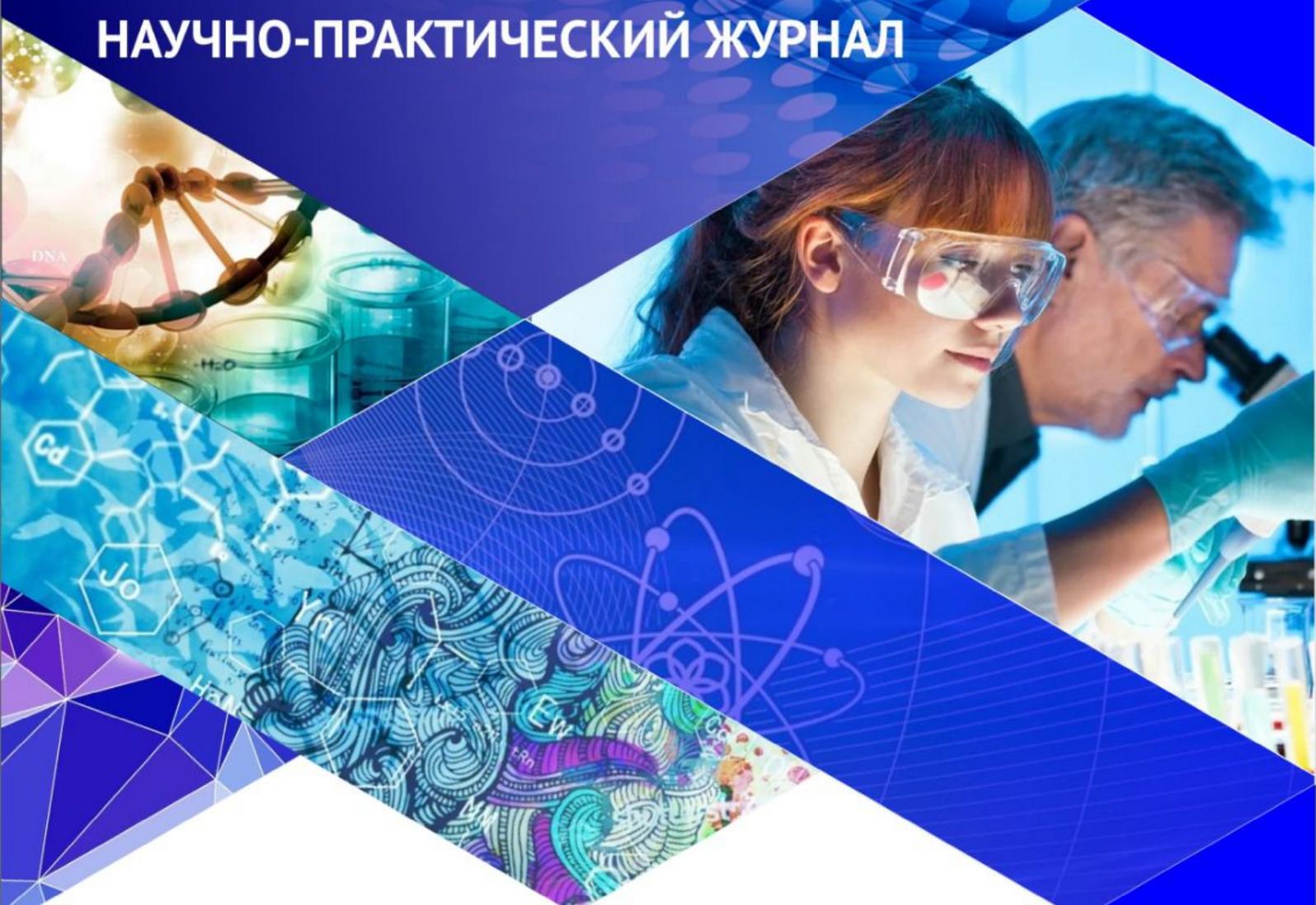




№1  
2024

# Вестник БОБЕК

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



OJS  
OPEN  
JOURNAL  
SYSTEMS

[bobek\\_organization](https://www.instagram.com/bobek_organization)  
[t.me/bobek\\_science](https://t.me/bobek_science)

+7 776 181 86 88  
+7 701 475 16 38

Астана, Казахстан  
[conferences2019.kz@gmail.com](mailto:conferences2019.kz@gmail.com)



