

черепе под углом к описанным иглам располагаются два отломка игл с заостренными концами — длиной около 1,5 см. Костных дефектов в своде черепа не найдено.

В связи с обнаружением инородных тел внутри черепа больная и ее мать были нами снова тщательно опрошены, но выявить причину попадания игл внутрь черепа не удалось.

Поступила 20 мая 1959 г.

ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПРОГНАТИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИКРОГЕНИЕЙ И ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ

Ординатор С. И. Кораблев

Из кафедры ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Оксман) Казанского медицинского института

Аномалии зубо-челюстно-лицевой области возникают под влиянием внешних и внутренних условий, изменяющих рост и развитие детского организма. Мало заметные в раннем детском возрасте отклонения от нормы по мере роста ребенка увеличиваются, и часто, к окончанию его формирования, образуется деформация, уродующая лицо, с выраженными нарушениями функций жевания, речи и дыхания.

Наиболее яркими признаками аномалии этой области являются неправильное расположение зубов в зубной дуге и нарушение взаимоотношения зубных рядов (прикус).

Основным признаком верхнечелюстной прогнатии является выступание верхнего зубного ряда вперед по отношению к нормально развитому нижнему зубному ряду. Кроме того, имеются добавочные лицевые и ротовые симптомы. К лицевым относятся: увеличение средней части лица, укорочение верхней губы, понижение тонуса круговой мышцы рта, вследствие чего верхние передние зубы бывают в значительной степени обнажены; сглаживание носогубных и подбородочных складок, проскальзывание нижней губы на нёбную поверхность верхних передних зубов при смыкании челюстей. Часто прогнатия сочетается с недоразвитием подбородочного выступа нижней челюсти, тогда резко выделяется прогнатизм верхней челюсти, а подбородочный выступ скошен назад или полностью отсутствует.

К оральным симптомам относятся: несмыкание фронтальных зубов при смыкании челюстей, травмирование верхними зубами кожно-слизистого покрова нижней губы, изменения в смыкании жевательных зубов на ширину половины или всей коронки моляра. Верхнечелюстная прогнатия может сочетаться с аномалиями положения зубов (диастема, тремы, тортоаномалия, скученность, губное, щечное, нёбное смещения), сужением зубных дуг, глубоким и открытым прикусом. Верхнечелюстная прогнатия часто сочетается с патологией носа и глотки и нарушением носового дыхания. Ротовое дыхание вызывает постоянную сухость во рту, вследствие чего возникают гингивиты, стоматиты, фарингиты и др.

Большинство специалистов высказывается за раннее лечение прогнатии у детей, начиная с дошкольного периода, так как в этом возрасте нестойкие формы аномалий позже превращаются в стойкие аномалии, трудно поддающиеся лечению. Лечебные мероприятия прогнатии делаются на профилактические, аппаратные и хирургические и применяются в зависимости от возраста больного.

Приводим выписку из истории болезни Г. Н. В., 20 лет, с диагнозом: верхнечелюстная прогнатия в сочетании с микрогией и открытым прикусом.

Росла и развивалась здоровым ребенком. Во время учебы в первом классе родители стали замечать отставание в росте нижней челюсти, без видимых на то причин.

При обследовании установлено: увеличение средней части лица, полное недоразвитие подбородочного выступа нижней челюсти, сглаживание носогубных и подбородочных складок, верхняя губа не перекрывает группу верхних фронтальных зубов. Верхние зубы своими режущими краями упираются в кожно-слизистый покров нижней губы, травмируя ее. Полость рта постоянно открыта, хотя носовое дыхание не нарушено.

Отмечается резкое выступание вперед альвеолярного отростка верхней челюсти, коронки фронтальных зубов наклонены и выступают вперед. Прикус открытый за счет разобщения режущих краев зубов в фронтальном участке до вторых премоляров.

Моляры $\frac{76}{76} + \frac{67}{67}$ при центральном смыкании находятся в положении бугоркового смыкания. Зубные ряды интактные, отсутствует только Г 7.

Рекомендовано комбинированное лечение: хирургическое в сочетании с аппаратным в 2 этапа.

I этап — подготовка к оперативному вмешательству: по маске лица изготовлен аллотрансплантат из пластмассы ЭГМАСС-12, формирующий отсутствующий подбородочный выступ.

18/XII-57 г. произведена операция имплантации пластмассы в подбородочную область. Кожный разрез произведен воротничкообразный до передненижнего края нижней челюсти, отслоена надкостница. В образовавшееся ложе введен раздвоенный на концах, наподобие вилки, трансплантат, обходящий с обеих сторон ментальные сосудисто-нервные пучки. При его помощи удалось полностью восстановить нормальную форму подбородочного выступа (фото 1, 2). Послеоперационное течение без осложнений.



Фото 1.
До лечения.



Фото 2.
После лечения.

28/XII-57 г. произведено удаление правого и левого клыка на верхней челюсти с целью укорочения верхнего зубного ряда в его фронтальном отделе.

