

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

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

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 расогласованием 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 использовании 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 развиваться 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.