

**ОСОБЕННОСТИ УГЛОВ ИНКЛИНАЦИИ  
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 современной литературе уделено большое внимание оценке положения зубов при помощи биометрических исследований гипсовых моделей челюстей. Определение положения молочных зубов является одним из основных диагностических критериев при оценке аномалий зубочелюстной системы. Физиологическая окклюзия молочных зубов характеризуется не только взаимоотношениями антагонистов, но и величиной наклона зубов в вестибулярно-язычном (угол инклинации) и мезиально-дистальном (угол ангуляции) направлениях. В доступной нам литературе мы не встретили сведений о значении величины угла инклинации в молочном прикусе у детей с расщелиной верхней губы и неба.

Это и послужило целью настоящего исследования. Нашей задачей было определить средние значения угла инклинации для каждого зуба в отдельности при расщелине верхней губы и неба.

Нами был разработан метод определения угла инклинации зубов на распилах гипсовых моделей (Дмитриенко С.В. и соавторы 2011 г.). Было исследовано 29 гипсовых моделей челюстей, полученных у детей 3-4 лет обоего пола с односторонней расщелиной губы и неба. Свод неба заполняли цветным гипсом, для более четкого выделения контуров зубов на распилах моделей. Затем наносили реперные линии. Угол наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении определяли между линией соединяющей клинические шейки антимеров и линией, соединяющей точки клинической шейки зуба с вестибулярной и язычной сторон. Для определения значения угла инклинации для каждого зуба в отдельности, был проведен распил моделей в области клыков, первых и вторых молочных моляров. Проводили измерения обеих сторон дуги, одну из которых называли большим фрагментом, другую малым фрагментом (на стороне расщелины).

Результаты исследования показали, у детей с расщелиной верхней губы и неба на малом фрагменте челюсти угол инклинации зубов в области второго молочного моляра в среднем составил  $-8,2 \pm 3,25^\circ$ , что на  $1,3 \pm 0,45^\circ$  больше угла инклинации анимера на большом фрагменте. Угол инклинации в области первого молочного моляра на малом фрагменте в среднем со-

ставлял  $-9,25 \pm 2,73^\circ$ , что на  $3,44 \pm 0,4^\circ$  больше угла инклинации анимера на большом фрагменте челюсти. Угол инклинации в области клыка на малом фрагменте челюсти в среднем составил  $-12,2 \pm 3,5^\circ$ , что на  $2,9 \pm 0,4^\circ$  больше угла инклинации анимера на большом фрагменте.

Значения углов инклинации зубов на нижней челюсти у детей с расщелиной верхней губы и неба не имели достоверных отличий от средних значений углов инклинации зубов у детей с физиологической окклюзией.

Полученные данные определили необходимость в разработке новых конструкций активных и фиксирующих элементов техники-эдж-айз для лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в период прикуса молочных зубов, а так же для профилактики вторичных деформаций после хейло- и уранопластики.

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОНТРАКТУР**

Королев А.А.

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

Назначению восстановительных мероприятий при постинсультных контрактурах должно предшествовать тщательное обследование больного. После детального выяснения истории заболевания производят сравнительный осмотр конечностей (трофические изменения тканей, степень мышечной атрофии, подвижность не только в поражённом, но и в соседних суставах) и мануальное исследование (оценка амплитуды движений, мышечной силы, тонуса мышц). Обращают внимание также на наличие чувствительных нарушений со стороны периферических нервов. Результаты осмотра и мануального обследования сопоставляются с данными инструментальных методов исследования.

Предупредить возникновение контрактуры значительно легче, чем вылечить ее. К основным методам профилактики относятся: обеспечение правильного положения конечности при параличе мышц либо в случае иммобилизации конечности гипсовой повязкой; своевременное назначение мероприятий, направленных на ликвидацию болевого синдрома, отека, ишемии тканей; раннее обеспечение движений в суставах пораженной конечности.

К первоочередному профилактическому мероприятию относится расположение конечности с помощью шин и ортезов в правильном положении – т.е. в положении, соответствующем среднему физиологическому и в то же время способствующему предупреждению отека и ишемии конечности. Такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц. Среднее физиологическое положение