

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Старкова Анна Валерьевна

**Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов
с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными
деформациями как фактор предупреждения конфликтов
в системе «врач-пациент»**

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

14.01.14 - стоматология

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Асташина Н.Б.

Научный консультант:

доктор педагогических наук,

профессор Рогожникова Р.А.

Пермь -2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
Глава 1. Обзор литературы.	
Горизонтальные вторичные деформации зубных рядов, как фактор, способствующий развитию конфликтов в системе «врач-пациент»	
1.1. Конфликты в системе «врач-пациент».....	12
1.2. Характеристика научных понятий «конфликт» и «конфликтологическая культура».....	13
1.3. Причины возникновения и пути разрешения конфликтов в системе «врач-пациент».....	16
1.4. Вторичные деформации зубных рядов. Этиологические факторы, патогенетические механизмы развития.....	20
1.5. Напряженно-деформированное состояние периодонта и костной ткани опорных зубов.....	23
1.6. Клинические, морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе при горизонтальных вторичных деформациях зубных рядов.....	25
1.7. Лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.....	28
Глава 2. Материал и методы исследования	
2.1. Анализ распространенности и причин возникновения конфликтов в системе «врач-пациент».....	35
2.1.1. Определение уровня конфликтологической культуры врачей-ординаторов и психологического статуса пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.....	36
2.2. Общая характеристика клинического материала.....	40
2.3. Клинические методы исследования.....	42
2.3.1. Определение электровозбудимости пульпы зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов	43
2.3.2. Рентгенологический метод исследования.....	44

2.3.3. Изучение гипсовых моделей челюстей.....	44
2.4. Метод доплерографии.....	44
2.5. Метод гнатодинамометрии.....	45
2.6. Методика ортопедического лечения с применением несъемно-разборного мостовидного протеза из цельного диоксида циркония.....	45
2.7. Биомеханический анализ конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза.....	47
2.7.1. Расчет на прочность элементов крепления частей несъемно-разборного мостовидного протеза.....	47
2.7.2. Сравнение конструкционных параметров несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки.....	49
2.8. Оценка клинической эффективности применения несъемно-разборного мостовидного протеза.....	51
2.9. Статистическая обработка результатов исследования.....	51
Глава 3. Результаты оценки уровня конфликтологической культуры врачей и пациентов стоматологического профиля	
3.1. Анализ результатов исследования факторов, способствующих возникновению конфликтов в системе "врач-пациент".....	52
3.2. Анализ результатов психолго-педагогического исследования в группе врачей ординаторов и в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.....	55
3.3. Апробация программы обучения врачей-ординаторов, направленной на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе "врач-пациент".....	65
3.4. Анализ результатов экспериментальной работы по исследованию уровня конфликтологической культуры врачей - ординаторов ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера и пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациям.....	69
Глава 4. Анализ результатов клинических исследований	
4.1. Результаты клинико-экспериментальных исследований.....	86

4.1.1. Результаты оценки стоматологического статуса пациентов, с частичным отсутствием зубов, сочетанным с дентальными горизонтальными вторичными деформациями.....	86
4.1.2. Результаты внутриротового анализа окклюзии у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями I и II степени до лечения.....	90
4.1.3. Результаты биометрических исследований моделей челюстей пациентов основной группы и группы сравнения.....	93
4.1.4. Результаты исследования состояния гемодинамики тканевого кровотока в системе микроциркуляции тканей десны до протетического лечения.....	95
4.1.5. Результаты определения силы жевательных мышц и выносливости опорных зубов к восприятию давления до протетического лечения.....	97
4.2. Проектирование рациональной конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза, для протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.....	98
4.2.1. Расчет полей напряжений при максимально возможных нагрузках.....	103
4.2.2. Сравнение конструктивных особенностей несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки.....	106
4.2.3. Оптимизация параметров окклюзионной накладки.....	108
4.3. Ортопедическое лечение пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями I и II степени, с использованием несъемно-разборного мостовидного протеза.....	112
4.4. Оценка эффективности ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями I, II степени.....	115
4.4.1. Результаты внутриротового анализа окклюзии у пациентов основной группы и группы сравнения после протетического лечения.....	115
4.4.2. Результаты оценки основных гигиенических индексов пациентов основной группы и группы сравнения после протетического лечения.....	116

4.4.3. Результаты исследования состояния гемодинамики тканевого кровотока в системе микроциркуляции тканей десны после протетического лечения.....	117
4.5. Результаты определения силы жевательных мышц и выносливости опорных зубов к восприятию давления до и после протетического лечения.....	120
Заключение. Обсуждение полученных результатов.....	130
Выводы.....	141
Практические рекомендации.....	142
Список литературы.....	144
Приложение.....	166

Введение

Актуальность темы и степень ее разработанности

Частичное отсутствие зубов является весьма распространенным стоматологическим заболеванием. Потеря одного или нескольких зубов приводит к развитию деформации зубных рядов и прикуса, а также способствует усугублению патологических изменений зубочелюстной системы [14,20,23,29,36,46,59,60,62,76,89,97,99,106,107,169,171,180,214]. У пациентов с дефектами зубных рядов вторичные деформации встречаются в 14-73% случаев [24,25,29,37,45].

Комплексное лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, является общепризнанным и направлено на восстановление функций зубочелюстной системы. Однако при данной патологии, осложняющей клинику частичной потери зубов, в отдельных случаях протезирование становится крайне сложно выполнимым [29,48,49,57,59,106,122,131,144,177,178,180].

Лечение пациентов с горизонтальными вторичными деформациями преимущественно осуществляется с помощью традиционных мостовидных протезов, что нередко приводит к возникновению отдаленных осложнений, возникающих вследствие чрезмерного препарирования твердых тканей опорных зубов, имеющих наклон [5,19,29,59,61,90,94,109,112,123,124,125,133,134,139]. Из числа известных конструкций протезов, которые предусматривают щадящее препарирование опорных зубов, имеющих конвергенцию, можно выделить мостовидные протезы с опорой на полукоронки, вкладки и накладки, выполненные из металла. Недостатками указанных конструкций являются частое расцементирование опорных элементов и низкая эстетика [29,59,60,94,123,134,139].

Возрастающие требования пациентов к качеству оказания медицинской помощи обуславливают выбор рационального метода ортопедического лечения [17,59,86,87,88]. Нередко пациенты, желающие в короткие сроки получить «идеальную» конструкцию, которая обеспечила бы высокую жевательную

эффективность и эстетичность, оказываются либо неготовыми к выполнению плана комплексного лечения, либо остаются неудовлетворенными результатами проведенной терапии. Последние обстоятельства в ряде случаев могут послужить причиной возникновения конфликтов. Существенным является и тот факт, что конфликтные ситуации в системе «врач-пациент» нередко возникают при наличии сложной сочетанной патологии зубочелюстной системы [18,86,87,88]. Кроме того, на развитие психологических неблагоприятных ситуаций нередко оказывает влияние неспособность врачей и пациентов конструктивно разрешать конфликты. Поэтому соблюдение требований и стандартов оказания медицинской помощи, а также повышение уровня конфликтологической культуры врача-стоматолога может способствовать повышению эффективности лечения и предупреждению или конструктивному разрешению конфликтов в системе «врач-пациент».

Из вышесказанного следует, что использование традиционных подходов к устранению вторичных деформаций зубных рядов, требующих радикального вмешательства и приводящих к неблагоприятным последствиям (например, депульпирование зуба, сошлифовывание большого объема здоровых тканей зуба), может способствовать развитию различных осложнений, предупредить которые возможно путем разработки и внедрения щадящих методов протетического лечения, что позволит снизить риск развития необратимых процессов в зубочелюстной системе.

Цель исследования - повысить эффективность лечения пациентов с дефектами зубных рядов путем применения рациональной конструкции зубного протеза и формирования конфликтологической культуры врачей-стоматологов.

Задачи исследования:

1. Оценить стоматологический и эмоциональный статус пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.

2. Изучить причины возникновения конфликтов в стоматологической практике в системе «врач-пациент».

3. Определить уровень конфликтологической культуры врачей-стоматологов. Разработать и апробировать программу обучения врачей-ординаторов, направленную на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтных ситуаций в системе «врач-пациент».

4. Разработать рациональную конструкцию зубного протеза для лечения пациентов с включенными дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями; с помощью метода биомеханического моделирования определить ее оптимальные параметры.

5. Оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, путем проведения клинико-экспериментальных исследований.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования

Впервые изучен психологический статус и оценена степень утраты стоматологического здоровья у пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями. Разработана рабочая программа «Конфликтологическая культура в стоматологии», направленная на формирование у врачей-ординаторов конфликтологической культуры как фактора предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов в системе «врач-пациент».

Разработана и теоретически обоснована конструкция несъемно-разборного мостовидного протеза для протетического лечения пациентов с включенными дефектами зубных рядов, осложненными вторичными деформациями, применение которой позволяет проводить щадящее препарирование опорных зубов, обеспечивая высокую эффективность и полноценную функцию зубочелюстной системы. Методом биомеханического моделирования обоснованы оптимальные конструкционные параметры несъемно-разборного мостовидного протеза.

Практическая значимость исследования

В результате проведенных исследований изучены основные причины возникновения конфликтов в системе «врач-пациент» в стоматологической практике. Разработана и внедрена в курс подготовки врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера программа обучения, направленная на формирование у обучающихся конфликтологической культуры как фактора предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов в системе «врач-пациент».

Разработана и внедрена в практическое здравоохранение новая рациональная конструкция несъемно-разборного мостовидного протеза, которая позволяет повысить эффективность ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями. Обоснована целесообразность применения апробированного комплекса профилактических мероприятий, направленных на воспитание конфликтологической культуры и формирование соответствующих компетенций у врачей - стоматологов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. К основным причинам возникновения конфликтов в системе «врач-пациент» в стоматологической практике относятся:
 - наличие у пациентов сложной патологии зубочелюстной системы, в том числе горизонтальных вторичных деформаций зубных рядов;
 - ошибки при выборе метода лечения;
 - недостаточное информирование пациента о заболевании и возможных осложнениях;
 - индивидуальные характерологические особенности врачей и пациентов;
2. Разработанная рабочая программа обучения «Конфликтологическая культура в стоматологии» способствует формированию у врачей-стоматологов конфликтологической культуры как фактора предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов.

3. Применение рациональной конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза позволяет обеспечить щадящий подход и повысить эффективность протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.

Личный вклад автора в выполнение работы

Автором проанализирована литература по теме диссертационного исследования. Осуществлен набор материала, проведен анализ и статистическая обработка данных клинического, психолого-педагогического и экспериментального исследования. Апробирован комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтных ситуаций в системе «врач-пациент».

Разработана новая рациональная конструкция зубного протеза и теоретически обоснованы ее оптимальные параметры. Проведено динамическое наблюдение и ортопедическое лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, а также проанализирована эффективность проведенных мероприятий.

Внедрение результатов исследования в практику

Работа выполнена на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера» Минздрава России. Основные научные положения внедрены в практическую деятельность: 3-го поликлинического отделения стоматологической клиники ГБОУ ВПО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (гл. врач - О.В. Поздеева); ООО «Стоматология АСТ-Студия» (Пермь); ООО «Оптима-С» (Пермь). Используются в учебном процессе на кафедрах: ортопедической стоматологии и стоматологии ФДПО ГБОУ ВПО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ; на кафедре теоретической механики и биомеханики ФГБОУ ВПО ПНИПУ.

Апробация работы

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на:

- межрегиональной научной сессии молодых ученых «Молодые ученые - здравоохранению Урала» (Пермь, 2011, 2012, 2015);
- научно-практической конференции «Клинические и морфологические аспекты инновационного развития медицины Пермского края» (Пермь, 2013);
- XI-й Всероссийской конференции с международным участием «БИОМЕХАНИКА - 2014» (Пермь, 2014);
- III-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием студентов, интернов, ординаторов, аспирантов «Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых» (Пермь, 2015);
- XI-м Всероссийском конгрессе «Стоматология Большого Урала на рубеже веков. К 100-летию Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера». III-й Стоматологический конгресс ПФО «Актуальные вопросы стоматологической службы ПФО» (Пермь, 2015).

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 11 научных работ, из них 3 - в изданиях, рекомендуемых ВАК, и 1 - в реферативных базах Scopus и Web of Knowledge. Получено положительное решение о выдаче патента на полезную модель по заявке № 2014146960/14(075628) от 21.11.2014.

Объем и структура диссертации. Работа представлена рукописью на русском языке объемом 168 стр. машинописного текста и включает: введение; обзор литературы; 3 главы собственных исследований; заключение; выводы; практические рекомендации; приложение. Список литературы содержит 217 источников, из которых 167 отечественных и 50 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 48 рисунками и 50 таблицами.

Глава 1.

Обзор литературы.

Горизонтальные вторичные деформации зубных рядов, как фактор, способствующий развитию конфликтов в системе «врач-пациент»

1.1. Конфликты в системе «врач-пациент»

Изменения в сфере социально-политической и экономико-правовой базы в современной России ведут к развитию новых гражданско-правовых взаимоотношений между потребителями и исполнителями медицинских услуг, т.е. между пациентами и медицинскими организациями различной формы собственности [17,18,86,87,88,95].

За последние десятилетия отмечено значительное увеличение числа конфликтов между вышеуказанными субъектами договорных отношений [9,17,22,32,79,95,113,114,118,119,138,184,206]. При этом во взаимоотношениях между стоматологической службой, врачами-стоматологами и пациентами сложились определенные противоречия, обусловленные:

- увеличением объема платных стоматологических услуг, внедрением новых технологий и большой распространенностью стоматологических заболеваний, а также их осложнений;
- развитием системы медицинского страхования и недостаточным вниманием к вопросам страхования профессиональной ответственности;
- ростом правового сознания населения, становлением социального контроля со стороны пациентов и высоким уровнем неудовлетворенности стоматологическим лечением;
- увеличением количества конфликтных ситуаций в сфере оказания стоматологических услуг, недостаточным уровнем сформированности у врачей-стоматологов этико-правовых знаний и умений предупреждать, и конструктивно разрешать возникающие конфликты [9,17,22,32,79,95,118,119,138,184].

Пациент стоматологической клиники стремится стать равноправным субъектом взаимоотношений в системе здравоохранения и получать высококачественную стоматологическую помощь, отвечающую современным

мировым стандартам, касающимся не только технологических новшеств и материалов, но и технологий социального взаимодействия с медицинским персоналом [32,79]. Отношения между медицинским учреждением и пациентом имеют договорную основу, которая предполагает определение прав, обязанностей и ответственности сторон. Учитывая высокую стоимость стоматологических услуг, пациент предъявляет все большие требования к их качеству [17,18,86,87,88]. Вследствие чего нередко возникают претензии со стороны пациента в случае неудовлетворенности результатами проведенного лечения. По мнению ряда авторов, причинами занижения оценки качества оказанной пациентам медицинской помощи могут, являются необоснованные ожидания результатов лечения [79,86,87,88]. В настоящее время наблюдается значительный рост количества жалоб пациентов и исков по поводу некачественного оказания медицинской помощи, где стоматология занимает лидирующее положение (38%) в сравнении с другими медицинскими специальностями [87,88]. При этом 25% исков предъявляемых врачам-стоматологам, связаны с необоснованными претензиями и требованиями пациентов [79,87,88]. В то же время по данным Ромодановского П.О, Урукова Ю.Н (2010) треть исков являются вполне справедливыми и содержат претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения.

1.2. Характеристика научных понятий «конфликт» и «конфликтологическая культура»

В стоматологической практике успех лечения зависит от степени сложности манипуляций и квалификации специалиста, а также от психоэмоционального настроения пациента, индивидуального подхода врача-стоматолога к больному [9,17,18,22,32,79,95]. По мнению А.А. Мохова, Е.В. Фомичева, О.Ю. Афанасьевой (2009), более 50% исков формируется по инициативе пациентов, а в 36% случаев – по настоянию их родственников.

Конфликт как непростой остросоциальный феномен представлен многими параметрами, одними из главных - являются: сущность, структура, причины и

динамика. Существует множество определений конфликта, однако в основе каждого лежит противоречие.

Конфликт (от латинского *conflictus* – столкновение) – одновременное столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия, фиксируемых ими в жесткой форме [6,7,9,17,22,32,40,79,95,105,111,113,116,118,119,120,138,184]. В основе конфликта лежит конфликтная ситуация, которая может рассматриваться его структурным компонентом. Конфликтная ситуация по сути является предконфликтным этапом, который может существовать задолго до возникновения конфликта.

В структуру конфликтной ситуации в стоматологической практике входит несколько основных элементов [6,7,40,95,119,134]:

1) участники конфликта или оппоненты. В стоматологической практике основными участниками конфликта являются врач и пациент;

2) предмет конфликта - это объективно существующая или воображаемая проблема, лежащая в основе конфликта. Предметом конфликта в системе «врач-пациент» является противоречие, из-за которого оппоненты вступают в конфликт. Соответственно оппонентами конфликта являются врач и пациент, но при трансформации конфликта юридически гражданско-правовую ответственность несет медицинская организация, с которой врач связан трудовым договором [32,95];

3) объект конфликта - видят как главный аспект и аргумент к конфликту. Объектом конфликта может являться предметная, социальная или беспредметная ценности, к обладанию или пользованию которой стремятся оба оппонента;

4) микро- и макросреда. При анализе конфликта необходимо выделять условия, в которых находятся и действуют участники конфликта, то есть микро- и макросреду, в которых возник конфликт.

Мотивами конфликта в системе «врач-пациент» являются, во-первых, желание пациента получить качественные медицинские услуги или, во-вторых, устранить допущенные ошибки проведенного стоматологического лечения. Поводом для конфликта всегда является инцидент, т.е. стечение обстоятельств

[32,79,87,88,95,113,119]. К возникновению конфликтной ситуации и конфликта способны привести конфликтогены - слова, жесты, оценки, суждения, действия или бездействия одной или обеих сторон, которые часто проявляются на приеме у врача-стоматолога [22]. Более 90% пациентов врачей-стоматологов находятся в состоянии стрессовой ситуации, что способствует проявлению конфликтогенов. Целью пациента как участника конфликта является возмещение, в частности - компенсация материального и морального вреда здоровью [32,79,95].

Рассматривая конфликт как тип трудных ситуаций социального взаимодействия Н.В. Гришина (2008), А.Я. Анцупов (2009) выделяют следующие аспекты:

- проблемную ситуацию (т.е. существует противоречие при положительном отношении оппонентов друг к другу);
- предконфликтную ситуацию, когда формируется негативное отношение и готовность оппонентов противодействовать;
- конфликтную ситуацию, в которой поведение оппонентов и их действия направлены на защиту своих интересов при негативном отношении друг к другу.

Конфликты имеют деструктивные и конструктивные функции. Деструктивные заключаются в истощении личностных ресурсов (материальных, духовных); разрушении межличностных отношений; снижении эффективности основной деятельности оппонентов; негативном воздействии на психическое состояние оппонента; возникновении стрессов, а также возрастании риска обострения хронических заболеваний и нарушений нормального функционирования здоровых органов и др. К конструктивным функциям конфликта Анцупов А. Я. (2001) относит устранение противоречия (полное или частичное); оценку психологических особенностей оппонентов; ослабление эмоциональной напряженности; развитие личности и приобретение опыта в межличностных отношениях; повышение качества деятельности оппонентов; самоутверждение личности.

При развитии конфликта А.А. Мохова, Е.В. Фоминых, О.Ю. Афанасьева (2009) выделяют несколько стадий:

- предконфликтная ситуация, когда в отношениях имеется сильное напряжение, которое может длиться продолжительное время;
- инцидент - завязка конфликта;
- эскалация конфликта (это либо постоянное возрастание напряженности отношений, либо - волнообразное, когда напряженность то усиливается, то ослабевает);
- кульминация - это верхняя точка эскалации, обычно выражающееся во "взрывном" эпизоде конфликтной борьбы;
- завершение конфликта;
- постконфликтная ситуация (последствия конфликта могут быть деструктивными или способствующими переменам к лучшему, т. е разрешению личностных проблем).

Изучение структурных компонентов и функций, характеризующих конфликты в системе «врач-пациент», а также развитие конфликтных ситуаций позволяет сделать вывод, что разрешение противоречия, которое лежит в основе предконфликтной ситуации, может предупредить конфликт.

1.3. Причины возникновения и пути разрешения конфликтов в системе «врач-пациент»

Ужесточение правовых взаимоотношений врача-стоматолога и пациента, рост правового сознания населения указывают на увеличение количества предъявляемых претензий и исков к врачам-стоматологам. В случае неудовлетворенности качеством стоматологического лечения и возникновения конфликтной ситуации все большее число пациентов готово отстаивать свои права в суде [17,59,86,87,88]. Недостаточный уровень конфликтологических и этико-правовых знаний у практикующих врачей-стоматологов требует совершенствования в системе подготовки в медицинских вузах страны, в освоении конфликтологических компетенций в целях формирования умений конструктивного разрешения конфликтных ситуаций на досудебных уровнях.

Ошибки при выборе метода лечения могут повлечь за собой серьезные последствия, как в состоянии здоровья пациента, так и в профессиональной судьбе врача [9,22,32,79,164].

В стоматологической практике из конфликтов, возникающих на почве неудовлетворенности пациентов проведенным лечением, можно выделить две группы: конфликты, возникающие по причине врачебных ошибок, и конфликты, осуществившиеся из-за индивидуальных качеств врача-стоматолога и пациента [79,88]. Конфликты, возникающие по причине врачебных ошибок, составляют достаточно распространенную группу конфликтов, формирующихся из-за невыполнения врачами стандартов лечения. Эти конфликты могут быть как осознанными, так и неосознанными.

С.И. Козицына и Л.В. Пинчук (1999г.) выделяют ошибки, возникающие: на этапе диагностики стоматологических заболеваний; вследствие не соблюдения стандартов оказания стоматологической помощи; при организации рабочего процесса врача-стоматолога; при заполнении первичной медицинской документации; вследствие несоблюдения этики и деонтологии [79]. Причинами врачебных ошибок независимых от врача-стоматолога, по мнению Л.И. Ларенцовой, В.И. Полуева, Е.С. Тучика, Н.Б. Смирновой, О.Е. Балуты (2005) служат:

- изменение определенных положений, в результате которых может поменяться алгоритм диагностики заболевания и план его лечения;
- неисправность или несовершенство медицинской техники и используемых технологий;
- неполноценная организация рабочего места врача-стоматолога[79].

Врачебные ошибки также могут возникать по причине индивидуальных качеств врача-стоматолога, таких как неопытность, отсутствие профессионального роста или характерологических особенностей, вызывающих недоверие со стороны пациента.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что более половины конфликтных ситуаций возникают, минуя желания их сторон.

Происходит это вследствие индивидуальных качеств и также по причине незнания способов предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов [32,79].

Значительное число исследований посвящено вопросам этико-правовых конфликтов в стоматологической практике и анализу причин их роста [9,17,18,74,88,95,105,120,130,139,160,164]. Анализ их результатов указывает, что в настоящее время существует ряд причин, выраженных в небрежности ведения медицинской документации [17,88,164].

Таким образом, конфликты в системе «врач-пациент» являются одной из сложных проблем в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

Способами разрешения конфликта являются: досудебный, в случае если разрешение конфликта происходит на уровне врача, заведующего отделением, администрации лечебного учреждения, клинико-экспертной комиссии либо этического комитета; судебный – при разрешении конфликта органами государственной и негосударственной юрисдикции (третейские суды) [6,7,9,22,32,79,88,111,113,114,116].

Результаты анализа научной литературы [9,18,21,47,72,74,79,88,90,105,109,113,114,123,124,134,138,139,160,164,184] позволяют сделать вывод, что конфликтные ситуации в стоматологической практике возникают, как правило, на фоне развития серьезных отклонений в состоянии здоровья пациентов. Исходя из этого, можно выделить основные типы конфликтов в стоматологической практике:

- конфликты, возникающие вследствие врачебных ошибок, прежде всего вследствие использования несовершенных методов лечения, требующих радикального вмешательства, которые приводят к необратимым последствиям (депульпирование зуба, сошлифовывание большого объема здоровых твердых тканей зубов);
- конфликты, возникающие из-за недостаточного уровня сформированности конфликтологической культуры врача-стоматолога.

При рассмотрении конфликтологической культуры врачей-стоматологов как личностного интегративного образования, предусматривается предупреждение и конструктивное разрешение конфликта в процессе эффективного общения конфликтующих сторон, на основании поддержания человеческих достоинств [6,7,40,113,119,135]. Конфликтологическая культура как интегративное личностное образование врачей-стоматологов включает в себя примитивный, формальный, нейтральный, адекватный и оптимальный уровни, которые определяются проявлением когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов [110,135].

Таким образом, можно сделать вывод, что существует проблема возникновения конфликтов в системе «врач-пациент», формирующихся по разным причинам, в частности - в результате врачебных ошибок: выбора метода лечения, требующего радикального вмешательства, которое приводит к необратимым последствиям (депульпирование зубов, сошлифовывания большого объема твердых тканей зубов и др.). Существенным является факт, свидетельствующий, что конфликтные ситуации в системе «врач-пациент» часто возникают при наличии заболеваний зубочелюстной системы, а также ряда патологических состояний, например, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, повышенной стираемости твердых тканей зубов, горизонтальных вторичных деформации зубных рядов и др. [18,86,87,88].

Кроме того, на развитие психологических неблагоприятных ситуаций оказывает влияние неспособность врачей и пациентов предупреждать и конструктивно разрешать конфликты. Поэтому соблюдение требований и стандартов оказания медицинской помощи, а также повышение уровня конфликтологической культуры врача-стоматолога может повысить качество оказания медицинской помощи и предупредить или конструктивно разрешить конфликты в системе «врач-пациент».

1.4. Вторичные деформации зубных рядов.

Этиологические факторы, патогенетические механизмы развития

Частичное отсутствие зубов является весьма распространенным стоматологическим заболеванием. Потеря одного или нескольких зубов приводит к развитию деформации зубных рядов и прикуса, а также воспалительно-дистрофических процессов в пародонте и височно-нижнечелюстном суставе [14,20,23,29,36,46,58,59,60,62,76,89,97,99,106,107,169,171,180,214].

По многочисленным данным исследователей вторичные деформации зубных рядов наблюдаются в 14-73% случаев у пациентов с частичным отсутствием зубов [24,25,29,37,45].

Деформация зубных рядов - это нарушение очертаний окклюзионной поверхности за счет пространственных изменений положения отдельных зубов в результате различных патологических процессов в жевательно-речевом аппарате [25,29,36,37,44,58,76,89,97,166,171,214]. Из всего многообразия причин, главной - является нарушение целостности зубного ряда, вследствие частичной потери зубов, из-за множественного кариеса, патологии пародонта, травмы, а также повышенной стираемости твердых тканей зубов [36,46,50,51,99,100]. Эндокринные нарушения, гипо- и авитаминозы, нарушение фосфорно-кальциевого обмена, а также перенесенные инфекционные заболевания могут осложнить течение патологических процессов в зубочелюстной системе, которые в свою очередь приводят к развитию вторичных деформаций зубных рядов [20,46,50,51,59,60,63,100,130,147,165]. Данные изменения могут проявляться смещением зубов в различных направлениях, дистальным или боковым сдвигом нижней челюсти, снижением межальвеолярной высоты [8]. Подобные изменения в зубочелюстной системе у взрослых людей протекают, как правило, бессимптомно и длительно.

Из-за нарушения целостности зубные ряды перестают функционировать как единая функциональная единица. Это нарушение функционального единства и появление включенных дефектов является фактором деформирования окклюзионной поверхности зубных рядов [23,49,107]. Суть механизма развития

вторичных деформаций зубных рядов заключается в сохранении равновесия сил, действующих на каждый зуб. Гаврилов Е.И (1984) приводит сведения о теории артикуляционного равновесия, выдвинутой Годоном Г. в 1880 году, которая предполагает, что все зубы зубного ряда находятся под влиянием замкнутой цепи сил, удерживающих его в одном и том же положении, при обстоятельстве, что зубочелюстная система - единое целое, способное нормально функционировать только лишь при непрерывности зубных рядов. Катц А.Я. (1960) разработал теорию относительного физиологического равновесия, считая, что жевательный аппарат обладает определенным физиологическим равновесием, относительной устойчивостью, которая находится под влиянием внутренних или внешних причин. Эта устойчивость может быть изменена при разрушении или удалении зуба и восстановлена за счет компенсации физиологического равновесия. [97]. Каламкаров Х.А. (1958), изучая морфологические изменения зубов, находящихся в состоянии первичной функциональной перегрузки, отметил, что наблюдается увеличение общей площади периодонтальной щели, деформация ее в виде сужений на стороне наклона и расширений на противоположной стороне. По мнению Калвелеса Д.А. (1961) физиологическое равновесие зубов сохраняется благодаря связочному аппарату и жевательному давлению. Иначе полагал Курляндский В.Ю. (1966), считая, что вертикальное перемещение зубов, утративших антагонисты, возникает в связи с появлением зоны минимального противостояния для напряжения в тканях пародонтального комплекса. Он полагал, что «жевательное давление вызывает сжатие костных балок и перемещение межтканевой жидкости в участок альвеолярного отростка у зубов, лишенных антагонистов, не воспринимающих непосредственного давления» [49,51].

Частичная потеря зубов способствует появлению функционирующей и нефункционирующей групп зубов. Так группа зубов, не имеющая антагонистов, не принимает участия в пережевывании пищи, вся нагрузка переходит на зубы, у которых есть антагонисты, формируется первичный травматический синдром. При наличии дефектов зубных рядов большой протяженности, развитие

травматического синдрома идет быстрее. При этом может появляться патологическая подвижность зубов, вследствие утраты резервных сил пародонта [30,39,41,97,162,166]. Причинами развития функциональной перегрузки зубов являются, как деформации окклюзионной поверхности зубных рядов, так и блокирование физиологических движений нижней челюсти [143,144,145]. Компенсированная функциональная перегрузка может проявляться изменением положения зубов, без формирования патологических процессов в тканях пародонтального комплекса, при сохранении устойчивости зуба. Декомпенсированная форма характеризуется появлением патологической подвижности зубов и патологических десневых и костных карманов на стороне движения или наклона [143,102].

Появление включенных дефектов зубных рядов изменяет морфологическое единство, что в свою очередь приводит к преобразованию зубных рядов, в первую очередь вблизи дефекта, а затем распределяющихся на весь зубной ряд. Клинически эти преобразования могут выражаться наклоном зубов в сторону и поворотом зуба вокруг оси и др. [23,107]. Нарушение формы окклюзионной поверхности зубных рядов может явиться причиной формирования преждевременных окклюзионных контактов, появление которых способно провоцировать усугубление патологических состояний зубочелюстной системы [14,23,29,37,143,144,145,147,165,166,169,171,180,214].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют, что в результате развития вторичных деформаций зубных рядов страдают все органы зубочелюстной системы. Главную роль в образовании вторичных деформаций играет нарушение целостности зубного ряда и как следствие - формирование деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.

1.5. Напряженно-деформированное состояние пародонта и костной ткани опорных зубов

Напряженно-деформированное состояние тканей, окружающих включенный дефект зубного ряда при нагружении дистального опорного зуба показывает, что наибольшие упругие деформации локализуются непосредственно в тканях зуба, альвеоле, и распространяются на фрагмент альвеолярного отростка (альвеолярной части) [29]. Действие функциональной нагрузки вызывает изменение углов ангуляции и инклинации опорного зуба.

По данным Копейкина В.Н. (1980) при нормальной инклинации зуба отмечается равномерное распределение напряжений в твердых тканях зуба, в тканях пародонта и костной ткани. При изменении угла инклинации зуба до 15 градусов отмечается увеличение напряжения в твердых тканях зуба и пародонте в зоне наклона, в костной ткани - напряжения формируются с обеих сторон. При отклонении угла ангуляции зубов до 15 градусов максимальное функциональное напряжение сосредоточено в апикальной части корня зуба, распространяясь на костную ткань ниже межзубной перегородки вершечек корней зуба более чем в два раза по сравнению с нормой, напряжение возникает на всей поверхности корня, как с мезиальной, так и с дистальной стороны. Максимальное напряжение в пародонте при мезиальном наклоне зуба возникает в корне на мезиальной поверхности и в области вершины мезиального корня зуба [29,46,49,59,60,61,62].

Гаценко С.М. (2007) отмечает, что при изменении угла инклинации зуба до 25 градусов отмечается увеличение напряжения в твердых тканях зуба и в пародонте со стороны наклона, а в костной ткани - уровень напряжения увеличивается с обеих сторон, однако обращает на себя внимание отсутствие напряжения в костной ткани челюсти от вершины зуба до его шеечной трети со стороны наклона. При мезиальном наклоне зуба и отклонении угла ангуляции зубов до 25 градусов максимальное напряжение при нагрузке создается в мезиальном корне, распространяясь на костную ткань ниже вершины дистального корня, при этом оно практически отсутствует в апикальной части и по дистальной поверхности дистального корня. Максимальное напряжение в

периодонте при мезиальном наклоне зуба возникает в корне на мезиальной поверхности мезиального корня в шеечной его части и в области верхушки. Практически не отмечается напряжений в периодонте дистального корня зуба [29].

При изменении угла инклинации зуба до 35 градусов отмечается обратная картина: снижение напряжения в твердых тканях зуба и в периодонте со стороны наклона. При мезиальном наклоне зуба и отклонении угла ангуляции зубов до 35 градусов максимальное напряжение после нагрузки сохраняется в мезиальном корне, распространяясь на костную ткань ниже верхушки дистального корня, и практически отсутствует в апикальной части дистального корня. Максимальное напряжение в периодонте при мезиальном наклоне зуба отмечается на мезиальной поверхности мезиального корня в шеечной его части и в области верхушки. Также не отмечается напряжений в периодонте дистального корня зуба [29,55].

Наиболее выраженные изменения происходят при наклоне зуба более 40 градусов. Максимальное напряжение при мезиальном наклоне зуба отмечается в тканях коронки зуба и мезиальном корне. Практически отсутствует напряжение в дистальном корне зуба от верхушки до бифуркации. В костной ткани возрастает напряжение около дистального корня и практически не отмечается напряжений в костной ткани со стороны мезиального корня. В периодонте отмечается напряжение со стороны мезиального корня и особенно его верхушки.

Таким образом, при горизонтальных вторичных деформациях наблюдается неравномерное распределение нагрузок при горизонтальных деформациях в периодонте, костной ткани и альвеолярной кости, что, вероятно, может являться причиной патологической резорбции костной ткани и твердых тканей зуба при изменении углов ангуляции и инклинации. Деформация зубного ряда и изменение наклона зубов у пациентов с дефектами зубных рядов, вызывает изменения в тканях пародонта и в костной ткани, выраженность которых определяется не степенью деформации, а именно величиной наклона зуба [29,55,57].

1.6. Клинические, морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной системе

при горизонтальных вторичных деформациях зубных рядов

Вторичные деформации зубных рядов выступают как самостоятельная нозологическая форма, поскольку зачастую клиническая картина деформации зубных рядов заслоняет собой клинику самого дефекта [23,25,36,45,51,63,67,99,106,130,153,169,180,214]. По классификации «МКБ 10» данная патология относится к классу болезней органов пищеварения, блоку болезней полости рта слюнных желез и челюстей и имеет код - К 08.1 - «Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни».

При отсутствии одного и более зубов в боковых отделах зубных рядов пациенты, как правило, предъявляют жалобы на возникающие трудности при пережевывании пищи и нарушение эстетики, например, при потере премоляров. Однако не указывают на сопутствующие функциональные изменения в зубочелюстной системе, которые выявляются при объективном исследовании. Они могут включать следующие симптомы: перемещение зубов, снижение жевательной эффективности, неравномерное распределение жевательной нагрузки. [23,28,29,49,57,58,59,76,89,97]. Одни патологические и функциональные изменения могут быть диагностированы в ходе клинического обследования, другие могут потребовать дополнительных методов диагностики [29,58,76,76,97,147,153,166].

Клиническая картина у пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями, весьма многообразна. В основном она определяется видом прикуса, протяженностью дефекта зубного ряда, его топографией, состоянием твердых тканей и пародонтального комплекса зубов, времени, прошедшего после удаления зубов, а также возраста пациента и др. Пациенты с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в большинстве случаев, предъявляют жалобы на отсутствие зубов и затрудненное, длительное

пережевывание пищи [76,106,107,153,162]. Большая часть пациентов с данной патологией откладывает прием у врача-стоматолога, не задумываясь о серьезности патологического процесса и возможных осложнений [5,19,29,59,61,90,94,112,125,139].