УДК: 616.314-26-007.271-073-089

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ  
ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ  
(Обзорная статья)****Нигматов Рахматулла Нигматович, Ханова Дилбархон Нодирхановна,  
Нигматова Ирода Маратовна, Сайдиганиев Саидахроп Санжар угли.**Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования  
Ташкентского государственного стоматологического института.  
Ташкент, Узбекистан

***Аннотация:** Авторами приведены литературные данные ученых-стоматологов ближнего и дальнего зарубежья по вопросу совершенствование диагностики и планирование лечения глубокого резцового перекрытия у детей и взрослых. У детей с глубоким резцовым перекрытием отмечаются изменения строения лицевого скелета, начиная с периода прикуса временных зубов, которые нарастают к сменному и постоянному прикусу, наблюдается сочетание с дистальной окклюзией.*

*Раннее удаление или ретенция боковых зубов, дефекты зубов и их патологическая стираемость, изменение наклона верхних резцов, парафункции мышц челюстно-лицевой области способствуют или усугубляют аномалию и тяжелые деформации при глубоком резцовом перекрытии.*

***Ключевые слова:** Аномалия, зуб, зубной ряд, деформация, окклюзия, резцовое перекрытие, глубокий прикус, диагностика, антропометрия, цефалометрия, ортодонтическое лечение.*

Глубокое резцовое перекрытие – это обобщающее понятие о чрезмерном перекрытии нижних резцов верхними. Оно включает в себя глубокую резцовую окклюзию и глубокую резцовую дизокклюзию, которая широко известна как глубокий прикус. Глубокое резцовое перекрытие (ГРП) занимает от 37,3% до 65% среди общего числа аномалий зубочелюстной системы у детей [1, 6, 18, 30, 31].

В большинстве исследований отмечается рост патологии зубочелюстной системы с возрастом, в том числе глубокого резцового перекрытия [31]. У детей с ГРП отмечаются изменения строения лицевого скелета, начиная с периода прикуса временных зубов, которые нарастают к сменному и постоянному прикусу, наблюдается сочетание с дистальной окклюзией [13, 24]. В ряде источников период с 12 до 15 лет отмечается как наивысшая точка клинических признаков ГРП [14, 21]. Поэтому лечение в раннем возрасте является актуальным [5, 7, 16].

По мнению большинства авторов глубокое резцовое перекрытие имеет наследственный характер [34]. В фундаментальном исследовании о развитии зубочелюстной системы, Bjork A. (1969) основным фактором формирования глубокого резцового перекрытия называет нарушение направления роста нижней челюсти, а именно, ее переднюю ротацию. Значительную роль играет наследственная сагиттальная диспропорция челюстей, при которой нарушается окклюзия и в вертикальной плоскости [23, 29, 33].

Отечественные авторы отмечают роль изменениям зубоальвеолярных дуг при ранней потере временных моляров. При наследственных предпосылках к формированию глубокого резцового перекрытия раннее удаление временных боковых зубов приводит к тяжелой аномалии [13, 33].



При ГРП наблюдаются такие нарушения лицевого скелета, как уменьшение высоты лица, нижнечелюстного угла, горизонтальное расположение нижнечелюстной и окклюзионной плоскостей [11]. Однако исследования нарушений при глубоком резцовом перекрытии касаются взрослых. Исследований развития ГРП в возрастном аспекте недостаточно.

Поскольку при формировании ГРП наблюдается чрезмерное увеличение зубоальвеолярной высоты в области передних зубов, особенно на нижней челюсти, а также укорочению боковых отделов альвеолярных отростков, потенциал вертикального роста используется для лечения в период развития лицевого скелета. В некоторых исследованиях показано, что лечение при глубоком резцовом перекрытии в период роста и развития пациента значительно эффективнее. Лечебные мероприятия в это время дают возможность гармонизировать развитие лицевого скелета [15].

Традиционно, ГРП при сагиттальном соотношении по первому, а особенно по второму классу, корригируется в два этапа: на первом этапе применяется пластинка на верхней челюсти (ВЧ) с накусочной площадкой, на втором этапе, в период окклюзии постоянных зубов используется НОТ (брекет-система). Сторонники двухэтапного лечения утверждают, что в сменном прикусе больше шансов для патогенетического воздействия. Аномалии, коррекция которых проводится в периодах активного роста, реже рецидивируют [25].

