

**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

достигается при следующей установке конечности: плечевой сустав – отведение 45° , сгибание плеча 40° , ротация плеча внутрь 40° ; локтевой сустав – сгибание 80° , среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке); кистевой сустав – разгибание 10° , ульнарное отведение 15° ; пальцы кисти – слегка согнутое положение их во всех суставах и не большом отведении большого пальца; тазобедренный сустав – сгибание 40° ; коленный сустав – сгибание 40° ; голеностопный сустав – подошвенное сгибание стопы 10° .

Иммобилизацией сегмента в физиологическом положении достигается значительное уменьшение гипертонии мышечных групп и понижение внутрисуставного давления, уменьшение болей, если таковые имеются. Купирование болевого синдрома очень важно с точки зрения профилактики, поскольку боль способствует возникновению защитных болевых контрактур. Для ликвидации болей назначаются анальгетики, физиотерапия (электрофорез анальгетиков, ультразвук).

К методам профилактики контрактур относятся и раннее назначение пассивных и активных упражнений лечебной гимнастики. Сокращение мышц и движения в суставах усиливают питание тканей и обмен веществ, ускоряют рассасывание патологических продуктов, препятствуя тем самым возникновению контрактур. При этом, однако, следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм.

Лечение контрактур требует много времени и труда, строгой индивидуализации лечения и, несмотря на это, не всегда даёт удовлетворительные результаты. Реабилитацию больных с контрактурами начинают, как правило, с консервативных мероприятий. Их характер во многом зависит от основного заболевания, локализации и вида контрактур. Однако существуют общие принципы лечения, к которым относятся постепенное растяжение контрагированных тканей, проводимое после предварительного расслабления мышц, укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц и обеспечение безболезненности воздействий.

ФОРМИРОВАНИЕ КОНТРАКТУР ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПЕРЕЗАХ

Королев А.А.

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

Под термином контрактура понимают ограничение амплитуды пассивных движений в суставе при произвольном характере этого ограничения. Естественно, что каждое ограничение пассивной подвижности в суставе сопро-

вождается ограничением и активных движений в нем. Полное отсутствие как пассивных, так и активных движений в суставе вследствие костного сращения суставных концов костей называют анкилозом.

Контрактуры могут быть врожденными и приобретенными. Приобретенные контрактуры – это ограничение движений, возникающее в результате местных травматических, воспалительных, реактивных и дистрофических патологических изменений в суставе или в окружающих сустав тканях, таких как кожа, подкожная клетчатка, фасции, связки, сухожилия, сосуды и нервы. Контрактура в любом из суставов конечности может вызывать тяжелые функциональные расстройства. Так, при контрактурах в суставах нижней конечности пациенты не могут свободно передвигаться, развивается деформация позвоночника и плоскостопие на здоровой ноге. Выраженные контрактуры в суставах кисти делают ее полностью афункциональной, ограничивая возможности самообслуживания и трудовой деятельности.

В соответствии с положением, в котором находится конечность в результате ограничения движения, различают сгибательные (ограничение сгибания), разгибательные (ограничение разгибания), приводящие или отводящие (ограничение приведения или отведения) и ротационные (ограничение ротации) контрактуры. Как правило, наиболее часто встречаются комбинированные контрактуры. Контрактура в плечевом и тазобедренном суставах чаще наблюдается в положении сгибания и приведения. В локтевом суставе, суставах пальцев обычно встречаются сгибательно-разгибательные контрактуры. При поражениях кистевого сустава нарушаются как сгибание и разгибание, так и пронационно-супинационные движения.

При постинсультных центральных парезах в основном формируются тендогенные и миогенные контрактуры. Данные контрактуры являются следствием развития рубцового процесса вокруг сухожилий и в мышечной ткани за счет нарушения скоординированной работы мышц-агонистов и антагонистов с преобладанием функции сохранных мышц и стойкого спастического мышечного сокращения, либо в результате длительной фиксации сустава в порочном положении. При спастических гемиплегиях у больных перенесших мозговую инсульт различают ранние и поздние контрактуры. Ранняя гемиплегическая контрактура развивается в острый период мозгового инсульта при массивном поражении головного мозга и характеризуется приступами особо сильного тонического спазма. В благоприятно протекающих случаях защитные рефлексы начинают в дальнейшем регрессировать, с чем и связано исчезновение симптомов ранней контрактуры.