Перечисленные факторы характеризуют клиническую картину функциональной патологии, а также являются признаками, влияющими на прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов. Наличие дефекта зубного ряда приводит к нарушению морфологического единства зубных рядов, изменениям, возникающим как вблизи дефекта, так и распространяющимся на весь зубной ряд.

В.Ю. Миликевич (1969) достаточно подробно характеризует типы вторичных деформаций зубных рядов, проявляющиеся вертикальным перемещением зубов, наклоном зубов в язычную, небную или щечную сторону, а также комбинированным перемещением и наклоном с поворотом вокруг оси, веерообразным расхождением зубов.

Нарушения окклюзии, как правило, более выражены при наклоне зубов, чем при их корпусном перемещении. В положении центральной окклюзии при ангулярном наклоне зубов между антагонистами образуется просвет треугольной формы, обращенный своей вершиной кзади, так называемый «симптом треугольника» [29]. Перемещение зуба в область дефекта очень часто вызывает цепную реакцию, изменяя положение позади стоящих зубов за счет наличия маргинальной связки пародонта, идущей от одного зуба к другому поверх гребня лунки [23,29,59,99]. Перемещение зубов в сагиттальной плоскости может происходить в двух направлениях: медиальное - движение к средней линии зубного ряда; дистальное - движение зубов от средней линии в сторону верхнечелюстного бугра или угла нижней челюсти. Медиальное перемещение зубов является одной из распространенных форм внутрисистемной перестройки зубных рядов после образования дефектов зубных дуг и по частоте стоит на втором месте после зубоальвеолярного удлинения, чаще наблюдается на нижней челюсти [5,29,30,45,46,53,143,144,145,154,161,166].

Выделяют две формы медиального перемещения зубов: перемещение с наклоном - зуб смещается с ангулярным наклоном, поскольку смещение коронки опережает смещение корня, из-за чего зуб перемещается под углом к вертикальной плоскости; корпусное перемещение - коронка и корень зуба смещаются примерно одинаково, и зуб сохраняет свое положение по отношению к вертикальной плоскости. Вид медиального перемещения зависит от времени, прошедшего после удаления зуба, возраста пациента, травматичности операции удаления зуба, пародонтального статуса.

Пародонт зубов, имеющих наклон, воспринимает окклюзионную нагрузку, распространяющуюся не по оси, в результате чего появляется перегрузка тканей пародонтального комплекса и изменяется кровообращение тканей [97]. В зонах повышенного давления развиваются патологические изменения: сдавление сосудов и тканей пародонта, резорбция костной ткани альвеолярного отростка. При дефектах зубных рядов в боковых отделах нижней челюсти, перегруженные зубы отклоняются в сторону под действием направленной силы, впоследствии перегрузка пародонта зубов может привести к их потере [5,23,29,88,94,162]. Возможно формирование костного кармана на стороне движения при наклоне зуба в сторону дефекта, блокирование движений нижней челюсти, нарушение функций височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц. Повышенная нагрузка, оказываемая, на группу резцов и клыков может приводить к их веерообразному расхождению, появлению трем, диастем, повышенной стираемости твердых тканей зубов. Также на фоне деформации зубных рядов изменения могут выходить за пределы альвеолярной части, и захватывать весь гнатический отдел лица, способствовать снижению нижней трети лица, формированию дистального сдвига нижней челюсти, углублению носогубной и подбородочной складок [5,23,29,36,59,76,87,88,97,162].

Вышеперечисленные изменения, формирующиеся в зубочелюстной системе при вторичных деформациях зубных рядов, в разной степени проявления, могут затруднить выбор метода ортопедического лечения и послужить причиной возникновения конфликтов в системе "врач-пациент", в случае, если выбранный

метод протетического лечения будет требовать радикального вмешательства либо длительного времени лечения функциональной патологии.

1.7. Лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями

Одним из главных принципов лечения пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями, является комплексный подход [29,41,48,49,57,59,106,122,131,144,177,178,180].

При этом ортопедическое лечение зачастую имеет ведущее значение в комплексе мероприятий, направленных на устранение патологии, а также способствует предотвращению дальнейшего развития функциональных и морфологических изменений в зубочелюстной системе.

Этапы устранения вторичных деформаций зубных рядов включают в себя ортодонтические, ортопедические, хирургические, а также физиотерапевтические методы. Они направлены на восстановление функций зубочелюстной системы в целом [29,41,59].

По данным Лебедеко И.Ю. (2005) для лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, применяют различные способы ортопедического лечения: несъемные (мостовидные, адгезивные протезы), съемные (бюгельные или пластиночные), также возможно использование внутрикостных дентальных имплантатов.

Выбор конструкции определяется протяженностью дефекта зубного ряда, его топографией, степенью выраженности горизонтальных вторичных деформаций, состоянием зубов, ограничивающих дефект, а также тканей пародонта. Учитывается возраст пациента и его общесоматический статус.

Нередко наличие вторичных деформаций зубных рядов затрудняет выбор метода ортопедического лечения, осложняя клинику частичной потери зубов, в отдельных случаях протезирование становится крайне сложно выполнимым [23,48,59,60].

Известен целый ряд конструкций несъемных мостовидных протезов, применение которых возможно при горизонтальных вторичных деформациях [48,59,60,106,122,131,155,159,162,165,175,183,192,202,203,206].

Устранение горизонтальных вторичных деформаций посредством применения мостовидных протезов, нередко проводится за счет чрезмерного препарирования твердых тканей опорных зубов, имеющих наклон [5,19,29,59,61,90,94,109,112,123,124,125,133,134,139]. Данный метод, устраняя деформацию, нередко приводит к патологической резорбции костной ткани со стороны зубов, обращенных в сторону дефекта [5,19,29,59,61,94].

Нередко при отсутствии 1-2 зубов в боковом отделе нижней челюсти, осложненном вторичными деформациями, ортопедическое лечение больных, преимущественно, осуществляется с помощью традиционных мостовидных протезов, что нередко приводит к возникновению отдаленных осложнений процент, которых остается достаточно высоким, что требует совершенствования конструкций мостовидных протезов [5,19,29,59,61,90,94,109,112,123,124,125,133,134,139].

Основной задачей при подготовке к ортопедическому лечению является нормализация окклюзионных взаимоотношений зубных рядов [23,29,60,65,73,76,80,100]. По мнению Каламкарова Х.А. для создания параллельности опорных зубов перед препарированием, зубы, имеющие наклон более 15 градусов необходимо депульпировать, так как после препарирования твердых тканей зубов под традиционные конструкции мостовидных протезов, остается тонкий слой дентина, неспособный защитить пульпу. При наклоне зубов более 15 градусов рекомендуется изготавливать литые вкладки с изменением наклона оси культевой вкладки [97]. Можно отметить существенные недостатки данных методов, т.к. при наклоне опорных зубов конструкции протезов ослабляются, что может привести к поломке металлокерамической коронки со штифтово - культевой вкладкой. Кроме этого на корень опорного зуба приходится чрезмерная нагрузка, распространяющаяся не по оси корня зуба, а под углом к ней, что может привести к его перелому или расколу [48,49].

Возросшая стоматологическая культура пациентов и повышенный интерес к своему здоровью указывают на необходимость разработки усовершенствованных щадящих методов ортопедического лечения. Поэтому, пути решения проблемы замещения включенных дефектов зубных рядов, осложненных горизонтальными вторичными деформациями, ведут к совершенствованию методов терапии, которые позволят повысить эффективность ортопедической помощи, предупредить прогрессирование зубочелюстных деформаций и обеспечить профилактику патологии изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава. Из числа известных конструкций протезов, которые требуют сошлифовывания меньшего объема здоровых тканей опорных зубов, имеющих конвергенцию, можно выделить мостовидные протезы с опорой на полукоронки, вкладки и накладки, выполненные из металла. Такие конструкции имеют недостатки - частое расцементирование опорных элементов, а также низкую эстетику [29,59,60,94,123,134,139].

Для устранения горизонтальных вторичных деформаций и замещения включенных дефектов в боковых отделах зубных рядов разработана серия ортопедических конструкций, в частности, несъемно-разборный мостовидный протез (Небольсин А.Д., Мустафаев М.Ш. (патент RU 2211681 от 31.05.2000, рис.1), особенности моделирования которого состоят в том, что в конструкции используются коронки заодно с полубалками, имеющие отверстия с внутренней резьбой, промежуточная часть несъемно-разборного мостовидного протеза имеет пазы под полубалки с отверстиями для винтов, с помощью которых происходит фиксация этой части протеза к коронкам с полубалками, последние изготавливаются не менее чем на 3 мм ниже жевательной поверхности режущего края коронки. Полубалки выполнены трапециевидными. Расстояние от шляпки винта до поверхности полубалки не менее 1,5-2 мм, на шляпки винтов положена фольга, а углубления над винтами заполнены композитом. Недостатками данной конструкции протеза являются: сложность процесса изготовления, вероятность расцементирования опорных частей, скол композитного материала заполняющего

отверстие над винтом, скол облицовки тела протеза, а также быстрый износ соединительных винтов.

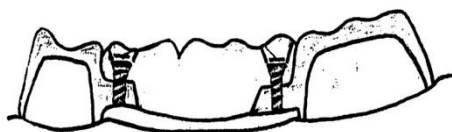


Рис.1. Вид несъемно-разборного мостовидного протеза
(авторы патента Небольсин А.Д., Мустафаев М.Ш.)

Левиным Р.Б. (1995) описана конструкция несъемного составного мостовидного протеза (патент RU 2026651, 20.01.1995, рис.2), особенность которого состоит в том, что опорные искусственные коронки и промежуточная часть, воссоздающая анатомическую форму отсутствующих зубов, связаны шарнирами с горизонтальными перпендикулярными к продольной оси протеза осями. Каждый шарнир образован выполненным в соответствующей концевой зоне промежуточной части гнездом, охватывающим расположенное на опорной коронке ушко, и осью, проходящей через выполненные в них соосные отверстия, шарнир выполнен с ограничителем поворота опорной коронки вверх относительно промежуточной части, образованным коронкой и обращенной к ней верхней кромкой гнезда. При изготовлении данной конструкции возможна недостаточная точность прилегания частей протеза, подвижность в замковой части тела составного мостовидного протеза и, как следствие, перегрузка пародонта опорных зубов, а также невозможность реставрации при поломке тела протеза.

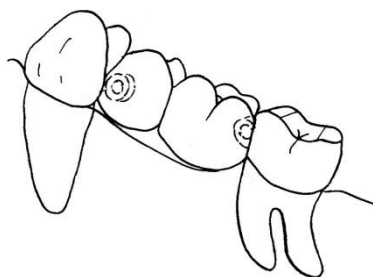


Рис.2. Вид несъемно-разборного мостовидного протеза
(автор патента Левин Р.Б.)

Адгезивные мостовидные протезы считают удачным способом устранения дефектов зубных рядов малой протяженности, как метода альтернативного традиционным мостовидным протезам [102]. Показанием к применению адгезивного мостовидного протеза является отсутствие одного зуба [104]. Малый срок пользования данной конструкцией протеза является недостатком, т.к. конструкция является полупостоянной.

При ортопедическом лечении пациентов с включенными дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями возможно применение внутрикостных дентальных имплантатов. Однако, ряд исследователей [33,44,74,85,100,169,192] отмечают, что использование имплантатов сопряжено с проведением серьезного хирургического вмешательства и негарантированными результатами лечения. Имплантация при отсутствии 1-2 зубов в боковом отделе нижней челюсти, осложненном горизонтальной вторичной деформацией, имеет высокий риск развития таких осложнений, как периимплантит или отторжение установленного имплантата вследствие изменения структуры костной ткани, окружающей зубы, имеющие наклон [29,100,153], кроме того, данный метод лечения требует длительного времени, поэтому не всем пациентам он показан [169,192]. По мнению многих авторов [33,44,74,85,100,153,169,192] дентальная имплантация рассматривается как альтернативный метод лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями.

Замещение включенного дефекта зубного ряда, осложненного горизонтальными вторичными деформациями, дентальными имплантатами без предварительной ортодонтической подготовки почти невыполнимо [33].

В последние годы ортодонтическому лечению пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными вторичными деформациями, с применением различных видов ортодонтической аппаратуры уделяется большое внимание [10,15,20,38,60,137,146].

Ортодонтическое лечение рассматривается как подготовительный этап к протезированию [60]. При использовании ортодонтической подготовки создаются

подходящие условия для протетического лечения, уменьшается травматичность лечения для пациента, появляется возможность применения внутрикостных дентальных имплантатов, а также снижается опасность функциональной перегрузки пародонта опорных зубов, в случаях применения мостовидных протезов. Среди ортодонтической аппаратуры на этапе подготовки к протезированию возможно применение брекет-систем и ортоимплантатов. Последние широко применяются и позволяют изменить угол наклона смещенного либо наклоненного зуба, а также вернуть зуб в прежнее положение в короткие сроки и без использования других опор. Однако при лечении деформаций зубных рядов ортоимплантами возможны такие осложнения, как их переломы, подвижность и отторжение, а также повреждение пародонта зубов и развитие воспалительного процесса [176,180,181,201,204,205,207,208,210].

Необходимость и целесообразность ортодонтического лечения пациентов не оспаривается. Однако при наличии альтернативных методов стоматологического лечения, следует отдавать предпочтение им, особенно у пациентов старшей возрастной группы, которые не всегда бывают, готовы к проведению длительного подготовительного этапа, связанного с ортодонтическим лечением [29,59].

Протезирование пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными вторичными деформациями с применением традиционных подходов затруднительно, так как нередко может приводить к блокированию движений нижней челюсти в различных направлениях, нарушению функций жевательных мышц, болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, функциональной травматической перегрузке пародонта, появлению патологической подвижности опорных зубов, отколу керамической облицовки и др. [29,59].

Анализ специальной литературы показал, что в результате многочисленных исследований не сформированы единые подходы к решению проблемы рационального ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями [29,59,88].

Следует отметить, что использование несовершенных методов лечения пациентов при ряде стоматологических заболеваний, сопровождающихся существенными труднокомпенсируемыми изменениями (например, вторичные деформации зубов и зубных рядов, как осложнение частичного отсутствия зубов), требующего радикального вмешательства, приводящего к неблагоприятным последствиям (например, депульпирование зуба, сошлифовывание большого объема здоровых тканей зуба) указывает на необходимость разработки щадящих методов протетического лечения, которые позволят снизить риск развития необратимых процессов в зубочелюстной системе.

Таким образом, существует необходимость разработки рациональных ортопедических конструкций и альтернативных методов протетического лечения пациентов с рассматриваемой патологией. Кроме того важным аспектом является разработка основных подходов к проблеме профилактики конфликтных ситуаций в стоматологической практике в системе «врач-пациент».

Глава 2.

Материал и методы исследования

2.1. Анализ распространенности и причин возникновения конфликтов в системе «врач-пациент»

Для решения поставленных задач проведено нерандомизированное, проспективное, открытое контролируемое клиническое и психолого-педагогическое исследование.

С целью выявления причин развития конфликтов в системе «врач-пациент» и их распространенности, было проведено ретроспективное исследование на базе «Пермского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы», на основании заключенного с ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера договора. Были проанализированы судебно-медицинские экспертизы по материалам гражданских и уголовных дел в отношении врачей стоматологов за период с 2008 по 2012гг. по искам пациентов на некачественное оказание стоматологических услуг, а также по заявлениям граждан о дефектах оказания медицинской помощи. Кроме того, с целью выявления факторов, способствующих возникновению конфликтных ситуаций на стоматологическом приеме, на базе ортопедических отделений ГСП №1, стоматологической клиники ГБОУ ВПО ПГМУ имени академика Е.А.Вагнера и частных стоматологических центров были проанализированы истории болезни, и амбулаторные карты 75 пациентов, неудовлетворенных в той или иной мере проведенным лечением.

2.1.1. Определение уровня конфликтологической культуры врачей-ординаторов и психологического статуса пациентов с дефектами зубных рядов осложненными горизонтальными вторичными деформациями

С целью исследования эффективности разработанной программы обучения врачей-ординаторов, направленной на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе «врач-пациент» была организована экспериментальная работа на элективных курсах врачей ординаторов кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО) ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера. Определение психологического статуса пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями проводилось на базе ортопедического отделения стоматологической поликлиники ПГМУ им.ак. Е.А.Вагнера, стоматологических клиник «Стоматология АСТ-студия» и «Оптимас» до и после ортопедического лечения.

Исследование включало в себя сбор информации (анкетирование, тестирование, опрос, беседа) и анализ данных статистической обработки (статистический и сравнительный корреляционный анализы проводились с помощью компьютерной программы Statistica 10 и Biostat 2009 – с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Подробное описание психолого-педагогического исследования представлено на примере группы врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера. Экспериментальная группа включала 33 человека в возрасте от 22 до 35 лет (рис.3). Также было проведено психологическое исследование в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, с целью определения психологических особенностей, в динамике ортопедического лечения. Было обследовано 50 человек в возрасте от 35 до 55 лет (рис.4).

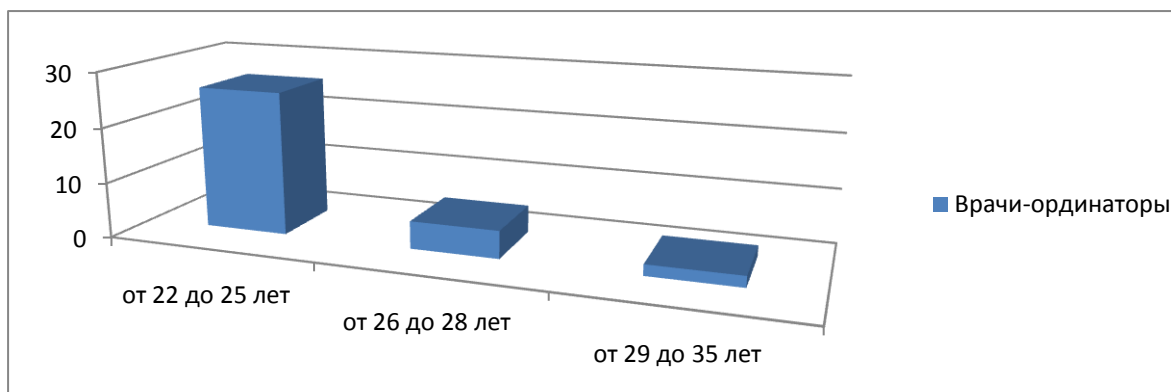


Рис. 3. Состав группы врачей-ординаторов по возрасту.

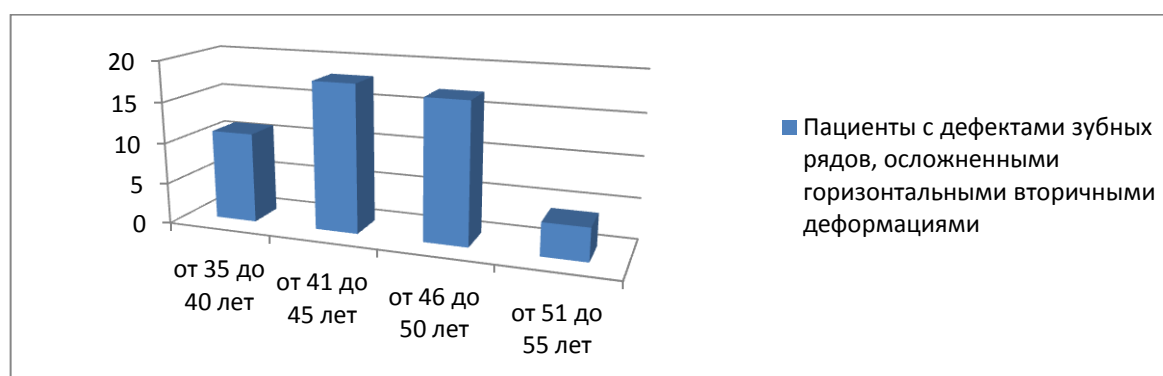


Рис. 4. Состав группы пациентов по возрасту.

Исследование уровня конфликтологической культуры врачей ординаторов проходило на протяжении нескольких периодов - подготовительного, констатирующего, формирующего и аналитического.

Было изучено эмоциональное состояние, как врачей-ординаторов, так и пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями. В частности: показатели тревожности; напряженности; уровень коммуникабельности; конфликтности. При определении конфликтологической культуры, мы основывались на диагностической программе определения уровней сформированности данного личностного образования (Рогожникова Р.А., Стрельцов Р.В., 2013).

Первый период длился в течение одного месяца. На данном этапе были решены следующие задачи:

1) выбор диагностических методик (модифицированный восьмицветовой тест М.Люшера, методика К.Томаса (позволяющая определить тип поведения в

конфликте), 16-факторный личностный опросник Кеттела, тест на определение коммуникативных качеств В.Ф.Ряховского, методика М.Рокича (ранжирование списка ценностей), анкета для определения уровня конфликтной компетентности);

2) набор группы врачей-ординаторов для проведения психологического исследования;

3) набор группы пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.

Констатирующий эксперимент был проведен на начальной стадии исследования (2012-2013гг.).

В эксперименте приняли участие 153 человека: 70 врачей-стоматологов с опытом работы более 5 лет, 33 врача-ординатора кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, а также 50 пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями. На данном этапе были сформированы: - экспериментальная группа врачей - ординаторов в количестве 33 человек и - группа пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в количестве 50 человек.

Задачами констатирующего этапа эксперимента являлись:

- определение показателей психологического состояния врачей-ординаторов и пациентов;

- определение уровня конфликтологической культуры врачей-ординаторов.

Психолого-педагогическое исследование проводилось с группой врачей-стоматологов и группой пациентов, с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в письменной форме. Была предложена анкета, позволяющая определить конфликтологическую компетентность. У врачей-стоматологов с опытом работы более 5 лет были определены разные уровни конфликтологической культуры, а у врачей-ординаторов сформированность данного качества оказалось примерно на одном

уровне, поэтому проведение эксперимента представлено на примере группы врачей-ординаторов.

В работе был применен тест К. Томаса, который позволил выявить стиль поведения в конфликтной ситуации. Для рассмотрения предлагалось 30 пар суждений, из каждой тестируемой выбирал одну.

Также была использована методика "Ценностных ориентаций" М. Рокича. Респондентам были предложены два списка ценностей (по 18 в каждом). В списках испытуемые каждой ценности присваивали номер, а карточки раскладывали по порядку значимости.

Тест В.Ф. Ряховского позволил определить уровень общительности, коммуникативности и уровень коммуникабельности человека. В письменной форме, испытуемым предлагалось ответить на 16 вопросов «да» или «нет».

Опросник Кеттела был применен для оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Было предложено 187 вопросов и бланки ответов соответственно.

При оценке психологических особенностей использовался модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера. Суть процедуры тестирования представляла собой ранжирование цветов испытуемым по степени их субъективной симпатичности. Тестирование проводилось днем, при естественном освещении. Данные заносились в протоколы клинического теста Люшера. Обработка результатов проведенных тестов проводилась с помощью ключей.

В ходе формирующего периода была апробирована программа обучения врачей-ординаторов, направленная на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе «врач-пациент». Цель данного исследования достигалась в процессе организации учебной деятельности врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования на элективном курсе «Конфликтологическая культура». Курс включал следующие лекции: «Понятие «конфликт». Основные признаки и классификация конфликтов, возникающих в

стоматологической практике»; «Проблема конфликта в социально-психологических и педагогических науках»; «Сущность и структурные компоненты конфликтологической культуры»; «Уровни развития конфликтологической культуры у врачей»; «Принципы и особенности конфликтного взаимодействия в системе «врач-пациент»; «Методы воспитания конфликтологической культуры». А также, были проведены соответствующие темам лекций практические задания: «Понятие «конфликт». Основные признаки и классификация конфликтов, возникающих в стоматологической практике. Сущность и структурные компоненты конфликтологической культуры»; «Уровни развития конфликтологической культуры у врачей. Принципы воспитания конфликтологической культуры у врачей»; «Особенности конфликтного взаимодействия врачей. Методы воспитания конфликтологической культуры врачей». В ходе элективного курса врачи-ординаторы ознакомились с понятием конфликта, освоили признаки и классификацию конфликтов, возникающих в стоматологической практике, а также изучили сущность и структурные компоненты конфликтологической культуры, характеризующиеся когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами.

2.2. Общая характеристика клинического материала

Обследование и ортопедическое лечение было проведено 50 пациентам с включенными дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в возрасте от 35 до 55 лет, из них 24 мужчинам (48%) и 26 женщинам (52%). Критериями включения больных в основную группу были: наличие включенного дефекта зубного ряда, протяженностью 1-2 зуба; наклон зубов, ограничивающих дефект от 15 до 35°; зубы ограничивающие дефект имели интактную пульпу. Критериями исключения являлись: наличие пломб и реставраций на зубах, ограничивающих дефект зубного ряда, имеющих наклон более 15°; наличие воспалительно-дистрофических процессов в тканях пародонта; повышенная стираемость твердых тканей зубов, заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Критериями включения больных в группу сравнения были: наличие включенного дефекта зубного ряда, протяженностью 1-2 зуба;

наклон зубов, ограничивающих дефект от 15 до 35°; наличие дефектов твердых тканей и пломб на зубах, ограничивающих дефект зубного ряда, имеющих наклон более 15°. Критериями исключения - являлись наличие воспалительно-дистрофических процессов в тканях пародонта; повышенная стираемость твердых тканей зубов, заболевания височно-нижнечелюстного сустава. В группу контроля были включены 10 практически здоровых людей с интактными зубными рядами. Основная группа пациентов состояла из 25 человек (из которых 13 мужчин и 12 женщин), возраст которых составил от 35 до 55 лет. В этой группе ортопедическое лечение проводили с применением несъемно-разборных мостовидных протезов, изготовленных из диоксида циркония и комбинированных металлокерамических конструкций. Пациентам второй группы в количестве 25 человек (11 мужчин и 14 женщин) были изготовлены традиционные металлокерамические и цельнокерамические мостовидные протезы. В зависимости от вида применяемых зубных протезов при лечении пациентов с дефектами зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями в группах, ранжирование больных представлено в таблицах 1-2.

Таблица 1

Ранжирование больных по возрасту, полу и виду ортопедических конструкций в основной группе

Пол	Кол-во человек	Возрастная категория	Вид протеза
мужчины	6	35-53	Несъемно-разборный мостовидный протез из диоксида циркония
женщины	7	37-55	Несъемно-разборный мостовидный протез из диоксида циркония
мужчины	7	35-55	Несъемно-разборный металлокерамический мостовидный протез
женщины	5	40-52	Несъемно-разборный металлокерамический мостовидный протез

Ранжирование больных по возрасту, полу и виду ортопедических конструкций в группе сравнения

Пол	Кол-во человек	Возрастная категория	Вид протеза
мужчины	5	35-48	Мостовидный протез из диоксида циркония
женщины	6	35-55	Мостовидный протез из диоксида циркония
мужчины	6	39-55	Металлокерамический мостовидный протез
женщины	8	35-51	Металлокерамический мостовидный протез

2.3. Клинические методы исследования

Обследование пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями проводили по традиционной методике. В ходе сбора анамнеза выясняли жалобы, давность удаления зубов, ранее проводимое лечение, далее приступали к осмотру. Большинство пациентов, обратившихся в клинику, предъявляли жалобы на отсутствие зубов, затрудненное и длительное пережевывание пищи.

В ходе обследования оценивали внешний вид пациентов, форму лица, высоту его нижней трети. При осмотре полости рта определяли состояние слизистой оболочки преддверия рта, собственно полости рта, языка, зубных рядов и прикуса, а также зубов (формы, величины, положения). Учитывали наличие и характер деформаций, степень их выраженности. Определяли взаимоотношение зубных рядов в центральной, передней и боковых окклюзиях, а также в задней контактной позиции. В ходе исследований определяли степень наклона зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов, согласно классификации вторичных деформаций, разработанной В.Ю. Миликевичем (1969), а также витальность пульпы зубов с наклоном.

При наличии у пациентов протезов оценивали их качество, устойчивость и состояние тканей пародонта опорных зубов.

Местное лечение начинали с санации полости рта (профессиональной гигиены, лечения кариеса и его осложнений). При наличии функциональной перегрузки зубов прибегали к избирательному пришлифовыванию.

Была составлена таблица клинических наблюдений пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных горизонтальными вторичными деформациями (таблица 3).

Таблица 3

Варианты клинических ситуаций

Состояние опорных зубов	Мужчины	Женщины	Общее количество пациентов
Коронки зубов, с интактной пульпой, ограничивающие дефект, с углом наклона 15-30°.	11	9	20
Коронки зубов, с интактной пульпой, ограничивающие дефект, с углом наклона 30°.	2	3	5
Коронки зубов, ограничивающие дефект, с углом наклона 15-30°. Опорные зубы депульпированы.	10	11	21
Коронки зубов, ограничивающие дефект, с углом наклона более 30°. Опорные зубы депульпированы.	1	3	4

Таким образом, были определены клинические ситуации, связанные с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.

2.3.1. Определение электровозбудимости пульпы зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов

Электрорентгенодиагностику зубов, ограничивающих дефект зубного ряда и имеющих интактную пульпу, проводили с применением аппарата ЭОМ – 1. Данным методом обследовано состояние 68 опорных зубов.

2.3.2. Рентгенологический метод исследования

Для выявления изменений, имеющих в зубочелюстной системе при горизонтальных вторичных деформациях, применяли рентгенологический метод. Пациентам назначались следующие виды рентгенологического исследования: прицельная рентгенография зубов, ортопантомография, 3D томография. На прицельных рентгенограммах, ортопантомограммах и 3D томограммах изучали состояние тканей пародонтального комплекса опорных зубов.

Рентгенографические исследования проводились до ортопедического лечения, через 4 и 12 месяцев после протетического лечения.

2.3.3. Изучение гипсовых моделей челюстей

Всем пациентам основной группы и группы сравнения проводились исследования диагностических моделей челюстей. При их анализе изучали форму зубных дуг, протяженность включенного дефекта зубного ряда и степень деформации в горизонтальной плоскости. Также проводили биометрические измерения с использованием штангельциркуля и микрометра. Точность измерений была до 0,1 мм. Диагностические модели были изучены в артикуляторе.

2.4. Метод доплерографии

Исследование состояния гемодинамики тканей пародонтального комплекса было проведено методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) с помощью отечественного прибора «Минимакс-Допплер-К» (ООО «СП-Минимакс», г. Санкт-Петербург; регистрационное удостоверение МЗ РФ № 29/03061297/0052-00 от 06.03.2000 г.) на кафедре стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России (заведующая кафедрой Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Леонова Л.Е.).

Для обследования сосудов микроциркуляторного русла использовали стоматологический датчик с непрерывным ультразвуковым сигналом частотой 27 МГц.

Гемодинамические показатели определялись в участках десны альвеолярного отдела нижней челюстей в области зубов, ограничивающих дефект, имеющих наклон от 15° и более. Кровоток на доплерограмме оценивали по показателям качественных и количественных характеристик.

2.5. Метод гнатодинамометрии

Для определения степени выносливости пародонта зубов, имеющих наклон, до ортопедического лечения пациентов, через 4 и 12 месяцев после, использовали метод гнатодинамометрии. Для проведения использовали прибор «Визир» (ЦНИИ «Электроприбор», Санкт-Петербург). Работа прибора основана на преобразовании окклюзионной силы на динамометрический датчик. Перед каждой процедурой надевали на датчик, заранее продезинфицированный эластичный амортизатор и предлагали сжать датчик между клыками и резцами, премолярами и вторыми молярами верхней и нижней челюстей до появления неприятных ощущений в периодонте этих зубов. Полученные значения заносили в индивидуальную карту.

2.6. Методика ортопедического лечения с применением несъемно-разборного мостовидного протеза из цельного диоксида циркония

Нами был разработан несъемно-разборный мостовидный протез для замещения включенных дефектов зубных рядов, при отсутствии 1-2 зубов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями (положительное решение о выдаче патента на полезную модель по заявке № 2014146960/14(075628) от 21.11.2014).

Модель конструкции представляет собой несъемно-разборный мостовидный протез, состоящий из трех несъемных частей: двух коронок и промежуточной части с окклюзионной накладкой на дистальную опорную коронку. Части несъемно-разборного мостовидного протеза соединяются друг с другом посредством двух экстракоронарных неактивируемых, рельсовых замковых креплений в виде трубки и окклюзионной накладки на дистальную опорную коронку. Патрицы экстракоронарных аттачменов располагаются на медиальной и

дистальной коронках опорных зубов, имеющих наклон в сторону дефекта от 15 до 35 градусов, а матрицы – на промежуточной части мостовидного протеза (рис.5, б).



Рис. 5. Несъемно-разборный мостовидный протез на модели.



Рис. 6. Опорные коронки и промежуточная часть несъемно-разборного мостовидного протеза.

Несъемно-разборный мостовидный протез изготавливают следующим образом: после получения высокопрочной разборной модели подготавливают модели опорных зубов мостовидного протеза, на которых при помощи параллелометра, моделируют восковые заготовки - коронки с матрицами и промежуточную часть с матрицами, дистальная опорная коронка имеет углубление на окклюзионной поверхности для накладке, которая моделируется заодно с промежуточной частью. Далее производится сканирование модели: задается граница препарирования опорных зубов, после чего формируется единая

фрезерная ось, все части несъемно-разборного мостовидного протеза фрезеруются отдельно. В этом виде мостовидного протеза замковое крепление является силовым и обеспечивает максимальную ретенцию. При фиксации в полости рта опорные коронки и части замка фиксируются на композитный материал двойного отверждения.

2.7. Биомеханический анализ конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза

Целью данного исследования явилось моделирование, расчет полей напряжений и оценка величины достаточной прочности материала конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза, замещающего отсутствие второго премоляра и первого моляра нижней челюсти.

2.7.1. Расчет на прочность элементов крепления частей несъемно-разборного мостовидного протеза

Для моделирования формы зубного ряда были использованы анатомические данные о форме коронок правых нижних моляров и премоляров. Была создана трехмерная модель несъемно-разборного мостовидного протеза (Рис. 7), пригодная для расчетов в программном пакете ANSYS.

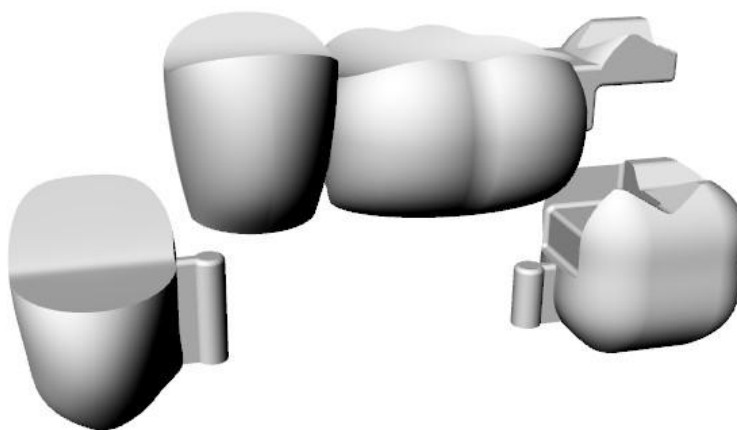


Рис. 7. Трехмерная модель несъемно-разборного мостовидного протеза.

В данном исследовании были рассчитаны три задачи на прочность элементов протеза. Во всех задачах была использована классическая постановка задачи механики упругого изотропного тела, состоящая из уравнений равновесия, геометрических соотношений Коши, закона Гука, граничных условий.

В задаче материал считался изотропным, тогда в тензор входили две независимые величины: модуль Юнга и коэффициент Пуассона. Протез изготовлен из диоксида циркония и имеет следующие свойства, модуль упругости $E=210\text{ГПа}$, коэффициент Пуассона $\nu=0,3$.

Было проведено несколько расчетов полей напряжений в элементах крепления на промежуточной части протеза и опорных коронках при разных вариантах нагрузок:

–расчет протеза с окклюзионной накладкой при максимально возможных нагрузках;

расчет протеза с окклюзионной накладкой и без нее, при обычных жевательных нагрузках;

–расчет максимальных нагрузок на патрице замкового крепления.

Расчет при максимально возможных нагрузках

В этом расчете определялась необходимая прочность при максимально возможной жевательной нагрузке, ограниченной болевым порогом при отсутствии патологии. Сила сжатия парами зубов-антагонистов верхней и нижней челюсти представлена в таблице 4.