Ряд отечественных и зарубежных исследователей связывают формирование ГРП с формой и размерами зубов, изменением индекса Тона, увеличением вертикальных размеров передних зубов и уменьшением вертикальных размеров боковых зубов [26].

В последнее десятилетие в литературных источниках как фактор развития ГРП у взрослых выделяется стрессогенный фактор, который вызывает парафункциональные изменения, такие как бруксизм и стискивание зубов.

Основное правило планирования лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями – точная диагностика. Авторы в своих исследованиях отмечают, наличие при ГРП нарушений развития некоторых отделов лица, деформации зубных рядов нижней челюсти (НЧ) и ВЧ, нарушений функций жевательной мускулатуры, языка и верхних дыхательных путей. Для их диагностики требуется комплексная оценка с использованием современных методов.

При ГРП изучаются морфофункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), которые обнаружены у  $29,55 \pm 4,74\%$  и более пациентов [10]. Большинство авторов связывают нарушения ВНЧС с дистальным смещением НЧ, ее блокированием, снижением межальвеолярной высоты, что приводит к мышечному дисбалансу, болям ВНЧС и нарушениям движений НЧ.

Однако в исследованиях нет возрастной границы появления симптомов нарушений ВНЧС. Авторы указывают на изменение внутрисуставных взаимоотношений, а именно: углубление суставной ямки; удлинение суставной головки; отвесное расположение суставных бугорков. Указывается на смещение суставных головок кзади во внутрисуставных впадинах при ГРП, которое наблюдается чаще в сочетании с дистальной окклюзией [19].

При изучении аномалии с помощью цефалометрического анализа обнаружено, что при ГРП преобладает горизонтальный тип роста лицевого скелета, в результате чего происходит уменьшение высоты нижней передней части лица за счет вращения НЧ против часовой стрелки [24].

Однако речь идет о взрослых пациентах с ГРП, в литературе нет данных о возрастной границе проявления этих особенностей строения лицевого скелета.



ГРП, как правило, сочетается с типичными аномалиями формы зубных рядов, определяющихся на основании визуального осмотра и анализа измерений КДМ [3, 9]. Однако в литературе нет четких указаний, в каком возрасте у детей с ГРП эти нарушения становятся наиболее выраженными. Сочетание скелетных нарушений (величины и расположения базисов челюстей, длины ветвей НЧ) и зубоальвеолярной высоты отображают степень выраженности ГРП [4, 12, 14, 23]. Интересно и актуально выявить проявление этих сочетаний в возрастном аспекте.

Основную роль в диагностике и планировании лечения ГРП, играет телерентгенография (ТРГ) [22, 23, 30]. При анализе боковых ТРГ проводится метрический анализ данных исследуемого пациента и их сравнение со средними величинами при ортогнатическом прикусе (значений углов, линейных показателей, отношений линейных величин). При помощи этого метода уточняются данные о форме и строении лица, положении челюстей в пространстве.

Исследования зарубежных и отечественных авторов посвящены оптимизации ортодонтического лечения пациентов с ГРП [2]. Отмечается, что лечение необходимо осуществлять с учетом степени выраженности аномалии, морфологических, функциональных и эстетических нарушений [21]. Однако большинство исследований за последние 20-25 лет посвящены вопросам лечения в периоды сформированной ЗЧС, когда проявляются патологические изменения в ВНЧС, стираемость зубов из-за повышенных функциональных нагрузок, характерных для ГРП.

При планировании лечения пациентов с ГРП важно учитывать тип и направление роста челюстей. В литературе отмечено, что при горизонтальном типе лицевого скелета у пациентов часто встречаются рецидивы ГРП после лечения, поэтому коррекция данной патологии проходит труднее и требует продолжительного ретенционного периода [15]. По данным Лазаревой О.В. это связано с поздним обращением и лечением взрослых пациентов, у которых возможно только симптоматическое лечение [27].

При проведении профилактических мероприятий в раннем детском возрасте появляется возможность восстанавливать физиологическое развитие ЗЧС. В периоде временного прикуса применяются: обучение правильной постановке звуков при занятиях с логопедом; миогимнастика; санация полости рта; своевременное восстановление или замещение разрушенных временных и постоянных зубов; протезирование; использование инфант-трейнеров для устранения вредных привычек, нарушений функций ЗЧС. В результате предупреждаются тяжелые формы ГРП [27].

