

фических изменений мембраны мышечной клетки. Возникновение эфapticческой электрической связи в месте контакта в зонах естественных стыков этих мышц объясняет происхождение однотипных синкинезий у всех больных с ВККМ. Лимбическая и ретикулярная формации включаются в патогенез контрактуры на поздних этапах, облегчая патологические рефлекторные связи и ослабляя тормозные процессы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беритов И. С. Общая физиология мышечной и нервной систем.— М.— Л., 1947.
2. Богоделов Н. Н., Юдельсон Я. Б., Пушкин А. С.//Журн. невропатол. и психиатр.— 1974.— № 12.— С. 1807—1815.
3. Гехт Б. М., Ильина Н. А. Нервно-мышечные болезни.— М., 1982.
4. Иваничев Г. А.//Журн. невропатол. и психиатр.— 1980.— № 4.— С. 523—526.
5. Иваничев Г. А. Контрактура мимической мускулатуры.— Казань, 1992.
6. Попов А. К. Невриты лицевого нерва.— М., 1968.

УДК 616.314.2—007.271—08

## ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ

Е. Э. Зубкова, Е. Н. Сухорецкая

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— доц. С. А. Зизевский)  
Казанского института усовершенствования врачей

Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых можно рассматривать как профилактику заболеваний зубочелюстной системы и необходимое мероприятие в подготовке больного к протезированию.

Конструкции аппаратов не могут быть стандартными. Они варьируют в зависимости от клинических условий и особенностей окклюзии, от топографии дефекта зубного ряда. Сроки лечения длительные, не менее 2 лет, что является основной проблемой ортодонтического лечения взрослых.

Целью настоящей работы являлось совершенствование метода лечения сочетанных и сложных форм аномалий и деформаций прикуса у взрослых.

Под наблюдением находились 132 пациента в возрасте от 20 до 60 лет с зубочелюстными аномалиями и вторичными вертикальными деформациями зубных рядов (см. табл.).

Аномалии прикуса мы наблюдали во всех случаях в сочетании с верти-

7. Юдельсон Я. Б.//Журн. невропатол. и психиатр.— 1980.— № 4.— С. 526—530.

8. Lambert E., Savre G. P., Eaton I. M.//Trans. Amer. Neur.—Assoc.— 1954.— Vol. 79.— P. 64.

9. Trojaborg W.//J. Neurosurg. Psych.— 1977.— Vol. 40.— P. 712—717.

10. Woltman H. W., Williams H. Z., Lambert S. H.//Mayo Clin. Proc.— 1951.— Vol. 26.— P. 236—240.

Поступила 23.01.94.

## PATHOGENESIS OF THE SECONDARY CONTRACTURE OF MUSCLES OF EXPRESSION

G. A. Ivanichev, K. Levit

### Summary

The role of local muscular hypertensions of muscles of expression in contracture pathogenesis is stated. Hypertensions are developed pathologically in only average extent of the nerve damage. Synkineses and hyperkineses of muscles of expression in contracture result from the formation of «transversal synapse» between muscles, divided by weak insulator in conditions of dystrophic changes of the muscular cell membrane.

### Зубочелюстные аномалии

Возраст пациентов, лет	Виды аномалий				
	прогнатия	прогения	глубокий прикус	открытый прикус	вторичные вертикальные деформации зубных рядов
20—30	26	21	9	3	3
31—40	11	11	5	1	9
41—50	6	3	6	2	13
51—60	—	—	1	—	2
Всего	43	35	21	6	27

кальными и трансверсальными дефектами, аномалиями положения отдельных зубов и зубных рядов, а также вторичными деформациями зубных рядов вследствие потери антагонистов. С увеличением частоты таких сочетаний возрастает тяжесть патологии; в процессе лечения возникают различного рода трудности, усложняется конструкция аппаратов.

Помимо выяснения анамнестических данных и осмотра больных мы проводили рентгенографию отдельных

зубов и височно-нижнечелюстных суставов, ортопантомографию, реопародонтографию и функциональные исследования. Ортодонтическую терапию осуществляли съёмными конструкциями аппаратов с пружинящими накусочными, наклонными и накусочно-наклонными плоскостями, проволочными петлями и дугами, основой которых являлись аппараты О. М. Башаровой [1]. Во всех случаях разобщение прикуса составляло 2—3 мм, что достигалось за счет упругих свойств металлических плоскостей.

Коррекцию прогении проводили нижнечелюстным аппаратом с пружинящими наклонными плоскостями. При прогении с открытым прикусом применяли аппарат на верхнюю челюсть с формирователем на фронтальные нижние зубы и с защиткой для языка из проволочных петель. Срок лечения — 5—8 месяцев (рис. 1).



Рис. 1. Модели челюстей П., 35 лет: а — до лечения, б — после лечения. Диагноз: прогения сочетанная с глубоким прикусом и аномалией положения отдельных зубов.

Устранение прогнатии производили с помощью нижнечелюстной пластинки с пружинящими накусочными площадками во фронтальном участке и змеевидной направляющей плоскостью на верхний зубной ряд. В тех случаях, когда сагиттальная щель была более 7 мм, использовали верхнечелюстную пластинку с наклонными пружинящими плоскостями, а при сочетанных формах прогнатии — реконструкцию аппарата дополнительными элементами по показаниям. Продолжительность лечения составляла 6—8 месяцев (рис. 2).

Глубокий прикус устраняли аппаратом на нижнюю челюсть с наклонно-накусочными площадками и змеевидной направляющей плоскостью с целью предупреждения вестибулярного наклона фронтальных зубов верхней челюсти. Лечение длилось 6—12 месяцев.