Таблица 4

Максимальная сила сжатия парами зубов антагонистов

Сила сжатия, Н	1 премоляр	2 премоляр	1 моляр	2 моляр
Мужчины	400	400	720	680
Женщины	260	260	460	450

В качестве исходных данных принимали силы сжатия, действующие на первый моляр и второй премоляр у мужчин, и пересчитывали их с учетом площади жевательной поверхности.

При расчете патрицы замкового крепления на прочность оценивалась прочность первого соединения. При этом считали, что нагрузка на крепление не превышает максимальной жевательной нагрузки равной 200Н. Рассматривали

ситуацию, при которой приложение нагрузки моделировалось в виде равномерного давления на плоскости торца патрицы, равного 222 МПа. При этом считали, что тело жестко закреплено на нижней поверхности.

2.7.2. Сравнение конструкционных параметров несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки

Для определения эффективности применения окклюзионной накладки проводили расчет распределения полей напряжений при нормальной жевательной нагрузке. Из экспериментальных данных известно, что суммарная сила, действующая на нижнюю челюсть, при воздействии нормальной жевательной нагрузки лежит в пределах 50–200 Н. При расчетах считали, что жевательная сила равна 200 Н, и сосредоточена на промежуточной части мостовидного протеза при равномерном распределении по жевательной поверхности в виде давления.

Расчет несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки

При пересчете силы в давление с учетом общей площади жевательной поверхности получили давление равное 1,75 МПа. (табл. 5).

Таблица 5

Нагрузка для расчета напряжений при обычном жевании

Показатели	Общая нагрузка на 2 премоляр и 1 моляр
Сила, действующая на жевательную поверхность, Н	200
Давление на жевательную поверхность, МПа	1,75

В обоих расчетах модель была жестко закреплена на поверхности контакта замковых соединений с патрицей замка (S_{u1} и S_{u2}), в расчете протеза с накладкой в область S_{u2} входят поверхности контакта замкового соединения с патрицей замка и накладки со вторым моляром (Рис. 8, 9, 10). На жевательные поверхности $S_{\sigma1}$ и $S_{\sigma2}$ были приложены нагрузки, значения, которых представлены в таб. 4.

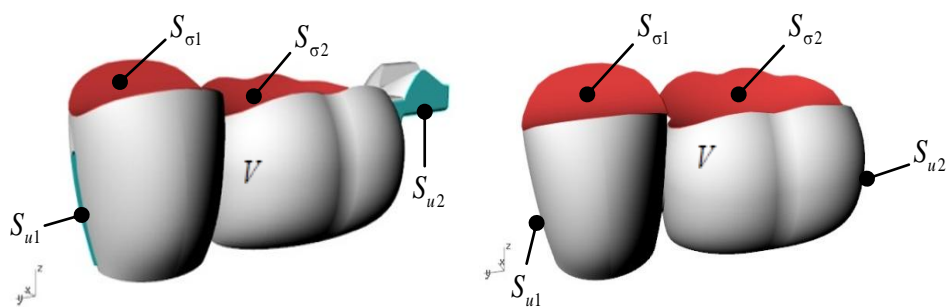


Рис. 8. Граничные условия в расчете протеза с накладкой.

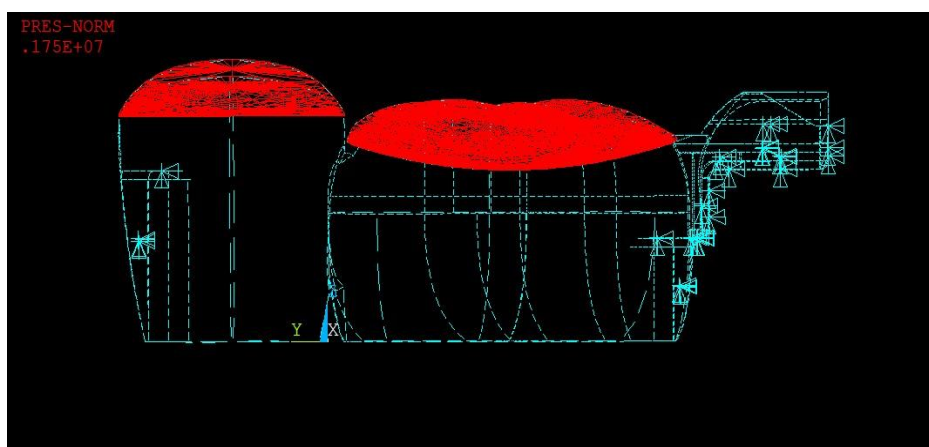


Рис. 9. Жевательная нагрузка и закрепление промежуточной части с окклюзионной накладкой.

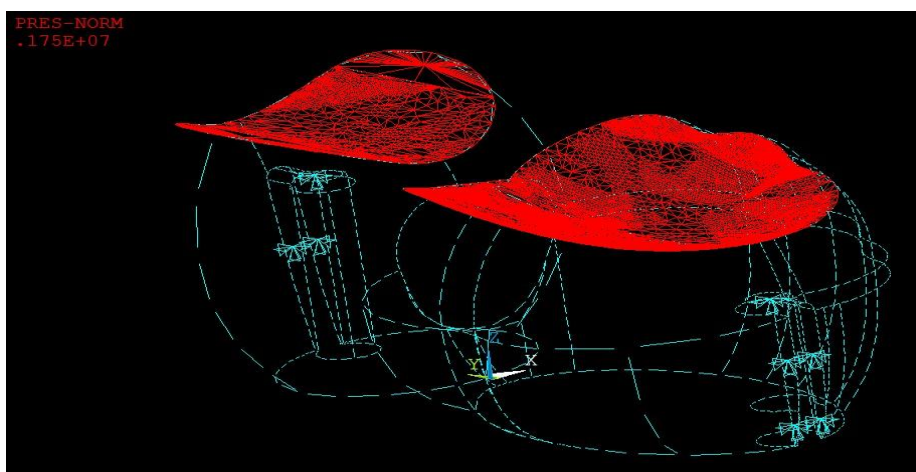


Рис. 10. Жевательная нагрузка и закрепление промежуточной части протеза без окклюзионной накладки.

2.8. Оценка клинической эффективности применения несъемно-разборного мостовидного протеза

Клиническую эффективность протетического лечения оценивали визуально, а также определяя индекс РМА, окклюзионные взаимоотношения зубных рядов, состояние гемодинамики микроциркуляторного русла тканей пародонтального комплекса и выносливости пародонта опорных зубов, через 4 месяца и через 1 год после протезирования. По рентгенограммам проведена оценка состояния периапикальных тканей 52 опорных зубов.

2.9. Статистическая обработка результатов исследования

Обработку полученных данных исследования проводили на компьютере PC Intel Core I5 с использованием средств MS Office 2007, программ Statistica 10, Biostat 2009.

Рассчитывалась средняя арифметическая – M , ошибка средней арифметической – m . Достоверность данных оценивали при помощи критериев Стьюдента и Вилкоксона (достоверность при $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Глава 3.

Результаты оценки уровня конфликтологической культуры врачей и пациентов стоматологического профиля

3.1. Анализ результатов исследования факторов, способствующих возникновению конфликтов в системе "врач-пациент"

Для выявления факторов, способствующих развитию конфликтных ситуаций в системе "врач-пациент", проведено ретроспективное исследование. Были проанализированы истории болезни 75 пациентов, неудовлетворенных в той или иной мере проведенным ортопедическим лечением, а также материалы судебно-медицинских экспертиз по гражданским и уголовным делам в отношении врачей-стоматологов за период с 2008 по 2012 гг. Результаты исследования показали, что у 78 % пациентов, неудовлетворенных проведенным ортопедическим лечением, имелась сложная патология зубочелюстной системы, в том числе у 56 % пациентов были диагностированы горизонтальные вторичные деформации зубных рядов. При этом в качестве основной терапии у данной категории пациентов было использовано ортопедическое лечение с применением радикальных подходов, в частности, сошлифовывание большого объема твердых тканей зубов с предварительным их депульпированием.

Проанализированы результаты материалов 24 судебно-медицинских экспертиз, 22 из которых относились к гражданским делам в отношении врачей-стоматологов и 2 - к материалам уголовных процессов. За 5 лет удовлетворено два исковых заявления по делам о дефектах оказания стоматологической помощи. Анализ данных судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам пациентов, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи, показал, что доля исков к стоматологам-хирургам составила 50%; к стоматологам - ортопедам - 25%; к стоматологам - терапевтам - 16,7%; а 8,3% исков было предъявлено стоматологам - ортодонтам (рис. 11).

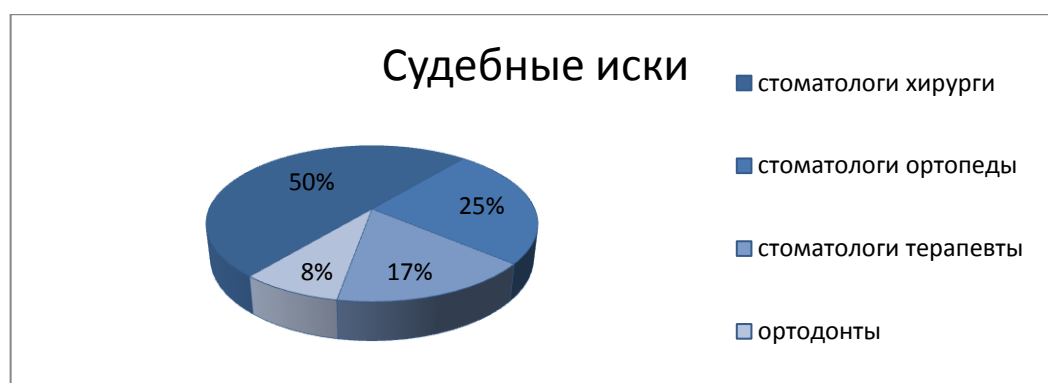


Рис. 11. Доли исковых заявлений пациентов по поводу некачественного оказания стоматологических услуг в г. Перми с 2008 по 2012 гг.

Анализ общего числа изученных судебно-медицинских экспертиз по гражданским и уголовным делам показал, что 80% заявлений поступило от женщин и 20% - от мужчин. Возраст истцов составил от 25 до 62 лет. Обратившимся пациентам были поставлены следующие диагнозы по классификации МКБ -10: K02 - Кариез зубов; K04 - Болезни пульпы и периапикальных тканей; K08.1- Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни; K12.2 - Флегмона и абсцесс полости рта и др. Большинству пациентов было проведено стоматологическое лечение в соответствии с установленным диагнозом при соблюдении порядка и стандартов оказания медицинской помощи больным с патологией зубочелюстной системы. Исключение составили 12,5% больных: были выявлены дефекты при оказании медицинской помощи (8,5% истцов), что напрямую связано с ухудшением состояния их здоровья; у 4% пациентов дефекты, не имеющие прямой связи с ухудшением здоровья. В 8,5 % клинических ситуаций к дефекту оказания медицинской помощи привел неправильно установленный диагноз вследствие недостаточно полного обследования пациентов, в остальном же - расширенные показания к выбору метода стоматологического лечения. В большинстве случаев требования истцов были направлены на возмещение ущерба (95%), компенсации морального вреда (90%), расторжение договора оказания платных медицинских услуг (65%) и др. По мнению пациентов, предъявляемые требования обусловлены ненадлежащим исполнением врачами своих

профессиональных обязанностей, дефектами оказания медицинской помощи, а также невыполнением условий договора. Поводами для инициации исковых заявлений явилось недостаточное информирование пациентов врачами-стоматологами, в частности, о характере заболевания, возможных осложнениях, а также невнимательное, а иногда грубое отношение к пациенту.

Анализ медицинской документации показал, что в 70% клинических ситуаций диагноз врачами-стоматологами указывался не полностью, а его формулировка не соответствовала классификации МКБ-10. Жалобы пациента были описаны лишь в 65% случаев. В 75% случаев в истории болезни не предоставлена информация о перенесенных и сопутствующих заболеваниях. Сведения о дополнительных методах диагностики были указаны только в 55% случаев. В половине историй болезни отсутствовала информация о плане лечения, а в 65% - добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое лечение. С 30% истцов не был заключен договор об оказании им платных медицинских услуг. В 85% случаев выявлено несоблюдение врачами-стоматологами требований разработанных протоколов ведения больных. В 15% историй болезней не был описан перечень медицинских процедур. Краткость записей о результатах обследования пациента, использование непонятных сокращений слов и предложений были отмечены во всех проанализированных историях болезни (100% случаев).

Таким образом, при оценке факторов, способствующих развитию конфликтов в системе "врач-пациент", выявлено, что у врачей - стоматологов не сформированы умения конструктивного разрешения конфликтных ситуаций на досудебных уровнях. Претензии пациентов, как правило, связаны с организационными недостатками в работе стоматологической службы, а также с некачественным оказанием стоматологической помощи. Анализ медицинских карт пациентов выявил, что большинство из них оформлены недостаточно полно: нет четкого описания сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, о развитии патологии, отсутствуют данные об объективном осмотре пациента, не всегда фиксируются жалобы больного. Засвидетельствованы факты применения

ошибочных методов лечения. Судебные иски свидетельствуют о том, что врачи-стоматологи не обладают в должной мере компетенциями, позволяющими не допускать развития конфликтных ситуаций, а также не всегда умеют конструктивно разрешать возникшие конфликты. Мы полагаем, что выбор рациональных ортопедических конструкций при лечении пациентов со сложной патологией зубочелюстной системы, позволит сократить число конфликтных ситуаций на стоматологическом приеме, а формирование у врачей-стоматологов конфликтологической культуры будет способствовать не только предупреждению конфликтов, но и их конструктивному разрешению.

3.2. Анализ результатов психолого-педагогического исследования в группе врачей-ординаторов и в группе пациентов с дефектами зубных рядов осложненными горизонтальными вторичными деформациями

С целью исследования эффективности разработанной программы обучения, направленной на формирование у врачей-ординаторов конфликтологической культуры, как фактора предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов в системе «врач-пациент», была организована экспериментальная работа на элективных курсах врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования (ФДПО) ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера.

Для определения когнитивного компонента использовалась методика М.Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. Система ценностных ориентаций определяет и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самому, основу мировоззрения и основу мотивации жизнедеятельности. Выявлено, что такие ценности как: воспитанность, сдержанность, самоконтроль, терпимость, дисциплинированность, умение понять чужую точку зрения оказались менее значимыми для врачей-ординаторов. К наиболее значимым ценностям респонденты отнесли материально обеспеченную жизнь, интересную работу, здоровье.

В группе пациентов наиболее значимыми ценностями оказались: умение настоять на своем, не отступать перед трудностями; смелость в отстаивании

своего мнения, взглядов; честность и ответственность. К менее важным ценностям опрошенные пациенты отнесли: нетерпимость к недостаткам в себе и других; к взглядам и мнениям других; умение прощать другим их ошибки и заблуждения; умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманное и рациональные решения.

Для определения эмоционального состояния личности был использован модифицированный тест М.Люшера, который позволил выявить незначительную степень тревожности как у врачей - ординаторов – 90,90%, так и у пациентов - 86%. Отмечено, что у 9,09% врачей и у 14% пациентов имеются признаки эмоциональной напряженности. Полученные данные представлены в табл. 6.

Таблица 6

Результаты изучения эмоционального состояния личности по тесту М.Люшера в экспериментальной группе врачей - ординаторов на начальном этапе эксперимента

Показатель	Врачи-ординаторы (%)	Пациенты (%)
Состояние эмоциональной напряженности; эмоциональная неустойчивость; присутствует опасение за свое здоровье, тревожные ощущения опасности.	9,09	14
Незначительная тревожность; существует потребность во внимании, поддержке; присутствует физическое переутомление, ухудшение самочувствия.	90,90	86

Уровень реактивной и личностной тревожности, который характеризует поведенческий компонент, оценивался при помощи методики Ч.Д.Спилберга и Ю.Л.Ханина. Измеренная тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. Высокая реактивная тревожность может вызывать нарушения внимания, иногда может возникать нарушение тонкой координации (табл. 7, 8).

Таблица 7

Результаты изучения уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в экспериментальной группе врачей-ординаторов на начальном этапе эксперимента

Врачи-ординаторы (%)	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая тревожность до 30 б.	Умеренная тревожность 31-45 б.	Высокая тревожность более 46 б.	Низкая тревожность до 30 б.	Умеренная тревожность 31-45 б.	Высокая тревожность более 46 б.
	18,18	27,27	54,54	18,18	57,57	27,27

Таблица 8

Результаты уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями на начальном этапе эксперимента

Пациенты (%)	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая тревожность до 30 б.	Умеренная тревожность 31-45 б.	Высокая тревожность более 46 б.	Низкая тревожность до 30 б.	Умеренная тревожность 31-45 б.	Высокая тревожность более 46 б.
	20	56	24	24	48	28%

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Высокий показатель личностной тревожности у врачей-стоматологов дает основание предполагать у них появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение

заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Шестнадцатифакторный личностный опросник Кеттела позволил выяснить особенности характера, склонности и интересы врачей-ординаторов (табл. 9).

Таблица 9

Особенности характера, склонности и интересы врачей-ординаторов

Фактор А "замкнутость-общительность".	трудность в установлении межличностных, непосредственных контактов	39,39%
	общительность, открытость, естественность, готовность к сотрудничеству, внимание к людям, готовность к совместной работе, активность в устранении конфликтов в группе, легкость в установлении непосредственных, межличностных контактов.	60,60%
Фактор В " Конкретное мышление - абстрактное мышление".	невысокая оперативность мышления, недостаточно развитая общая культура. Такой человек обладает развитой аналитичностью мышления, интеллектуальными интересами, умением оперировать абстрактными понятиями, развитым воображением.	45,45%
	оперативность, подвижность мышления, высокий уровень общей культуры, умение оперировать абстракциями, развитая аналитичность, развитые интеллектуальные интересы, стремление к новым знаниям, склонность к свободомыслию, радикализму, высокая эрудированность, широта взглядов.	54,54%
Фактор С "эмоциональная нестабильность-эмоциональная стабильность".	низкая толерантность по отношению к фрустрации, раздражительность, утомляемость.	60,60%
	эмоциональная устойчивость, выдержанность, спокойствие, работоспособность.	39,39%
Фактор Е "подчиненность - доминантность".	услужливость, почтительность, застенчивость, готовность брать вину на себя, экспрессивность, склонность легко выходить из себя, своенравие, конфликтность.	63,63%
	почтительность, любезность, тактичность	36,36%
Фактор N "Прямолинейность (наивность) - проницательность (искусственность)".	недисциплинированность, неумение анализировать мотивы партнера.	54,54%
	умение вести себя в обществе, в общении дипломатичность, проницательность, умение выходить из сложной ситуации.	45,45%

Фактор G "нормативность поведения".	неорганизованность, безответственность, гибкость по отношению к социальным нормам свобода от их влияния, иногда беспринципность и склонность к асоциальному поведению.	24,24%
	добросовестность, ответственность, уравновешенность, развитое чувство долга, осознанное соблюдение общепринятых моральных правил и норм.	75,75%
Фактор H "робость- смелость".	социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе, предпочтение индивидуального стиля деятельности и общения в малой группе.	36,36%
	смелость, предприимчивость, активность, готовность к сотрудничеству с незнакомыми людьми в незнакомых обстоятельствах.	63,63%
Фактор I "жесткость- чувствительность".	излишняя самоуверенность, суровость, иногда некоторая жесткость и черствость по отношению к окружающим	45,45%
	развитые эстетические интересы, сочувствие, понимание других людей.	54,54%

Результаты оценки особенностей характера по шестнадцатифакторному личностному опроснику Кеттела показали, что врачи-ординаторы весьма общительны, ответственны, готовы к сотрудничеству, легки в установлении непосредственных и межличностных контактов, но в то же время более чем у половины из них присутствуют такие черты характера, как раздражительность, утомляемость, экспрессивность и склонность легко выходить из себя, что говорит о нестабильном эмоциональном состоянии и может способствовать развитию конфликтов в системе «врач-пациент».

Когнитивный компонент личности врача-ординатора указывает на наличие знаний о типах поведения в конфликте, о его сущности, структурных компонентах, особенности конфликтного взаимодействия врачей и пациентов, а также уровне конфликтологической культуры.

Наличие теоретических знаний по проблеме конфликта определялось с помощью анкетирования. Исследование позволило выявить наличие у врачей – ординаторов знаний, касающихся основных терминов. На вопрос: "Что такое

конфликт?" респонденты в основном отвечали: "ссора", "недопонимание", "спор", "недоразумение", "разногласие", "столкновение интересов людей". Большая часть врачей вполне правильно трактует понятие «конфликт», но при этом не видят в конфликтности социальный и личностный смысл. На вопрос: "Какой смысл Вы вкладываете в понятие "конфликтологическая культура?" 54,54% респондентов дали следующие ответы: "избегание конфликта", "умение справляться с конфликтом на работе", "это когда заранее знаешь слабые места в причине конфликта". 24,24% опрошенных вкладывают в смысл этого понятия способность к конструктивному разрешению конфликтов в системе "врач-пациент" и умение контролировать свои эмоции. Остальные 24,24% опрошенных респондентов затруднились дать ответ.

В ходе анкетирования выявлено, что у 24,24% врачей-ординаторов возникали конфликтные ситуации при работе с пациентами. При этом опрошенные указали, что наиболее распространенными причинами развития конфликтов являются следующие: неполное информирование пациента о его заболевании (63,63%); несовпадение ожиданий пациента с результатами лечения (48,48% врачей-ординаторов); особенности поведенческих реакций пациента и неудачный опыт общения с другими врачами стоматологами (24,24% врачей-ординаторов).

Результаты анкетирования пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, до лечения показали, что у 72% опрошенных случались конфликты с врачами-стоматологами. Причинами конфликтов, по мнению 92% пациентов являлось невнимательное и неуважительное отношение; 18% - считали, что им оказана некачественная услуга, не соответствующая ее стоимости.

Наблюдение за пациентами свидетельствует о недостаточно уважительном отношении их к врачам-стоматологам. Количественный и качественный анализ исследования показал, что 30% пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями систематически опаздывали на визит к стоматологу, 20% в процессе общения перебивали доктора,

а 18% не внимательно относились к данным рекомендациям и советам врача, а также пытались указывать врачу, какой метод лечения следует применить.

Для определения поведенческого и эмоционального компонентов конфликтологической культуры у врачей и пациентов была применена методика оценки уровня общительности и коммуникативности (тест В.Ф.Ряховского). Результаты тестирования представлены в таблицах 10, 11. В ходе исследования определено, что 54,54% врачей - ординаторов на начальном этапе эксперимента и 70% пациентов до начала ортопедического лечения имеют нормальную коммуникабельность, достаточно терпеливы в общении, спокойно отстаивают свою точку зрения. При этом 30,30% докторов и 16% пациентов - чрезмерно общительны, любопытны, чем могут вызывать раздражение окружающих. Данной категории опрошенных не хватает терпения, они могут вспылить, но отходчивы. В известной степени общительны 9,09% врачей и 10% пациентов, их не пугают новые проблемы, но с новыми людьми сходятся осторожно, в спорах и дискуссиях участвуют неохотно, в своих высказываниях могут иметь излишний сарказм. Замкнутыми, неразговорчивыми, предпочитающими одиночество оказались 6,06% врачей-ординаторов, среди пациентов таковых не оказалось. 3,03% врачей-ординаторов и такое же число пациентов были отнесены к категории излишне общительных и самоуверенных людей ("рубаха-парень").

Таблица 10

Результаты теста В.Ф. Ряховского по определению уровня коммуникабельности
в группе врачей-ординаторов

Баллы	4-8	9-13	14-18	19-24	25-29
Врачи-ординаторы (%)	3,03	30,30	54,54	9,09	6,06

Таблица 11

Результаты теста В.Ф. Ряховского по определению уровня коммуникабельности
в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными
вторичными деформациями до начала ортопедического лечения

Баллы	4-8	9-13	14-18	19-24
Пациенты (%)	4	16	70	10

С помощью опросника К.Томаса определялся тип поведения в конфликтах, присущий врачам - ординаторам, а также обследованным пациентам. Среди врачей-ординаторов наиболее часто используемым оказался компромисс - тип поведения, характеризующийся соглашением между участниками конфликта, достигнутым путем взаимных уступок (36,36% случаев). Однако среди пациентов данный тип поведения был выбран в 36% случаев. У 33,33% врачей - ординаторов преобладало избегание, т.е. отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Такой же тип поведения предпочли 20% пациентов. У 14% пациентов и у 15,15% врачей было выявлено соперничество - поведение, характеризующееся стремлением добиться своих интересов в ущерб другому. Приспособительный тип поведения был выделен у 9,09% врачей и 14% пациентов, а к склонность к сотрудничеству определялась только у 6,06% врачей-ординаторов и 14% пациентов (таблица 12, 13).

Таблица 12

Типы поведения врачей - ординаторов в конфликтной ситуации на начальном этапе эксперимента (по методике К. Томаса)

Типы поведения в конфликтной ситуации	Врачи-ординаторы (%)
Сотрудничество	6,06
Приспособление	9,09
Соперничество	15,15
Избегание	33,33
Компромисс	36,36

Таблица 13

Типы поведения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями до начала ортопедического лечения (по методике К. Томаса)

Типы поведения в конфликтной ситуации	Пациенты (%)
Сотрудничество	14
Приспособление	14
Соперничество	14
Избегание	20
Компромисс	35

Корреляционный анализ на выборку 33 врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии ФДПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера и 50 пациентов показал прямую зависимость их характерологических особенностей и выбираемой тактики поведения в конфликте (таблица 14, 15).

Таблица 14

Зависимость тактики поведения в конфликтах врачей - ординаторов от их характерологических особенностей и эмоционального состояния

Характерологические особенности	Тактика поведения в конфликтной ситуации				
	Компромисс	Избегание	Приспособление	Соперничество	Сотрудничество
Незначительная тревожность	-	-	0,04	0,04	0,05
Эмоциональная напряженность	0,18	0,17	-	-	-
Нормальная коммуникабельность	-	-	0,1388	0,13	0,04
Весьма общительны	-	-	0,06	0,06	0,01
В известной степени общительны	-	-	0,20	-	-
Замкнут в себе	0,13	0,04	-	-	-
"Рубаха-парень "	0,13	0,13	-	-	-

Таблица 15

Зависимость тактики поведения в конфликтах пациентов с дефектами зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями, от их характерологических особенностей

Тактика поведения в конфликтной ситуации	Характерологические особенности	
	Нормальная коммуникабельность	Замкнутость в себе
Компромисс	-	-
Избегание	-	0,20
Приспособление	0,19	-
Соперничество	0,24	-
Сотрудничество	0,19	-

В ходе исследования определено эмоциональное состояние пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, до начала ортопедического лечения. Была выявлена незначительная тревожность; потребность во внимании; ухудшение самочувствия; эмоциональная напряженность и пренебрежительное отношение к работе врача-стоматолога.

Характеристика когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов, определенных у врачей-ординаторов на этапе констатирующего эксперимента указала на уровни сформированности конфликтологической культуры. Так у 16 врачей-ординаторов "формальный" уровень конфликтологической культуры, у 6 - соблюдения нейтралитета, у 3 – примитивный (табл. 16). Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что для предупреждения и конструктивного разрешения возникающих конфликтов в системе «врач-пациент» необходимо повысить уровень конфликтологической культуры, а также создать позитивное отношение к конфликту как способу разрешения возникающих противоречий.

Таблица 16

Уровень конфликтологической культуры врачей-ординаторов на начальном уровне эксперимента

Уровни конфликтологической культуры	Количество врачей-ординаторов с данным уровнем на начальном этапе исследования	
	Чел.	%
Примитивный	3	9,09
Формальный	16	48,48
Соблюдение нейтралитета	6	18,18
Адекватный	5	3,03
Оптимальный	3	3,03
Всего	33	100

3.3. Апробация программы обучения врачей-ординаторов, направленной на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе "врач-пациент"

Третий период исследования – формирующий эксперимент. Он заключался в апробации программы обучения врачей-ординаторов, направленной на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе "врач-пациент".

Цель данного исследования достигалась в процессе организации учебной деятельности врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования на элективном курсе.

При разработке программы обучения были определены соответствующие содержание, методы и формы.

Элективный курс "Конфликтологическая культура" позволил ординаторам освоить сущность, структурные компоненты конфликтов и их классификацию. Были выявлена сущность понятия «конфликтологическая культура». В ходе работы рассматривались основные признаки конфликта в системе «врач-пациент»: противоречие между лично значимыми интересами, принципами, мотивами, целями субъектов; нервно-психическое напряжение во взаимоотношениях врача и пациента; осознание субъектами напряженности; направленность объективных действий врача и пациента против друг друга; нарушение границ персонального пространства.

В классификации конфликтов рассматривались: внутриличностные и социальные конфликты; конструктивные и деструктивные конфликты. Среди конфликтов в системе "врач-пациент" были изучены основные три типа: конфликты, возникающие вследствие врачебных ошибок; конфликты, формирующиеся при использовании несовершенных методов лечения, требующих радикального вмешательства, приводящих к необратимым

последствиям; а также конфликты, возникающие из-за недостаточного уровня сформированности конфликтологической культуры врачей-стоматологов.

Рассматривая конфликт как столкновение врача и пациента в процессе их взаимоотношений, были проанализированы его проявления: взаимные обвинения, споры, нападки и защита.

Освоенные знания и навыки позволили врачам-ординаторам сформировать основную идею: конфликты в системе "врач-пациент" не должны игнорироваться, их необходимо либо устранять, либо уменьшать их негативное влияние и стараться использовать их позитивные возможности. Отдельный цикл занятий был посвящен вопросам оформления медицинской документации, особенностям заполнения историй болезни и согласительных документов.

Врачи познакомились с диагностическими методами исследования, изучали первичную документацию. Применение диагностических методик позволяло изучить психологические особенности личности.

Диагностика уровней конфликтологической культуры проводилась на практических занятиях элективного курса.

Понятие конструктивного разрешения конфликтов в системе "врач-пациент" у врачей-ординаторов формировалось в ходе освоения методов воспитания конфликтологической культуры. Были использованы исследовательский метод, метод разъяснения, примера и метод упражнения, в ходе которых были сформированы положительное восприятие конфликта и подход к его конструктивному разрешению. Использованные методы предполагали оказание воздействия на конкретную личность и требовали учета индивидуальных особенностей врача-ординатора. Данные методы способствовали позитивному разрешению противоречий. На практических занятиях применялась технологии: «Отражение чувств», «Я-высказывание», «Активное эмпатическое слушание», «Переговоры», «Развод конфликтующих». В большинстве случаев конфликтные ситуации сопровождаются эмоциональными переживаниями, поэтому важно, чтобы человек ощутил, что его состояние понимают и разделяют его чувства. Это способствует уменьшению напряжения, проявлению доверия.

Осваивая технологию отражения чувств, врачи-ординаторы старались представлять себя на месте говорящего. Были предложены некоторые фразы, которыми предлагалось пользоваться для рефлексивного отражения чувств: "Мне кажется, что Вы чувствуете...", "Вероятно Вы чувствуете...", "Не чувствуете ли Вы себя несколько...?". Данные выражения были представлены в виде примеров в таблице 17.

Таблица 17

Технология «Отражение чувств»

Что сказано другим человеком	Что он чувствует и думает на самом деле	Что Вы можете произнести, чтоб он показал свои истинные чувства и мысли
"Делай, как надо".	"Мне не нравится то, что ты собираешься делать, но мое мнение, по-моему, тебя не интересует".	"Мне кажется, что на самом деле ты не уверен в своих действиях. Что на самом деле ты хочешь делать? Может нам стоит это обсудить?"
"Мне все равно".	"Мне не все равно, но нет смысла это обсуждать, потому что ты все равно меня не слушаешь".	"Но тебя эта ситуация раздражает, и меня очень волнует твое отношение".
"Поступай так, как считаешь необходимым".	"Я слишком устал спорить с тобой. Как хочешь, так и поступай, хотя я против".	"Мне бы хотелось быть уверенным, что ты согласен и поддерживаешь мой выбор. Как достигнуть желаемого нам обоим?"
"Ладно" или другое одобрительное слово, сказанное с неохотой и с недовольством.	"Я другого мнения, и очень зол. Не надо мной помывать".	"Мне кажется, тебе это не нравится. Что ты думаешь на самом деле? Мне очень интересно это знать".

Технология "Я - высказывание" позволила конструктивно изменить отношение к конфликтной ситуации. Предлагались описания ситуации; выражение своих чувств по поводу ситуации, которое должно начинаться с местоимения "Я". Например, "Я чувствую...", "Я рад...", "Я раздражен...", "Мне некогда". Внимание врачей - ординаторов акцентировалось на том, что использование данной технологии сводит к минимуму возможность эскалации или возникновения конфликта. При помощи этой технологии можно отстаивать свои интересы и при этом не оказывать никакого давления на других.

"Технология активного эмпатического слушания" позволила уточнить правильность понимания информации, которую хочет донести собеседник. Врачи-ординаторы усвоили, что технологию эмпатического слушания имеет смысл применять только в том случае, когда человек сам хочет поделиться какими-то переживаниями, если же пациент не хочет говорить об этом, то применение данной технологии невозможно.

Правилами эмпатического слушания являются:

1)настрой на слушание: необходимо на некоторое время забыть о своих проблемах, оставить свои переживания, постараться избавиться от предубеждения и установок относительно данного человека. В таком случае вы сможете понять, что чувствует собеседник;

2)отражение эмоции, чувства, переживания, стоящие за высказываниями. Это необходимо сделать так, чтоб собеседник понял, что его чувства поняты правильно и приняты;

3)необходимо выдерживать паузы. После того как Вы отвечаете необходимо помолчать. Пауза необходима Вашему собеседнику, чтоб он мог разобраться в своих переживаниях;

4)необходимо помнить, что эмпатическое слушание - это отражение чувств собеседника, но не объяснение ему причин возникновения у него каких либо чувств.

Также врачи-ординаторы освоили такую эффективную технологию как "Переговоры" (с оппонентами; через посредника).

Переговоры - это метод разрешения конфликта, который заключается в использовании ненасильственных средств и приемов для решения проблемы. Психологическими механизмами переговорного процесса являются согласование целей и интересов, стремление к взаимному доверию.

Технология "Развод конфликтующих" позволила врачам - ординаторам понять, что конфликт можно устранить при помощи дистанцирования от источника раздражения, когда обеспечивается оптимальная дистанция, и разрываются связи конфликтующих.

Если конфликт в системе "врач-пациент" характеризовался негативными тенденциями, то врачам - ординаторам был предложен способ использования косвенных техник разрешения межличностных конфликтов. В таком случае оппонент высказывает все, что у него «наболело», что способствует снижению эмоционально-психологического напряжения. В результате оппоненты настроены на конструктивное урегулирование конфликтов. Данные технологии помогли оптимизировать процесс общения, научили врачей-ординаторов понимать состояние пациентов, разделять их чувства, что в свою очередь будет способствовать снижению напряжения, проявлению доверия со стороны пациента и соответственно некоторому изменению его психологического состояния.

На клинических этапах ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, проводились беседы по профилактике конфликтов в системе "врач-пациент". В ходе, которых у них сложилось общее представление о понятии конфликта и его конструктивном разрешении в процессе эффективного общения конфликтующих сторон.

3.4. Анализ результатов экспериментальной работы по исследованию уровня конфликтологической культуры врачей-ординаторов ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера и пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациям

Результаты формирующего эксперимента были проанализированы на конечном, констатирующе-аналитическом этапе. Используя соответствующие методики, был определен уровень конфликтологической культуры и динамика ее развития у врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера.

Когнитивный компонент конфликтологической культуры был определен при помощи методики М. Рокича. Эта методика позволила выявить ценностные ориентации, которые выступают в качестве индивидуальной идеологии стиля жизни, которые формируются при усвоении социального опыта.

Исследование выявило, что в группе врачей - ординаторов ценностные отношения изменились. Наиболее важными для них стали следующие ценности: возможность творческой деятельности, ответственность, терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения, широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки), наличие хороших и верных друзей (таблица 18). Эти данные свидетельствуют о положительной динамике повышении уровня конфликтологической культуры.

