.

70 человек протезировали по общепринятому методу. У 28 человек со значительной неравномерной атрофией альвеолярных отростков и челюстей, у которых обычные методы протезирования оказались неэффективными, применили метод определения центрального соотношения челюстей, формирования окклюзионной плос-

кости и постановки зубов по воско-корундовым валикам в модификации Э. М. Айзенберга.

Было установлено, что у протезированных по обычному методу эффективность и продолжительность жевания пищи на левой и правой сторонах существенно не различались и через неделю после наложения полных съемных протезов составляли от 58,8 до 69,8% при длительности одного жевательного периода от 57,4 до 65 с. При использовании воско-корундовых валиков в первую неделю после протезирования жевательная эффективность достигала 76,5—77,2% при длительности одного жевательного периода от 40,1 до 42,1 с. Данные жевательных проб у людей с полными съемными протезами, изготовленными по общепринятому методу, показывают, что их жевательная эффективность через год составляла в среднем от 83,3 до 96,2%, а время одного периода жевания 15,9 с. При использовании в течение одного года протезами, изготовленными с постановкой зубов по индивидуально сформированной окклюзионной плоскости, жевательная эффективность повышалась до 94,6—97,2% при длительности одного жевательного периода от 28,3 до 29,6 с. Через 5 лет после протезирования беззубых челюстей по обычной методике при сохранении высокой жевательной эффективности (от 86,5 до 95,1%) время жевания увеличивается до 27,3 с. У лиц, протезированных по Э. М. Айзенбергу, жевательная эффективность также высока (95,0%).

Анализ мастикацнограмм свидетельствует, что через 5 лет петли смыкания находятся значительно ниже уровня физиологического равновесия, чем через год. Подобные изменения являются одной из причин увеличения продолжительности периода жевания и зависят от стирания искусственных зубов из пластмассы.

В первые дни после наложения съемных протезов биоэлектрическая активность всех жевательных мышц резко падает, что, вероятно, является ответной реакцией на раздражение слизистой оболочки и надкостницы протезом и продолжается до одного месяца. Начиная с 6 мес биоэлектрическая активность жевательных мышц возрастает и достигает своего максимума к году пользования протезами, что согласуется с показателями жевательной эффективности. При пользовании протезами свыше одного года вновь наблюдается тенденция к падению биопотенциалов жевательных мышц, свидетельствующая о снижении функциональной ценности протезов, хотя по данным жевательных проб это заметно мало. При пользовании полными съемными протезами с определением центрального соотношения челюстей воско-корундовыми валиками по сравнению с протезами, изготовленными по общепринятому методу, существенных изменений в активности жевательных мышц не отмечено.

Таким образом, при формировании окклюзионных кривых с помощью воско-корундовых валиков отмечается существенно большее повышение жевательной эффективности полных съемных протезов, чем при обычной методике их изготовления вне зависимости от формы и степени атрофии беззубых челюстей. Протезирование при полном отсутствии зубов приводит к нормализации биоэлектрической активности височных мышц и в меньшей степени собственно жевательных мышц.

УДК 616.314—089.28—06

**И. М. Дегтярев, И. М. Андреев, Х. Х. Сибгатуллин (Казань). О причинах снятия мостовидных протезов**

Мы проанализировали причины снятия 175 мостовидных протезов у 143 пациентов (49 мужчин и 94 женщин). По возрасту они распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 22, от 31 до 40 — 25, от 41 до 50 — 29, от 51 до 60 — 42 и старше 60 лет — 25 человек.

Из 175 протезов 115 мостовидных и 9 консольных замещали дефекты в области боковых зубов, 32 мостовидных и 14 консольных — в области передних зубов, 5 мостовидных — одновременно в области передних и боковых зубов.

Сроки снятия мостовидных протезов определены у 108 из 143 пациентов. 2 больных пользовались ими до 1 года, 16 — 1—2 года, 29 — 3—4, 21 — 5—6 лет, 10 — 7—8, 11 — 9—10, 13 — 11—15, 6 — более 15 лет. У 47 (43,5%) пациентов мостовидные протезы были сняты преждевременно (через 1—4 года) и только у 19 (17,6%) — более чем через 10 лет. Воспаление слизистой оболочки десны вокруг краев снятых коронок констатировано у 89 человек, отечность — у 25, атрофия — у 6. У 23 больных, которым дефекты зубных рядов были замещены консольными протезами, слизистая оболочка альвеолярного отростка в месте расположения консоли была не только воспалена, но имела и пролежни. Такие же изменения слизистой оболочки наблюдались в области боковых зубов, особенно при низких коронках опорных зубов.

Из 175 протезов 112 (64,0%) были изготовлены из стали, 33 (18,9%) — из стали с пластмассовой облицовкой, 20 (11,4%) — из золота, 3 (1,7%) — из золота с пластмассовой облицовкой, 7 (4,0%) — из золота и стали в одном протезе.

Основными причинами снятия мостовидных протезов являлись патологические изменения тканей пародонта опорных зубов, которые были обнаружены у 30 (20,9%) из 143 человек, заболевания опорных зубов (18,9%), их патологическая подвижность (13,3%) и кариес (13,3%), поломка протезов (13,3%) и др. Следует отметить, что у