

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБТУРИРУЮЩИХ АППАРАТОВ С ФИКСАТОРАМИ ИЗ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ПЛАСТМАССЫ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДОГО НЕБА

Т. Ю. Немиш, Л. П. Бойко (Львов)

Предлагается методика изготовления обтурирующих аппаратов с «пуговчатоподобными» фиксаторами из эластической пластмассы на жестком штампованном базисе из полиметилметакрилата.

У больного с дефектом неба получаем комбинированный слепок из базового пластического материала и эластического материала на основе силиконов. Обязательно проснятие краев дефекта с проникновением слепочного материала в зону поднутрений. Модель отливаем из упрочненного гипса, проводим ее оценку и наносим границы базиса обтурирующего аппарата. Последние должны быть минимальны и перекрывать края дефекта не более 5—7 мм. Затем, разогретой термопластической массой «Ортокор», заполняем место поднутрений и моделируем искусственный небный свод, а если необходимо, и альвеолярный отросток в соответствии с анатомопографическими особенностями дефекта. В пневмоформовочном аппарате по модели штампуем пластинку полиметилметакрилата толщиной 1—1,5 мм, обрезаем ее по границам и обрабатываем по краям. Модель со штампованным базисом гипсуем в основание шприц-кюветы таким образом, чтобы границы базиса находились в плоскости ее разъединения. В центре базиса делаем отверстие и к нему прикрепляем восковый литник. После окончательной гипсовки и кристаллизации гипса, кювету раскрываем, вытравляем восковой литник, извлекаем из модели массу «Ортокор» и создаем в гипсе отводные каналы. Подготавливаем эластическую пластмассу «Ортопласт», поверхность базиса смазываем монометром «Протакрил-М», кисточкой наносим тонкий слой свежеприготовленной быстротвердеющей пластмассы и закрываем кювету. Шприцевое устройство заполняем приготовленной эластической пластмассой, формируем ее методом литьевого прессования под постоянным давлением с последующей направленной полимеризацией. Прослойка быстротвердеющей пластмассы необходима для улучшения сцепления жесткого базиса с эластической пластмассой.

Предложенная методика апробирована с положительным эффектом у 27 больных.

ПРОФИЛАКТИКА ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ

А. К. Николишин (Полтава)

Наиболее эффективным профилактическим мероприятием воз-

никновения и развития флюороза зубов является замена источника питья с высоким содержанием фтора на новый — с оптимальным содержанием или проведением дефторирования питьевой воды (Р. Д. Габович Г. Д. Овруцкий, 1969). Однако, по разным причинам эти методы профилактики флюороза не внедрены в практическом здравоохранении. Поэтому изыскание новых средств и методов профилактики флюороза зубов является актуальной задачей.

Целью исследования явилось изучение влияния ремодента, препаратов кальция и поливитаминов на развитие и течение флюороза зубов.

Детям 1—8 классов, проживающих в эндемическом очаге флюороза (фтор в питьевой воде 2,5—3,0 мг/л), назначали внутрь глицерофосфат кальция в дозе $0,5 \times 2$ раза в день в течение месяца, и в зимне-весенний период — поливитамины по 1 драже 2 раза в день. Местно после предварительного споласкивания рта применяли аппликации 3% раствора ремодента при экспозиции 30—40 минут в количестве 10—15 сеансов. Для оценки степени тяжести флюороза использовали индекс И. Мюллера (1965) согласно рекомендациям ВОЗ. Интенсивность окрашивания зубов определяли по наиболее выраженной окраске вестибулярной поверхности эмали верхних фронтальных зубов с помощью 10-польной полутоновой шкалы и оценивали в баллах: 0 — отсутствие окрашивания, 1 балл — слабое окрашивание (соответствует 2—4 делениям шкалы), 2 балла — средней интенсивности окрашивание (5—7 делениям шкалы), 3 балла — интенсивное коричневое окрашивание (8—10 делениям полутоновой шкалы плотностей). Эффективность профилактики оценивали по индексу флюороза и индексу окрашивания до и после применения профилактических средств. Результаты прослежены на протяжении 2-х лет.

Наиболее эффективное влияние указанных профилактических средств на течение флюороза у лиц эндемического очага отмечено в возрасте 7 лет. Редукция флюороза в этой группе детей составила 20%, профилактический эффект окрашивания — 30%. У детей 8-ми летнего возраста редукция флюороза составляла 16%, профилактический эффект окрашивания — 24%. У детей, которым систему профилактики начали внедрять в более старшем возрасте, профилактический эффект флюороза был ниже, особенно низким был профилактический эффект окрашивания (ниже 20%).

Таким образом, применение реминерализующего средства ремодента, а также глицерофосфата кальция и поливитаминов у детей, проживающих в эндемическом очаге, способствует предупреждению развития тяжелых форм флюороза, в частности — окрашивания эмали — основного симптома, по поводу которого больные обращаются в клинику. Наиболее эффективен прием ука-

занных профилактических средств в период незаконченной минерализации эмали (7—9 лет). Описанный способ профилактики целесообразно применять в эндемических очагах флюороза, особенно в условиях сельской местности, где другие, более эффективные методы массовой профилактики (замена водоисточника, централизованное дефторирование питьевой воды) недостаточно внедряются. Предложенный способ профилактики тяжелых форм флюороза прост в выполнении, дает положительный эффект и может быть реализован в любом лечебном учреждении.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л. Г. Павленко, С. В. Радлинский (Полтава)

При составлении программ профилактики необходимы исходные данные о распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний в регионе (Пахомов Г. Н. и др., 1983; Боровский Е. В. и др., 1985; Виноградова Т. Ф., 1985).

Нами обследованы по методике ВОЗ (1977) 800 детей ключевых возрастных групп 6, 12 и 15 лет в Полтаве и 4 районах области с низким, оптимальным, повышенным и высоким содержанием фтора в питьевой воде. Изучали распространенность и интенсивность кариеса зубов, заболеваний пародонта, флюороза, зубочелюстных аномалий, дефектов зубов и зубных рядов.

Полученные данные свидетельствуют о статистически достоверном различии регионов по интенсивности кариеса и флюороза. Нуждаемость в профилактике и лечении заболеваний пародонта выше у городского населения, чем у сельского. Распространенность зубочелюстных аномалий примерно одинакова в исследуемых регионах, нуждаемость в профилактическом протезировании дефектов зубов и зубных рядов статистически связана с интенсивностью кариеса зубов.

На основании полученных данных предлагаем обследование детских коллективов в населенных пунктах и Полтаве считать контрольными и повторными исследованиями 2 раза в пятилетку определять развитие региональной ситуации и контролировать эффективность реализуемой программы профилактики стоматологических заболеваний.

УРОВЕНЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

В. В. Петров (Донецк)

В последние годы исследования, проведенные под руководст-