Таблица 18

Результаты применения методики М.Рокича в группе врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера в динамике проведения эксперимента

Терминальные ценности	Результаты на начальном этапе (%)	Результаты после проведения эксперимента (%)
Здоровье	18,2*	15,15*
Интересная работа	15,51	15,15
Материально обеспеченная жизнь	24,24*	15,15*
Общественное признание	3,03*	9,09*
Развлечение	3,03	3,03
Творчество	9,09*	15,15*
Уверенность в себе	9,09	9,09
Развитие	9,09*	15,15*
Инструментальные ценности		
Воспитанность	3,03*	9,09*
Дисциплинированность	3,03*	9,09*
Образованность	15,15*	9,09*
Твердая воля	15,15*	9,09*
Честность	9,09	9,09
Чуткость	3,03	3,03
Самоконтроль	15,15*	24,24*
Высокие зарплаты	24,24*	18,18*
Нетерпимость к недостаткам в других	12,12*	9,09*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: $p < 0,01^*$

В группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями после проведенного лечения и

проведения профилактических бесед ценностные отношения также изменились. Наиболее важными для них стали следующие ценности: здоровье, твердая воля, уверенность в себе, честность, а также материально обеспеченная жизнь (таблица 19).

Таблица 19

Результаты применения методики М.Рокича в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения

Терминальные ценности	Результаты на начальном этапе (%)	Результаты после проведения эксперимента(%)
Здоровье	22*	24*
Интересная работа	8*	10*
Материально обеспеченная жизнь	20*	16*
Общественное признание	6*	4*
Развлечение	6*	4*
Творчество	12*	16*
Уверенность в себе	16*	18*
Развитие	10*	8*
Инструментальные ценности		
Воспитанность	12*	14*
Дисциплинированность	8	8
Образованность	12	12
Твердая воля	24*	18*
Честность	16	16
Чуткость	5	5
Самоконтроль	6*	10*
Высокие зарплаты	14	14
Нетерпимость к недостаткам в других	3	3

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: $p < 0,01^*$

Тест М.Люшера позволил отследить изменения эмоциональной напряженности и незначительной тревожности врачей - ординаторов, а также в группе обследованных пациентов. Полученные данные представлены в таблицах 20, 21 и показаны на рисунках 12, 13.

Результаты эмоционального состояния личности по тесту М.Люшера в экспериментальной группе врачей-ординаторов в динамике эксперимента

Состояние эмоциональной напряженности; эмоциональная неустойчивость; присутствует опасение за свое здоровье, тревожные ощущения опасности.	До (%)	После (%)
		9,09*
Незначительная тревожность; существует потребность во внимании, поддержке; присутствует физическое переутомление, ухудшение самочувствия.	90,90*	93,93*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: $p < 0,01^*$

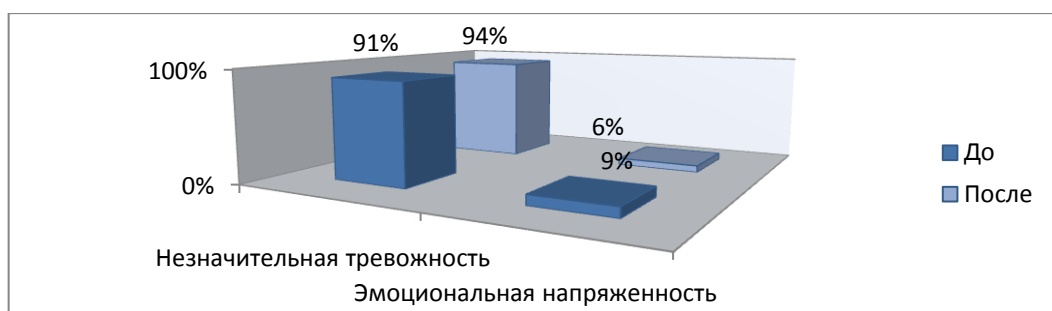


Рисунок 12. Результаты эмоционального состояния личности по тесту М.Люшера в экспериментальной группе врачей-ординаторов на начальном и конечном этапах эксперимента.

Результаты эмоционального состояния личности по тесту М.Люшера в экспериментальной группе пациентов в динамике ортопедического лечения

Состояние эмоциональной напряженности; эмоциональная неустойчивость; присутствует опасение за свое здоровье, тревожные ощущения опасности.	До (%)	После (%)
		14*
Незначительная тревожность; существует потребность во внимании, поддержке; присутствует физическое переутомление, ухудшение самочувствия.	86*	90*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: $p < 0,01^*$

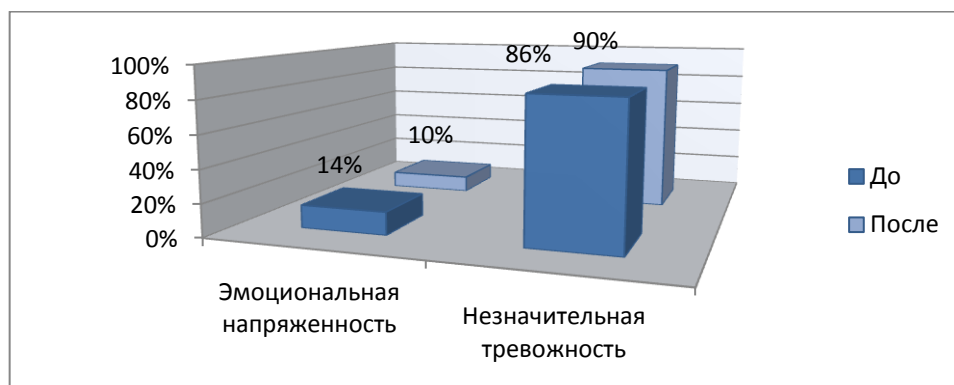


Рисунок 13. Результаты эмоционального состояния личности по тесту М.Люшера в экспериментальной группе пациентов в динамике ортопедического лечения.

Определение уровня реактивной и личностной тревожности позволило отследить изменение поведенческого компонента, который оценивался при помощи методики Ч.Д.Спилберга и Ю.Л.Ханина. Измеренная тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. Снижение уровня тревожности врачей - ординаторов способствует самообладанию и самоконтролю, что соответствует "адекватному уровню" конфликтологической культуры (таблица 22; рис. 14).

У большинства пациентов до ортопедического лечения выявлен умеренный уровень как реактивной, так и личностной тревожности, при этом, после проведенной терапии снизилось число пациентов с высоким уровнем тревожности (таблица 23, рис.15).

Таблица 22

Результаты уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в экспериментальной группе врачей-ординаторов в динамике эксперимента

Врачи-ординаторы	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая тревожность	Умеренная тревожность	Высокая тревожность	Низкая тревожность	Умеренная тревожность	Высокая тревожность
До (%)	18,18	27,27**	54,54	18,18*	57,57**	27,27**
После (%)	42,42	24,4**	33,33	33,33*	54,54**	15,15**

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: <math><0,05^*</math>, <math>p<0,01^{**}</math>

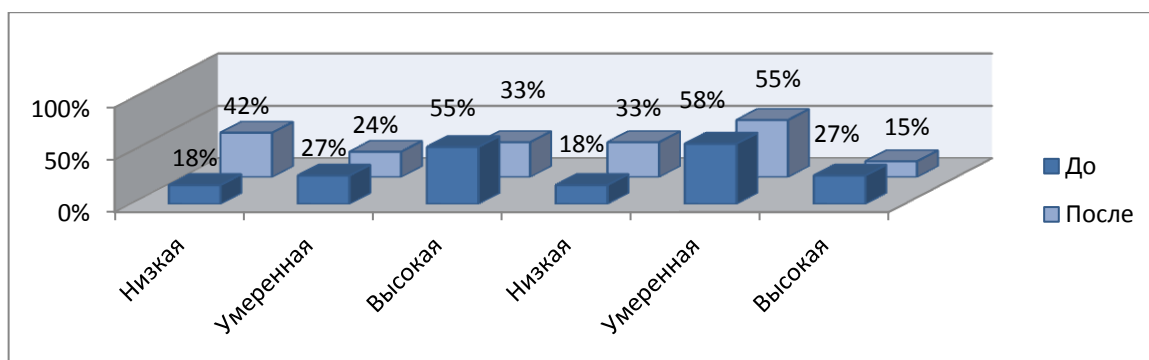


Рисунок 14. Результаты определения уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в экспериментальной группе врачей-ординаторов в динамике эксперимента.

Таблица 23

Результаты уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения и профилактических бесед

Пациенты	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая тревожность	Умеренная тревожность	Высокая тревожность	Низкая тревожность	Умеренная тревожность	Высокая тревожность
До (%)	20*	56	24*	24	48*	28*
После (%)	26*	56	18*	34	42*	24*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона: $p < 0,05^*$

Анкетное исследование выявило положительную динамику развития когнитивного компонента конфликтологической культуры у врачей - ординаторов. В анкетах отражено понимание конфликта как психолого-педагогического феномена, являющегося фактором общественного и индивидуального развития. Большинство врачей-ординаторов, понимая конфликт как позитивную ценность, отмечают необходимость предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов, свою готовность к внутренней саморегуляции в конфликте.

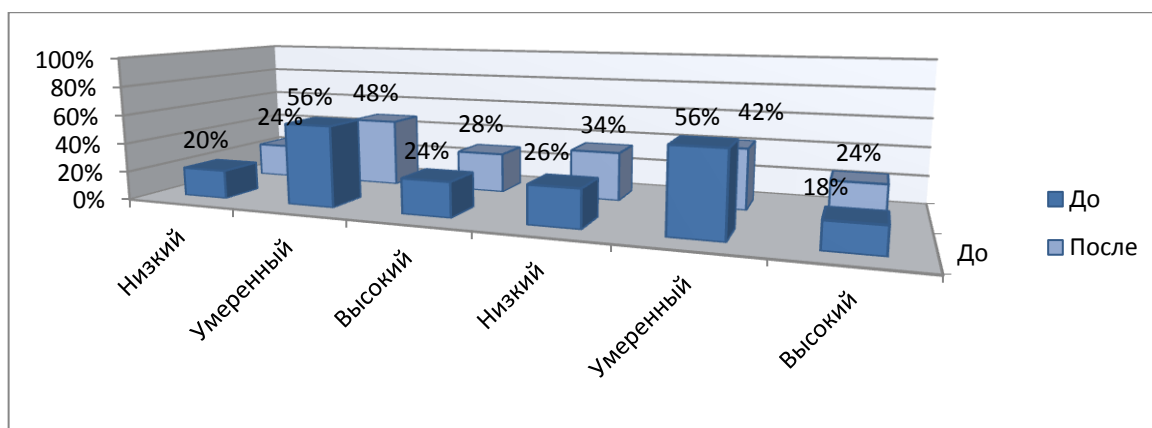


Рисунок 15. Результаты определения уровня ситуативной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения и профилактических бесед.

Таким образом, врачи - ординаторы после изучения элективного курса "Конфликтологическая культура" вышли с формального уровня и уровня "соблюдения нейтралитета" в когнитивном компоненте конфликтологической культуры на "адекватный" и "оптимальный" уровни. Теоретические знания, полученные в процессе обучения, творчески использовались в процессе воспитания конфликтологической культуры у врачей - ординаторов в период обучения. Процесс предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов в системе "врач-пациент" осуществлялся на основе гуманистических принципов, а также с помощью использования специальных техник: упражнений на овладение стратегиями в конфликте; косвенных методов урегулирования конфликтов; переговоров с оппонентами; метода развода конфликтующих; метода обмена позиций и т.д. Учитывая, что пример как метод воспитания является чрезвычайно эффективным, с помощью шестнадцатифакторного личностного опросника Кеттела мы повторно изучили эмоциональный и поведенческий компоненты личности врача - ординатора и они соответствовали "адекватному" уровню конфликтологической культуры. Результаты факторного анализа личности врача - ординатора в динамике эксперимента представлены в таблице 24, и на рисунке 16.

Сравнительная таблица результатов факторного анализа личности
врача-ординатора в динамике эксперимента

Фактор А "замкнутость-общительность".	трудность в установлении межличностных, непосредственных контактов.	До (%)	После(%)
		39,39%	18,18%
	общительность, открытость, естественность, готовность к сотрудничеству, внимание к людям, готовность к совместной работе, активность в устранении конфликтов в группе, легкость в установлении непосредственных, межличностных контактов.	60,60%	81,81%
Фактор В "Конкретное мышление – абстрактное мышление".	невысокая оперативность мышления, недостаточно развитая общая культура. Такой человек обладает развитой аналитичностью мышления, интеллектуальными интересами, умением оперировать абстрактными понятиями, развитым воображением.	45,45%	39,39%
	оперативность, подвижность мышления, высокий уровень общей культуры, умение оперировать абстракциями, развитая аналитичность, развитые интеллектуальные интересы, стремление к новым знаниям, склонность к свободомыслию, радикализму, высокая эрудированность, широта взглядов.	54,54%	60,60%
Фактор С "эмоциональная нестабильность - эмоциональная стабильность".	низкая толерантность по отношению к фрустрации, раздражительность, утомляемость.	60,60%	30,30%
	эмоциональная устойчивость, выдержанность, спокойствие, работоспособность.	39,39%	69,69%
Фактор Е "подчиненность - доминантность".	услужливость, почтительность, застенчивость, готовность брать вину на себя, экспрессивность, склонность легко выходить из себя, своенравие, конфликтность.	63,63%	36,36%
	почтительность, любезность, тактичность	36,36%	63,63%
Фактор N "Прямолинейность (наивность) - проницательность (искусственность)".	недисциплинированность, неумение анализировать мотивы партнера.	54,54%	30,30%
	умение вести себя в обществе, в общении дипломатичность, проницательность, умение выходить из сложной ситуации.	45,45%	69,69%
Фактор G "нормативность поведения "	неорганизованность, безответственность, гибкость по отношению к социальным нормам, свобода от их влияния, иногда беспринципность и склонность к асоциальному поведению	24,24%	9,09%

	добросовестность, ответственность, уравновешенность, развитое чувство долга, осознанное соблюдение общепринятых моральных правил и нор.	75,75%	90,90%
Фактор Н "робость-смелость".	социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе, предпочтение индивидуального стиля деятельности и общения в малой группе.	36,36%	15,15%
	смелость, предприимчивость, активность, готовность к сотрудничеству с незнакомыми людьми в незнакомых обстоятельствах.	63,63%	84,84%
Фактор I " жесткость-чувствительность".	излишняя самоуверенность, суровость, иногда некоторая жесткость и черствость по отношению к окружающим.	45,45%	36,36%
	развитые эстетические интересы, сочувствие, понимание других людей.	54,54%	63,63%

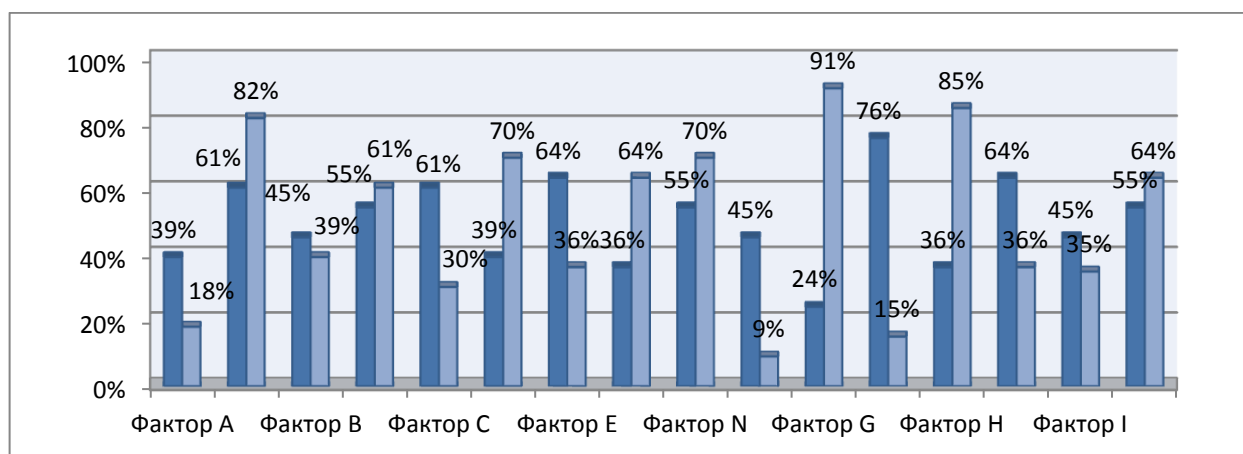


Рисунок 16. Динамика показателей факторного анализа личности врача - ординатора в динамике эксперимента.

Поведенческий и эмоциональный компоненты позволила выявить методика определения уровня общительности, коммуникативности (тест В.Ф.Ряховского), с помощью которой определялся уровень коммуникабельности врачей-ординаторов и пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями (табл.26). После освоения элективного курса эмоциональный и поведенческий компоненты уровня конфликтологической культуры повысился с "формального" и "соблюдения нейтралитета" до "адекватного" (таблицы 25, 26).

Таблица 25

Результаты теста В.Ф. Ряховского по определению уровня коммуникабельности
в группе врачей-ординаторов в динамике эксперимента

Врачи-ординаторы	4-8	9-13	14-18	19-24	25-29
До	3,03*	30,30	54,54*	9,09*	3,03
После	6,06*	30,30	57,57*	3,03*	3,03

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона:
 $p < 0,01^*$

Таблица 26

Результаты теста В.Ф. Ряховского по определению уровня коммуникабельности
в группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными
вторичными деформациями, в динамике ортопедического лечения
и профилактических бесед

Пациенты	4-8	9-13	14-18	19-24
До	4	14	70*	12*
После	4	14	76*	6*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона:
 $p < 0,01^*$

С помощью опросника К.Томаса был определен тип поведения в конфликтах присущий врачам-ординаторам, а также обследованным пациентам. После освоения элективного курса среди врачей-ординаторов стали преобладать стратегия сотрудничества и компромисса, что говорит о динамике развития поведенческого компонента и соответственно о повышении уровня конфликтологической культуры до "адекватного уровня" (таблица 27, рисунок 17). В группе пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения и проведения профилактических бесед, также были отмечены существенные изменения (таблица 28, рисунок 18).

Результаты тестирования по методике М.Томаса среди врачей-ординаторов и пациентов свидетельствуют о позитивных тенденциях поведенческого компонента их конфликтности. Среди врачей - ординаторов показатели по шкале «компромисс» возросли с 33,33% до 39,39% и по шкале «сотрудничество» с 6,06%

до 42,42%; у пациентов по шкале «компромисс» показатели увеличились с 36% до 40% и по шкале «сотрудничество», соответственно - с 14% до 20%.

Таблица 27

Типы поведения врачей – ординаторов в конфликтной ситуации
в динамике эксперимента (по методике К. Томаса)

Типы поведения в конфликтной ситуации	До	После
Сотрудничество	6,06	42,42
Приспособление	9,09*	6,06*
Соперничество	15,15*	6,06*
Избегание	36,36	6,06
Компромисс	33,33*	39,39*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона:
 $p < 0,01$ *

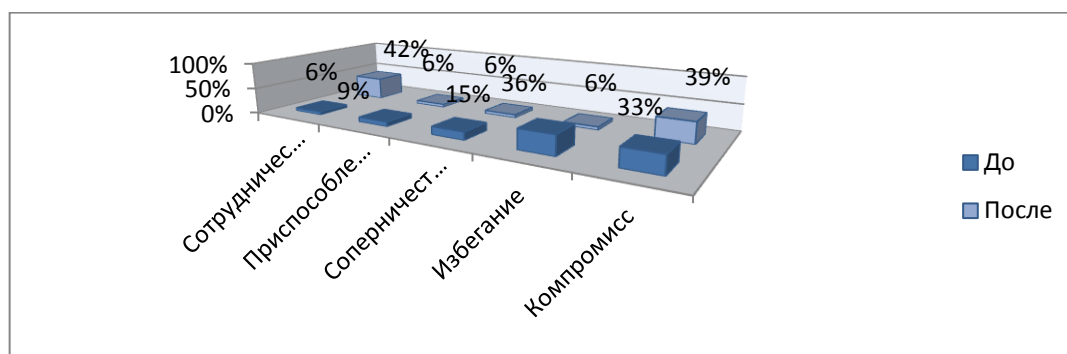


Рисунок 17. Результаты оценки типов поведения врачей-ординаторов по методике К. Томаса в динамике эксперимента.

Таблица 28

Типы поведения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения и профилактических бесед (по методике К. Томаса)

Типы поведения в конфликтной ситуации	До	После
Сотрудничество	14%*	20%*
Приспособление	14%*	10%*
Соперничество	14%*	10%*
Избегание	20%	20%
Компромисс	38%*	40%*

Примечание. Достоверность различий между показателями по критерию Вилкоксона:
 $p < 0,01$ *

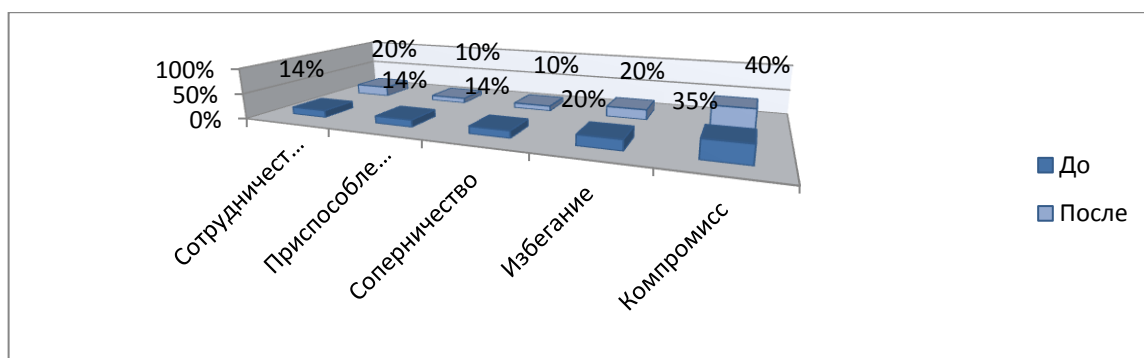


Рисунок 18. Результаты оценки типов поведения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в динамике ортопедического лечения и профилактических бесед (по методике К. Томаса).

Корреляционный анализ на выборку 33 врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии ФДПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера и 50 пациентов на формирующем этапе эксперимента показал прямую зависимость их характерологических особенностей и выбираемой тактики поведения в конфликте (таблица 29, 30).

Таблица 29

Зависимость тактики поведения в конфликтах врачей - ординаторов от их характерологических особенностей и эмоционального состояния после эксперимента

Характерологические особенности	Тактика поведения в конфликтной ситуации				
	Компромисс	Избегание	Приспособление	Соперничество	Сотрудничество
Незначительная тревожность	-	-	-	-	-
Эмоциональная напряженность	-	-	-	-	-
Нормальная коммуникабельность	0,817861	0,385210	0,385210	0,768155	0,385210
Весьма общительны	0,692060	-	-	0,736842	-
В известной степени общительны	-	0,695971	0,695971	-	0,695971
Замкнут в себе	-	0,695971	0,695971	-	0,695971
"Рубаха-парень "	-	-	-	-	-

Зависимость тактики поведения в конфликтах пациентов с дефектами зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями, от их характерологических особенностей после эксперимента

Характерологические особенности	Тактика поведения в конфликтной ситуации				
	Компромисс	Избегание	Приспособление	Соперничество	Сотрудничество
Незначительная тревожность	0,408248	0,666667	-	0,666667	-
Эмоциональная напряженность	0,494152	0,806947	0,826160	0,806947	0,826160
Нормальная коммуникабельность	0,458831	0,280976	-	0,280976	-
Весьма общительны	0,309426	0,505291	0,757937	0,505291	0,757937
В известной степени общительны	-	0,408248	0,612372	0,408248	0,612372
"Рубаха-парень "	0,408248	0,666667	-	0,666667	-

Таким образом, результаты формирующего эксперимента показали, что уровень конфликтологической культуры в группе врачей - ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера вырос и соответствует "адекватному уровню".

По окончании формирующего этапа экспериментальной работы был проведен сравнительный анализ уровней конфликтологической культуры относительно начального этапа эксперимента (табл. 31, рисунок 19). Сопоставляя полученные результаты в группе врачей - ординаторов на начальном этапе эксперимента и после освоения материала элективного курса "Конфликтологическая культура" необходимо отметить положительную динамику всех структурных компонентов уровней конфликтологической культуры.

Уровень конфликтологической культуры врачей-ординаторов в динамике освоения элективного курса «Конфликтологическая культура»

Уровни конфликтологической культуры	Количество врачей-ординаторов с данным уровнем на начальном этапе исследования		Количество врачей-ординаторов с данным уровнем на завершающем этапе исследования	
	Чел.	%	Чел.	%
Примитивный	3	9,09	-	-
Формальный	16	48,48	10	30,30
Соблюдение нейтралитета	6	18,18	7	21,21
Адекватный	5	3,03	11	33,33
Оптимальный	3	3,03	5	15,15
Всего	33	100	33	100

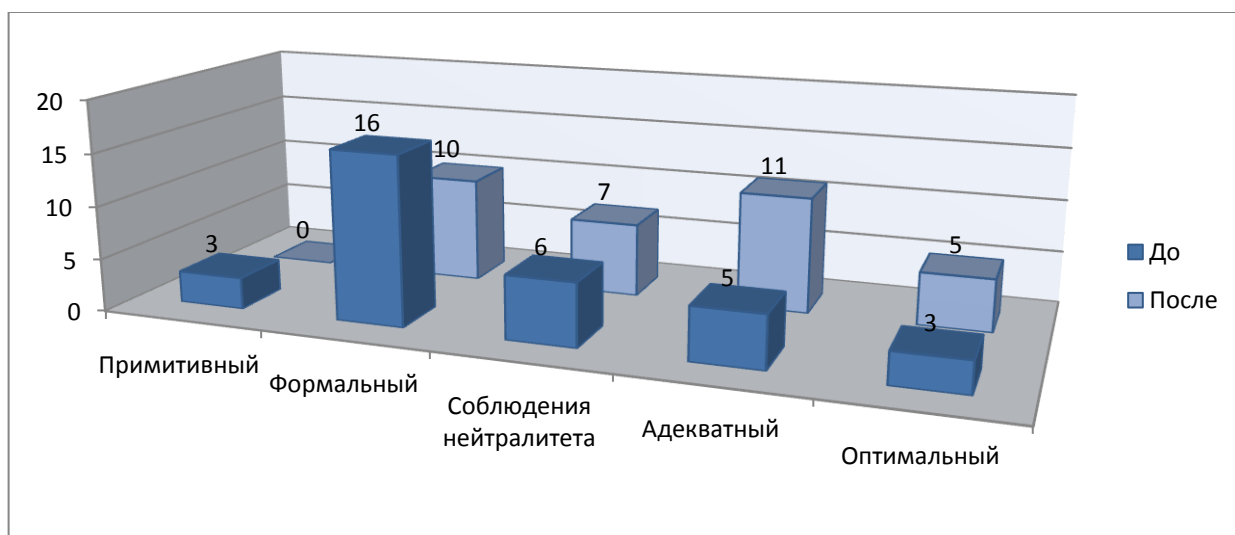


Рис. 19. Уровень конфликтологической культуры врачей-ординаторов в динамике освоения элективного курса «Конфликтологическая культура».

При сопоставлении полученных результатов в группе врачей-ординаторов отмечена положительная динамика всех структурных компонентов уровней конфликтологической культуры.

Для определения достоверности различий уровней конфликтологической культуры в группе врачей-ординаторов в динамике освоения элективного курса, мы сравнивали две зависимые выборки по непараметрическому критерию Вилкоксона по формуле $T = \sum Rr$, где Rr - ранговые значения сдвигов с более редким знаком. При сравнении $T_{Эмп}$ с критическим значением критерия, использовали данные таблицы 32.

Таблица 32

Критические значения T при $n=33$.

n	$T_{Кр}$	
	0.01	0.05
33	151	187

Сумма рангов нетипичных сдвигов ($T_{Эмп}$), при сравнении примитивного уровня конфликтологической культуры врачей-ординаторов на начальном и завершающем периодах, равнялась 96 (рис.20).

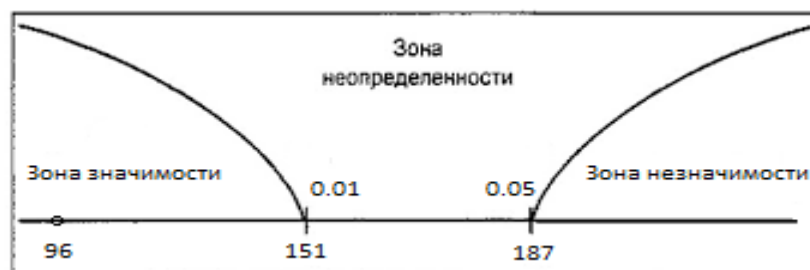


Рис. 20. Ось значимости.

Полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости, что указывает на то, что выдвигаемая статистическая гипотеза считается доказанной на уровне значимости $p < 0,01$.

При сравнении формального уровня в группе врачей-ординаторов в динамике эксперимента, получили $T_{Эмп}=183$, при сравнении с $T_{кр}$, соответствующим уровню статистической значимости 0,05 выдвинутая статистическая гипотеза доказана (рис. 21).

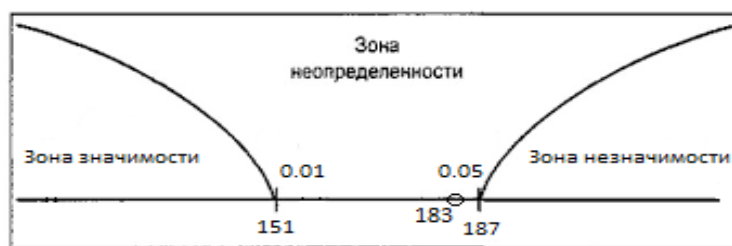


Рис. 21. Ось значимости.

Достоверность различий уровня соблюдения нейтралитета в группе врачей ординаторов в динамике эксперимента, при Тэмп-33, находящемся в зоне значимости, считается доказанной на уровне $p=0,01$ (рис.22)



Рис. 22. Ось значимости.

Различия в группе на адекватном уровне конфликтологической культуры, также были достоверны, на уровне $p=0,05$, при Тэмп-183, находящемся в зоне неопределенности.

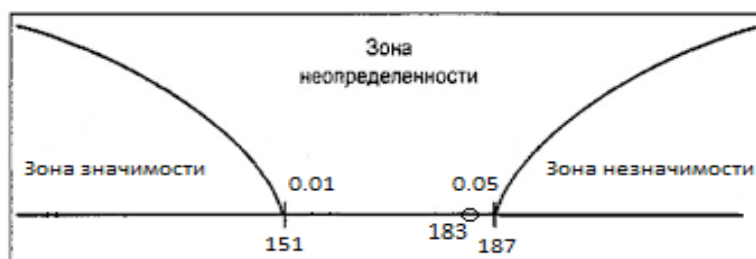


Рис. 23. Ось значимости.

Достоверность различий оптимального уровня врачей-ординаторов на начальном и завершающем этапах эксперимента была доказана на уровне $p=0,01$, со значением Тэмп-65, которое находится на оси в зоне значимости.

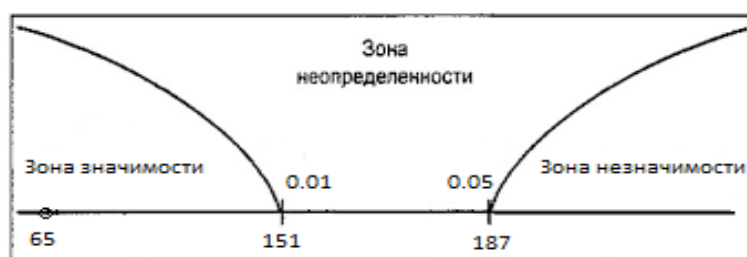


Рис. 24. Ось значимости.

Следовательно, можно сделать вывод, что эффект изменений уровней конфликтологической культуры врачей-ординаторов обусловлен именно применением программы обучения, направленной на предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов в системе «врач-пациент».

В результате формирующего этапа эксперимента качественно повысился уровень конфликтологической культуры у 54,54% врачей-ординаторов. Качественно новый уровень конфликтологической культуры сформировался у 27,27% врачей-ординаторов.

Таким образом, определение когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов, с применением соответствующих диагностических методик, позволило определить "формальный уровень" конфликтологической культуры врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера на начальном этапе эксперимента. В процессе реализации когнитивного компонента врачей-ординаторов за счет освоения элективного курса «Конфликтологическая культура», уровень данного интегративного образования существенно повысился.

В ходе исследования определен эмоциональный статус пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями до начала ортопедического лечения. Были выявлены: нормальная коммуникабельность, незначительная тревожность, эмоциональная напряженность и несколько пренебрежительное отношение к работе врача-стоматолога. После проведенного стоматологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями с применением рациональных конструкций мостовидных протезов и проведения бесед по профилактике конфликтов в системе "врач-пациент", у пациентов улучшились как характерологические, так и эмоциональные показатели. Снизилась эмоциональная напряженность, повысился уровень коммуникабельности, наиболее важными стали такие ценности, как здоровье и уверенность в себе.

Глава 4.

Анализ результатов клинических исследований

4.1. Результаты клинико-экспериментальных исследований

4.1.1. Результаты оценки стоматологического статуса пациентов с частичным отсутствием зубов, сочетанным с дентальными горизонтальными вторичными деформациями

Нами проведено обследование и ортопедическое лечение 50 пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями.

Формирование клинических групп пациентов, проводили согласно рекомендациям В.Ю.Миликевича (классификация В.Ю.Миликевича, 1969г.): основную группу наблюдения составили 25 пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, осложненные наличием дентальных горизонтальных вторичных деформаций I и II степени, при этом зубы, ограничивающие дефект зубного ряда имели наклон в сторону дефекта от 15 до 35 градусов и интактную пульпу. В группу сравнения были отнесены 25 пациентов с идентичной клинической ситуацией, при ранее депульпированных зубах, ограничивающих дефекты зубного ряда. В группу контроля вошли 10 практически здоровых людей в возрасте от 35 до 55 лет, с интактными зубными рядами (табл. 33).

Таблица 33

Распределение пациентов основной группы и группы сравнения по степени наклона зубов, ограничивающих дефект зубного ряда

Степень наклона зубов	Группы наблюдений	
	Основная	Сравнения
I степень	20 человек	21 человек
II степень	5 человек	4 человек

Пациентам с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, в количестве 50 человек, было проведено

протетическое лечение. Ортопедическое лечение пациентов основной группы наблюдения проводилось с использованием несъемно-разборных металлокерамических и цельнокерамических мостовидных протезов (рис.25 а), а пациентам группы сравнения были изготовлены металлокерамические и цельнокерамические мостовидные протезы по традиционно применяемой технологии (рис. 25).

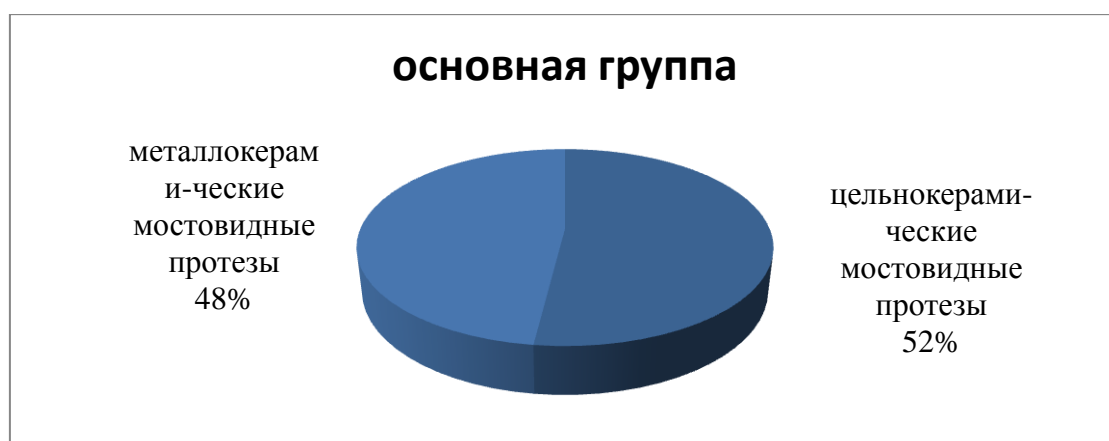


Рис. 25. Распределение металлокерамических и цельнокерамических несъемно-разборных мостовидных протезов а) в основной группе.