Рис. 2. Модели челюстей С., 28 лет: а — до лечения, б — после лечения. Диагноз: прогнатия сочетанная, II форма с аномалией положения отдельных зубов, уплотнение фронтального участка нижней челюсти.

При открытом прикусе использовали нижнечелюстную пластинку с пружинящими накусочными площадками в области коренных зубов, при деформации зубного ряда во фронтальном участке верхней челюсти — формирователь прикуса. Обязательным элементом являлась защитка для языка. Продолжительность лечения — 8—12 месяцев.

У пациентов с зубоальвеолярным удлинением при отсутствии зубов-антагонистов в зависимости от топографии деформации применяли верхнечелюстные аппараты с пружинящими накусочными плоскостями в области зубоальвеолярного выдвижения. Срок лечения — 2—6 месяцев (рис. 3).



Рис. 3. Модели челюстей М., 42 лет: а — до лечения, б — после лечения. Диагноз: зубоальвеолярное удлинение в области 6<sup>+</sup>, 5<sup>-</sup>.

Адаптация к аппаратам во всех случаях лечения наступала на 8—10-й день; жалобы на боли в области височно-нижнечелюстного сустава отсутствовали в результате минимального разобщения прикуса. Сроки лечения составляли 6—12 месяцев в зависимости от сложности, топографии деформации, возраста больных и активности их участия в лечении.

При отсутствии у больных большого количества зубов, наряду с ортодонтическим лечением, применяли временные протезы или добавляли недостающие зубы к аппаратам, что по-

вышало функциональную ценность лечебных протезов и эстетически больше удовлетворяло пациентов. После окончания лечения производилось протезирование полости рта по показаниям.

Ортодонтическое лечение и протезирование тесно связаны между собой. Устранение нарушений прикуса облегчает и упрощает последующее протезирование, а последнее, в свою очередь, завершает и закрепляет достигнутые результаты ортодонтического лечения.

Применяемые нами методы лечения зубочелюстных аномалий и деформаций позволяют проводить ортодонтическую подготовку перед протезированием у взрослых с хорошими, устойчивыми результатами. Кроме того, они имеют ряд преимуществ перед общеизвестными: не затрудняют гигиены полости рта, легко корригируются и реконструируются, не вызывают

осложнений, дают возможность устранить сочетанные аномалии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Башарова О. М., Сухорецкая Е. Н. Новые конструкции ортодонтических аппаратов для лечения прогнатии и прогения. — Казань, 1981.

Поступила 23.11.94.

#### ORTHODONTIC TREATMENT OF COMBINED FORMS OF MAXILLODENTAL ANOMALIES OF OCCLUSION IN ADULTS

E. E. Zubkova, E. N. Sukhoretzkaya

#### Summary

The results of the treatment of 132 patients aged 20—60 years with segittal anomalies of occlusion and secondary vertical deformations of tooth series are analysed. The orthodontic therapy is performed by removable constructions of apparatuses with spring metal elements. The adaptation to apparatuses occurs on the 8—10 days: complaints of aches in mandibular joints are not observed as a result of minimum disconnection of occlusion. The treatment comprises 6—12 months, 2—2.5 times less than the length of the treatment by wellknown methods.

## ОБЗОРЫ

УДК 616.153.1.35—078:615.28

### МЕСТО НУКЛЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ В ПРОТИВОВИРУСНОЙ ЗАЩИТЕ

Л. А. Поцелуева

Кафедра технологии лекарств (зав.— проф. Л. А. Поцелуева)  
Казанского медицинского университета

На первом этапе вирусно-клеточного взаимодействия иммунный барьер организма не может противостоять вирусным инфекциям в силу отсутствия антител, вырабатываемых, как известно, в более поздние сроки [18]. В этом периоде нуклеазная активность организма является более ранним его ответом, чем антителообразование [4], и выполняет функции природного механизма противовирусной защиты, препятствующего проникновению вируса в организм и способствующего освобождению его от вирусных нуклеиновых кислот [18] и вирусных рибонуклеопротеидов, мигрирующих в клеточное пространство [14]. О возможном участии нуклеаз в формировании и поддержании природных механизмов противовирусной защиты организма, в частности органов пищеварения и дыхательной системы от вирусных инфекций, высказываются и другие авторы [3, 8]. Нуклеазная реакция отличается отсутствием специфичности и проявляется при различных патологических состояниях [15].

Нуклеазную активность организма следует оценивать с трех позиций, а именно: исходный ее уровень, изменения в процессе инфекции, а также вследствие введения в организм экзогенных нуклеаз (при отсутствии или наличии инфекции).

Исходная нуклеазная активность организма, обусловленная вырабатываемыми эндогенными нуклеазами и представляющая собой важную естественную биохимическую преграду [3, 5, 13, 16], предопределяет возможность возникновения заболевания при попадании в него вирусов и находится в обратной зависимости от тяжести последующего протекания инфекции [30]. Так, исходная РНК-азная активность играет особую роль в возможности возникновения заболеваний, вызванных РНК-геномными вирусами, в частности вирусных инфекций органов пищеварения и дыхательной системы [3, 8], а также нейронных инфекций (менингиты, менингоэнцефалиты, эпидемические паротиты) [20]. При достаточно высокой исходной активности РНК-азы и значительном уровне сывороточного иммунореактивного трипсиона (СИТ) заболевания, вызванные РНК-геномными вирусами, либо протекают в легкой форме [20], либо не возникают вовсе. На фоне же сниженной РНК-азной активности сыворотки крови различные инфекции, например острые респираторные заболевания, осложняются развитием пневмоний [1, 30].

В случае возникновения заболевания динамика РНК-азной активности органов, тканей и внутренней среды организма определяется