кислорода, снижается артериальное давление, уменьшается частота сердечных сокращений, нормализуется пульс.

Занятия лечебной физкультурой по специализации гиревой спорт в группе мужчин от 60 до 75 лет проводились 3 раза в неделю по 30 минут. На лечебный курс отводилось 3 месяца.

В результате курсовых занятий ЛФК по специализации гиревой спорт в группе мужчин преклонного возраста с диагнозами: деформирующий остеоартоз (4 чел.), атеросклеротическая окклюзия артерий нижних конечностей (5 чел.) снизились показатели дискомфорта и боли (78 %), повысилась выносливость, возросла работоспособность. Терапевтическая эффективность от применения упражнений с гирей достигает 80 % случаев.

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ НА ГИПСОВЫХ МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Дмитриенко С.В., Иванова О.П., Вологина М.В., Ковалев М.О., Севастьянов А.В., Бердин В.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru

Большое внимание уделено оценке положения зубов при помощи биометрических исследований гипсовых моделей челюстей.

Однако в доступной нам литературе, мы не встретили сведений о таких приспособлениях для измерения величины углов инклинации и ангуляции зубов, которые были бы просты и удобны в использовании, а также достоверно информативны.

A. Vardimon и W. Lambertz измеряли торк зуба при помощи угла, образованного пересечением перпендикуляра к окклюзионной плоскости с осью зуба. Для этого основание модели верхней и нижней челюстей было сформировано параллельно окклюзионной плоскости при помощи параллелометра и триммера. Был сконструирован инструмент для измерения торка зуба из геометрического треугольника, содержащего транспортир. К координатной точке транспортира прикрепляется отвес, а к боковой поверхности треугольника – тонкая прямоугольная металлическая пластина так, чтобы грани пластины и стороны треугольника были параллельны. Измерение угла производилось при контакте вертикальной грани металлической пластины с предварительно проставленной на модели точкой, отображающей середину вестибулярной поверхности зуба. При этом линия отвеса касалась горизонтальной стороны треугольника. Торк зуба расчитывался путем вычитания 45° из полученного угла.

Данное приспособление требовало дополнительного времени на формирование цоколя модели и сложных расчетов углов ангуляции и инклинации.

Учитывая равенство смежных углов, нами предложено устройство для определения торка и ангуляции зубов без дополнительного отвеса. Данное устройство включало в себя транспортир с преформированным основанием к контуру гипсовой модели. Координатную линию образовывал подвижный металлический стержень, соединяющий координатную точку транспортира с линией измерительной шкалы транспортира, соответствующей 90°. При исследовании величины угла инклинации (торка) к вестибулярной поверхности коронки зуба прикладывали основание транспортира по касательной к точке, расположенной на середине вестибулярной поверхности коронки. При этом определялся угол наклона параллельно окклюзионной плоскости, а не перпендикулярно к ней.

Ангуляцию зубов определяли по величине отклонения металлического стержня, расположенного по условной срединной вертикали зуба, от координатной линии.

ЗНАЧЕНИЯ ТОРКА И АНГУЛЯЦИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Дмитриенко С.В., Шаваша Ибрагим Н.А., Иванова О.П., Вологина М.В., Ярадайкина М.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru

В современных условиях успешное выполнение плана комплексной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области невозможно без формирования новых подходов к работе с применением современных технологий.

Определение углов ангуляции (наклона зубов в мезиально-*дистальном направлении)* и инклинации или трока (наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении) вызвано необходимостью создания современных брекет-*систем, обеспечивающих эффективность лечения пациентов* с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Проведенные нами исследования показали, что при односторонней расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба углы инклинации и ангуляции для каждого зуба верхней челюсти были различные. Так, величина угла инклинации *(*торка*) молочных зубов* у детей с врожденной патологией была отрицательной, что объясняется их смещением в язычную сторону. Данный показатель на верхней челюсти у медиальных резцов составлял «–»13,25 ± *1,25°; латеральных резцов «–»12,3 ± 1,5°; молочных клыков «–»14,75 ± 4,2°*. Наиболее отличитель-