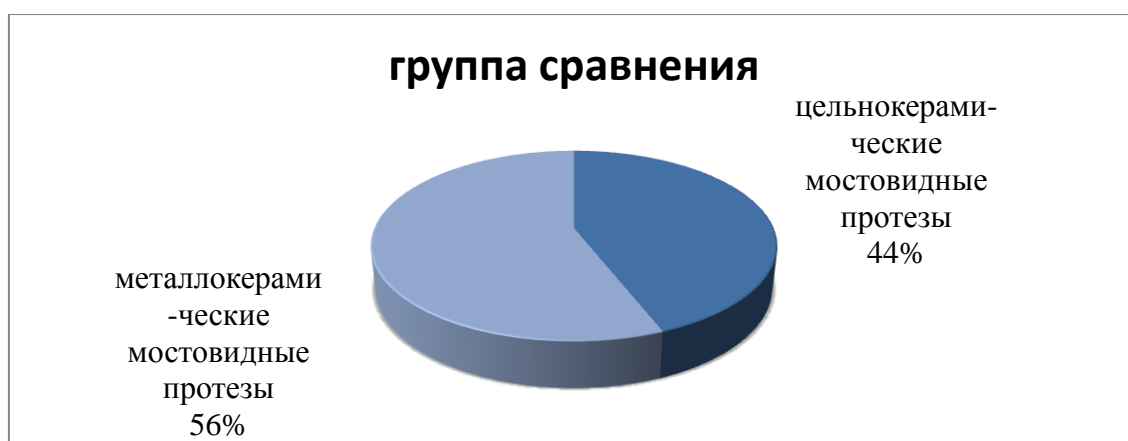


Рис. 25. Распределение металлокерамических и цельнокерамических несъемно-разборных мостовидных протезов б) в группе сравнения.

Группу контроля составили практически здоровые люди (10 человек), не предъявляющие жалоб. У всех обследуемых данной группы лицо было симметричным, открывание рта - свободным и безболезненным. Целостность и

интактность зубных рядов у всех обследованных была сохранена, также у всех лиц группы контроля определен ортогнатический прикус.

Обследованные пациенты основной группы в 92% случаев и группы сравнения в 96% случаев предъявляли жалобы на затрудненное пережевывание и увеличение времени приема пищи. Кроме того, 56% больных основной группы и 48% пациентов группы сравнения отмечали нарушение эстетики. У больных с ортогнатическим (92% больных основной группы и 80% пациентов группы сравнения) и прямым прикусом (8% больных основной группы и 12% пациентов группы сравнения) подбородочная и носогубные складки были выражены умеренно. Более выраженной подбородочная складка оказалась у пациентов с глубоким резцовым перекрытием (8% пациентов группы сравнения). Высота нижней трети лица была сохранена у всех обследованных пациентов обеих групп, отмечалось свободное, безболезненное открывание рта. При пальпаторной оценке состояния жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, как основной группы, так и группы сравнения, патологических изменений выявлено не было.

При осмотре полости рта обращали внимание на состояние твердых тканей опорных зубов, наличие и качество реставраций, и ортопедических конструкций, высоту клинических коронок зубов, выраженность экватора, устойчивость и положение зубов в зубном ряду. Представленные факторы учитывались при планировании протетического лечения. При наличии пломб, дефектов твердых тканей зуба, образовавшихся вследствие кариеса и его осложнений, предпочтение отдавали традиционным мостовидным протезам. Такие зубы перед протезированием подвергались предварительному терапевтическому лечению, в том числе депульпированию.

Для диагностики реакции пульпы зубов ограничивающих дефект зубного ряда, на электрический ток, проводили электроодонтодиагностику. Показатели электровозбудимости пульпы интактных зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, у 100% пациентов основной группы и 16% больных группы сравнения были

в пределах 2-6 мкА. При наличии пломб и кариозных полостей на зубах ограничивающих дефект зубного ряда у пациентов группы сравнения в 20% случаев электровозбудимость пульпы была снижена до 12-25 мкА. В остальных случаях (64% больных группы сравнения) опорные зубы были ранее депульпированы.

Уровень интенсивности кариеса у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями основной группы и группы сравнения по шкале ВОЗ приближены к средним значениям ключевой группы 35-44 лет, и равен $14 \pm 1,6$ в первом случае и $15,1 \pm 0,52$ соответственно.

Показатели индекса КПУ зубов обследуемых групп пациентов представлены в таблице 34.

Анализ папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА (Масслер М., Шур Д., 1948), позволил судить степени о протяженности и тяжести гингивита пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями. Среднее значение индекса РМА в основной группе равнялось $33,3\% \pm 0,2$, а в группе сравнения $34,1\% \pm 0,4$, что свидетельствует о средней выраженности распространенности и интенсивности патологического процесса (табл. 34).

Таблица 34

Индекс КПУз и РМА в группах пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями

Группа	Индекс КПУ зубов	Индекс РМА(%)
Основная группа (n = 25)	$14,0 \pm 1,6$	$33,3\% \pm 0,2$
Группа сравнения (n = 25)	$15,1 \pm 0,52$	$34,1\% \pm 0,4$

Примечание: достоверных отличий в группах наблюдения не отмечено.

По рентгеновским снимкам оценивали состояние твердых тканей, степень наклона зубов, ограничивающих дефект зубного ряда; ширину, направление и качество пломбирования корневых каналов ранее депульпированных зубов. Все изучаемые рентгенограммы были контрастными, отмечался полный охват,

исследуемой области. Корни зубов обладали четкими контурами, в 10% случаев у пациентов группы сравнения корни имели искривления, которые находились в пределах 1-3 мм от верхушки. Корневые каналы зубов, подлежащих ортопедическому лечению (36% пациентов группы сравнения) хорошо просматривались, каналы ранее депульпированных зубов были равномерно заполнены пломбировочным материалом, до апикального отверстия (64% пациентов группы сравнения). В 100% случаев в основной группе пациентов корневые каналы первых премоляров и вторых моляров были свободны от пломбировочного материала, периодонтальная щель была сужена на стороне наклона в сторону дефекта зубного ряда и расширена на противоположной стороне. У 64% больных основной группы и 72% пациентов группы сравнения межзубные перегородки у первых премоляров и вторых моляров имели начальную форму деструкции в виде усеченности вершин.

4.1.2. Результаты внутриротового анализа окклюзии у пациентов с дефектами зубных рядов осложненными горизонтальными вторичными деформациями I и II степени до лечения

Всем пациентам исследуемых групп проводили внутриротовой анализ окклюзии в динамике протетического лечения. При обследовании пациентов до лечения оценивали взаимоотношение зубных рядов в центральной, передней и боковых окклюзиях, в задней контактной позиции, а также на пути скольжения между разными окклюзионными положениями. В исследовании применяли метод диагностики, предложенный Хватовой В.А. (1996, 2005).

В центральной окклюзии у пациентов контрольной группы в 100% клинических ситуаций был определен симметричный двусторонний фиссурно-бугорковый контакт боковых зубов. У всех пациентов основной группы и группы сравнения до ортопедического лечения были выявлены нарушения окклюзионных контактов в центральной окклюзии, вследствие частичной потери зубов и деформации окклюзионной поверхности. Смыкание зубных рядов было несимметричным из-за отсутствия второго премоляра и первого моляра. У всех пациентов I и II группы наблюдался мезиальный наклон второго моляра в сторону

дефекта и, как следствие, нарушение окклюзионных контактов, т.к. сохранялся контакт с зубом-антагонистом только на небном бугре, окклюзионные контакты в области краевых валиков отсутствовали. После оценки центральной окклюзии приступали к анализу окклюзионных контактов в задней контактной позиции и смещения нижней челюсти из положения центрального соотношения в положение центральной окклюзии. Путь скольжения нижней челюсти из центрального соотношения в центральную окклюзию у 84% пациентов основной группы и 88% больных группы сравнения был беспрепятственным, по средней линии без боковых отклонений и равнялся 0,5-1 мм, при этом у 68% из 86% пациентов основной группы наблюдалось латеральное смещение в пределах 0,5 мм. В положении задней контактной позиции присутствовал двусторонний одновременный контакт скатов бугров 2-3 пар зубов в 100% случаев как в I, так и во II группах. Односторонний контакт в задней контактной позиции и при «скольжении по центру» рассматривается как преждевременный, способный отклонять нижнюю челюсть при закрывании рта в сторону (Хватова В.А., 1996, 2005).

В 8% случаев в основной группе и 4% - группе сравнения центральная окклюзия и центральное соотношение челюстей совпали, в этом случае «скольжение по центру» отсутствовало.

У 90% пациентов группы сравнения положение нижней челюсти в задней контактной позиции и в центральной окклюзии не совпадало, величина пути «скольжения по центру» была в пределах 1 мм. Из числа 95% пациентов у 70% «скольжение по центру» проходило строго в сагиттальном направлении без боковых смещений, у 20% пациентов наблюдалось латеральное смещение в пределах 0,5 мм. Адаптация к данным условиям функционирования и малая величина смещения объясняет отсутствие жалоб. У 10% обследованных положение задней контактной позиции и центральной окклюзии совпадало.

Также определяли характер окклюзионных контактов в передней и боковых окклюзиях на рабочей и балансирующей сторонах. Переднюю окклюзию изучали при установлении резцов верхней и нижней челюстей «встык». В передней

окклюзии у 88% обследуемых основной группы наблюдали симметричный контакт верхних центральных резцов с резцами нижней челюсти, в 8% случаев в передней окклюзии обнаружено симметричное смыкание всех верхних резцов с зубами – антагонистами, у 4% в передней окклюзии контактировали оба центральных и один боковой резец верхней челюсти с резцами нижней челюсти. При этом у 40% больных I группы и 36 % пациентов II группы обнаружены эксцентрические суперконтакты.

Результаты клинического анализа передней окклюзии в основной группе показали, что 52% пациентов при выдвижении нижней челюсти в переднюю окклюзию смещали нижнюю челюсть латерально до 0,5 мм для достижения симметричного плотного контакта зубов, 40% пациентов выдвигали нижнюю челюсть вперед без латерального смещения. У пациентов группы сравнения до ортопедического лечения в передней окклюзии был определен симметричный контакт верхних центральных резцов с резцами нижней челюсти в 72% случаев, симметричный контакт всех верхних резцов с зубами - антагонистами в 20% случаев, в 8% случаев в передней окклюзии было выявлено симметричное смыкание всех зубов. При выдвижении нижней челюсти в переднюю окклюзию у пациентов с ортогнатическим прикусом и глубоким резцовым перекрытием жевательные зубы сразу размыкались. При изучении боковой окклюзии обращали внимание на окклюзионные контакты рабочей и балансирующей сторон, а также передних зубов. Пациенты смещали нижнюю челюсть в правую или левую стороны на половину ширины премоляра до положения, при котором на рабочей стороне напротив друг друга находились одноименные бугры верхних и нижних зубов, а на балансирующей стороне - разноименные бугры. При этом в норме при боковой окклюзии имеется групповой контакт щечных бугорков премоляров и моляров верхней и нижней челюстей и клыковый контакт на рабочей стороне, а на балансирующей стороне окклюзионные контакты отсутствуют. Реже встречались разноименные бугорковые контакты вторых или третьих моляров на балансирующей стороне - балансирующие контакты. При изучении боковой окклюзии у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными

горизонтальными вторичными деформациями, был определен клыковый контакт в левой и правой боковых окклюзиях в 60% случаев в основной группе и в 64% - в группе сравнения. Групповой контакт в левой и правой боковых окклюзиях был определен у 28% пациентов основной группы и 36% больных группы сравнения. Клыковый контакт с правой стороны, а с левой - групповой выявлен в 10% случаев в основной группе пациентов.

Изучение окклюзии у пациентов основной группы и группы сравнения до ортопедического лечения позволило выявить окклюзионные нарушения, проявляющиеся недостаточным количеством площадок смыкания и наличием эксцентрических суперконтактов, вследствие вертикальных деформаций зубов и зубных рядов, а также характер смыкания и особенности взаимоотношения зубных рядов.

4.1.3. Результаты биометрических исследований моделей челюстей пациентов основной группы и группы сравнения

При анализе гипсовых диагностических моделей челюстей определялась форма зубных дуг в переднем и боковых отделах, деформации их в горизонтальной и вертикальной плоскости. Оценивалось соотношение зубных рядов в переднезаднем, вертикальном и трансверзальном направлении.

При изучении соотношения зубных рядов особое внимание обращали на положение отдельных зубов, форму зубных дуг, характер смыкания зубов верхней и нижней челюстей.

У пациентов с горизонтальными вторичными деформациями зубных рядов изучали степень наклона зубов в какую-либо сторону (мезиальную, дистальную, небную, язычную). Отмечали наличие комбинации медиального, дистального или язычного наклонов зубов с поворотом их вокруг своей оси.

В результате исследований было отмечено, что медиальный наклон зубов, ограничивающий дефект зубного ряда нижней челюсти встречался во всех случаях в основной группе и группе сравнения. Определено, что развитие медиального наклона зубов зависит от возраста больного, времени, прошедшего после удаления, состояния тканей пародонтального комплекса.

Дистальный наклон зубов был отмечен в меньшей степени, в основной группе составил 20%, в группе сравнения – 24%. У 80% пациентов основной группы наблюдался наклон первых премоляров в язычную сторону, причем у 20% из них наклон сочетался с поворотом зуба вокруг оси, среди больных группы сравнения также отмечена аналогичная картина у 74% и 12% соответственно. Из общего числа пациентов основной группы у 20 человек на верхней челюсти были обнаружены вертикальные деформации I степени. Из них в 65% случаев наблюдалось выдвижение зуба за пределы окклюзионной плоскости на высоту бугров, у 35% наблюдалась дентоальвеолярная форма без атрофии тканей пародонта. В группе сравнения также были выявлены дентальная у 32% и дентоальвеолярная у 40% больных формы вертикальной деформации верхнего зубного ряда I степени. После визуальной оценки гипсовой модели производили измерения при помощи штангенциркуля. В основной группе из числа 50 обследованных опорных зубов с медиальным, дистальным и язычным наклоном с первой степенью наклона (от 20 до 30 градусов) - 40 зубов, со второй степенью – более 30 градусов - 10 зубов. В группе сравнения определили 42 зуба с первой степенью наклона, 8 зубов со второй степенью наклона (данные представлены в табл. 35).

Таблица 35

Результаты измерения степени осевого наклона опорных премоляров и моляров, ограничивающих дефект зубного ряда и определения направления наклона зубов

Пациенты	Опорные зубы	Направление наклона зубов			Степень наклона		Поворот зубов вокруг оси
		медиальное	дистальное	язычное	Ист. (20-30°)	Пст. (>30°)	
Основная группа	Первые премоляры	-	5	-	25	-	5
	Вторые моляры	25	-	20	15	5	-
Группа сравнения	Первые премоляры	-	10	-	25	-	3
	Вторые моляры	25	-	15	17	8	-

Примечание: достоверных отличий в группах наблюдения не отмечено.

4.1.4. Результаты исследования состояния гемодинамики тканевого кровотока в системе микроциркуляции тканей десны до протетического лечения

В ходе количественного анализа доплерограмм были проанализированы формы кривых спектрограмм смешанного типа, а также установлены линейные и объемные скорости кровотока. Линейные скорости кровотока включали следующие показатели: V_{as} – максимальная систолическая скорость по кривой средней скорости (см/с); V_{am} – средняя линейная скорость потока по кривой средней скорости (см/с); V_{ad} – максимальная диастолическая скорость по кривой средней скорости (см/с); V_{akd} – конечная диастолическая скорость по кривой средней скорости (см/с). Объемная скорость кровотока рассчитывалась по модифицированному уравнению Пуазейля: $Q = (P_{арт} - P_{вен})/R$, где $(P_{арт} - P_{вен})$ – разность показателей артериального ($P_{арт}$) и венозного ($P_{вен}$) давления, R – сопротивление кровотоку в исследуемой сосудистой области; Q_{as} – максимальная объемная систолическая скорость по кривой средней скорости (мл/мин); Q_{am} – средняя объемная скорость по кривой средней скорости (мл/мин).

Количественный анализ доплеровских кривых также включал расчет следующих индексов: индекс пульсации Гослинга (PI), отображающий упругоэластические свойства артерий $PI = (V_{as} - V_{ad})/V_{am}$; RI – индекс сопротивления Пурсело, отражающий сопротивление кровотоку дистальнее места измерения из-за окклюзии сосудов $RI = (V_{as} - V_{ad})/V_{as}$. Определенные индексы – величины относительные, которые не имеют единиц измерения. Среднестатистические параметры скорости кровотока в тканях пародонта у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями по данным УЗДГ представлены в таблице 36.

Параметры скорости кровотока в тканях пародонта у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями УЗДГ

Параметры	Основная группа (n=25) до лечения	Группа сравнения (n=25) до лечения	Группа контроля (n=10)	p
Vas см/с	1,021±0,002	1,070±0,002	0,719±0,006	p1-p2< 0,005 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Vam см/с	0,485±0,001	0,462±0,001	0,433±0,008	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,005
Vakd см/с	0,499±0,001	0,506±0,001	0,401±0,004	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Qas мл/мин	0,040±0,001	0,043±0,001	0,031±0,003	p1-p2< 0,005 p1-p3< 0,005 p2-p3< 0,005
Qam мл/мин	0,026±0,001	0,029±0,001	0,020±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
RI	0,511±0,002	0,506±0,002	0,720±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
PI	2,102±0,001	2,150±0,002	1,730±0,008	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001

Примечание: достоверность различий между группой контроля и исследуемыми группами по критерию Стьюдента.

Системный анализ результатов УЗДГ установил статистически достоверную устойчивую динамику некоторого повышения показателей линейной скорости кровотока у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями по сравнению с аналогичными показателями пациентов контрольной группы (интактный пародонт, физиологический прикус). Средний показатель наибольшей систолической скорости по кривой средней скорости (Vas) в тканях пародонта у пациентов основной группы превышает подобные значения у пациентов группы контроля на 42,7% (p<0,05), в группы сравнения на 48,8% (p<0,01); значение средней линейной

скорости по кривой средней скорости (V_{am}) - на 12,01% ($p<0,01$) у пациентов основной группы и на - 6,7% ($p<0,05$) у пациентов группы сравнения; конечной диастолической скорости по кривой средней скорости (V_{akd}) - на 24,4% ($p<0,01$) в I группе, на 26,2% ($p<0,01$) во II группе; систолической объемной скорости (Q_{as}) - на 29,0% ($p<0,05$) в I группе, на 38,7% ($p<0,05$) во II группе; максимальной объемной скорости (Q_{am}) - на 30,0% в основной группе и 45,0% в группе сравнения; индекс пульсации (Гослинга) увеличен на 17,7% ($p<0,01$) в I группе, на 24,3% ($p<0,01$) во II группе. Определено снижение усредненного индекса сопротивления (Пурсело), отражающего сопротивление кровотоку дистальнее места измерения, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в сравнении с аналогичными показателями пациентов контрольной группы на 29,0% ($p<0,01$) у пациентов основной группы и 29,7% ($p<0,01$) группы сравнения.

Таким образом, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в 100% клинических ситуаций диагностируются функциональные нарушения гемодинамики, проявляющиеся в изменении показателей линейной и объемной скорости тканевого кровотока. Было определено усиление линейных скоростей кровотока, и повышение индекса пульсации, индекс периферического сопротивления был достоверно снижен.

4.1.5. Результаты определения силы жевательных мышц и выносливости опорных зубов к восприятию давления до протетического лечения

Показатель силы жевательного давления до лечения в основной группе составлял для резцов и клыков - $12,5\pm 1,2$ кг, в группе сравнения - $11,1\pm 1,2$ кг; в области премоляров - $25,3\pm 1,5$ кг в основной группе и - $23,2\pm 1,5$ кг в группе сравнения; для моляров $35,4\pm 1,7$ кг в основной группе и $33,5\pm 0,7$ кг в группе сравнения, что оказалось ниже показателей в группе контроля и свидетельствует о снижении функциональной выносливости пародонта опорных зубов (таблица 37).

Показатели гнатодинамометрии в группах исследования
до ортопедического лечения

Группы зубов	Группы наблюдений			p
	Основная	Сравнения	Контроля	
Резцы и клыки	12,5±1,2	11,1±1,2	17,0±1,2	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Премоляры	25,3±0,5	23,2±0,5	29,5±1,5	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Моляры	35,4±0,7	33,5±0,7	37,5±1,7	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001

Примечание: достоверность различий между группой контроля и исследуемыми группами по критерию Стьюдента.

4.2. Проектирование рациональной конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза для протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями

С целью повышения эффективности ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями была разработана рациональная конструкция несъемно-разборного мостовидного протеза (положительное решение о выдаче патента на полезную модель по заявке № 2014146960/14(075628) от 21.11.2014.

Модель конструкции представляет собой мостовидный протез (рис.25, 26), состоящий из трех несъемных частей: двух коронок (рис.27, 28) и промежуточной части (рис. 26) с окклюзионной накладкой на дистальную опорную коронку. Части несъемно-разборного мостовидного протеза соединяются друг с другом посредством двух экстракоронарных неактивируемых, рельсовых замковых креплений, выполненных в виде трубки, и окклюзионной накладки на дистальную опорную коронку. Патрицы экстракоронарных аттачменов располагаются на медиальной и дистальной коронках опорных зубов, имеющих наклон в сторону дефекта (при величине угла наклона от 15 до 35 градусов), а матрицы вводятся в

промежуточную часть мостовидного протеза. Применение разработанной конструкции мостовидного протеза позволяет осуществлять щадящее препарирование опорных зубов, с минимальным снятием твердых тканей, и как следствие, исключить необходимость их депульпирования. Предусмотрена возможность использования конструкции при конвергенции опорных зубов более 30° , что достигается за счет соединения частей несъемно-разборного мостовидного протеза двумя экстракоронарными неактивируемыми рельсовыми замками в виде трубки с силовым креплением. За счет ведения в конструкцию окклюзионной накладкой, располагающейся на дистальной опорной коронке, обеспечено равномерное распределение жевательной нагрузки на опорные зубы.

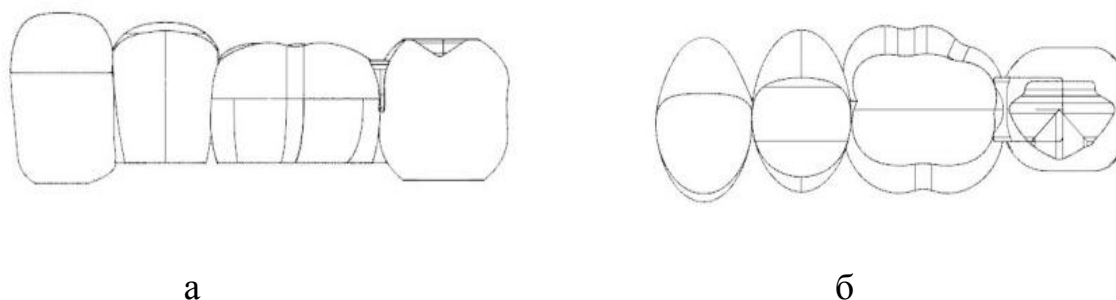


Рис. 25. Схема конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза: а) вид сбоку; б) вид сверху.

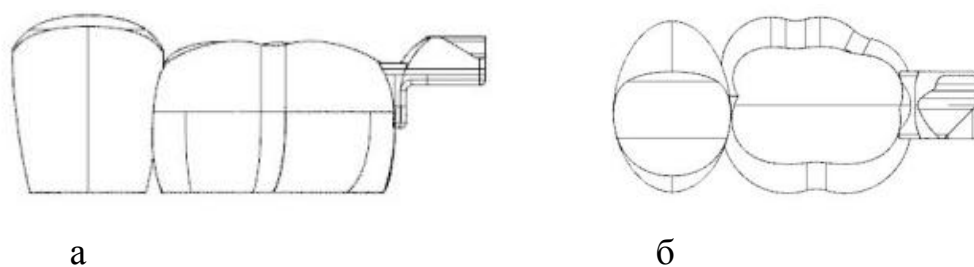


Рис. 26. Схема промежуточной части несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой на дистальную опорную коронку: а) вид сбоку; б) вид сверху.

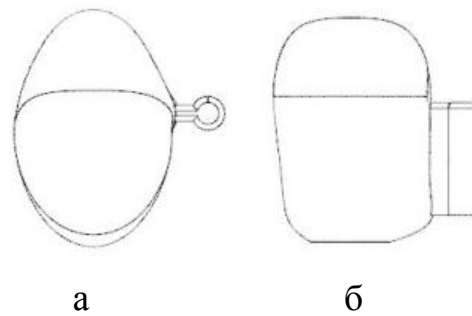


Рис. 27. Схема медиальной опорной коронки с патрицей экстракоронарного замкового крепления: а) вид сбоку; б) вид сверху.

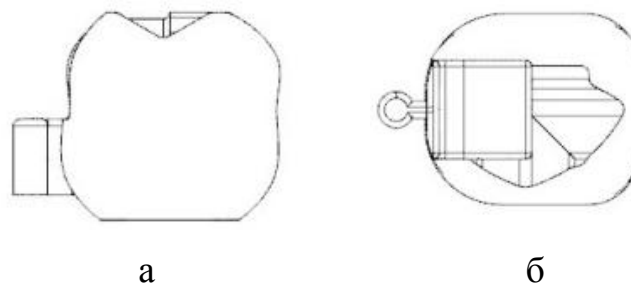


Рис. 28. Схема дистальной опорной коронки с патрицей экстракоронарного рельсового замкового крепления:
а) вид сбоку; б) вид сверху.

Разработанная конструкция мостовидного протеза может быть выполнена как из сплавов металлов, так и из материалов, отвечающих требованиям эстетики, в частности, из керамики или диоксида циркония, а также может являться комбинированной, например, металлокерамической.

Для биомеханических расчетов, на этапе моделирования параметров зубного ряда были использованы анатомические данные о форме коронок правых нижних моляров и премоляров. Была создана трехмерная модель несъемно-разборного мостовидного протеза (рис. 29, 30), пригодная для расчетов в программном пакете ANSYS.

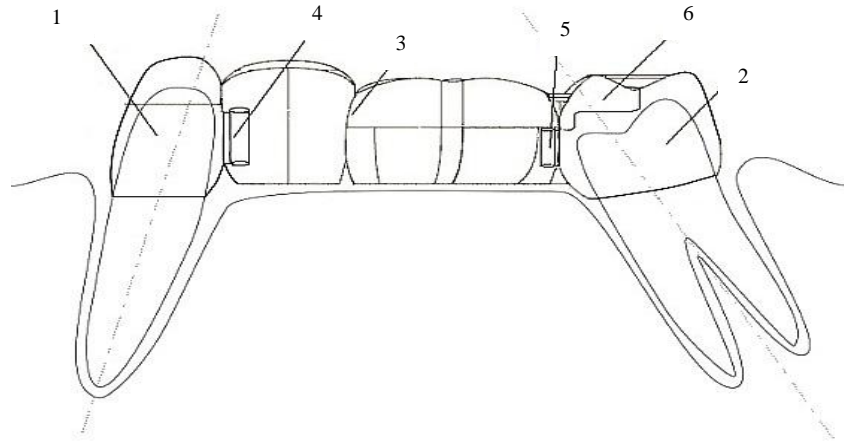


Рис. 29. Расчетная схема несъемно-разборного мостовидного протеза: 1-медиальная опорная коронка; 2-дистальная опорная коронка; 3-промежуточная часть; 4- рельсовое экстракоронарное крепление на медиальной опорной коронке; 5- рельсовое экстракоронарное крепление на дистальной опорной коронке; 6- окклюзионная накладка

На данном этапе работы были решены три задачи, определяющие прочность элементов конструкции. Во всех расчетах была использована классическая постановка задачи механики упругого изотропного тела, состоящая из уравнений равновесия, геометрических соотношений Коши, закона Гука, граничных условий:

$$\nabla \cdot \boldsymbol{\sigma} = 0, \mathbf{r} \in V, \quad (1)$$

$$\boldsymbol{\varepsilon} = S(\nabla \mathbf{u} + \nabla \mathbf{u}^T), \mathbf{r} \in \bar{V}, \quad (2)$$

$$\boldsymbol{\sigma} = \mathbf{C} \cdot \boldsymbol{\varepsilon}, \mathbf{r} \in \bar{V}, \quad (3)$$

где V – область пространства, занятая телом, $\bar{V} = V \cup S$, где S – граница тела, $\boldsymbol{\sigma}$ – симметричный тензор напряжений, \mathbf{r} – радиус-вектор точки, $\boldsymbol{\varepsilon}$ – тензор упругих модулей, малых деформаций, \mathbf{u} – вектор перемещений, \mathbf{C} – тензор четвертого ранга.

В задаче материал считался изотропным, тогда в тензор \mathbf{C} входили две независимые величины: модуль Юнга E и коэффициент Пуассона ν . Протез, изготовленный из диоксида циркония имел следующие свойства: модуль упругости $E=210\text{ГПа}$, коэффициент Пуассона $\nu=0,3$.

Граничные условия представлены на рис 30. Части границы S_{σ_1} и S_{σ_2} подвержены равномерному жевательному давлению, действующему вдоль вертикальной оси, границы S_{u_1} и S_{u_2} жестко закреплены. Для наглядности представления границ S_{u_1} и S_{u_2} на рис. 2 показаны опорные коронки:

$$\mathbf{n} \cdot \boldsymbol{\sigma} = \mathbf{p}_1, \quad \mathbf{r} \in S_{\sigma_1}, \quad (4)$$

$$\mathbf{n} \cdot \boldsymbol{\sigma} = \mathbf{p}_2, \quad \mathbf{r} \in S_{\sigma_2}, \quad (5)$$

$$\mathbf{u} = 0, \quad \mathbf{r} \in S_{u_1}, S_{u_2}. \quad (6)$$

Было проведено несколько расчетов полей напряжений в элементах крепления на промежуточной части протеза и опорных коронках при разных вариантах нагрузок (табл. 38):

- расчет протеза с окклюзионной накладкой при максимально возможных нагрузках;
- расчет протеза с окклюзионной накладкой и без нее при обычных жевательных нагрузках;
- расчет максимальных нагрузок на матрице замка.

Таблица 38

Нагрузка для расчета напряжений в решаемых задачах

Задача	S_{σ_1}	S_{σ_2}
Расчет при максимально возможных нагрузках, МПа	10	9,6
Сравнение протеза с накладкой и без накладки, МПа	1,75	1,75

Во всех расчетах нагрузка прикладывалась на жевательные поверхности в виде постоянного давления (рис. 30).

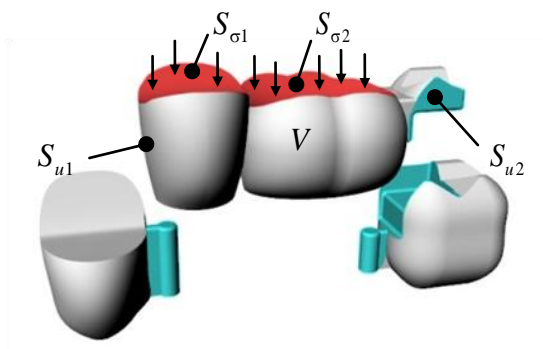


Рис. 30. Расчетная модель мостовидного протеза.

4.2.1. Расчет полей напряжений при максимально возможных нагрузках

При расчетах определялась необходимая прочность при максимально возможной жевательной нагрузке, ограниченной болевым порогом. Из данных литературы (Бетельман А.И., 1965) известны сведения, характеризующие максимальный уровень силы сжатия зубов-антагонистов верхней и нижней челюсти (табл. 39).

Таблица 39

Максимальная сила сжатия зубов антагонистов по данным Бетельмана А.И.

Сила сжатия, Н	Первый премоляр	Второй премоляр	Первый моляр	Второй моляр
Мужчины	400	400	720	680
Женщины	260	260	460	450

В качестве исходных параметров принимали уровни силы сжатия, действующие на первый моляр и второй премоляр у мужчин, и пересчитывали их с учетом площади жевательной поверхности. Нагрузки для промежуточной части несъемно-разборного мостовидного протеза, используемые в расчете, приведены в таблице 40.

Параметры, используемые для расчета напряжений при максимально возможных функциональных нагрузках

Параметры	Второй премоляр	Первый моляр
Сила, действующая на жевательную поверхность, Н	400	720
Давление на жевательную поверхность, МПа	10	9.6

Интенсивность напряжений, формирующихся в области промежуточной части несъемно-разборного мостовидного протеза представлена на рис. 31, 32.

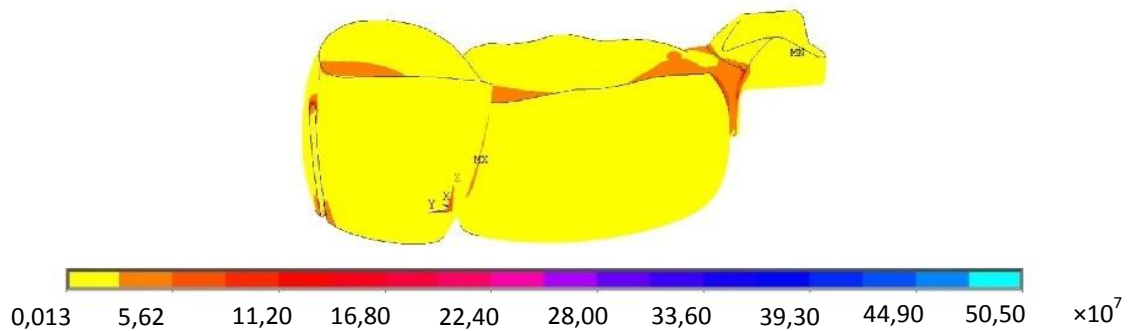


Рис. 31. Интенсивность напряжений на промежуточной части протеза и точка максимума на промежуточной части протеза.

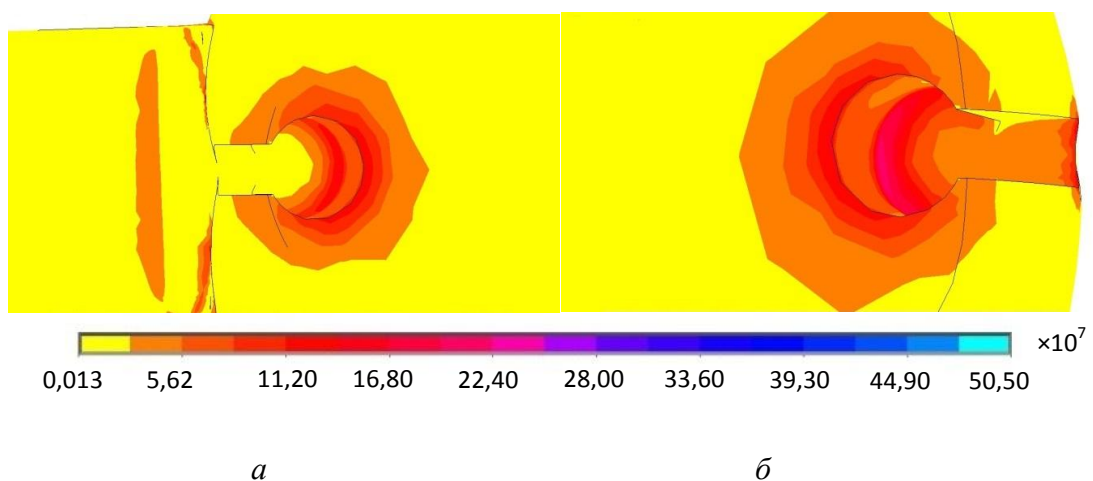


Рис. 32. (а, б) Концентраторы напряжений при максимальных нагрузках в замковом соединении со вторым моляром и первым премоляром.

На рис. 32а видно, что интенсивность напряжений на верхнем и нижнем торце матрицы замкового соединения со вторым моляром достигает уровня равного 140 МПа.

На рис. 32б видно, что интенсивность напряжений на верхнем (закругленном) торце матрицы замкового соединения с первым премоляром достигает 230 МПа, на нижнем – 150 МПа.

Расчет матрицы замка на прочность

Так как значения напряжений, формирующихся в области замкового соединения с первым премоляром больше, чем в зоне крепления второго премоляра, считали целесообразным определение прочности указанного соединения. При этом учитывали, что нагрузка на крепление не превышала максимальной жевательной нагрузки, равной в среднем 200 Н. Рассматривались условия, при которых функциональные нагружения распределялись в виде равномерного давления на плоскости торца матрицы, равного 222 МПа, а тело протеза было жестко закреплено на нижней поверхности модели.

В ходе эксперимента были получены следующие результаты (рис. 33):

- максимальная интенсивность, формирующихся напряжений равна 4,72 МПа, что свидетельствует о высокой прочности конструкции;
- максимальные функциональные напряжения возникают в зоне концентратора, образованного прямым углом между поверхностями зуба и торцом матрицы замка. Для снижения уровня указанных напряжений при моделировании конструкции необходимо сгладить (закруглить) поверхности, формирующие угол между поверхностями зуба и торцом матрицы замка.

