

Глубина зубных дуг от фронтальной точки, расположенной между медиальными резцами, до линии, соединяющей дистальные точки вторых постоянных моляров, на верхней челюсти составляла $35,3 \pm 1,43$ мм, на нижней челюсти $26,8 \pm 1,27$ мм.

Фронтально дистальная диагональ, измеряемая от фронтальной точки, до дистальной точки вторых моляров на верхней челюсти составляла $52,9 \pm 1,95$ мм, на нижней челюсти – $47,7 \pm 1,47$ мм. Отношение сагиттальных размеров зубных дуг к трансверсальным на верхней челюсти составлял $0,9 \pm 0,03$, на нижней челюсти $0,88 \pm 0,05$.

Таким образом, зубные дуги верхней челюсти по форме близкие к полуэллипсу, а нижней челюсти – к форме параболы мы определяли как «мезогнатические». Установлено, что при мезогнатической форме зубной дуги индекс дуги составлял $0,9 \pm 0,05$.

ВЕЛИЧИНА ИНДЕКСА ЗУБНОЙ ДУГИ В ПЕРИОД МОЛОЧНОГО ПРИКУСА

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

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

Простых и адекватных методов для объективной оценки размеров зубных дуг в периоде прикуса молочных зубов немного, и это затрудняет объективную оценку гипсовых моделей челюстей при обследовании детей.

Для построения зубной дуги молочного прикуса Schwarz предлагает диаграмму в виде полукруга, диаметром которого является ширина зубной дуги между вестибулярными поверхностями вторых молочных моляров. Линейные измерения в различных участках зубной дуги показали, что форма зубной дуги в период молочного прикуса близка к полукругу, но не является таковой (Дмитриенко С.В., Иванов Л.П.).

Нами проведено исследование 129 пар гипсовых моделей челюстей детей 3-5 лет в периоде прикуса молочных зубов с физиологической окклюзией. Ширина зубоальвеолярной дуги измерялась между вторыми молочными молярами в точках, расположенных на середине дистальной поверхности окклюзионного контура моляров, как на верхней, так и на нижней челюсти. Глубину зубоальвеолярной дуги измеряли от фронтальной вестибулярной точки, расположенной с вестибулярной стороны между медиальными молочными резцами верхней или нижней челюсти до линии, соединяющей дистальные точки вторых молочных моляров по проекции срединного небного шва. Индекс дуги рассчитывался нами как отношение глубины дуги к ширине зубной дуги. Ширина зубной

дуги верхней челюсти у детей в области вторых молочных моляров составляла $41,7 \pm 1,6$ мм. Глубина зубной дуги составляла $28,01 \pm 1,8$ мм. Индекс дуги составлял $0,67 \pm 0,01$.

Ширина зубной дуги нижней челюсти у детей в области вторых молочных моляров составляла $39,27 \pm 1,4$ мм. Глубина зубной дуги составляла $26,25 \pm 1,3$ мм. Индекс дуги составлял $0,66 \pm 0,01$.

Таким образом, зубные дуги верхней и нижней челюсти в молочном прикусе по форме близкие к возрастной норме, мы определяли как «мезогнатические». Установлено, что при мезогнатической форме зубной дуги индекс дуги составлял $0,66-0,68$.

РАННЯЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Епифанцев А.В., Волченкова О.Ю.

*Областная детская больница, Ростов-на-Дону,
e-mail: alexep4@rambler.ru*

В отделении психоневрологии для детей младшего возраста за период 2011 года обследовано 79 детей в возрасте до трех лет. Среди них 35 детей имели спастический тетрапарез, 9 имели двойную гемиплегию, 15 – гемиплегию и 16 – спастическую диплегию. Обследование показало, что у всех наблюдается задержка психофизического развития с первых недель жизни.

Большая роль в отклонениях психического развития детей принадлежит двигательным, речевым и сенсорным нарушениям. Эти отклонения в основном обусловлены недостаточностью практического опыта детей с органическим поражением ЦНС, а также ограниченностью их коммуникативных связей.

Из этого вытекает необходимость ведения коррекционно-педагогической работы с больными детьми в соответствии с уровнем развития и предполагает постепенное усложнение приемов, направленных на формирование всех психических функций ребенка. При этом особое внимание уделяется интенсивности сохраненных способностей у детей. Для этого целенаправленно отрабатываются упражнения кинестетической стимуляции для развития моторики органов артикуляции, формированию зрительно-моторной координации, коррекции сенсорных и речевых нарушений.

Основным видом занятий с ребенком является эмоционально окрашенная игра, которая незаметно для малыша приобретает выраженный лечебный характер и способствует оптимальному усвоению поставленных задач.

Коррекционная работа предусматривает активное участие со стороны родителей, которые сами обучаются педагогическим приемам во время занятий. Это необходимо, потому что после окончания занятий родители должны будут