

дов обследования правильно выстроить линию рационального диагностического поиска. Успех на профессиональном медицинском поприще определяется не столько уровнем специальных знаний, сколько личностными качествами медика, в частности способностью к доверительным взаимоотношениям с пациентом, умением вселить уверенность в успешном исходе лечения и множеством других характерологических особенностей врача. При анализе причин некачественного ведения истории болезни мы пришли к выводу, что чаще всего дело не в недостаточной добросовестности, грамотности, профессионализме врача, а в недостатке времени, в спешке, которая неизбежна в современных условиях работы. Нагрузка на врача осталась прежней, но интенсивность работы резко выросла. Таким образом, по нашим данным, история болезни превратилась в краткую анкету, не отражающую индивидуальность больного, особенности течения заболевания. В создавшейся ситуации единственным выходом для улучшения качества работы с больным является уменьшение нагрузки на врача, тогда у него появится время выслушать больного, выразить свое сострадание и попытаться ему помочь.

В настоящее время планируется внедрение инновационных дорогостоящих технологий в практическую медицину. Под эти проекты выделены немалые средства. Однако, нам представляется, что создание условий для полноценной работы в клинике не менее важны, чем инновации.

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Тимачева Т.Б., Шемонаев В.И.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет», Волгоград,
e-mail: tbtimacheva@yandex.ru*

Многие пациенты имеют функциональные нарушения в зубочелюстной системе, приводящие к ее дисфункции. Поэтому при стоматологическом обследовании необходимо проводить постоянный поиск признаков функциональных нарушений. Алгоритм обследования включает следующие разделы:

1. Предварительное обследование: (по «гамбургскому» протоколу – Ahlers M.O., Jakstat H.A., 2000).

1.1. Асимметрично ли открывание рта?

1.2. Открывание рта резко ограниченное или слишком большое?

1.3. Определяются ли внутрисуставные шумы?

1.4. Асинхронен ли окклюзионный звук?

1.5. Болезненная ли пальпация жевательных мышц?

1.6. Травматична ли эксцентрическая окклюзия зубов?

Результат исследования интерпретируется как: функциональная норма; вероятность наличия дисфункции (группа риска); явное наличие дисфункции.

2. Подробное функциональное клиническое обследование зубочелюстной системы: осмотр лица, кефалометрия; проверка подвижности нижней челюсти; пальпация и изометрия мышц; клиническое обследование окклюзии зубных рядов.

2.1. Кефалометрия. Выраженное нарушение симметричности лица может быть причиной или следствием дисфункции зубочелюстной системы.

2.2. Исследование подвижности нижней челюсти позволяет определить мышечные перенапряжения, смещение суставных дисков, девиацию, дефлексию, протрузию нижней челюсти, трансляцию мышечков при протрузии, ретрузионные движения.

2.3. Обследование ВНЧС: дорсальная (дистальная) пальпация ВНЧС; динамический тест компрессии ВНЧС; обследование суставной капсулы и связок, исследование суставных шумов).

2.4. Пальпация и изометрия мышц.

2.5. Клиническое обследование окклюзии: сагитальное перекрытие резцов – overjet; вертикальное перекрытие резцов – overbite; путь скольжения из центрального соотношения в привычную окклюзию; стабильность привычной окклюзии; контакт передних зубов; отсутствие контакта боковых зубов; недостаточное речевое расстояние; нефизиологические окклюзионные контакты, реакционные тесты; обследование на наличие парафункции.

Таким образом, для эффективного стоматологического лечения необходимо проведение целого комплекса диагностических процедур, направленных на выявление функциональных нарушений.

Список литературы

1. Лебедеко И.Ю. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: учебное пособие / И.Ю. Лебедеко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник, А.А. Ступников. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.

2. Slavicek R. The Masticatory Organ: Functions and Dysfunctions // Klosterneuburg: Gamma Med.-viss. Fortbildung-AG. – 2002. – 544 p.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННИХ КРАСИТЕЛЕЙ ДЛЯ БЕЗМЕТАЛЛОВОЙ КЕРАМИКИ

Тимачева Т.Б., Усова К.С.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: www.kusya1988@mail.ru*

Несмотря на самые современные технологии определения цвета стоматологических ортопедических реставраций, установка готовой

конструкции часто преподносит неприятные сюрпризы с точки зрения восприятия цвета относительно сохранившихся зубов. В большинстве керамических систем, предназначенных для реставрации зубов, внутренние красители отсутствуют. Керамика ЕХ-3 Норитаке, имеет внутренние красители Серабьен, предназначенные для раскрашивания внутренних слоев керамического покрытия.