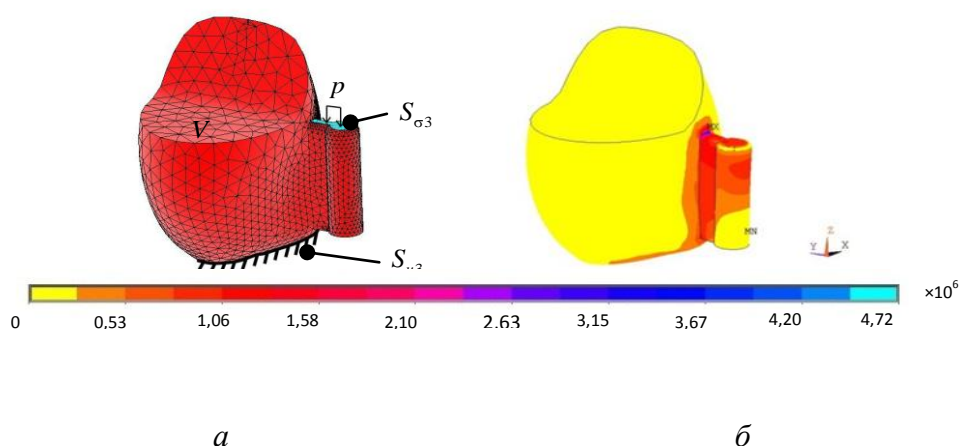


Рис. 33 Расчетная модель соединения замковых креплений

4.2.2. Сравнение конструктивных особенностей несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки

Для определения эффективности применения окклюзионной накладки проводили расчет распределения полей напряжений при физиологической жевательной нагрузке. Из экспериментальных данных известно, что суммарная сила, действующая на костную ткань нижней челюсти при жевании, составляет в среднем от 50 до 200 Н.

Была смоделирована ситуация, со следующими параметрами:

- воздействие жевательной силы на уровне 200 Н;
- нагрузка сосредоточена в области промежуточной части несъемно-разборного мостовидного протеза и равномерно распределена по жевательной поверхности в виде давления.

При пересчете показателей «силы» в показатели «давления» с учетом общей площади жевательной поверхности получили давление, равное 1,75 МПа. (табл. 41).

Таблица 41

Данные об уровне функциональных нагружений,
используемые в расчетах

Параметры	Общая нагрузка на второй премоляр и первый моляр
Сила, действующая на жевательную поверхность, Н	200
Давление на жевательную поверхность, МПа	1,75

Расчет рациональных параметров несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой и без накладки

В расчетах принято, что модель жестко закреплена на поверхности контакта замковых соединений с патрицей замка (S_{u1} и S_{u2}), в расчете протеза с окклюзионной накладкой в область S_{u2} входят поверхности контакта замкового соединения с патрицей замка и накладки со вторым моляром (рис. 34). На жевательные поверхности $S_{\sigma1}$ и $S_{\sigma2}$ приложены нагрузки из таблицы 40.

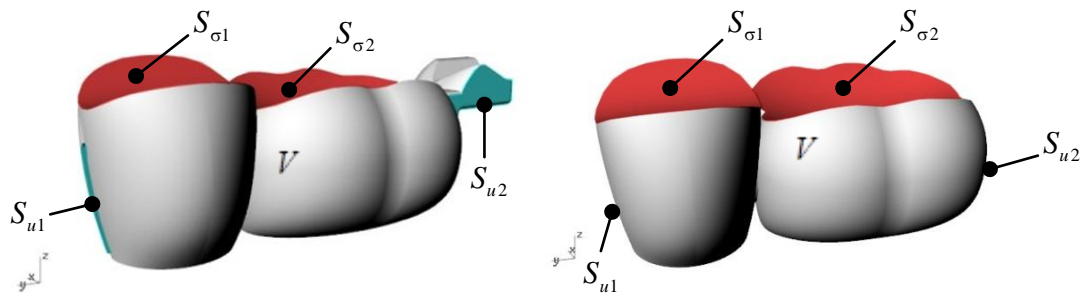


Рис. 34. Граничные условия в расчете протеза с накладкой.

Сравнительный анализ конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза, с введенной окклюзионной накладкой и без нее

В качестве данных для сравнения были выбраны значения напряжений в местах их концентрации. В обоих случаях концентраторы напряжений расположены на верхних и нижних краях замковых креплений. В качестве критерия сравнения принимали изменение среднего значения напряжений и изменение максимального значения напряжений (таб.42).

Таблица 42

Значения напряжений в местах их концентрации, МПа

Конструкция	Верхний концентратор в закреплении с первым премоляром	Нижний концентратор в закреплении с первым премоляром	Верхний концентратор в закреплении со вторым моляром	Нижний концентратор в закреплении со вторым моляром
Протез с накладкой	33	29	26	31
Протез без накладки	35	29	33	29

Среднее значение напряжений в концентраторах протеза с применением окклюзионной накладке уменьшается на 5,6%;

Максимальные напряжения в замковом соединении (с первым премоляром) в протезе с применением окклюзионной накладке уменьшаются на 5,7%, со вторым моляром – на 21,2%.

Учитывая, что допустимые напряжения, полученные при статическом расчете, не должны превышать 0,6-0,8 предела прочности материала, испытывающего циклические нагрузки, считали, что допустимый предел прочности материала должен быть не меньше 60 МПа для 10000 циклов нагружения.

4.2.3. Оптимизация параметров окклюзионной накладке

В решении задачи оптимизации использовали упрощенную геометрическую модель, в которой коронки анатомической формы заменяли блоками соответствующего размера (рис. 35, 36). Промежуточная часть протеза была зафиксирована на опорных коронках, механические свойства и толщина слоя фиксирующего материала в задаче не учитывались.

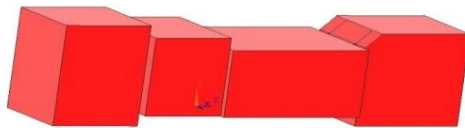


Рис. 35. Геометрическая модель для задачи оптимизации

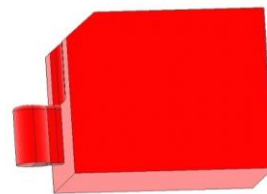


Рис. 36. Опорная коронка

В качестве целевой функции использовали интенсивность напряжений по Мизесу I_{max} в концентраторе под патрицей замка на опорной коронке второго моляра. Данный концентратор оставлен для удобства в определении значения параметра оптимизации.

В качестве параметров объекта применяли длину накладке L и глубину ложа D , показанные на рисунке 38. Эти параметры ограничены геометрическими размерами коронки, при равных значениях целевой функции оптимальными считаются меньшие размеры накладке и формируемого ложа.

Во всех расчетах модель была жестко закреплена нижней гранью опорных коронок, на верхние грани промежуточной части действовало давление равное 2 МПа.

Расчеты показали, что при использовании для изготовления окклюзионной накладки и опорной коронки одинаковых конструкционных материалов, параметры длины окклюзионной накладки не влияют на уровень формирующихся напряжений.

Оптимизация параметров окклюзионной накладки

Считали, что основными конструкционными параметрами окклюзионной накладки являются ее длина и глубина ложа, формируемого под накладкой. Характер расположения ложа и окклюзионной накладки представлен на рисунке 37.

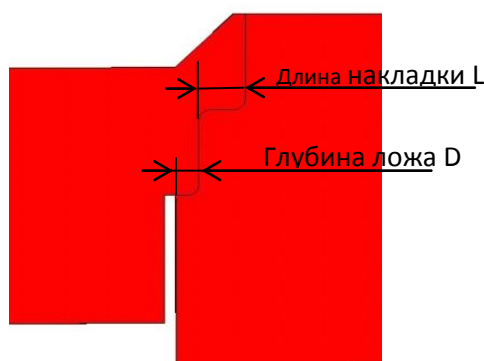


Рис. 37. Продольное сечение накладки.

Глубина выступа и длина накладки

Определяли вид функции при фиксированном значении длины накладки. Для этого использовали метод регулярного поиска, изменяя глубину выступа с постоянной величиной шага равной 0,1 мм в пределах от 0,25 до 1,0 мм. Результаты серии расчетов записаны в таблице 43.

Таблица 43

Определение значений функции по методу регулярного поиска при $L=0$

Глубина выступа D , мм	0,25	0,35	0,45	0,55	0,65	0,75	0,85	0,95
I_{max} , МПа	165	160	161	163	167	169	168	166

Изучались следующие условия: - оптимальная глубина ложа без окклюзионной накладки равна 0,35 мм, данное значение использовалось в серии

расчетов для различных длин накладки. Применен метод регулярного поиска с шагом 0,5 мм в пределах от нуля (без накладки) до 3,5 мм. Результаты расчетов представлены в таблице 44.

Таблица 44

Определение значений функции по методу регулярного поиска при $D=0,35$

Длина накладки L, мм	0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5
I_{max} , МПа	160	165	161	164	168	165	163	167

Из результатов этой серии расчетов видно, что функция имеет два локальных минимума, 161 и 163 МПа при L равном 1,0 и 3,0 соответственно. Минимум в точке 3,0 отбрасывали для уменьшения объема сошлифовывания твердых тканей зубов.

Полученные данные позволили выбрать начальную точку для процесса оптимизации в нужной области. Проводили поиск минимума функции из точки $D=0.35$ при $L=1.0$, по методу циклического покоординатного спуска. Результаты представлены в таблице 45.

Таблица 45

Результаты оптимизации по методу покоординатного спуска

№ итерации	Глубина выступа D, мм	Длина накладки L, мм	I_{max} , МПа
1	0,35	1,0	161
2	0,3	1,0	160
3	0,45	1,0	157
4	0,55	1,0	155
5	0,65	1,0	155
6	0,75	1,0	164
7	0,6	1,0	153
8	0,6	0,9	161
9	0,6	1,1	152
10	0,6	1,2	160
11	0,5	1,1	156
12	0,7	1,1	155

Таким образом, найдены оптимальные значения двух геометрических параметров накладки, оптимальная длина накладки равна 1,1 мм, глубина ложа – 0,6 мм. График сходимости функции показан на рис. 38.

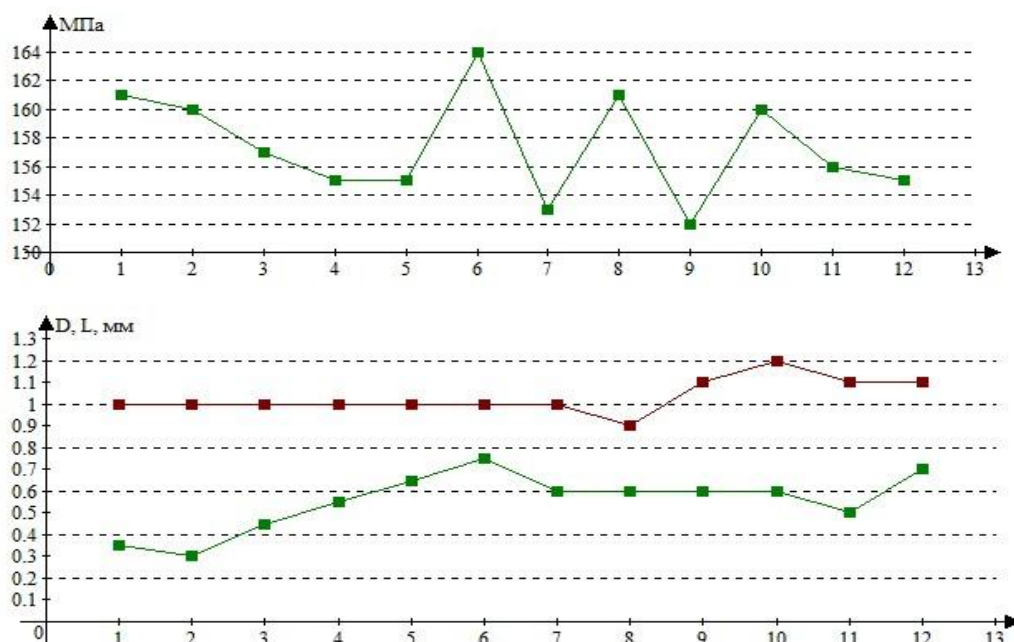


Рис. 38. График сходимости оптимизируемой функции

Минимум функции, равный 152 МПа, достигнут на девятой итерации, последующие вычисления сделаны для проверки достижения минимума. Оптимизированные параметры накладки уменьшают интенсивность формирующихся напряжений на 10% по сравнению с параметрами, использованными в расчетах на максимальные и физиологические жевательные нагрузки.

В результате моделирования, оценки величины достаточной прочности материала и оптимизации геометрических параметров несъемно-разборного мостовидного протеза, замещающего отсутствие первого моляра и второго премоляра, была создана трехмерная модель мостового протеза, пригодная для импортирования в инженерный пакет программ ANSYS; рассчитаны поля напряжений в промежуточной части протеза при максимально возможных и физиологических жевательных нагрузках; рассчитаны поля напряжений в промежуточной части протеза для наиболее нагруженного замкового соединения;

показано расположение концентраторов напряжений на поверхности промежуточной части протеза; представлено сравнение распределения напряжений при наличии накладки и ее отсутствии; показана величина снижения значений напряжений в местах их концентрации при использовании накладки на второй моляр в конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза; определены оптимальные значения длины окклюзионной накладки и глубины ложа.

4.3. Ортопедическое лечение пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями I и II степени, с использованием несъемно-разборного мостовидного протеза

В ходе подготовки к протетическому лечению пациентов основной группы и группы сравнения проводились гигиенические, хирургические, терапевтические и ортопедические стоматологические мероприятия.

Местное лечение включало реминерализующую терапию. После проведения профессиональной гигиены полости рта, зубы покрывали фторсодержащими лаками (бифлюорид). Назначали курсовое лечение (5-10 сеансов) фторсодержащим гелем фирмы «Rocs».

Терапевтическую подготовку к протезированию начинали с санации полости рта (удаление зубных отложений, лечение кариеса и его осложнений, замена некачественных пломб, избирательное пришлифовывание).

С целью устранения суперконтактов у пациентов I, II групп с дентальной и дентоальвеолярной формами вертикальной деформации верхнего зубного ряда применяли методику В.А. Jankelson (1979) (табл. 46).

Таблица 46

Методика функционального окклюзионного пришлифовывания

Посещения	Класс преждевременных окклюзионных контактов	Окклюзия	Интервалы между сроками визита, дней
1-е	III	Дистальная.	
2-е	I	Центральная.	3—5
3-е	II	Передняя.	7—10
4-е	III	Боковая.	3
5-е	Контроль всех классов; полирование зубов.	- “ -	10—14

Избирательное пришлифовывание проводили в 3-5 сеансов, с интервалом в 5-7 дней. Каждый из них не превышал 30 минут. В первое посещение тщательно изучали окклюзионно - артикуляционные взаимоотношения с обязательной их регистрацией в динамике различными способами: на диагностических моделях в артикуляторе, воске, копировальной бумаге разной толщины (8-200 мкм). В это же посещение устраняли суперконтакты в центральной и задней окклюзиях, во второе посещение - в передней и боковых окклюзиях. В третье и при каждом следующем посещении проводили контрольный осмотр ранее пришлифованных зубов, для выявления и устранения остаточных преждевременных контактов. Полирование сошлифованных поверхностей твердых тканей зубов проводили во время каждого посещения, а сошлифованные поверхности зубов обрабатывали фторсодержащим лаком (бифлюорид), снижающим чувствительность зубов. После окончательной коррекции окклюзионной поверхности через 10-14 дней проводили контрольный осмотр пациента, далее - через 4 месяца и через 1 год.

При протетическом лечении пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями применяли конструкцию несъемно-разборного мостовидного протеза. Показанием к применению последнего является отсутствие 1-2 зубов в боковых отделах зубных рядов, при I, II степени наклона зубов ограничивающих дефект. Изготовление несъемно-разборного мостовидного протеза производили методом фрезерования, что позволяло создать толщину окклюзионной поверхности коронки до 1 мм, а боковых поверхностей - 0,8 - 1 мм. В пришеечной области толщина коронки, выполненной из диоксида циркония, равнялась 0,8 мм.

Таким образом, при протетическом лечении с применением несъемно-разборных мостовидных протезов использованы щадящие методы препарирования, при сохранении значительно большего объема твердых тканей опорных зубов.

Несъемно-разборный цельнокерамический мостовидный протез получали следующим образом: после изготовления разборной модели из высокопрочного гипса, моделировали из воска коронки с патрицами и промежуточную часть с

матрицами, с применением параллелометра. На окклюзионной поверхности дистальной опорной коронки формировали ложе для окклюзионной накладки, которую моделировали заодно с промежуточной частью. Далее производили сканирование восковой модели: задавали границы препарирования опорных зубов, после чего формировали единую фрезерную ось. Все части конструкции фрезеровали отдельно.

Технология получения несъемно-разборного металлокерамического мостовидного протеза несколько отличается вышеуказанной тем, что дистальная опорная коронка изготавливается из сплава металла и остается необлицованной, как и окклюзионная накладка, а промежуточная часть и медиальная опорная коронка покрываются керамической массой. При изготовлении несъемно-разборного мостовидного металлокерамического протеза также формировали разборную модель из высокопрочного гипса, получали восковую композицию каркаса конструкции с применением параллелометра, причем опорные коронки и промежуточная часть моделировались отдельно. Далее последовательно фрезеровались все части конструкции из сплава металла (каркас медиальной опорной коронки с патрицей и промежуточной части с окклюзионной накладкой, дистальная опорная коронка с патрицей. После припасовки каркасов медиальной опорной коронки, промежуточной части и дистальной опорной коронки, подбора оттенка зубов, на каркас медиальной опорной коронки и промежуточной части конструкции наносилась керамическая масса.

В представленной конструкции мостовидного протеза замковое крепление является силовым и обеспечивает максимальную ретенцию. Соединения двух частей силового замкового крепления обеспечиваются силой трения сцепления, действующей по поверхности контакта конструктивных элементов аттачмена. При фиксации в полости рта части замка фиксируются на цемент двойного отверждения.

При припасовке несъемно-разборных мостовидных протезов в полости рта отмечали точное соединение частей конструкции, хорошую плотность охвата шейки зуба, восстановление контактных пунктов, восстановление окклюзионных

контактов. Коррекция не требовалась. Постоянная фиксация проводилась на цемент двойного отверждения G-Cem Automix (Япония).

Оценка качества ортопедического лечения пациентов, которым изготовлены несъемно-разборные мостовидные протезы, проведена в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений (через 4 и 12 месяцев после протезирования).

4.4. Оценка эффективности ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненным горизонтальными вторичными деформациями I, II степени

4.4.1. Результаты внутриротового анализа окклюзии у пациентов основной группы и группы сравнения после протетического лечения

Изучение окклюзии у пациентов основной группы и группы сравнения после проведенного ортопедического лечения позволило сделать вывод о восстановлении окклюзионных контактов зубных рядов, соответствующих понятию нормы.

В положении центральной окклюзии были отмечены следующие признаки:

- непрерывные зубные ряды с хорошими аппроксимальными контактами зубов и равномерной нагрузкой на пародонт при жевании;
- в центральной окклюзии опорные бугорки боковых зубов в одновременном двустороннем контакте с краевыми ямками двух соседних зубов противоположной челюсти, за исключением заднещечных бугорков нижних моляров и передневерхних - верхних моляров, которые в контакте с центральными фиссурами своих антагонистов. Резцы и клыки имели легкий контакт;
- щечные бугорки нижней челюсти и небные бугорки зубов верхней челюсти контактировали точно со скатами бугорков зубов-антагонистов, обеспечивая опору и стабильность окклюзии, так и свободу для динамической окклюзии;
- двусторонний контакт жевательных зубов в положении центрального соотношения челюстей
- интактность пародонта, отсутствие патологической подвижности

зубов, направление функциональной нагрузки вдоль оси зуба;

- двусторонний тип жевания, симметричные контакты зубов при боковых окклюзиях;
- центрическое симметричное положение головок височно-нижнечелюстного сустава в ямках при центральной окклюзии, симметричная амплитуда движения суставных головок при открывании рта;
- при физиологическом покое нижней челюсти расстояние между боковыми зубами 2-4 мм;

Состояние окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, выявило достаточное количество площадок смыкания окклюзионных поверхностей в результате проведенного протетического лечения с применением несъемно-разборного мостовидного протеза.

4.4.2. Результаты оценки основных гигиенических индексов у пациентов основной группы и группы сравнения после протетического лечения

После, проведенного протетического лечения у пациентов основной группы и группы сравнения определяли индекс РМА, показатели которого представлены в таблице 47.

Таблица 47

Данные индекса РМА в исследуемых группах в динамике протетического
лечения

Группы наблюдений	Индекс РМА до лечения (%)	Индекс РМА после лечения (%)
Основная (n = 25)	33,3±0,2*	29,2±0,2*
Сравнения (n = 25)	34,1±0,4*	30,3±0,4*

Примечание: достоверность данных по критерию Стьюдента при $p < 0,05^*$.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, оцененный после проведенного ортопедического лечения в основной группе показал уменьшение его значения, подобные изменения наблюдались и в группе сравнения, что

свидетельствует о легкой выраженности распространенности и интенсивности патологического процесса.

4.4.3. Результаты исследования состояния гемодинамики тканевого кровотока в системе микроциркуляции тканей десны после протетического лечения

Через 4 и 12 месяцев, после завершения протезирования были вновь изучены показатели гемодинамики тканевого кровотока пародонта опорных зубов, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в основной группе и группе сравнения. Данные показателей тканевого кровотока представлены в таблице 48, 49.

Таблица 48

Параметры скорости кровотока в тканях пародонта
у пациентов основной группы в динамике лечения

Параметры	Период оценки			p
	До лечения (n=25)	Через 4 месяца (n=16)	Через 12 месяцев (n=10)	
Vas см/с	1,021 ±0,002	0,816±0,002	0,740±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Vam см/с	0,485±0,001	0,450±0,001	0,435±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Vakd см/с	0,499±0,001	0,437±0,002	0,411±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Qas мл/мин	0,040±0,001	0,032±0,001	0,031±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Qam мл/мин	0,026±0,001	0,023±0,001	0,021±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
RI	0,511±0,002	0,641±0,001	0,747±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
PI	2,102±0,001	1,802±0,002	1,748±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001

Примечание: достоверность данных по критерию Стьюдента.

Параметры скорости кровотока в тканях пародонта у пациентов группы сравнения в динамике протетического лечения

Параметры	Период оценки			P
	До лечения (n=25)	Через 4 месяца (n=14)	Через 12 месяцев (n=9)	
Vas см/с	1,070±0,002	0,922±0,002	0,820±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Vam см/с	0,462±0,001	0,453±0,001	0,439±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Vakd см/с	0,506±0,001	0,454±0,002	0,438±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Qas мл/мин	0,043±0,001	0,040±0,001	0,038±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
Qam мл/мин	0,029±0,001	0,027±0,001	0,025±0,001	p1-p2< 0,005 p1-p3< 0,005 p2-p3< 0,001
RI	0,506±0,002	0,591±0,001	0,731±0,001	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001
PI	2,150±0,002	1,942±0,002	1,861±0,002	p1-p2< 0,001 p1-p3< 0,001 p2-p3< 0,001

Примечание: достоверность данных по критерию Стьюдента.

Проведенный анализ показателей тканевого кровотока свидетельствует, что средний показатель наибольшей систолической скорости по кривой средней скорости (Vas) в тканях пародонта у пациентов основной группы уменьшился на 20,0% (p<0,01) через 4 месяца после проведенного ортопедического лечения, на 27,5% (p<0,01) через 12 месяцев от исходного уровня, в группе сравнения на 13,8% (p<0,01) и 23,4% (p<0,01) соответственно. Значение средней линейной скорости по кривой средней скорости (Vam) снизилось на 7,22% (p<0,01) через 4 месяца и на 10,3% (p<0,01) через 1 год у пациентов основной группы и на 1,9% (p<0,01) и 4,9% (p<0,01) у пациентов группы сравнения соответственно. Уровень конечной диастолической скорости по кривой средней скорости (Vakd) снизился на 12,4% (p<0,01) в I группе через 4 месяца и 17,6% (p<0,01) через 1 год, на 10,0%

($p < 0,01$) и 13,4% ($p < 0,01$) во II группе; систолической объемной скорости (Q_{as}) – на 20,0% ($p < 0,01$) в I группе через 4 месяца и 22,5% ($p < 0,01$) через 1 год, соответственно на 7,0% ($p < 0,01$) и 11,5% ($p < 0,01$) во II группе; максимальной объемной скорости (Q_{am}) – на 10,3% ($p < 0,01$) и 19,2% ($p < 0,01$) в основной группе и 6,8% ($p < 0,05$) и 13,7% ($p < 0,05$) группе сравнения; индекс Гослинга снизился на 25,4% ($p < 0,01$) и 46,2% ($p < 0,01$) в I группе, на 16,8% ($p < 0,01$) и 44,5% ($p < 0,01$) во II группе. Результаты усредненного индекса сопротивления (Пурсело), отражающего сопротивление кровотоку дистальнее места измерения, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в сравнении с аналогичными показателями пациентов контрольной группы повысились на 14,3% ($p < 0,01$) через 4 месяца после лечения и 16,8% ($p < 0,01$) через год у пациентов основной группы, в группе сравнения на 9,6% ($p < 0,01$) и 13,4% ($p < 0,01$) соответственно.

Таким образом, было определено, что показатели средней скорости кровотока в основной группе достоверно приблизились к показателям нормам, что указывает на восстановление тканевого кровотока. Повышение уровня перфузии тканей пародонта кровью указывает на нормализацию нагрузки на ткани пародонтального комплекса в области зубов с наклоном.

Исследования показали, что после ортопедического лечения больных с указанной патологией все основные показатели линейной и объемной скорости тканевого кровотока динамически изменяются и постепенно приближаются к оптимальным значениям, что обусловлено уменьшением функциональной перегрузки и адаптацией тканей пародонта.

Данные сравнительного анализа лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, показали, что применение несъемно-разборного мостовидного протеза для протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, позволяет улучшить показатели гемодинамики в области опорных зубов.

4.5. Результаты определения силы жевательных мышц и выносливости опорных зубов к восприятию давления до и после протетического лечения

Показатель силы жевательного давления после протетического лечения пациентов основной группы и группы сравнения измеряли через 4 и 12 месяцев после проведенного лечения. В результате исследования выявлено, что значения гнатодинамометрии достоверно повысились в основной группе и группе сравнения. Причем динамика изменения показателей функциональной нагрузки опорных зубов, по данным гнатодинамометрии в основной группе превосходит показатели в группе сравнения (при $p < 0,01$, $p < 0,05$), и приближается к значениям нормы (таблица 50, рис. 39).

Таблица 50

Показатели гнатодинамометрии в группах исследования
после ортопедического лечения

Группы зубов	Группы наблюдений				
	Основная		Сравнения		Контроля
	Через 4 месяца	Через 12 месяцев	Через 4 месяца	Через 12 месяцев	
Резцы и клыки	14,4±1,2*	16,7±1,2**	13,0±1,2*	15,3±1,2**	17,0±1,2**
Премоляры	27,7±1,5*	28,2±1,5*	26,1±1,5*	26,1±1,5*	29,5±1,5*
Моляры	36,2±1,7*	36,5±1,7*	34,1±1,7*	34,6±1,7*	37,5±1,7*

Примечание: достоверность различий между исследуемыми группами по критерию Стьюдента: $p < 0,01$ *, $p < 0,05$ **

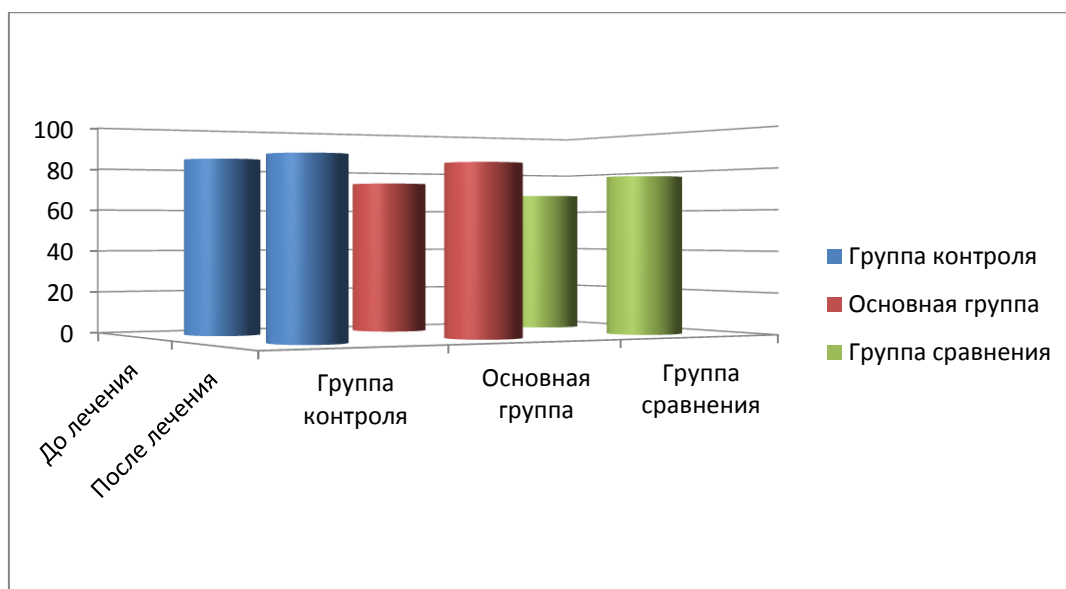


Рис. 39. Анализ данных гнатодинамометрии в динамике проведенного протетического лечения в группах исследования.

В результате адаптации пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, к несъемно-разборным мостовидным протезам, достигается значительное повышение выносливости тканей пародонта к окклюзионной нагрузке, что способствует улучшению функции жевания, и позволяет охарактеризовать разработанные лечебные мероприятия, как достаточно эффективные.

Для иллюстрации эффективности ортопедического лечения пациентов приводим краткие выписки из историй болезни.

Краткая выписка из истории болезни. Больной Н., 37 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное и длительное пережевывание пищи. Зубы 4.5, 4.6 были удалены около 10 лет назад.

Объективно: лицо симметрично, высота нижней трети лица не изменена. Состояние слизистой оболочки полости рта соответствует признакам физиологической нормы. Маргинальная десна в области зубов 3.3 - 4.3 гиперемирована, с признаками локального гингивита. Индекс КПУз = 9. Индекс РМА – 33%, средняя степень выраженности гингивита. Имеется наклон мезиальный зуба 4.7 1 степени (30 градусов), дистальный наклон зуба 4.4 - 1 степени (15 градусов) по классификации В.Ю.Миликевича.

На прицельных рентгенограммах в области 4.7, 4.4 зубов: кортикальная пластинка сохранена на всем протяжении; периодонтальная щель незначительно сужена на стороне наклона и расширена на противоположной; патологических образований в периапикальных тканях не обнаружено.

Данные электроодонтодиагностики: 4.4 зуб – 3мкА, 4.7 зуб - 6 мкА.

Данные доплерографии: незначительное увеличение объемного и линейного кровотока в тканях кровяного русла. (V_{as} см/с - 09,41; V_{am} см/с - 04,62; V_{akd} см/с - 02,36; Q_{as} мл/мин - 0,041; Q_{am} мл/мин - 0,027; RI - 0,749; PI - 2,21) (рис. 40)

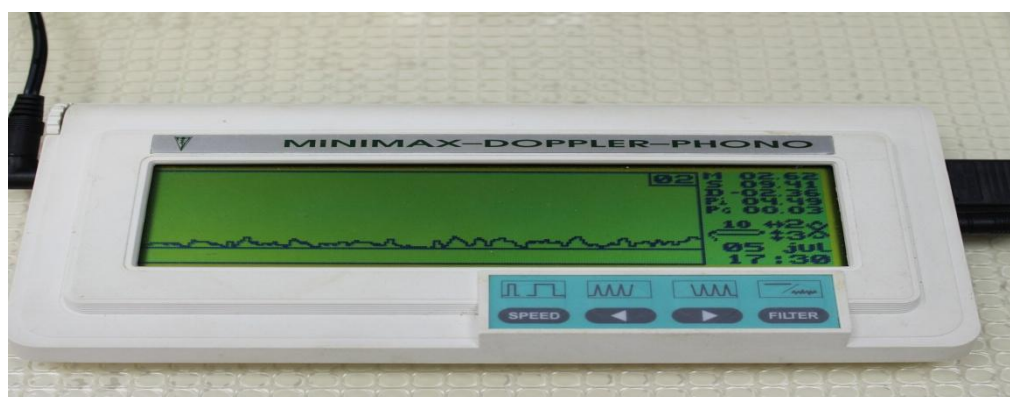


Рис. 40. Допплерограмма пациента Н.

Показатель гнатодинамометрии: резцы и клыки - 12,3 кг; премоляры - 25,1 кг; моляры - 34,1 кг;

Психологический статус: умеренная тревожность - 36 б. по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; уровень коммуникабельности по методике В.Ф. Ряховского - 9-24 очков (в известной степени общительны); эмоциональная напряженность по тесту М. Люшера.

Диагноз: К 08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита (МКБ-10).

Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти вследствие осложненного кариеса, осложненное горизонтальной вторичной деформацией. Класс по Кеннеди III. Потеря жевательной эффективности по Агапову 20%. I степень горизонтальной деформации по классификации В.Ю.Миликевича.

План лечения: восстановление непрерывности зубного ряда и устранение горизонтальной вторичной деформации в 4 сегменте за счет изготовления несъемно-разборного мостовидного протеза из цельного диоксида циркония.

Этапы ортопедического лечения: проводили сошлифовывание твердых тканей зубов 4.4, 4.7 на толщину до 1 мм. Снимали рабочий двухслойный оттиск силиконовой слепочной массой, отливали модель. Несъемно-разборный мостовидный протез изготавливали методом фрезерования. Во второе посещение припасовывали в полости рта коронки на зубы 4.4 и 4.7 и промежуточную часть с окклюзионной накладкой на опорную коронку зуба 4.7. Фиксацию проводили на цемент двойного отверждения G-Cem Automix (Япония), (рис. 41,42,43).



Рис. 41. Подготовленные культи зубов 4.4, 4.7.



Рис. 42 Несъемно-разборный мостовидный протез из цельного диоксида циркония.



Рис. 43 Несъемно-разборный мостовидный протез, зафиксированный на зубах 4.4, 4.7.

Повторный осмотр через 12 месяцев. Жалоб нет, краевое прилегание коронок хорошее, состояние слизистой оболочки альвеолярного отростка в области зубов 4.4, 4.7 соответствует признакам физиологической нормы. Перкуссия опорных зубов 4.4, 4.7 с зафиксированным несъемно-разборным мостовидным протезом безболезненна.

Данные доплерографии: нормализация объемного и линейного кровотока в тканях кровяного русла (V_{as} см/с – 07,21; V_{am} см/с – 0,452; V_{akd} см/с – 0,456; Q_{as} мл/мин - 0,031; Q_{am} мл/мин - 0,021; RI - 0,748; PI – 1,83)

Данные гнатодинамометрии: нормализация выносливости тканей пародонта опорных зубов: резцы и клыки -16,3 кг; премоляры - 28,1 кг; моляры - 36,3 кг.

Психологический статус: низкая тревожность - 30 б. по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; уровень коммуникабельности по методике В.Ф. Ряховского 14-18 баллов (нормальная коммуникабельность).

Краткая выписка из истории болезни. Больной Г., 45 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи. Зуб 4.6 был удален более 20 лет назад.

Объективно: лицо симметрично, высота нижней трети лица не изменена. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, блестящая, нормальной увлажненности, без патологических изменений. Маргинальная десна в области зубов 3.5 - 4.5 гиперемирована, с признаками локального гингивита. Индекс РМА

36% - средняя степень выраженности воспалительного процесса. Индекс КПУз = 15. Имеется мезиальный наклон зуба 4.7 - 1 степени (до 30 градусов), дистальный наклон зуба, с поворотом вокруг оси зуба 4.5 - 1 степени (до 15 градусов) по классификации В.Ю.Миликевича.

На ортопантограмме в области 4.7, 4.5 зубов: кортикальная пластинка сохранена на всем протяжении; периодонтальная щель незначительно сужена на стороне наклона зуба 4.7 и расширена на противоположной; патологических образований в периапикальных тканях зубов 4.4, 4.7 не обнаружено.