II этап — ортопедическое лечение при помощи ортодонтических аппаратов. 2/I-58 г. больной изготовлены металлические каппы на 654 $\perp$ 456 зубы с втулками на щечной поверхности в передне-заднем направлении. Каппы зацементированы, и при помощи скользящей дуги и резинового тяги добивались укорочения переднего отдела зубного ряда верхней челюсти.

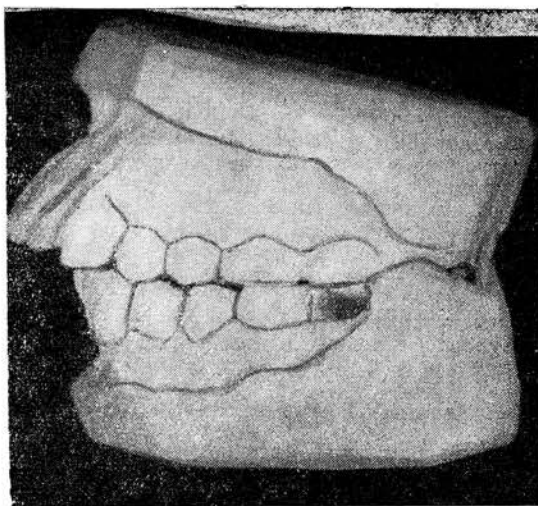


Фото 3.
До лечения.

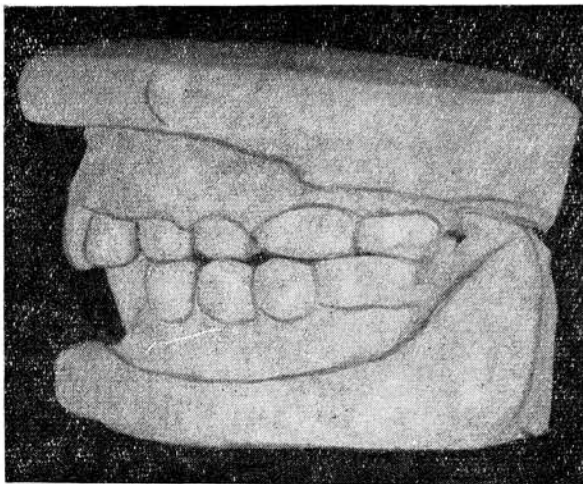


Фото 4.
После лечения.

20/IV-58 г.: зубные ряды установились в нормальное положение и хорошо функционируют. Осложнений не было (фото 3, 4). Введена ретенционная дуга для закрепления результатов лечения.

Поступила 12 сентября 1958 г.

ОБЗОРЫ

О МЕХАНИЗМЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

И. М. Рахматуллин и Т. Б. Толпегина

Из кафедры патологической физиологии (зав.— доктор мед. наук
М. А. Ерзин) Казанского медицинского института

С давних пор в медицинской литературе описывались случаи осложнений при применении различных лекарственных веществ. Отмечались осложнения при действии йодистых препаратов, пирамидона, хинина, сальварсана, барбитуратов, гормонов и др. За последние годы широкое применение среди лекарственных средств нашли сульфаниламидные препараты и антибиотики. Достаточно сказать, что, по литературным данным, более половины всех рецептов, выписанных в США в последнее время, составили рецепты на антибиотики. Вместе с тем, если на заре применения этих лекарств осложнения были довольно редкими, то по мере накопления клинических наблюдений стали выявляться и факты тех или иных побочных явлений — от кожных высыпаний до тяжелых общих реакций, напоминающих анафилактический шок. Подобные реакции не составляют большого процента среди всех случаев применения этих лекарств, но тот факт, что они иногда могут носить тяжелый характер и ухудшать течение основного заболевания, привлекает внимание врачей.

Вопрос о побочном действии лекарственных веществ и о возможности аллергических явлений при их применении имеет довольно большую литературу (Н. Н. Сиротинин, 1935; Ш. Д. Мошковский, 1947; Е. А. Северова, 1952; И. А. Кассирский, Г. Е. Вайсберг, У. А. Аскаров, 1955; Е. М. Тареев, 1955; А. Л. Либов, 1956; А. Д. Адо, 1958; Александер, 1958; и мн. др.).

Следует, однако, заметить, что, наряду с довольно обширной литературой о побочных явлениях при применении сульфаниламидов и антибиотиков, вопрос о механизме этих явлений еще мало освещен в литературе. По этому поводу имеются лишь отдельные экспериментальные исследования (Р. В. Петров и Л. И. Ильина, 1957; Ведум, 1942; Чейз, 1947; Фишер и Кук, 1957; и др.).

Говоря об осложнениях при лекарственной терапии сульфаниламидами и антибиотиками, как, впрочем, и при действии других лекарственных веществ, следует различать два вида осложнений, существенно отличающихся по своему патогенезу