### **Выводы**

Анализируя данные литературы, следует отметить, что основной этиологический фактор развития ГРП у детей и подростков, связан с генетической предрасположенностью, что приводит к значительным деформациям лицевого скелета, которые усугубляются с возрастом.

Раннее удаление или ретенция боковых зубов, дефекты зубов и их патологическая стираемость, изменение наклона верхних резцов, парафункции мышц ЧЛЮ способствуют или усугубляют аномалию и тяжелые деформации при ГРП.

Анализ современной литературы показал необходимость изучения результатов лечения и его стабильности в разные возрастные периоды, разработке новых подходов к аппаратам и алгоритмам их использования.

В вопросах диагностики ЗЧА не определен количественный оптимум изучаемых параметров ЗЧС, на основании которого врач-ортодонт может выбрать метод коррекции аномалии и сделать прогноз развития.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:**

1. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия: учебное пособие / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 424 с.
2. Аипова Э.Р. Комплексное лечение глубокого прикуса несъемной техникой эджуайс и аппаратом с пружинящими наклонно-накусочными плоскостями / Тез. доклада 11 научно-практической конференции: «Молодые ученые в медицине» – Казань, 2006. – С 104-105.
3. Алимova М.Я. Ортодонтические ретенционные аппараты/ М.Я. – Москва: МЕДпресс-информ, 2009. – 72с.
4. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации: руководство для врачей. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
5. Анохина А.В., Лосева Т.В. Современные концепции лечения дистальной окклюзии у растущих пациентов на основе анализа литературы // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. – № 3 – С. 18-25.
6. Арсенина О.И. и др. Изменения функционально-диагностических показателей зубочелюстной системы в зависимости от вида и степени аномалий зубных рядов // Сборник тезисов научно-практической конференции «Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии» (Москва, 19-20 декабря 2002 г.). – Москва, 2002. – С. 255–256.
7. Арсенина О.И. и др. Ортодонтическое лечение детей дошкольного и школьного возраста с использованием эластопозиционеров // Ортодонтия. – 2011. – № 4. – С. 46-53.
8. Арсенина О.И. и др. Лечение пациентов с зубочелюстными аномалиями и функциональными нарушениями с применением эластокорректора. // Москва, 2016. – 212 с.
9. Аспекты лечения пациентов с гнатическими формами дистальной окклюзии зубных рядов в зависимости от особенностей строения лицевого отдела черепа / К. А. Куракин, Е. И. Мерзвинская, Н. С. Дробышева [и др] // Ортодонтия. – 2011. – № 3 (55). – С. 29-33.
10. Берсенев А.В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикуса с учетом направления роста челюстей. – М., 2007. –148 с.
11. Берсенев А. В. Параметры мозгового и лицевого отделов черепа, характеризующие основное направление роста челюстей при глубоком прикусе // Материалы XI Межд. Конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов – СПб, 2006 – С 23-24.
12. Бимбас Е.С. Анализ мягкотканного профиля лица у пациентов после коррекции. / Е.С. Бимбас, Е.А. Бимбас // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 3. – С 55-56.
13. Бимбас Е.С., Патраков А.В, Липатова Е.В. Аспекты эстетической реабилитации взрослых пациентов // Уральский стоматологический журнал. –2004. №1. – С.16-19.
14. Встречаемость различных типов лица при ортогнатическом прикусе // М.Ю. Малыгин, С.И. Абакаров, Ю.М. Малыгин [и др.] // Сборник трудов научнопрактической конференции студ. науч. Общества стомат. фак-та. – М., 2011. – С.34.
15. Гинали Н. В. Сравнительный анализ клинических методов оценки окклюзии зубных рядов в ретенционный период ортодонтического лечения / Н. В. Гинали, С. А. Василевский, В. И. Басова / Ортодонтия. – 2010. – № 4. –С. 11–15.
16. Голизадех Ахранджани М. – Определение степени сложности ортодонтического лечения. // Стоматология XXI века эстафета поколений, – 2010. – С.31-34.
17. Данилова М.А., Ишмуралин П.В. Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях: учебное пособие. – Пермь, 2014. – 140 с.
18. Данилова М.А. и др. Комплексное лечение растущих пациентов с сочетанной формой дистальной окклюзии зубных рядов и вертикальной резцовой дизокклюзией // Стоматология детского возраста и профилактика. –2013. –№ 3 (46). –С. 38–42.