Данные электроодонтодиагностики: 4.4 зуб – 3мкА, 4.5 зуб – 3мкА, 4.7 зуб - 6 мкА.

Данные доплерографии: незначительное увеличение объемного и линейного кровотока в тканях кровяного русла (V_{as} см/с – 08,51; V_{am} см/с – 04,42; V_{akd} см/с – 03,26; Q_{as} мл/мин - 0,046; Q_{am} мл/мин - 0,029; RI - 0,813; PI – 1,98) (рис.44).



Рис. 44 Допплерограмма больного.

Данные гнатодинамометрии: резцы и клыки -12,9 кг; премоляры - 26,1 кг; моляры - 36,8 кг.

Психологический статус: высокая тревожность - 6 б. по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; уровень коммуникабельности по методике В.Ф. Ряховского - 19-24 очков (в известной степени общительны); состояние эмоциональной напряженности по тесту М. Люшера.

Диагноз: К 08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита (МКБ-10).

Частичное вторичное отсутствие зубов на нижней челюсти вследствие осложненного кариеса, осложненное горизонтальной вторичной деформацией. Класс по Кеннеди II, подкласс II на верхней челюсти, II класс I подкласс на нижней челюсти. Потеря жевательной эффективности по Агапову 54%. I степень горизонтальной деформации по классификации В.Ю.Миликевича.

План лечения: восстановление непрерывности верхнего и нижнего зубного ряда. Изготовление металлокерамических коронок на зубы 1.5-2.5, седловидного протеза с замковой фиксацией на верхнюю челюсть. Металлокерамические коронки на зубы 3.4,3.5,4.4, седловидный протез с замковой фиксацией в области 3 сегмента. Устранение горизонтальной вторичной деформации в 4 сегменте за счет изготовления металлокерамического несъемно-разборного мостовидного протеза.

Этапы ортопедического лечения: проводили сошлифовывание твердых тканей зубов 1.5-2.5,3.4,3.5,4.4,4.5,4.7 на толщину до 1 мм. Снимали рабочие двухслойные оттиски силиконовой слепочной массой, отливали модели. Изготавливали каркасы металлокерамических коронок на зубы 1.3-2.4, 3.4,3.5,4.4,4.5,4.7, методом фрезерования. Получали временные коронки, которые фиксировали на материал Тепм Бонд Нео.

Во второе посещение припасовывали в полости рта каркасы металлокерамических коронок на зубы 1.5-2.5, 3.4,3.5, 4.4, 4.5, 4.7 и промежуточную часть с окклюзионной накладкой на опорную коронку зуба 4.7. Снимали рабочие оттиски для изготовления каркасов седловидных протезов. Определяли цвет зубов.

В третье посещение припасовывали металлокерамические коронки на зубы 1.5-2.5, 3.4,3.5, 4.4, 4.5, 4.7 и промежуточную часть несъемно-разборного мостовидного протеза с окклюзионной накладкой на зуб 4.7. Припасовывали каркасы седловидных протезов на верхнюю и нижнюю челюсть.

В четвертое посещение припасовывали восковые композиции седловидных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

В пятое посещение фиксировали металлокерамические коронки на зубы 1.5-2.5, 3.4, 3.5,4.4 на временный материал Тепм Бонд Нео, накладывали седловидные протезы с замковой фиксацией в 1 и 3 сегментах, проводили постоянную фиксацию несъемно-разборного металлокерамического протеза с опорой на зубы 4.5 и 4.7 на стеклоиономерный цемент Фуджи 1.

Через 2 недели проводили постоянную фиксацию. Металлокерамических коронок на зубы 1.5-2.5, 3.4, 3.5,4.4 на стеклоиономерный цемент Фуджи 1 (рис. 45,46,47,48)



Рис. 45 Несъемно-разборный металлокерамический мостовидный протез, зафиксированный на зубах 4.5, 4.7



Рис. 46 Фиксация металлокерамических коронок на зубы 1.5-2.5, 3.4, 3.5.



Рис. 47 Наложение седловидного протеза с замковой фиксацией в 1 сегменте (фотография сделана с помощью внутриворотного зеркала для фото).



Рис. 48 Наложение седловидного протеза с замковой фиксацией в 3 сегменте.

Повторный осмотр через 12 месяцев. Жалоб нет, краевое прилегание коронок хорошее, состояние слизистой оболочки альвеолярного отростка в области зубов 4.5,4.7 соответствует признакам физиологической нормы. Перкуссия опорных зубов 4.5, 4.7 с зафиксированным несъемно-разборным мостовидным протезом безболезненна. Индекс РМА 28% .

Данные доплерографии: нормализация объемного и линейного кровотока в тканях кровяного русла (V_{as} см/с – 0,721; V_{am} см/с – 0,452; V_{akd} см/с – 0,456; Q_{as} мл/мин - 0,031; Q_{am} мл/мин - 0,021; RI – 0,748; PI – 1,83)

Данные гнатодинамометрии: нормализация выносливости тканей пародонта опорных зубов: резцы и клыки - 16,3 кг; премоляры - 28,1 кг; моляры - 36,3 кг;

Психологический статус: низкая тревожность - 30 б. по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; уровень коммуникабельности по методике В.Ф. Ряховского 14-18 очков (нормальная коммуникабельность).

Таким, образом, при ортопедическом лечении пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями выявлены следующие преимущества применения конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза: - отсутствие необходимости сошлифовывания большого слоя твердых тканей зубов, благодаря чему отсутствует необходимость их депульпирования; - исключение процесса длительного препарирования зубов благоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного; - отмечаются короткие сроки адаптации пациентов к изготовленным протезам.

В результате данные индекса РМА, улучшение гемодинамики и повышение выносливости тканей пародонтального комплекса показали, что применение несъемно-разборного мостовидного протеза обеспечивает эффективное восстановление непрерывности зубного ряда, способствует улучшению функций жевания, устраняя горизонтальные вторичные деформации, предотвращает развитие вторичного кариеса и воспалительных изменений тканей маргинального пародонта.

Заключение.

Обсуждение полученных результатов

Проведенные исследования, направленные на изучение факторов, способствующих развитию конфликтных ситуаций в системе «врач-пациент», оценку функционального состояния зубочелюстной системы, а также разработку методов протетического лечения у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями позволяют сделать следующее заключение.

Анализ данных литературы указывает на увеличение числа конфликтов между пациентами и медицинскими организациями различной формы собственности (Бондаренко Н.Н. 2007, 2009; Волчанский М.Е. 2008; Возный А.В. 2009; Шкарин В.В., Ильина М.В, Афанасьева О.Ю. 2011; Петрова И.А. 2013; Попова Т.Г. 2011).

В стоматологической практике из конфликтов, возникающих на почве неудовлетворенности пациентов проведенным лечением, можно выделить две группы: конфликты, возникающие по причине врачебных ошибок, и конфликты, осуществившиеся из-за индивидуальных качеств врача-стоматолога и пациента (Ларенцова Л.И. 2005; Малый А.Ю. 2008). Конфликты, возникающие из-за врачебных ошибок, составляют достаточно распространенную группу конфликтов, возникающих из-за невыполнения врачами стандартов лечения. Эти конфликты могут быть как осознанными, так и неосознанными.

Результаты анализа научной литературы (Афанасьева О.Ю., 2006; Волчанский М.Е., 2008) указывают, что конфликтные ситуации в стоматологической практике возникают, как правило, на фоне развития отклонений в состоянии здоровья пациентов. Исходя из этого, можно выделить основные типы конфликтов в стоматологической практике:

- конфликты, возникающие вследствие врачебных ошибок, прежде всего вследствие использования несовершенных методов лечения, требующих радикального вмешательства, которые приводят к необратимым последствиям

(например, депульпирование зуба, сошлифовывание большого объема здоровых твердых тканей зубов);

- конфликты, возникающие из-за недостаточного уровня сформированности конфликтологической культуры врача-стоматолога.

Исходя из вышесказанного, можно констатировать, что конфликтные ситуации в системе «врач-пациент» часто возникают на фоне сложных сочетанных заболеваний и патологических состояний зубочелюстной системы, в частности при частичном вторичном отсутствии зубов, осложненном горизонтальными вторичными деформациями зубных рядов (Малый А.Ю. 2003; Фоминых В.В 2007; Гришина Н.В.2008; Бондаренко Н.Н 2009).

Кроме того, на развитие психологических неблагоприятных ситуаций оказывает влияние неспособность врачей и пациентов предупреждать и конструктивно разрешать конфликты. Поэтому соблюдение требований и стандартов оказания медицинской помощи, а также повышение уровня конфликтологической культуры врача-стоматолога может повысить качество оказания медицинской помощи и предупредить или конструктивно разрешить конфликты в системе «врач-пациент».

Анализ результатов исследования факторов, способствующих развитию конфликтов в системе "врач-пациент" показал, что у врачей - стоматологов не сформированы умения конструктивного разрешения конфликтных ситуаций на досудебных уровнях. Анализ медицинских карт пациентов выявил, что большинство из них имеет недостатки в оформлении, основными из которых являются неполное описание сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, о развитии патологии, отсутствие данных об объективном осмотре пациента, недостаточно внимательное отношение к жалобам больного. В связи с этим врачу-стоматологу вменяется в обязанность более полно информировать пациента, получать согласие на лечение и грамотно заполнять всю документацию. Ошибки при выборе метода лечения могут повлечь за собой серьезные последствия, как для здоровья пациента, так и для профессиональной

деятельности врача, поэтому выбор рациональных ортопедических конструкций при лечении пациентов со сложной патологией зубочелюстной системы, позволит значительно сократить число конфликтных ситуаций на стоматологическом приеме.

Анализ результатов психологического исследования в группах пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями на начальном этапе эксперимента показал, что пациенты обладали нормальной коммуникабельностью, незначительной тревожностью, эмоциональной напряженностью на фоне пренебрежительного отношения к работе врача-стоматолога.

Результаты исследования в группе врачей–ординаторов, на начальном этапе эксперимента, позволили определить "формальный" уровень конфликтологической культуры, для которого характерна как недостаточность психолого-педагогических знаний о конфликте и способах его разрешения, так и искаженное восприятие конфликтной ситуации. Полученные данные указывают на необходимость формирования у врачей-ординаторов конфликтологических компетенций, а также создания позитивного отношения к конфликту, как способу разрешения возникающих противоречий.

В ходе апробации комплекса профилактических мероприятий по предупреждению и конструктивному разрешению конфликтов в системе "врач-пациент" в программу подготовки врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика ЕА. Вагнера был включен элективный курс «Конфликтологическая культура в стоматологии». Освоенные знания и навыки в ходе элективного курса позволили врачам-ординаторам сформировать основную идею о том, что конфликты в системе "врач-пациент" не должны игнорироваться, их необходимо устранять либо уменьшать их негативное влияние и стараться использовать их позитивные возможности.

Понятие конструктивного разрешения конфликтов в системе "врач-пациент" у врачей - ординаторов формировалось в ходе освоения методов воспитания конфликтологической культуры. Были использованы следующие подходы: исследовательский метод, метод разъяснения, примера и метод упражнения. В процессе апробации программы обучения были сформированы такие компетенции, как положительное восприятие конфликта и умение конструктивного его разрешения. Используемые способы предполагали оказание воздействия на конкретную личность и требовали учета индивидуальных особенностей врача-ординатора, а также способствовали позитивному разрешению противоречий.

Применение указанных технологий способствовало оптимизации процесса общения, позволило научить врачей-ординаторов понимать состояние пациентов, разделять их чувства, что в свою очередь обеспечивает снижение уровня эмоционального напряжения, проявление доверия со стороны пациента и некоторое улучшение его психологического состояния.

Таким образом, использование диагностической программы уровней конфликтологической культуры и отбор соответствующих диагностических методов позволили определить "формальный уровень" конфликтологической культуры врачей-ординаторов кафедр стоматологического факультета и кафедры стоматологии факультета дополнительного профессионального образования ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера. При этом в результате проведенного эксперимента уровень конфликтологической культуры повысился у 54,54% врачей-ординаторов. Качественно новый уровень конфликтологической культуры сформировался у 27,27% врачей-ординаторов.

На клинических этапах ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, проводились беседы по профилактике конфликтов в системе "врач-пациент". В ходе профилактических бесед у пациентов сложилось общее представление о понятии "конфликтологическая культура", о ее значимости как фактора

общественного и индивидуального развития. Были учтены признаки конфликтов, возникающих в системе "врач-пациент", возможные причины их возникновения, в частности: противоречия между интересами, принципами, мотивами, целями врача и пациента; нервно-психическое напряжение во взаимоотношениях врача и пациента; направленность объективных действий врача и пациента против друг друга; нарушение границ персонального пространства.

После проведенного стоматологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями с применением рациональных конструкций мостовидных протезов и проведения бесед по профилактике конфликтов в системе "врач-пациент", у пациентов улучшились как характерологические, так и эмоциональные показатели. Снизилась эмоциональная напряженность, повысился уровень коммуникабельности, наиболее важными стали такие ценности, как здоровье и уверенность в себе.

По данным литературы в результате развития вторичных деформаций зубных рядов, в патологический процесс включаются все органы зубочелюстной системы (Хватова В.А., 1996, 2005; Гаценко С.М. 2007; Каламкаров Х.А. 2007; Коноваленко В.Г., 2009). Главную роль в образовании вторичных деформаций играет нарушение целостности зубного ряда и как следствие - формирование деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. (Пономарева В.А., 1974; Гаврилов Е.И., Большаков Г.В., 1992; Каламкаров Х.А., 2007).

Анализ результатов обследования пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, сочетанные с горизонтальными вторичными деформациями, показал, что в 100% клинических ситуаций отмечались функциональные нарушения зубочелюстной системы.

Внутриротовой анализ окклюзии у лиц с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями до протетического лечения позволил выявить наличие окклюзионных нарушений, проявляющихся недостаточным количеством площадок смыкания; формированием эксцентрических суперконтактов при вертикальных деформациях зубных рядов, а

также изменение характера смыкания и взаимоотношения зубных рядов, как в основной группе, так и группе сравнения.

Состояние окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, после проведенного протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями, в основной группе и группе сравнения выявило достаточное количество площадок смыкания окклюзионных поверхностей, что указывает на увеличение количества окклюзионных контактов, приближенном к оптимальному значению.

При анализе данных, полученных при биометрической оценке моделей челюстей пациентов основной группы и группы сравнения, были изучены форма зубных дуг, протяженность включенного дефекта зубного ряда и степень деформации в горизонтальной плоскости.

Результаты исследования показали, что медиальный наклон зубов нижней челюсти встречался во всех случаях в основной группе и группе сравнения. Дистальный наклон зубов был отмечен в меньшей степени, в основной группе составил 20%, в группе сравнения – 40%. У 80% пациентов основной группы наблюдался наклон первых премоляров в язычную сторону, причем у 20% из них наклон сочетался с поворотом зуба вокруг оси, среди больных группы сравнения также отмечена аналогичная картина у 60% и 12% соответственно. Из общего числа пациентов основной группы у 20 человек на верхней челюсти были обнаружены вертикальные деформации I степени. Из них в 65% случаев наблюдалось выдвижение зуба за пределы окклюзионной плоскости на высоту бугров, у 35% наблюдалась дентоальвеолярная форма без атрофии тканей пародонта. В группе сравнения также были выявлены дентальная у 32% и дентоальвеолярная у 40% больных формы вертикальной деформации верхнего зубного ряда I степени.

Анализ состояния гемодинамики тканей пародонта до протетического лечения установил статистически достоверную устойчивую динамику некоторого повышения показателей линейной скорости кровотока у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями по

сравнению с аналогичными показателями пациентов группы контроля (интактный пародонт, физиологический прикус). Средний показатель наибольшей систолической скорости по кривой средней скорости (V_{as}) в тканях пародонта у пациентов основной группы превышает подобные значения у пациентов группы контроля на 42,7% ($p < 0,05$), в группы сравнения на 48,8% ($p < 0,01$); значение средней линейной скорости по кривой средней скорости (V_{am}) - на 12,01% ($p < 0,01$) у пациентов основной группы и на - 6,7% ($p < 0,05$) у пациентов группы сравнения; конечной диастолической скорости по кривой средней скорости (V_{akd}) - на 24,4% ($p < 0,01$) в I группе, на 26,2% ($p < 0,01$) во II группе; систолической объемной скорости (Q_{as}) - на 29,0% ($p < 0,05$) в I группе, на 38,7% ($p < 0,05$) во II группе; максимальной объемной скорости (Q_{am}) - на 30,0% в основной группе и 45,0% группе сравнения; индекс пульсации (Гослинга) увеличен на 17,7% ($p < 0,01$) в I группе, на 24,3% ($p < 0,01$) во II группе. Определено снижение усредненного индекса сопротивления (Пурсело), отражающего сопротивление кровотоку дистальнее места измерения, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в сравнении с аналогичными показателями пациентов контрольной группы на 29,0% ($p < 0,01$) у пациентов основной группы и 29,7% ($p < 0,01$) группы сравнения.

Таким образом, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в 100% клинических ситуаций диагностировали функциональные нарушения гемодинамики, проявляющиеся в изменении показателей линейной и объемной скорости тканевого кровотока. Было определено некоторое усиление линейных скоростей кровотока, и повышение индекса пульсации, при достоверном снижении индекса периферического сопротивления.

Для ортопедического лечения пациентов, имеющих частичные дефекты зубных рядов, осложненные горизонтальными вторичными деформациями зубных рядов I и II степени, разработан несъемно-разборный мостовидный протез, параметры которого обоснованы с позиции биомеханического

моделирования. При расчете полей напряжений, формирующихся на фоне максимально возможных нагрузок, получены следующие результаты:

–максимальная интенсивность, формирующихся напряжений равна 4,72 МПа, что свидетельствует о высокой прочности конструкции;

–максимальные функциональные напряжения возникают в зоне концентратора, образованного прямым углом между поверхностями зуба и торцом патрицы замка. Для снижения уровня указанных напряжений при моделировании конструкции необходимо сгладить (закруглить) поверхности, формирующие угол между поверхностями зуба и торцом патрицы замка. Для определения эффективности введения в конструкцию протеза окклюзионной накладке проводили расчет распределения поля напряжений при физиологической жевательной нагрузке. В ходе исследования выявлено, что среднее значение напряжений в концентраторах протеза с применением окклюзионной накладке уменьшается на 5,6%; максимальные напряжения в замковом соединении (с первым премоляром) в протезе с применением окклюзионной накладке уменьшаются на 5,7%, со вторым моляром – на 21,2%.

Учитывая, что допустимые напряжения, полученные при статическом расчете, не должны превышать 0,6-0,8 предела прочности материала, испытывающего циклические нагрузки, считали, что допустимый предел прочности материала должен быть не меньше 60 МПа для 10000 циклов нагружения. При расчетах оптимальных параметров окклюзионной накладке определено, что толщина окклюзионной поверхности дистальной опорной коронки должна быть минимум 1 мм, длина окклюзионной накладке на дистальную опорную коронку 1,1 мм, а ее толщина не менее 0,6 мм.

Результаты исследований, проведенных с помощью метода биомеханического моделирования, подтвердили рациональность конструктивных особенностей и показали степень снижения уровня функциональных напряжений при использовании несъемно-разборного мостовидного протеза.

Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с изготовлением несъемно-разборного мостовидного протеза и традиционной несъемной ортопедической конструкции, применяемой для протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, свидетельствуют о преимуществах использования несъемно-разборного мостовидного протеза.

Исследование состояния гемодинамики тканевого кровотока в системе микроциркуляции пародонта опорных зубов после протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями показало улучшение параметров регионарного кровообращения в пародонте, что объясняется равномерным распределением жевательной функциональной нагрузки на пародонт после замещения дефектов зубного ряда малой протяженности (1-2 зуба).

Проведенный анализ показателей тканевого кровотока свидетельствует, что средний показатель наибольшей систолической скорости по кривой средней скорости (V_{as}) в тканях пародонта у пациентов основной группы уменьшился на 20,0% ($p < 0,01$) через 4 месяца после проведенного ортопедического лечения, на 27,5% ($p < 0,01$) через 12 месяцев от исходного уровня, в группе сравнения на 13,8% ($p < 0,01$) и 23,4% ($p < 0,01$) соответственно. Значение средней линейной скорости по кривой средней скорости (V_{am}) снизилось на 7,2% ($p < 0,01$) через 4 месяца и на 10,3% ($p < 0,01$) через 1 год у пациентов основной группы и на 1,9% ($p < 0,01$) и 4,9% ($p < 0,01$) у пациентов группы сравнения соответственно. Уровень конечной диастолической скорости по кривой средней скорости (V_{akd}) снизился на 12,4% ($p < 0,01$) в I группе через 4 месяца и 17,6% ($p < 0,01$) через 1 год, на 10% ($p < 0,01$) и 13,4% ($p < 0,01$) во II группе; систолической объемной скорости (Q_{as}) – на 20,0% ($p < 0,01$) в I группе через 4 месяца и 22,5% ($p < 0,01$) через 1 год, соответственно на 7,0% ($p < 0,01$) и 11,5% ($p < 0,01$) во II группе; максимальной объемной скорости (Q_{am}) – на 10,3% ($p < 0,01$) и 19,2% ($p < 0,01$) в основной группе и 6,8% ($p < 0,05$) и 13,7% ($p < 0,05$) группе сравнения; индекс Гослинга снизился на 25,4% ($p < 0,01$) и 46,2% ($p < 0,01$) в I группе, на 16,8% ($p < 0,01$) и 44,5% ($p < 0,01$) во

II группе. Результаты усредненного индекса сопротивления (Пурсело), отражающего сопротивление кровотоку дистальнее места измерения, у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями в сравнении с аналогичными показателями пациентов контрольной группы повысились на 14,3% ($p < 0,01$) через 4 месяца после лечения и 16,8% ($p < 0,01$) через год у пациентов основной группы, в группе сравнения на 9,6% ($p < 0,01$) и 13,4% ($p < 0,01$) соответственно.

Результаты изучения гемодинамики тканей пародонтального комплекса в исследуемых группах пациентов показали, что все основные показатели линейной и объемной скорости тканевого кровотока динамически изменились и приближены к оптимальным значениям.

Показатель силы жевательного давления до лечения в основной группе составлял для резцов и клыков - $12,5 \pm 0,2$ кг, в группе сравнения - $11,1 \pm 0,2$ кг; в области премоляров - $25,3 \pm 0,5$ кг в основной группе и - $23,2 \pm 0,5$ кг в группе сравнения; для моляров $35,4 \pm 0,7$ кг в основной группе и $33,5 \pm 0,7$ кг в группе сравнения, что оказалось ниже показателей в группе контроля и свидетельствует о снижении функциональной выносливости пародонта опорных зубов. После протетического лечения пациентов основной группы и группы сравнения показатели силы жевательного давления измеряли через 4 и 12 месяцев. При этом отметили достоверное их повышение как в основной группе, так и в группе сравнения. Причем изменения показателей выносливости пародонта опорных зубов в основной группе превосходят показатели в группе сравнения (при $p < 0,01$), и приближены к значениям нормы. Это указало на эффективную адаптацию пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, к несъемно-разборным мостовидным протезам и значительное повышение выносливости тканей пародонта к окклюзионной нагрузке.

Таким образом, предлагаемый метод ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными

деформациями, с применением конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза позволяет приблизить функционирование зубочелюстной системы к оптимальным параметрам. При этом восстанавливается функция жевания и снижается риск развития сопутствующей стоматологической патологии. Данный метод является фактором предупреждения конфликтов в системе "врач-пациент".

Выводы

1. Функциональные нарушения зубочелюстной системы, возникающие у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, развиваются на фоне сопутствующих стоматологических заболеваний и могут оказывать влияние на их эмоциональный статус.

2. Наличие сложной патологии зубочелюстной системы, в том числе горизонтальных вторичных деформаций зубных рядов, ошибки при выборе метода лечения, а также несформированные умения предупреждать и конструктивно разрешать разногласия, возникающие в практике врача-стоматолога, являются основными факторами, способствующими развитию конфликтов в системе «врач-пациент».

3. Результатом разработки и апробации рабочей программы дисциплины «Конфликтологическая культура в стоматологии» явилась достоверная положительная динамика всех структурных компонентов уровней данного личностного образования у 54,5% врачей-ординаторов.

4. Разработанная рациональная конструкция несъемно-разборного мостовидного протеза для протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, рекомендована при наклоне опорных зубов более 15 градусов с минимальным сошлифовыванием их твердых тканей без предварительного депульпирования. Прочность конструкции обеспечивается за счет введения окклюзионной накладке, которая позволяет снизить напряжение в замковых креплениях до 21,0%.

5. Эффективность протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, в отдаленные сроки наблюдения подтверждена достоверным улучшением показателей как гнатодинамометрии, так и гемодинамики пародонта опорных зубов в основной группе - увеличением индекса сопротивления на 16,8% и

снижением индекса Гослинга на 46,2% (в группе сравнения - на 13,4% и 44,5% соответственно).

Оценка эмоционального статуса пациентов после проведенного лечения свидетельствует о снижении эмоциональной напряженности и повышении уровня коммуникабельности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для сокращения числа конфликтных ситуаций в стоматологической практике врачу - стоматологу необходимо информировать пациента о его заболевании и возможных осложнениях, получить согласие на лечение, соответственно заполнить медицинскую документацию. При выборе тактики лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, рекомендуется отдавать предпочтение применению конструкции несъемно-разборного мостовидного протеза.

2. В целях предупреждения конфликтов в системе "врач-пациент" необходимо у врачей-стоматологов формировать конфликтологическую культуру в ходе обучающих циклов на различных этапах профессиональной подготовки специалистов.

3. Применение оптимальных методов протетического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, и проведение бесед, направленных на профилактику конфликтов в системе "врач-пациент", позволяет улучшить как характерологические, так и эмоциональные показатели.

4. У пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными горизонтальными вторичными деформациями, рекомендовано применение несъемно-разборного мостовидного протеза как альтернативного метода.

5. На этапе моделирования несъемно-разборного мостовидного протеза необходимо учитывать следующие конструкционные параметры: минимальная толщина окклюзионной поверхности дистальной опорной коронки - 1 мм; длина

окклюзионной накладке на дистальную опорную коронку - 1,1 мм толщиной - не менее 0,6 мм.

Список литературы

1. Аболмасов Н.Н. Окклюзия – одно из ведущих звеньев функциональной биосистемы жевательного процесса /Н.Н. Аболмасов, Г.А. Морозова// Мат. XIV и XV Всерос. научн. – практ. конф. и Труды X съезда стоматологической ассоциации России. – Москва, 2005.- С.53-55.
2. Алямовский А.А. SolidWorks/COSMOSWorks Инженерный анализ методом конечных элементов /А.А. Алямовский. - М.: ДМК, 2007. - 784 с.
3. Арутюнов С.Д. Математическое моделирование и расчет напряженно-деформированного состояния металлокерамических зубных протезов /С.Д. Арутюнов, Е.Н. Чумаченко, В.Н. Копейкин, В.А. Козлов, И.Ю. Лебеденко// Стоматология. - 1997. - № 4. - С. 47-51.
4. Арутюнов С.Д. Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов /С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко; под ред. С.Д. Арутюнова, И.Ю. Лебеденко. - М.: Практическая медицина, 2005. - 80 с.
5. Арутюнов С.Д. Профилактика осложнений при применении металлокерамических зубных протезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ Арутюнов Сергей Дарчоевич - М., 1990.-18с.
6. Андреев В.И. Конфликтология (искусство спора, ведения переговоров, разрешения конфликтов) /В.И. Андреев - М.: Народное образование. 1995.- С.128.
7. Анцупов А.Я. Конфликтология: учебн. для вузов /А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов - М.: Юнити, 2001.- 551с.
8. Арутюнов С.Д. Электромиографические исследования мышц ЧЛЮ при ортопедическом лечении больных со сниженной межальвеолярной высотой /С.Д. Арутюнов, Л.С Персин, С.Ю. Ковалев// Проблемы нейростоматологии в стоматологии. - 1997.-№ 1.- С. 27-31.
9. Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии: автореферат. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21/ Афанасьева Ольга Юрьевна - Волгоград, 2006.- 18 с.

10. Ахметова Г.Х. Особенности ортодонтической помощи взрослым / Г.Х.Ахметова, С.А. Дубивко, Л.Б.Мусина и др.// Казан. мед. журн.- 1991.-Т.XXII, №5.-С.393-394.
11. Бабаханов Р.И. Репаративные процессы в пародонте при нормализации окклюзии /Р.И.Бабаханов, Е.М. Иевлева. - М., 1991.- 3 с. - Деп. в ГЦНМБ 02. 10. 91 № 292927.
12. Багмутов В. П. Биомеханический подход к моделированию поведения системы коррекции положения аномально расположенного зуба /В.П. Багмутов: Известия Волгоградского государственного технического университета: меж.-вуз. сборник научн. статей № 3 (29) /Волг. ГТУ. — Волгоград, 2007. — С. 116—123.
13. Багмутов В.П. Основы сопротивления материалов в стоматологии /В.П. Багмутов, Т.Ф. Данилина. - Ростов на Дону: Феникс, 2007. - 206 с.
14. Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология /А.И. Бетельман. – М.: Медицина, 1965. – 411 с.
15. Бимбас Е.С. Цели и возможности ортодонтического лечения взрослых пациентов /Е.С. Бимбас, Н.В. Мягкова// Уральский стоматологический журнал. - 2002.-№ 2.-С. 8-11.
16. Большаков Г.В. Способ изготовления зубных протезов при частичной и полной адентии /Г.В. Большаков, И.К. Батрак, Е.И.Рубцов// Панорама ортопедической стоматологии. - 2005. - №1. - С. 40-42.
17. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг: автореф. дис... д-ра. мед. наук: 14.01.14 /Бондаренко Николай Николаевич. - Москва, 2007. - 33с
18. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: правовая действительность. /Н.Н. Бондаренко.- Москва: Медицинская книга, 2009.- 124 с.
19. Бушан М.Г. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика /М.Г. Бушан, Х.А. Каламкар.- Кишинев: Штиинца, 1983.- 301с.
20. Вершинин В.А. Морфофункциональные изменения в твердых тканях и пародонте зубов при повышенной стираемости, осложненной частичным отсутствием зубов и вторичными деформациями зубных рядов. Ортопедическое

лечение: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Вершинин Вадим Аркадьевич. – Пермь 2006

21. Возный А.В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической помощи населению: автореф. дис... д-ра. мед. наук: 14.01.14 /Возный Александр Викторович.- Москва, 2009, 49с.

22. Волчанский М.Е. Социология конфликта в медицине. :автореф. дис. д-ра. соц. наук: 22.00.01 / Волчанский Михаил Евгеньевич.- Волгоград, 2008.-47 с.

23. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов /Е.И. Гаврилов - М.: Медицина, 1984. - 280с.

24. Гаврилов Е.И. Атлас деформации зубных рядов /Е.И.Гаврилов, Г.В. Большаков - Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1992.- 96 с.

25. Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология /Е.И.Гаврилов, И.М. Оксман.- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1978. — 464 с.

26. Гаврюшин С.С. Опыт использования программного комплекса ANSYS для математического моделирования в стоматологии /сб.тр. 5-й конференции пользователей программного обеспечения CAD-FEM GmbH (Москва, 21-22 апреля 2005г.). под ред.А.С. Шадского.-М.:Полигон-пресс, 2005.- С.67-79.

27. Гайворонский И.В. Особенности строения и патология зубочелюстной системы. Реабилитация жевательного аппарата /И.В. Гайворонский, Л.В. Поляк, О.А. Краснослободцева - Санкт-Петербург, 1998.-С.68-72.

28. Галиев Р.Г. Перестройка опорно-удерживающего аппарата зубов после удаления антагонистов и протезирования: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.01.14 / Галиев Радик Гараевич. М., 1987. - 22 с.

29. Гаценко С.М. Эффективность комплексного лечения пациентов с включенными дефектами зубных рядов в боковых сегментах, осложненных горизонтальной деформацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Гаценко Сергей Михайлович. - М, 2007. – 25с.

30. Гризодуб В.И. Основные биомеханические характеристики тканей пародонта. / В.И. Гризодуб, А.Н. Чуйко, Н.Ю. Бахуринский // Вестник стоматологии - 2001. - № 1. - С. 59-65.
31. Грицай, И.Г. Исследование причин снятия несъемных зубных протезов / И.Г. Грицай // Институт стоматологии. - 2004. - №1. - С. 78 - 79.
32. Гришина Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина. - Санкт-Петербург: СПб.: Питер, 2002.- С.14-318.
33. Давидян А.Л. Применение направленной костной регенерации и имплантатов при ортопедической реабилитации/Л.А. Давидян// Клиническая стоматология. -2004. -№1.-С.48-52.
34. Демнер Л.М. Показания к замещению дефектов зубных рядов по данным реопарадонтोगрафии /Л.М. Демнер, Б.А. Нурашев// Стоматология. -1985. -№3.-С. 61-62.
35. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы /М.С. Дианкина.- М.: Медицина, 2000.- С.58.
36. Дмитриенко С.В. Атлас аномалий и деформаций челюстно-лицевой области /С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин, А.А. Воробьев, О.Л. Фомина. - М.: Медицинская книга, 2006. - 94 с.
37. Дмитриенко С.В. Классификация аномалий и деформаций челюстно-лицевой области /С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин - Волгоград, 1999. - 16 с.
38. Дубивко С.А. Анализ ортодонтического лечения взрослых. /С.А. Дубивко, Г.Х.Ахметова, Ю.Е. Белов и др.// Казан. Вестн. Стоматологии. - 1995. - КН.1.-С.114-118.
39. Еловикова А.Н. Биомеханические основы лечения зубочелюстных аномалий /А.Н. Еловикова, М.Ю. Няшин, Е.Ю. Симановская, Л.М. Гвоздева// Стоматология.- 2002.-№3.- С.51 -54.
40. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии / С.М. Емельянов. - СПб.: Питер, 2001.- С.24.

41. Жолудев С.Е. Роль гнатологических аспектов стоматологического лечения в ежедневной практике врачей-ортопедов./С.Е. Жолудев С.Е., И.М. Шатров// Фундаментальные исследования. - 2014. № 106. С. 1199-1204.
42. Жолудев С.Е. Алгоритм планирования геометрических параметров реставраций бокового отдела зубного ряда /С.Е. Жолудев, И.М. Шатров// Уральский медицинский журнал. - 2012. №8 (100). С. 84-88.
43. Жулев. Е.Н. Влияние угла конвергенции, способа подготовки пришеечной части зуба, инструментальной подготовки зуба и вида цемента на фиксацию литых коронок /Е.Н. Жулев, А.С. Казарин// Институт стоматологии. - 2004. - №4. - С. 58 - 59.
44. Заблоцкий Я.В. Протезирование дефектов зубных рядов несъемными конструкциями с использованием имплантатов: особенности клинических этапов и временной реабилитации /Я.В. Заблоцкий// Современная ортопедическая стоматология. - 2004. - №2.-С. 4-25.
45. Иванов В.А. Распространенность и характеристика вторичных деформаций зубных рядов в разных возрастных группах /В.А. Иванов, И.А. Маслов, С.П. Железный, А.К. Базин// Российский стоматологический журнал, 2002.-№2.- С.26-27
46. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. /А.К. Иорданишвили. - М.: МЕД пресс – информ., 2007. - 248 с.
47. Истомина Е.В. Деонтологическое поведение стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов. /Е.В. Истомина: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 /Истомина Елена Владимировна.- Москва, 2007, 27с.
48. Каламкарров Х.А. Клиника и ортопедическое лечение при укорочении межальвеолярного расстояния /Х.А. Каламкарров// Стоматология. - 1996.- № 1.- С. 53-60.
49. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов /Х.А. Каламкарров. - М.: Медиа Сфера, 1996.- С. 118-146.

50. Каламкаров Х.А. Особенности конструирования и применения металлокерамических протезов у пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов /Х.А. Каламкаров// Стоматология.-1997.-№6.- С.41.

51. Карпенко Н.И. Устранение вторичных деформаций окклюзионных поверхностей зубных рядов перед протезированием: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.21. 1968. - 21 с.

52. Кассирский И.А. О врачевании. Проблемы и раздумья /И.А. Кассирский - М.:Медицина, 1970.- С.272.

53. Катц А.Я. Значение перестройки костной ткани и роста альвеолярных отростков в механизме прорезывания зубов /А.Я. Катц// Сб. науч. трудов, посв. проф. Астахову Н.А.- Л.- 1940.

