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

Фронтально дистальная диагональ, измеряемая от фронтальной точки, до дистальной точки вторых моляров на верхней челюсти составляла 52,9 ± 1,95 мм, на нижней челюсти – 47,7 ± 1,47 мм. Отношение сагиттальных размеров зубных дуг к трансверсальным на верхней челюсти составлял 0,9 ± 0,03, на нижней челюсти 0,88 ± 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 ± 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 ± 1,6 мм. Глубина зубной дуги составляла 28,01 ± 1,8 мм. Индекс дуги составлял 0,67 ± 0,01.

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

продолжить обучение детей уже в домашней обстановке по методике, предложенной логопедом. Ограничение обучения больных детей только обязательными занятиями в условиях медицинского учреждения, сводит на нет все полученные и не закрепленные навыки. В таких случаях при повторной госпитализации логопед вынужден начинать обучение сначала.

Многолетний опыт работы с этой категорией детей свидетельствует, что коррекционно-развивающая работа с детьми, в которой сочетаются речевая и двигательная активность дает хороший эффект в комплексном лечебном процессе у пациентов с патологией центральной нервной системы перинатального происхождения.

ХРОНОКОРРЕКЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ ВАГИНОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Попова Л.С., Цаллагова Л.В., Тедеева Д.А.

ИБМИ ВНЦ РАН и Правительства РСО-Алании, Владикавказ, e-mail: vera111089@mail.ru

Частота и характер септических заболеваний для матери и плода, риск невынашивания и развития плацентарной недостаточности находятся в пропорциональной зависимости от степени инфицированности организма беременной. Частота заболеваний колеблется от 10 до 40% [2]. Своевременная адекватная терапия с учетом характера возбудителя и биоретмологических особенностей женского организма может предупредить внутриутробное инфицирование и реально снизить процент осложнений родоразрешения для матери и плода [1, 3].

Целью настоящего исследования было выявление приоритетных форм вагинальной инфекции у беременных и разработка эффективных методов хронокоррекции с учетом возбудителя.

Всего обследовано 172 беременные во 2-3 триместре с использованием микроскопии вагинальных мазков и методов микробиологического культурального иммунологического и хрономедицинского обследования. У 96 пациенток был диагносцирован бактериальный вагиноз, у 76 – вагинальный кандидоз.

В результате использования микроскопии вагинальных мазков, микробиологического культурального и иммунологического методов выявлены особенности, типичные для бактериального вагиноза. В микроскопической картине вагинального мазка беременных в 100% случаев был выявлен морфотип гарднерелл, положительный аминный тест, изменение ph выше 4,5, что подтверждало диагноз. Результаты культурального исследования подтвердили полимикробную этиологию бактериального вагиноза. Выделено 12 видов строгих анаэробов с характерной особенностью – отсутствием у 89% лактобацилл. У 78% обследуемых женщин параллельно установлены изменения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника, что учитывалось при проведении лечения. Изменение иммунного статуса у 85% обследованных беременных состояло в снижении абсолютного и относительного содержания Т- и В- клеток (Т-лимфоциты – 48,2 ± 2,4%, Т-хелперы – 25,3 ± 1,4%), а также достоверное снижение показателей альфа ИФН до 134,4 ± 8,2%, гамма ИФН – до 44,2 ± 10,2%. В то же время уровень сывороточного интерферона оставался в пределах нормы. Анализ показателей иммуноглобулинов свидетельствовал об увеличении уровня 1gA и 1gM.

Хрономедицинское обследование установило вариабельность суточной активности с началом гестации. Последнее отмечалось у 78,3% обследуемых. У этих же беременных отмечалось нарушение синфазности ритмов с преобладанием патологического десинхроноза в 67% случаев; в 33% случаев имел место физиологический десинхроноз при абсолютном отсутствии устойчивой адаптации. Обращало на себя внимание значительное снижение числа циркадианных ритмов (до 11,1%).

В 70,4% случаев из числа всех беременных диагностировалась угроза прерывания беременности, что свидетельствует о высоком риске внутриутробного инфицирования плода. В 10% случаев в названной группе отмечено многоводие как вероятный результат инфицирования фетоплацентарного комплекса. В 34% случаев имела место задержка внутриутробного развития плода, что подтверждено результатами УЗИ. По схеме двухэтапного лечения беременные с бактериальным вагинозом получали комплексную терапию в виде комбинации 2% далацина и макмирура. Пациентки с вагинальным кандидозом получали вагинальные аппликации Тантум-Розой.

Из числа беременных с высоким инфекционным индексом(80% – основная группа) комплексная терапия была дополнена иммуномоделирующим препаратом «Кипферон». Лечение больных проводилось с учетом хронотипа пациенток. Препараты вводились в часы максимальной активности: утренний хронотип – иммунокорректоры и эубиотик-ацилакт вводились до 9 часов, местное лечение – до 10 часов утра; при вечернем – с 16 до 18 часов. Курс лечения составил 7-10 дней.

Пациентки контрольной группы (20% из числа всех обследованных) получали терапию с учетом возбудителя в общетрадиционном режиме без лечения иммунокорректорами.

Изучение факторов иммунного статуса после проведенного лечения у женщин основной и контрольной групп выявило значительный положительный эффект двухэтапной хронотерапиис включениемв комплекспрепарата «Кипферон».