19. Доусон П.Е. Функциональная окклюзия от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки. – Москва.: Практическая медицина, 2016. – 590 с.
20. Жулев Е.Н., Николаева Е.Ю., Зубарева Т.О. Атлас ортодонтических аппаратов для лечения аномалий зубочелюстной системы. М.: Мед. информ. агентство, 2018. – 36 с.
21. Закиров Т.В. Основное ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта / Т.В. Закиров, Е.С. Бимбас // Dental Magazine. – 2013. – №12 (120). – С.30-35.
22. Изменение постурального статуса при ортодонтическом лечении нарушений прикуса / Иванов В.В., и др. // Стоматология. – 2018.– № 1(97).–С.50-53.
23. Иванова Ю.А. Клинико-рентгенологическое обоснование применения несъемной ортодонтической техники при лечении детей с аномалиями окклюзии в период сменного прикуса. –Москва, 2009. –121 с.
24. Казакова А. В. Клинико-цефалометрическая характеристика зубочелюстных аномалий, сопровождающихся вертикальным ростом лица. Санкт-Петербург, 2013. – 22 с.
25. Картон Е. А. Ретенция и рецидивы/ Е. А. Картон, Ж. А. Ленденгольд, Л. С. Персин. – М.: Московский Медико-Стоматологический Университет, 2006. – 46 с.
26. Клинические варианты аномалий размеров постоянных резцов верхней челюсти / С. Б. Фищев, А. В. Лепилин, А. В. Севастьянов [и др.] // Институт стоматологии. – 2012. – № 54. – С. 90–91.
27. Лазарева О.В., Бимбас Е.С. Клинико-антропометрическое обоснование ортодонтической коррекции глубокого резцового перекрытия у взрослых: ЕкБ, 2018. – 186 с.
28. Лазарева О.В. Усовершенствованный способ ретенции после коррекции глубокого резцового перекрытия // Проблемы стоматологии. – 2013г. – №1 – с. 54-57.
29. Левенец, А. А. О взаимосвязи сколиотической болезни и зубочелюстных аномалий и деформаций /А. А. Левенец, Е. Г. Перова // Стоматология. – 2006. –№ 4. – С. 33–36.
30. Нигматов Р.Н., Ханова Д.Н. Строения лицевого отдела черепа при глубоком прикусе у детей. // / Internationales deutsches akademika aachener 2023. AACHENER, GERMANY. – 2023. – 69-70.
31. Ханова Д.Н., Нигматов Р.Н. Оптимизация методов диагностики и ортодонтического лечения у детей с глубоким прикусом (Обзор литературы). // / Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 2-3 (91-92), Т.- 2023. – С. 93-101.
32. Лечение дистального прикуса у детей/ А.Г. Жармагамбетова, С.Т. Тулеутаева, К.С. Мухтарова [и др.] // Стоматология. – 2016. –Т. 95. – № 3. – С. 49 –51.
33. Хорошилкина Ф.Я. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевые аномалий, сочетающихся с глубоким резцовым перекрытием. Учебное пособие. / Ф.Я. Хорошилкина, Т.А. Овакимян. –Ереван: Айастан, 2001. – 136 с.
34. Skeletal and dental effectiveness of treatment of Class II malocclusion with headgear: A systematic review and meta-analysis / R. Nucera, A. Militi, A. Lo Giudice [et al] // Journal of Evidence-Based Dental Practice. – 2018. – Vol. 18. – № 1. – P. 41- 58.