54. Кибкало А.П. Возрастные особенности окклюзионных поверхностей зубных рядов /А.П. Кибкало, Н.В. Дубинина, И.В. Линченко// Актуальные вопросы стоматологии. - Волгоград, 1994.- С. 199-202.

55. Кибкало А.П. Влияние преимущественной стороны жевания на окклюзионную поверхность /А.П. Кибкало, И.В. Линченко, Н.В. Стекольников//Актуальные вопросы стоматологии. - Волгоград, 1996.- С. 160-164.

56. Кибкало А.П. Индивидуально-типологические особенности жевания и их учет при реабилитации жевательного аппарата: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук: 14.00.21 /Кибкало Анатолий Павлович. - Санкт-Петербург, 1997. - 37с.

57. Колос Г.А. Изменения зубных рядов после частичной потери зубов, профилактика, лечение: автореф.дис. .канд.мед.наук: 14.00.21: /Колос Галина Александровна. - М.,1986.-24с.

58. Коннов В.В. Клинические проявления патологии височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц у пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов./В.В. Коннов, А.В. Лепилин, Е.А. Багарян, А.Р. Арушанян//Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6. №2. С. 405-410.

59. Коноваленко В.Г. Биомеханическое обоснование несъемных ортопедических конструкций при лечении пациентов с дефектами зубных рядов,

осложненных деформациями: автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.00.21 /Коноваленко Виталий Геннадьевич.- Волгоград, 2009.- 21 с

60. Коноваленко В.Г. Эффективность ортодонтического и ортопедического лечения взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов./В.Г. Коноваленко, С.В. Дмитриенко, Т.Ф. Данилина// Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России Москва, 2004.- С.545-548.

61. Коноваленко В.Г. Оценка состояния зубных рядов при частичном отсутствии зубов, осложненных деформацией у пациентов 18-40 лет г.Волжского /В.Г. Коноваленко, Т.Ф. Данилина// Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. - Волгоград, 2006.- №1, Том №63. - С.223-229.

62. Коноваленко В.Г. Особенности комплексного лечения деформаций зубов и зубных рядов у взрослых пациентов. /В.Г. Коноваленко, Т.Ф. Данилина, Е.В. Данилина// Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии. - Волгоград, 2008.- №1, Том №65. - С.281-288.

63. Коноваленко В.Г. Биомеханическое обоснование комплексного лечения взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов. /В.Г. Коноваленко, Т.Ф. Данилина, В.П. Багмутов, Е.В. Данилина// Клиническая стоматология – 2008 - №4. - С- 60-65.

64. Копейкин В.Н. Восстановление разрушенной коронки многокорневых зубов / В.Н. Копейкин, М.В. Малик, В.И. Салиев // Стоматология. - 1988. - Т.66. - №5. - С. 31- 54.

65. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология /В.Н. Копейкин, М.З. Миргазизов - М.: Медицина, 2001.-492с.

66. Коротких Р.В. Актуальные вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии // Сов. Здравоохран.- 1987.- №5.- С.32-37.

67. Криштаб С.И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов /С.И. Криштаб, А.И. Довденко// Стоматология. - 1984-№5 -С.60-65.

68. Кудрявая Н.В. Введение в духовную культуру врача. Психологические основы деятельности врача /Н.В. Кудрявая, К.В. Зорин - М.: Медицина, 1999.- С. 160-165.
69. Кудрявая Н.В. Методические указания по проведению ситуационно-ролевых игр на стоматологических факультетах МЗ РФ /Н.В.Кудрявая, Г.И. Лернер, Е.В. Орестова - М.: Медицина,1990.- С. 56-60.
70. Кудрявая Н.В. Структура деятельности преподавателя- врача /Н.В.Кудрявая, Е.М. Уколова, З.В. Лудилина; под ред. Г.М. Барера.- М.: Медицина, 1992.- С.73.
71. Кудрявая Н.В. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации /Н.В.Кудрявая, Е.М. Уколова, А.С. Молчанов, Н.Б. Смирнова, К.В. Зорин.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.- С. 49-252.
72. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие /Э.М. Кузьмина. - М: Издательство Поли Медиа Пресс- 2001.- 216с.
73. Куликов В.Р. Эффективность применения металлокерамических протезов после ортопедической подготовки зубочелюстной системы: автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.00.21 - М., 1997.- 26 с.
74. Кураева Е.Ю. Судебно-медицинский анализ дефектов стоматологического протезирования с опорами на дентальные имплантаты (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 /Кураева Екатерина Юрьевна. - Москва, 2010.- 24с.
75. Курляндский В.Ю. Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы /В.Ю. Курляндский.- М.: Медицина, 1978.-174 с.
76. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология /В.Ю. Курляндский. - М.: Медицина.- 1962.
77. Курляндский В.Ю. Функциональная патология зубочелюстной системы. Диагностика и методы лечения /Мат. итог. конф. «Функциональная патология зубочелюстной системы. – М.- 1966.- с.26.

78. Лакостина Н.Д. Учебное пособие по медицинской психологии /Н.Д. Лакостина, Г.К. Ушаков. - СПб., 1993.- 273с.
79. Ларенцова Л.И. Конфликты в стоматологической практике: Подходы к их решению и профилактике. /Л.И. Ларенцова, В.И. Полуев, Е.С. Тучик, Н.Б. Смирнова, О.Е. Балута. — Москва: Медицинская книга, 2005. 92 с.
80. Лебедеико И.Ю. Функциональные и аппаратурные методы исследования в ортопедической стоматологии /И.Ю. Лебедеико, Т.И. Ибрагимов, А.Н. Ряховский// М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 128 с.
81. Лебедеико, И.Ю. Телескопические и замковые крепления зубных протезов /И.Ю. Лебедеико, А.Б. Перегудов, Т.Э. Глебова. - М.: Молодая гвардия, 2004. - 344 с.
82. Леонтьев В.К. О связи протезирования в стоматологии, уровня здоровья и качества жизни пациентов. Зубной протез и здоровье. /В.К. Леонтьев// Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. М., 2004.-С.
83. Линченко И.В. Морфологические особенности окклюзионных поверхностей зубов в различные возрастные периоды: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 /И.В.Линченко. - Волгоград, 1998.- 28 с.
84. Любова О.Ю. Экспертные оценки эффективности применения стандартов при оказании помощи населению Архангельской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.17 /Любова Оксана Юрьевна. – М., 2008, 24с.
85. Макарьевский И.Г. Комбинированное применение различных конструкций, видов и типов дентальных имплантатов при лечении сложных случаев потери зубов: учебное пособие /И.Г. Макарьевский, Л.Л. Яковенко, Н.Н. Дунаевская. - Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2012.-32с.
86. Малый А.Ю. Клинико-эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями пациентов с частичным отсутствием зубов /А.Ю. Малый// Стоматология – 2006 - №5. С.56—59.

87. Малый А.Ю. Доказательная медицина как основа разработки протоколов ведения больных. /А.Ю. Малый, Н.В. Бычкова, Н.А. Титкина, А.И. Эктова// Стоматология – 2009.- №3. - С. 13-16.

88. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21/ Малый Александр Юрьевич.- М., 2001. – 272с.

89. Маннанова Ф.Ф. Вторичные смещения нижней челюсти - один из основных факторов риска развития дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава /Ф.Ф. Маннанова, И.Р. Исхаков// Практическая медицина. - 2012. - №1(56). С. 110-112.

90. Маркин В.А Прогнозирование и профилактика осложнений при протезировании металлокерамическими конструкциями зубных протезов /В.А. Маркин, С.Д. Арутюнов, Е.Н. Чумаченко// Российский стоматологический журнал - 2003. -№3.-С.22-26.

91. Морозов Г.В. Медицинская этика и деонтология /Г.В.Морозов, Г.И. Царегородцев; под редакцией Г.В.Морозова, Г.И. Царегородцева. - М.: Медицина, 1983.- 272с.

92. Методические указания по организации учебного процесса в медицинском вузе (для профессорско - преподавательского состава, слушателей ФПКП)/ Под ред.В.А. Аверина.- М.: Медицина, 1988.

93. Миликевич В.Ю. Экспериментальная модель функциональной патологии зубочелюстной системы при вторичной частичной адентии (клинико-рентгенологические данные) /В.Ю. Миликевич // Стоматология. - 1967.- № 2.- с.15

94. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: дис. ...д-ра. мед. наук: 14.00.21 /Миликевич Виталий Юрьевич - М., 1984.- 400с.

95. Мохов А.А Конфликты в профессиональной деятельности врачей-стоматологов (психологические, этические и правовые аспекты): монография /А.А. Мохов, Е.В. Фомичев, О.Ю. Афанасьева. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ. - 2009. - 132с.

96. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка /С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. - М.:АЗЪ, 1993.- С. 299.
97. Омаров О.Г. Профилактика зубочелюстных деформаций съемными протезами после частичной утраты зубов: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.21 /Омаров Омари Гаджимусаевич. - М., 1987. - 21 с.
98. Онуфриев А.Б. Изучение клинико-эпидемиологических показателей применения съемных ортопедических конструкций при частичном отсутствии зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Онуфриев Александр Борисович.- М., 2009.- 23 с.
99. Оскольский Г.И. Распространенность вторичных деформаций зубочелюстной системы и патологии верхне-нижнечелюстного сустава у населения Дальнего Востока. /Г.И Оскольский, К.Г. Оскольская, О.И. Арсенина, С.В. Проскокова// Стоматология. - 2010 -№6. - с. 29-61.
100. Перевезенцев А.П. Замещение дефектов зубных рядов с использованием малого количества имплантатов /А.П. Перевезенцев// Современная ортопедическая стоматология. - 2004. -№2.-С. 50-53.
101. Персин Л.С. Функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области при дефектах зубных рядов и заболевании пародонта /Л.С. Персин, О.Г.Омаров, И.Г.Ерохин// Стоматология.-1995.-Т.74,№4.-С.53-54.
102. Петрикас И.В. Планирование ортопедического лечения больных с включенными дефектами зубных рядов волокнистыми адгезивными мостовидными протезами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Петрикас Инга Владимировна. - Тверь, 2001. - 16 с.
103. Петрикас О.А. Современные щадящие методы исправления дефектов зубных рядов (часть 1) /О.А. Петрикас// Новое в стоматологии. -1998.-№5.-С.102.
104. Петрикас О.А. Адгезивные мостовидные протезы /О.А. Петрикас// Новое в стоматологии для зубных техников. - 1999. - №4. - С. 14 -27.
105. Петрова И.А. Конфликт врач-пациент технологии управления и нормативное урегулирование /И.А. Петрова// Правовые вопросы в здравоохранении. - 2013. - № 3.

106. Погосов В.Р. Ортопедическое лечение при травматической окклюзии у больных с деформациями зубных рядов: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Погосов Владимир Рафаилович - М.- 1995.- 136с.

107. Пономарева В.А. Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных деформаций /В.А. Пономарева. - М.: Медицина, 1974. –111с.

108. Пономарева В.А. Подготовка полости рта к протезированию /В.А. Пономарева// Стоматология.-1978.- № 5.- С. 69-71.

109. Попова Т.Г. Критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах стоматологического лечения: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21 /Попова Татьяна Геннадьевна - Москва, 2008.- 49 с.

110. Почекаева И.С. Сущность конфликта и конфликтности как нравственного качества личности [Электронный ресурс] /И.С.Почекаева// Исследовано в России. - 2007 №155. – Режим доступа:[http:// zhurnal.ape.relarn.ru /articles/ 2007 / 155.pdf](http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2007/155.pdf). – 0,6 п.л.

111. Почекаева И.С. Проблема конфликта: от теории к практике /Р. А. Рогожникова, И. С. Почекаева// Вестник Пермского гуманитарно-технологического института. Серия «Образование, воспитание, инновации». – Пермь, 2008. - №9. – С.107-119. – 0,75 п.л., (авт.1/3).

112. Прохоров В.А. Осложнения, клинические и технологические ошибки при ортопедическом лечении больных несъемными зубными протезами. Пути профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ Прохоров Виталлий Анатольевич.- Омск, 2001.- 14 с.

113. Расторгуева Т.И. К вопросу о предупреждении конфликтов в профессиональной деятельности врача. /Т.И. Расторгуева, С.Н. Боровкова// Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2014. - №1. С. 252-254.

114. Ромодановский П.О. Отказ от пользования съемными зубными протезами как один из факторов развития конфликтных ситуаций. Проблемы стоматологии и их решение: материалы юбилейной конференции /П.О.

Ромодановский, Ю.Н. Уруков: под общ. ред. проф. И.Г.Ямашева. – Чебоксары: ГОУ ДПО ИУВ, 2010; 1: С. 45-47.

115. Рогожникова, Р.А. Профессиональная компетентность будущего учителя по формированию дисциплинированности школьника /Р.А. Рогожникова. - Пермь: 1996. - 165 с.

116. Рогожникова Р.А. /Конфликт в подростковом коллективе /Р.А. Рогожникова, Г.Е. Григорьева. - Пермь: 2004. - С. 48-65

117. Романенко А.Г. Результаты ортопедического лечения больных при вторичных деформациях прикуса /А.Г. Романенко, Р.Р. Мустафин, М.В. Горячева// Казанский летник стоматологии. -1996. - №2. - С. 104.

118. Рубин Дж. Социальный конфликт: эскалация, тупик, разрешение /Дж. Рубин, Д. Пруйт, Х.С. Ким. - СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. - 352 с.

119. Самсонова Н.В. Конфликтологическая культура специалиста и технология ее формирования в системе вузовского образования /Н. В. Самсонова. - Калининград.: КГУ, 2002. - 308 с.

120. Светлов В.А. Управление конфликтом /В.А.Светлов. - СПб.: Росток, 2003.-136 с.

121. Сергеев И.С. Как реализовать компетентностный подход на уроке и во внеурочной деятельности /И.С. Сергеев, В.И. Блинов. . - Москва: Аркти, 2007. - 132 с.

122. Семенюк В.М. Ортопедическое лечение дефектов коронок и зубных рядов с витальной пульпой керамическими и металлокерамическими конструкциями /В.М. Семенюк, А.А. Стафеев, С.С. Попов, А.В. Ефименко// Тр. V съезда СТАР. – М., 1999. - С. 336-340

123. Семенюк В.М. Ошибки в работе врача и зубного техника на ортопедическом приеме /В.М. Семенюк, С.С. Попов, В.М. Кирющенко, Я.М. Драль, К.А. Прокопьев, С.И. Козицына, З.В. Обухов// Институт стоматологии. - 2000. - № 2. - С. 26-27

124. Семенюк В.М. Анализ осложнений, клинических и технологических ошибок при лечении дефектов зубов и зубных рядов несъемными протезами /В.М.

Семенюк, С.С. Попов, В.М. Кирющенко, Я.М. Драль, К.А. Прокопьев// Актуальные проблемы стоматологии. - М., 2000. - С. 230-233

125. Семенюк В.М. Технологические ошибки при конструировании несъемных и съемных зубных протезов /В.М. Семенюк, Е.Л. Костикова, С.А. Пономарев, Д.В. Овчинников, А.В. Гамзин//Тр. VII Всероссийского съезда стоматологов. - М., 2001. -С. 29-32

126. Сидоренко Л.П. Сравнительная характеристика разных ортопедических методов лечения малых дефектов зубных рядов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 /Л.П. Сидоренко - Ивано-Франковск, 2010.- 17 с.

127. Силуянова И.В. Биомедицинская этика как форма профессиональной защиты личности врача /И.В. Силуянова// Вестник РАМН.- 1997.- №8. С. 40-44.

128. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения.- 2000.- №1 (42). С. 5-8.

129. Сирунянц И.В. Результаты ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями протезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Сируянец Ирина Владимировна. Краснодар: Кубанская государственная медицинская академия, 1999. – 13с.

130. Смердина Л.Н. Антропологическая направленность совершенствования методов диагностики и лечения больных с зубочелюстными аномалиями, деформациями и дефектами зубных рядов: дисс. ... д-ра мед наук: 14.00.21 /Смердина Лидия Николаевна. Кемерово. – 2001.- 300с.

131. Смердина Ю.Г. Ортопедическое лечение пациентов с включенными дефектами зубных рядов с применением полимерных каракасов /Ю.Г. Смердина, Л.Н. Смердина// Новое в стоматологии. - 2001. - №4. - С. 58 – 59

132. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности: учебное пособие для слушателей факультетов и институтов повышения квалификации преподавателей вузов и аспирантов /С.Д. Смирнов - М.: Аспект Пресс, 1995. - 271 с

133. Собир Р.К. Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений при ортопедическом лечении с использованием замковых креплений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Собир Ромиш Камолзод.- Москва, 2009.- 24 с.

134. Стафеев А.А. Профилактика ошибок и осложнений при стоматологической ортопедической реабилитации больных с соматоической патологией несъемными металлокерамическими протезами: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21 /Стафеев Андрей Анатольевич. - Омск, 2007, 50 с.

135. Стрельцов Р.В. Профессиональная подготовка курсантов военного вуза к воспитанию у личного состава конфликтологической культуры /Стрельцов Р.В.:автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 /Стрельцов Роман Вячеславович.- Пермь, 2013.- 23с

136. Сулягина О.В. Клинико-Биомеханическое обоснование конструирования несъемных протезов при замещении малых дефектов боковых отделов зубных рядов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Сулягина Ольга Владимировна.- Нижний – Новгород, 2009.-26с.

137. Трезубов В.Н. Ортодонтия / В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Р.А. Фадеев. - М.: Медицинская книга, 2005. - 148 с.

138. Тучик Е.С. О роли ассоциаций в досудебном урегулировании конфликтов /Е.С. Тучик, В.И. Полуев, О.Е. Балута, А.А. Логинов// Проблемы экспертизы в медицине. 2005. - 19-3. - С. 15-17.

139. Уруков Ю.Н. Комплексное медико-правовое, экспертное и клиническое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании ортопедической стоматологической помощи. : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21 /Уруков Юрий николаевич. - Москва, 2008., 42с.

140. Фаряшян А.В. Отдаленные результаты несъемного протезирования и потребность в ортопедическом лечении /А.В. Фаряшян, А.Ю. Малый// Зубной протез и здоровье: Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. Под ред. проф. Г.В. Большакова. М., 2004. - с. 88—92.

141. Фомичев Е. В Роль медицинских стандартов в стоматологии. /Е. В. Фомичев, О. Ю. Афанасьева//Волгоградский научно-медицинский журнал. 2011. - №3. - С. 55-58.
142. Федосьев В. И. Сопротивление материалов /В.И. Федосьев: учебник для вузов. — М: Изд. МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2002. — 592 с.
143. Хватова В.А. Функциональная окклюзия в норме и патологии /В.А. Хватова. - М.: Полиграфсервис, 1993.- 159 с.
144. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии /В.А. Хватова. - Нижний Новгород, 1996.- 275 с.
145. Хватова В.Н. Центральное соотношение челюстей /В.Н. Хватова// Мат. XIV и XV Всерос. научн. – практ. конф. и Труды X съезда стоматологической ассоциации России. – Москва, 2005.- С.229
146. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Книга I. Аномалии зубов и зубных рядов /Ф.Я Хорошилкина, Л.С. Персин. — М.: Ортодент-Инфо,1999. — 211 с.
147. Худякова Л. И. Профилактика вторичных зубочелюстных деформаций у студенческой молодежи г. Челябинска : автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 /Худякова Людмила Ивановна. – Пермь, 2012. – 22 с. : ил.
148. Цимбалистов А.В. Лечебно-диагностические мероприятия при планировании ортопедического лечения: учебное пособие /А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакидзе, Б.В. Трифонов . - Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2011.-186с.
149. Цимбалистов А.В. Метод оценки функционального состояния зубочелюстного аппарата: учебное пособие /А.В. Цимбалистов, А.А. Сеницкий, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, А.А. Симоненко, А.Г. Зайцева, Х.М. Геворгян. - Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2011.-36с.
150. Цимбалистов А.В. Применение метода доплерографии магистральных сосудов головы и шеи у стоматологических больных в клинической практике: учебное пособие /А.В. Цимбалистов, А.А. Сеницкий, А.К. Иорданишвили, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, В.В. Бабич.- Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2011.-24с.

151. Цимбалистов А.В. Оценка адаптационных возможностей у стоматологических больных: учебное пособие /А.В. Цимбалистов, А.К. Иорданишвили, А.А. Сеницкий, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, Е.Т. Гончаренко, В.В. Бабич, Ю.А. Гуторов.- Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2012.-84с.

152. Цимбалистов А.В. Применение метода психологического тестирования стоматологических больных в клинической практике: учебное пособие /А.В. Цимбалистов, А.К. Иорданишвили, А.А. Сеницкий, Т.А. Лопушанская, И.В. Войтяцкая, Л.Б. Петросян, В.В. Бабич, Ю.А. Гуторов .- Санкт-Петербург: СПб.: Человек, 2011.-44с.

153. Цукор С.В. Имплантация как часть комплексной программы функциональной и эстетической реабилитации зубочелюстной системы пациента в сложных случаях (при смещении нижней челюсти) /СВ. Цукор// Современная ортопедическая стоматология. - 2004. - №2. - С. 54 - 59.

154. Чуйко А.Н. Об особенностях биомеханики нижней челюсти в процессе жевания /А.Н. Чуйко// Пародонтология.- 2006. - №1. - с.40-47.

155. Чуйко А.Н. Некоторые вопросы окклюзии и их биомеханический анализ /А.Н. Чуйко// Новое в стоматологии.— 2004.— № 4.— С. 70-80.

156. Чуйко А. Н. О биомеханике мостовидных протезов /А.Н. Чуйко, Р.В. Кузнецов, В.Г. Выборный// Стоматолог.— 2003.— № 3.— С. 51-55.

157. Чуйко А. Н. Некоторые особенности биомеханики замковых креплений /А.Н. Чуйко О.В. Громов, В.Г. Выборный// Стоматолог — 2003.— № 8.— С. 44-50.

158. Чумаченко Е.И. Математическое моделирование напряженно-деформированного состояния зубных протезов /Е.И. Чумаченко, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебедеенко.-М.: Изд. МГМСУ, 2003.-271с.

159. Шарова Т.В. Факторы нарушения окклюзии и методы ее нормализации /Т.В. Шарова, Г.И. Рогожников, И.В. Сидоренко. - Пермь: Пермское книжное издательство, 1990. - С. 60-69.

160. Шарова Т.Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путем оптимизации взаимоотношения врача-стоматолога с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Шарова Татьяна Николаевна.- Омск, 2009.- 23 с.

161. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов /А.Д. Шварц.- М.: Медицина, 1994. – 203 с.

162. Шестопапов М. С. Конструирование мостовидных протезов при малых включенных дефектах зубных рядов с применением щадящих методов препарирования /М. С. Шестопапов// Стоматология, 2007. Том 86,№4.-С.46-49.

163. Шийха Ю. Г. Эффективность ортодонтического лечения в зависимости от психологического типа личности /Ю.Г. Шейха// Всероссийская науч. конф. с международным участием «Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний». — М., 2003. — С. 277—278.

164. Шкарин В.В. Грамотное оформление первичной медицинской документации как основной источник правовой защиты врачастоматолога /В.В. Шкарин, М.В. Ильина, О.Ю. Афанасьева //Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области 2010г. - № 2 с.35

165. Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология /А.С. Щербаков, Е.И. Гаврилов, В.Н. Трезубов, Е.Н. Жулев.- С. Петербург, 1994.- 541 с.

166. Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология /А.С. Щербаков, Е.Н. Гаврилов, В.Н. Трезубов, Е.Н. Жулев. - 5-е изд. доп. - Санкт-Петербург, 1997. - 576 с.

167. Щербаков А.С. Клиническое материаловедение по стоматологии /А.С. Щербаков, А.Ж. Петрикас. - Тверь, 1994. - 53с.

168. Adams S. H. Functional tooth contacts in lateral and in centric occlusion / S. H. Adams, H.A. Zander, J. Amer//. Dental Assoc. - 1964. - Vol. 69, №4.-P. 465-477.

169. Allen P.F. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures / P.F. Allen, A.S. McMillan// Clinical Oral Implants Research 2003, 14:173-179.

170. Allen P.F. Assessment of oral health related quality of life /P.F. Allen// Health Qual Life Outcomes 2003, 1:40.
171. Aquilino S.A. Evaluation of condylar position from temporomandibular joint radiographs /S.A. Aquilino, S.R. Matteson, G.A. Holland// J. prosth. Dent. - 1985., Vol. 53, N 1. - P. 89 - 97.
172. Ash M.M. An introduction to functional occlusion /M.M. Ash, S.P. Ramfiord. - Philadelphia, 1982. - 231 p.
173. Bishara S.E. Textbook of Orthodontics //S.E. Bishara, W.B. Saunders. - 2001. - 592 p.
174. Carlsson G.E. Temporomandibular Funktionsstorungen in der Praxis /G.E. Carlsson, T. Magnusson// Berlin. Quintessenz. - 2000. - P. 201.
175. Chuico A. N. Peculiarities of modeling and analysis of stressedly-deformed condition in elements of tooth-and-jaw system /A. N. Chuico// Proceedings of the 13th Conference of the European Society of Biomechanics. ACTA of Bioengineering and Biomechanics. Volume 4, Supplement 1, 2002. p.805- 806.
176. Chuico A.N. The peculiarities of biomechanics of the mandible during osteosynthesis with bone-borne plates with screws /A. N. Chuico, D.K. Kalinovsky, I.N. Matros-Taranets, I.K. Dufash// Journal of Biomechanics 2006; Vol.39 Suppl. 1, p. S565.
177. Counihan D. Six keys to nonextraction treatment / D. Counihan// J. Clin. Orthod. - 2005. -39 (7).-P. 397-412.
178. Cronin T. Parameters affect orthodontic treatment: Part 3. The tip-edge advantage and the unbelievable ability to unravel complicated anterior crowding /T. Cronin// Int. J. Orthod. Milwaukee. - 2006. - 17 (3). - P. 49-50.
179. Emden, E. Kiefergelenk und luckengelieb /E. Emden//Stomat -DDK.- 1979.- Bd.29,N3. - S. 192 - 194.
180. Ettala-Ylitalo Y. Influence of occlusal interferences on the periodontium in patients treated with fixed prosthesis/Y. Ettala-Ylitalo// J. Prosthet. Dent. - 1986. - Vol.55, N 2. - P.252 -255.

181. Eversole, L.R. Temporomandibular joint internal derangements and associated neuromuscular disorders / L.R. Eversole, L. Machado // J. Amer. Dental Assoc. -1985. - Vol. 110, JMbl. - P. 69-79.
182. Francis A. Moreland *Escape from Reason: A Penetrating Analysis of Trends in Modern Thought* by - 2006 by IVP Books .
183. Giddens. Anthony. *Introduction to Sociology, Seventh Edition*. W.W. Norton & Company, Inc. Date published: 2005-03 ISBN-13.
184. Graham Dawson (Editor). *Contested Spaces: Cultural Representations and the Histories of Conflict* / Graham Dawson (Editor), Louise Purbrick (Editor), Jim Aulich (Editor) by 2007 by Palgrave Macmillan.
185. Giddens Anthony. Appelbaum, and Deborah Carr, eds / Giddens Anthony, Mitchell Duneier, P. Richard// - 2009. *Introduction to sociology*. 7th ed. New York: Norton & Company Ltd.
186. Goldstein J. *Preventive Attack and Weapons of Mass Destruction: A Comparative Historical Analysis* Lyle Stanford University Press, - 2006.
187. Henslin James M. *Essentials of Sociology: a Down-to-earth Approach*, Boston: Pearson/Allyn and Bacon, - 2009. Print.
188. James E. Carlson. *Physiologic occlusion, DDS*// Midwest Press, 2009
189. Joseph Heath Andrew Potter *Nation of Rebels: Why Counterculture Became Consumer Culture* by - 2004 by Harper Business.
190. Kopp H. and Gillespie C., *Career Diplomacy: Life and Work in the U.S. Foreign Service*, - 2008.
191. Kleinfelder J.W. Maximal bite force in patients with reduced periodontal tissue support with and without splinting /J.W. Kliendfeler, K Ludwigt//J. Periodontal.- 2002. -Oct.;73(10):1184-7.
192. Lindhe J., Nyman S. Occlusal therapy. Chapter 30 in Lindhe J., Hairing T., Lang N.P. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Oxford.-2003.- p.731-743.
193. Lopez R. Epidemiology of necrotizing ulcerative gingival lesions in adolescents /R. Lopez, O. Fernandez, G. Jara, V. Baelum// J. Periodontal Res. - 2002.- Dec; 37(6):439-44.

194. Marino R. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults / R. Marino, M. Schofield, C. Wright, H. Calache, V. Minichiello// *Community Dent Oral Epidemiol* 2008, 36:85-94.
195. Michael Brecher *International Political Earthquakes* University of Michigan Press,-2008.
196. Michael S. *Making citizen soldiers* by Neiberg Harvard University Press, - 2000.
197. Michael W *Making War and Building Peace: United Nations Peace Operations* by. Doyle, - 2006 by Princeton University Press.
198. Michele J. Gelfand and Jeanne M. Brett *The Handbook of Negotiation and Culture* Edited by Stanford University Press, - 2004.
199. Nakamura K. A case of occlusal reconstruction for disintegration of occlusion. // *Nihon. Hotetsu. Shika. Gakkai. Zasshi.* - 2006. - 50 (2). - P. 256-259.
200. Okeson J. *The Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion.* - 5-th Ed. // Mosby, 2000. - 685 p.
201. Orchin J.D. Diagnosis and treatment planning for esthetic results /J. D. Orchin, A.M. Orchin// *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop.* - 2006. - 130 (6). - P. 696.
202. Peroz I. Otagia and tinnitus in patients with craniomandibular dysfunctions // *HNO.* -2001. - Vol. 49, Jfe 9. -P. 713-718.
203. Rappelli G. Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: achieving predictable aesthetics /G. Rappelli, A. Putignano// *Pract Proced Aesthet Dent.* - 2002. - Aug.; 14(6): p.495-500; quiz 501.
204. Ronchin M. European Board of Orthodontics case report: malocclusion in adult patient. // *Prog. Orthod.* 2006. - 7 (1). - P. 86-94.
205. Ruf Sabine. Orthognathic surgery and dentofacial orthopedics in adult Class II Division 1 treatment: mandibular sagittal split osteotomy versus Herbst appliance /Sabine Ruf, Hans Pancherz// *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.*-2004 - Volume 126, Number 2.

206. Roy J. Making Sense of Intractable Environmental Conflicts: Concepts and Cases /J. Roy, Lewicki, Barbara Gray, Michael Elliott // Edited by Island Press, - 2002.
207. Spagnoli E. Functional devices // Prog. Orthod. - 2005. - 6 (2). - P. 135.
208. Stability of orthodontic treatment. Part 1 / E.L. Gottlieb, M. Cozzani, J.F. de Harfin et al. // J. Clin. Orthod. - 2006. - 40 (1). - P. 27-38.
209. Tsakos G. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people /G.Tsakos, J.G.Steele, W. Marcenes, A.W. Walls, A. Sheiham// Eur J Oral Sci 2006, 114:391-395.
210. Talib F. The relationship between total quality management and quality performance in the service industry: a theoretical model /Faisal Talib, Zillur Rahman, M.N. Qureshi // International Journal of Business, Management and Social Sciences. - 2010. - Vol. 1, № 1. - P. 113-128.
211. The role of psycho-social factors in headgear compliance /U. Agar, C. Doruk, A.A. Bicakci, N. Bukusoglu//. - Eur. J. Orthod. - 2005. - 27 (3). - P.263-267.
212. Tsakos G. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people /G.Tsakos, J.G. Steele, W. Marcenes, A.W. Walls, A. Sheiham// Eur J Oral Sci 2006, 114:391-395.
213. Tipton N.J. Category 7: Class II skeletal malocclusion with transverse maxillary constriction in an adult patient /N.J. Tipton// Am J. Orthod. Dentofacial Orthop. - 2005. - 128 (4). - P. 528-534.
214. Veyrune J.L. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients /J.L. Veyrune, S. Tubert-Jeannin, C. Dutheil, P. J. Riordan// Gerodontology.- 2005.-№ 22:3-9.
215. Williams J.W. Is this patient clinically depressed /J.W. Williams, P.H. Noel, J.A. Cordes, G. Ramirez, M. Pignone// J Am Med Assoc.- 2002.- 287:1160-1170.
216. Wong M.C. Tooth loss, denture wearing and oral health-related quality of life in elderly Chinese people /M.C. Wong, A.S. McMillan// Community Dent Health. - 2005. - 22:156-161.
217. World Health Organization [Electronic resource] Depression.-2005.-Access mode:http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en

Диагностическая программа определения уровня конфликтологической культуры личности, предложенная Рогожниковой Р.А., Стрельцовым Р.В. (2013), применяемая для изучения сформированности данного личностного образования у врачей-стоматологов

Уровни сформированности конфликтологической культуры	Показатели структурных компонентов конфликтологической культуры как интегративного личностного образования		
	Когнитивный компонент	Эмоциональный компонент	Поведенческий компонент
1.Примитивный	Отсутствие психолого-педагогических знаний о природе конфликта, его динамике, структуре, эффективных способах разрешения конфликтных ситуаций. Отождествление конфликта с противоборством, ссорой.	Крайне низкий уровень эмпатии, блокировка эмпатических каналов. Склонность открыто выразить свои эмоции, не заботясь о чувствах окружающих. В случаях длительного конфликта появление депрессивных состояний.	Стремление к расширению и обострению конфликта. Низкая культура общения. Отсутствие умения остановить эскалацию напряженности.
2.Формальный	Формальный характер суждений о конфликте и конструктивном межличностном общении, характеризующийся разрывом между суждениями и поведением. Низкий уровень психолого-педагогических знаний о конфликте и способах разрешения конфликтных ситуаций. Искаженное восприятие конфликтной ситуации.	Конфликтному взаимодействию сопутствуют состояние психического напряжения и агрессия в отношении оппонента. Нетерпимость к чужому мнению. Немотивированное чувство обиды. Отсутствие потребности «соблюдать суверенитет» личностного пространства окружающих.	Несформированность практических навыков и умений по предупреждению и конструктивному разрешению конфликта. Слабо развитая способность рефлексировать собственные действия. Попытка вовлечь в конфликт других участников.

Диагностическая программа определения уровня конфликтологической культуры личности, предложенная Рогожниковой Р.А., Стрельцовым Р.В. (2013), применяемая для изучения сформированности данного личностного образования у врачей-стоматологов

3.Соблюдение нейтралитета	Предпочтительная ориентация на бесконфликтное общение. Убеждение в необходимости проведения «политики невмешательства».	Способность управлять своим эмоциональным состоянием в предконфликтных и конфликтных ситуациях носит ситуативный характер. Регуляция эмоционального возбуждения обусловлена определенной социальной средой. Толерантность по отношению к людям, которые импонируют.	Склонность занимать в конфликте пассивную позицию. Стремление уйти от решения острых вопросов, пойти на компромисс. Низкая частота конфликтных взаимодействий.
4.Адекватный	Целостная система представлений о природе конфликта, его структуре и динамике способствует объективной оценке конфликтных ситуаций, но еще не обеспечивает прогнозирование развития конфликта и его возможные последствия.	Самообладание, самоконтроль способствует качественным межличностным отношениям	Практические навыки и умения по предупреждению и конструктивному разрешению конфликта сформированы, но носят бессистемный характер. Непоследовательность в поведении, тенденция уходить от острых вопросов.

Диагностическая программа определения уровня конфликтологической культуры личности, предложенная Рогожниковой Р.А., Стрельцовым Р.В. (2013), применяемая для изучения сформированности данного личностного образования у врачей-стоматологов

5.Оптимальный	Представление о конфликте как о факторе личностного и общественного развития. Наличие систематизированных психолого-педагогических знаний о природе конфликта, его структуре, динамике, эффективных способах разрешения конфликтных ситуаций. Система знаний позволяет прогнозировать развитие конфликта и его возможные последствия, обеспечивает быстрое принятие правильных решений.	Умение управлять своим эмоциональным состоянием в предконфликтных и конфликтных ситуациях. Самообладание в случаях затяжного конфликта или проигрыша в нем. Депрессивное состояние не грозит.	Психологически грамотное поведение в конфликте. Сосредоточение усилий на конструктивном разрешении конфликта. Аргументация и цивилизованная полемика в условиях спора. Неприятие воздействий, противоречащим личностным установкам.
---------------	---	---	---