Для сравнительно простого воспроизведения желаемой окраски зуба, Х. Аосима (2001) был создан метод, названный «техника внутреннего раскрашивания», который заключается в имитации индивидуальных особенностей зубов разных возрастных групп пациентов, а также в случаях затруднений при выборе расцветки. *Преимущества* данного метода:

– поскольку коэффициенты термического расширения (ТКЛР) внутренних красителей хорошо согласуются с ТКЛР керамического покрытия, риск появления пузырей и трещин в процессе многократных обжигов реставрации минимален;

– их можно наносить и обжигать непосредственно на поверхностях цельнокерамических каркасов. Даже при малой толщине верхнего слоя керамического покрытия, отражение света от поверхности каркаса не будет оказывать вредного влияния на цвет красителей, поскольку последние обладают иллюзорным эффектом «всплывания к поверхности».

– благодаря тому, что красители наносят на поверхность уже спеченной керамики, которая не будет давать усадку при последующих обжигах, воспроизводимые эффекты не сместятся;

– традиционно обжиги керамического покрытия и красителей ведутся отдельно, в процессе изготовления реставрации можно провести коррекцию внутреннего анатомического строения имитируемого зуба алмазными головками и другими инструментами;

– по сравнению с методом наружного подкрашивания может быть достигнута большая глубина окраски зубного протеза или микропротеза, поэтому реставрации будут выглядеть естественно за счет эффекта люминесценции и прозрачности. Образуется совершенно другое преломление света. Прозрачный слой с краской создает диффузное отражение при падении на реставрацию луча света;

– благодаря высокой цветовой насыщенности внутренних красителей, с их помощью можно точно передать цвет зуба в тех местах, где невозможно нанести слой керамической массы достаточной толщины; происходит прокрашивание конструкции с последующим нанесением прозрачных масс – без этапа нанесения дентинного слоя;

– в отличие от сложного воспроизведения внутреннего строения зуба с помощью интен-

сивов и эффект-масс, процедура внутреннего раскрашивания не является сложной; можно обойтись минимальным количеством порошков керамики основных расцветок.

Отмечаются и некоторые *недостатки* техники внутреннего раскрашивания: увеличивается число обжигов керамического покрытия; керамические красители размещают между слоями материала, отличающегося от них по строению и составу; поскольку внутренние красители наносят на уже обожженную поверхность фарфора, воспроизведение окраски ограничено одной плоскостью (плоскостью поверхности опакующего слоя, поверхностью дентина или эмали). Теряется объемность, которая создается моделированием с применением интенсивов и эффект-масс.

Таким образом, это полноценная и обоснованная технология позволяет добиться высокоэстетичного результата протезирования.

Список литературы

1. Аосима Х. Использование техники внутреннего раскрашивания для передачи цветовых эффектов натуральных зубов // *Зубной техник.* – 2001. – № 2. – С. 23–29.
2. Аосима Х. Люстровый фарфор // *Зубной техник.* – 2001. – № 1. – С. 1–6.
3. Абакаров С.И., Абакарова Д.С. Оптимальные условия и особенности определения и создания цвета в керамических и металлокерамических протезах // *Новое в стоматологии.* – 2001. – № 7. – С. 23–29.
4. <http://www.bestreferat.ru>.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА КАЗАНИ

Хузиханов Ф.В., Гагина Д.Н., Аюпова Г.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, e-mail: Faridx@yandex.ru

Здоровье детей и подростков в любом обществе при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны [2].

В настоящее время примерно 70% детского населения России составляют дети школьного возраста и подростки (7–18 лет). При этом наиболее выраженное увеличение заболеваемости детей отмечается именно в этой возрастной группе. За период школьного обучения количество детей, у которых имеет место хроническое заболевание, увеличивается на 20%. В целом по России не менее чем у 60% учащихся образовательных учреждений имеется та или иная патология [3].