ными показателями наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении были у моляров, и составляли «–»18,4 ± *1,8°* у первых моляров; и «–»21,8 ± *2,5°* у вторых моляров. При этом угол ангуляции в среднем составлял на верхней челюсти для медиальных резцов 6,0 ± *2,3°; латеральных резцов 7,0 ± 2,6°; клыков 15 ± 4,25°; первых молочных моляров 5,0 ± 1,8°* и вторых молочных моляров 4,0 ± *1,6°. На нижней челюсти значения углов* ангуляции и инклинации практически соответствовали их расположению при физиологической окклюзии. Так, величина торка для медиальных резцов нижней челюсти составляла 0,6 ± *1,8°; латеральных резцов 0,7 ± 1,3°;* у клыков этот показатель составлял «–»12,3 ± *2,8°;* у первых и вторых моляров – «–»26,*25* ± *1,4°* и «–»34,5 ± *1,8°* соответственно.

При этом углы ангуляции молочных зубов на нижней челюсти были положительными и составляли у медиальных и латеральных резцов 0,35 ± *0,3°; клыков 3,5 ± 1,8°; первого моляра 3,8 ± 1,5°* и второго моляра 3,5 ± *1,2°*.

Полученные нами значения торка и ангуляции молочных зубов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба дают представление о примерной прописи брекетов для лечения детей с врожденной патологией.

НАРУШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

В нашей стране ежегодно регистрируется около 400 тыс. инсультов, при этом примерно у одной трети больных, выживших после инсульта, развивается спастичность. По данным ВОЗ, распространенность постинсультной спастичности в мире составляет 200 человек на 100 тыс. жителей, спастичностью страдает более 12 млн больных.

Для спастичности характерно на начальном этапе исследования более сильное сопротивление, которое значительно ослабевает при продолжении движения. С другой стороны, понимание спастичности затруднено, поскольку употребляется в клинике для обозначения широкого круга проявлений нарушений моторики. Этот термин используется при описании повышенных сухожильных рефлексов, ненормальной позы конечностей, чрезмерной коактивации мышц-антагонистов, ассоциированных движений, клонуса, стереотипных синергических движений. Таким образом, термином «спастичность» обозначается многие аномальные состояния, которые часто встречаются у пациентов с патологией центральной нервной системы.

В широком смысле спастичность определяется как любое повышение мышечного тонуса, вызванное поражением головного мозга. В связи с этим, некоторые авторы к ней относят также ригидность. Ригидность – непроизвольное повышение активности мышцы, возникающее в ответ на ее пассивное растяжение и выявляющееся на всем протяжении. Однако превалирующим типом повышения мышечного тонуса при гемипарезе является спастичность, хотя в отдельных мышцах могут отмечаться и признаки ригидности, и тогда речь идет о смешанном типе мышечной гипертонии.

Главное проявление спастического пареза – затруднение передвижения в связи с нарушением походки и рассогласованием двигательного акта в целом. В этой ситуации падение пациента обычное и, в общем, ожидаемое явление. У больных, в клинической картине которых имеют место комбинации контрактур мягких тканей, сгибательных и разгибательных спазмов, а также неудачно подобранный план последовательности моторных актов, ходьба может стать невозможной. Кроме того, пациент со спастическим парезом нередко имеет набор и других неврологических проблем, обусловленных основным патологическим процессом.

В случае, когда больной утрачивает возможность передвижения в связи с глубоким парезом, могут возникнуть трудности в плане поддержания туловища в положении сидя и пользовании инвалидным креслом на колесах. Если у больного, сидящего в кресле, наблюдаются разгибательные спазмы, которые постоянно толкают его вперед, то существует повышенный риск развития повреждений кожи от сдавления. Следует помнить, что для реализации возможности сидеть у тяжелобольных возникает необходимость использования определенных приспособлений для придания пациенту наиболее удобного положения.

Существенно сказывается на состоянии больных нарушения мочеиспускания. Обращает на себя внимание связь задержек мочеиспускания с интенсивностью спастичности, поскольку последняя резко усиливается при острой или длительной невозможности осуществить это процесс. Аналогичная картина у подобных больных может развиться и при острой инфекции мочевого пузыря. В связи с тем, что риск развития урологической инфекции чаще связан с задержками мочи, важна своевременная катетеризация мочевого пузыря у этих лиц.

В связи с этим, столь актуальной является разработка подходов к лечебному воздействию на мышечную спастичность, основанных на изучении механизмов ее развития по результатам клинических, нейровизуализационных и нейрофизиологических исследований.