<b>ЕСКАЛИЕВА Қ.Р., СЫДЫКОВ С.Б.</b> (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ЖУСАН ( <i>ARTEMISIA RUPESTRIS</i> L.) СЫҒЫНДЫСЫ БАР СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ГЕЛЬДІ АЛУДЫҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ .....	102
<b>АЛИБАЕВА АЗИНА, ДЮСЕМБИНОВА Г.А.</b> (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ШАЙҚУРАЙ ( <i>HYPERICUM PERFORATUM</i> L.) ЭКТРАКТЫСЫ БАР ЕМДІК - КОСМЕТОЛОГИЯЛЫҚ КРЕМНІҢ ҚҰРАМЫН, ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖӘНЕ ҚАУІПСІЗДІГІН БАҒАЛАУ .....	104
<b>ҚОЖАБЕК АРУЖАН, ДЮСЕМБИНОВА Г.А.</b> (АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН) ЖАРТАСТЫ ЖУСАН ( <i>ARTEMISIA RUPESTRIS</i> L.) СЫҒЫНДЫСЫ БАР КРЕМНІҢ ҚҰРАМЫН, ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ .....	106
<b>ЖИРЕНЧИНА АЙГЕРИМ АБИШЕВНА, МУКАНОВА А.Б., МАНАСОВ Н.К.</b> ПРИМЕНЕНИЕ РЯБИНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ ( <i>SORBUS AUCUPARIA</i> L.) В МЕДИЦИНЕ.....	108
<b>ИСМАИЛОВА ДАРИГА ЕРБОЛОВНА, ОСПАНОВА ЖАННАТ МАКСАТОВНА</b> (АСТАНА, КАЗАХСТАН) ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О МОДИФИЦИРУЕМЫХ РИСКАХ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....	111
<b>МУСАХОВА МАДИНА ОРЫНБАЕВНА, АБДИАШИМОВА САЛТАНАТ СӘКЕНҚЫЗЫ, ШЕРІПБАЙ САЛТАНАТ ЖӘНІБЕКҚЫЗЫ, НУРБАЕВА АЙГЕРИМ ГАЛЫМЖАНОВНА</b> (ТҮРКІСТАН, ҚАЗАҚСТАН) ЖАС ЖӘНЕ ЖЫНЫС ЕРЕКШЕЛІКТЕРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ БІРІНШІ ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ДАМУ ЕРЕКШЕЛІГІ .....	113
<b>ХАТАМОВ БАБИРЖАН СИДИКОВИЧ, ИЗТЛЕУОВА ГУЛДЕН ТУРСУНБАЕВНА</b> (ҚАРАҒАНДЫ, ҚАЗАҚСТАН) ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ЖҰҚПАЛАНУДЫҢ ПЕРИНАТАЛЬДЫ ПАТОЛОГИЯДАҒЫ КӨРІНІСТЕРІ .....	118
<b>РАХМАТУЛЛАЕВА НИГОРА РУЗМЕТОВНА</b> (URGANCH, UZBEKISTON) ESHITISH BUZILGAN BOLALARDA OGIZ BO'SHLIFINI MORFO-FUNKSIONAL HOLATINI VAHOLASH .....	122
<b>НАЗАРОВА Р.Т., РАШИДОВА. Ш.М., ДЖАФАРОВА К.А., КЕРИМОВА Г.А.</b> (БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН) К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ .....	123
<b>Ш.М. РАШИДОВА, М.М. МУХТАРОВ, К.А. ДЖАФАРОВА, Р.Р. БЕЙЛЯРОВА, М.Г. БАГИРОВА</b> (БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН) КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ДЕТЕЙ .....	125
<b>АРАЛОВ МИРЗОБЕК БАХРОМОВИЧ, НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА НИГМАТОВИЧ, САЙДИГАНИЕВ САИДАХРОР САНЖАР УГЛИ, ШААМУХАМЕДОВА ФЕРУЗА АБДУЛХАКОВНА</b> (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ.....	126
<b>НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА НИГМАТОВИЧ, ХАНОВА ДИЛБАРХОН НОДИРХАНОВНА, НИГМАТОВА ИРОДА МАРАТОВНА, САЙДИГАНИЕВ САИДАХРОР САНЖАР УГЛИ</b> (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ (Обзорная статья) .....	130
<b>РУЗИЕВ ШЕРЗОДБЕК ДИЛШОД УГЛИ, НИГМАТОВ РАХМАТУЛЛА НИГМАТОВИЧ, НИГМАТОВА НИГОРА РАХМАТУЛЛАЕВНА, ХАНОВА ДИЛБАРХОН НОДИРХАНОВНА, САЙДИГАНИЕВ САИДАХРОР САНЖАР УГЛИ</b> (ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН) ПУТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ .....	135
<b>КАМЕШЕВ ЧИНГИС СЕЙТБАТТАЛОВИЧ</b> (ПАВЛОДАР, КАЗАХСТАН) РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. ОСОБЕННОСТИ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	139