

22. Vitamin D receptor polymorphisms (FokI, BsmI) and breast cancer risk: association replication in two case-control studies within French Canadian population / M. Sinotte, F. Rousseau, P. Ayotte [et al.] // Endocrine-Related Cancer. – 2008. – V. 15. – P. 975–983.
23. Vitamin D Receptor (FokI, BsmI and TaqI) gene polymorphisms and type 2 Diabetes Mellitus: a North Indian Study / H.K. Bid, R. Konwar, C.G. Aggarwal [et al.] // Indian J Med Sci. – 2009. – V. 63, No. 5. – P.187-194.

Реферати

ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ BsmI ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Обухова О.А., Гарбузова В.Ю., Атаман Ю.А., Будко В.В., Атаман А.В.

Представлены результаты определения BsmI (rs1544410) полиморфизма гена рецептора витамина D (VDR) у 170 больных с ишемическим атеротромботическим инсультом (ИАТИ) и 124 здоровых индивидуумов (контрольная группа). Установлено, что у больных с ИАТИ соотношение гомозигот b/b, гетерозигот и гомозигот B/B составляет 41,8%, 43,5% и 14,7% (в контроле – 46%, 41,9% и 12,1%, P=0,707 по χ^2 -критерию). У лиц и женского, и мужского пола не выявлено статистически значимой связи между BsmI полиморфизмом гена VDR и ИАТИ.

Ключевые слова: рецептор витамина D, полиморфизм генов, ишемический инсульт.

Стаття надійшла 02.11.2012 р.

VITAMIN D RECEPTOR GENE BsmI SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISM IN THE PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION
Obukhova O.A., Garbuzova V.Yu., Ataman Y.A., Budko V.V., Ataman A.V.

BsmI polymorphism (rs1544410) of vitamin D receptor (VDR) gene in 170 patients with ischemic atherothrombotic stroke (IATS) and in 124 healthy people was determined. It was shown that in the patients with IATS distribution of b/b homozygotes, heterozygotes and B/B homozygotes was 41,8%, 43,5% and 14,7% (in control – 46%, 41,9% and 12,1%, P=0,707 by χ^2 -test). In the individuals both of female and male sex any statistically significant association between the BsmI polymorphism of the VDR gene and IATS was not revealed.

Key words: vitamin D receptor, gene polymorphism, ischemic stroke.

Рецензент проф. Запорожець Т.М.

УДК 616.8-009.11-053.5-08

Є.Ю.Страшко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

НОВИЙ МАРКЕР ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ У ХВОРИХ НА СПАСТИЧНІ ФОРМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

У статті надано наукове обґрунтування застосування нового маркера ефективності корекції рухового стереотипу у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу шляхом оцінювання обсягу рухів у шийному відділі хребта, як ланки м'язових спіралей, з урахуванням інтенсивності больових відчуттів. Запропонована автором програма реабілітації передбачає вплив на організм хворих на ДЦП з включенням в роботу всього біокінематичного м'язового ланцюга, з урахуванням спіралеподібної побудови м'язів тіла під час виконання реабілітаційних процедур. Збільшення обсягу рухів шийної ділянки хребта з урахуванням інтенсивності больових відчуттів доцільно використовувати у якості критерію ефективності реабілітаційного впливу на м'язові спіралі у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, м'язові спіралі, шийна ділянка хребта, реабілітація, руховий стереотип.

Робота є ініціативною.

Запорукою успішності та ефективності реабілітації хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу (ДЦП) повинно бути вирішення основних наступних завдань: насамперед формування рухового стереотипу, наближеного до оптимального, формування навички правильної постави і правильного положення стоп, нормалізація довільних рухів у суглобах верхніх і нижніх кінцівок, корекція координаційних порушень, тренування м'язово-суглобового відчуття, профілактика та корекція контрактур, активізація психічних процесів та пізнавальної діяльності. Руховий стереотип - стійкий індивідуальний комплекс умовно-рефлекторних рухових реакцій, що реалізуються у певній послідовності в забезпеченні позно-тонічних функцій (ходи, постави) [3]. На теперішній час накопичено великий арсенал методик, що спрямовано на вирішення цього складного для медичної науки питання, але на шляху до його розв'язання потрібно зробити ще велику кількість кроків. Пошук нових напрямків у пов'язано, насамперед, із широкою розповсюдженістю цього захворювання, поліморфізмом клінічних проявів, складнощами лікування, високим ступенем неповносправності хворих з порушенням їх соціально-побутової адаптації [1, 8].

Відомо, що основний клінічний патерн ДЦП характеризується нездатністю хворого зберігати нормальну вертикальну поставу тіла та виконувати довільні рухи [4]. Україн перспективним підходом до відновного лікування у цьому сенсі є розглядання рухового стереотипу людини у контексті збалансованої роботи функціональних об'єднань скелетних м'язів, які представлені поздовжніми м'язовими групами, м'язовими парами і м'язовими спіралями (МС). Взаємодіючи між собою, парні поздовжні об'єднання м'язів зберігають симетрію тіла і беруть участь у рухах хребта й осевого скелету в цілому. М'язи, розташовані вентральніше хребта, виступають як згиначі; м'язи, розташовані дорзальніше - як розгиначі, а одночасне скорочення гомолатеральних вентральних і дорзальних груп доповнює дію бічних метамерних м'язів, які забезпечують бічні нахили хребта. М'язові пари - це об'єднання м'язів, які забезпечують стабілізацію і рух кінематичних ланок тіла навколо конкретної осі обертання. М'язові спіралі - функціональні об'єднання м'язів,

які забезпечують обертально-поступальні рухи. Основа МС - ланцюг скелетних м'язів, суть функціонування котрого це передача зусилля від ланки до ланки. При цьому до кожної спіралі належить певний набір м'язів, з якого окремі можуть брати участь в інших спіралях.

При порушенні спіральних м'язових взаємодій розвиваються зміни, які розтинають білатеральну симетрію тіла і знижують працездатність м'язів. МС в нормі пролягають від голови, шиї, продовжуються на м'язах верхніх кінцівок, м'язах спини, грудей до протилежної нижньої кінцівки.

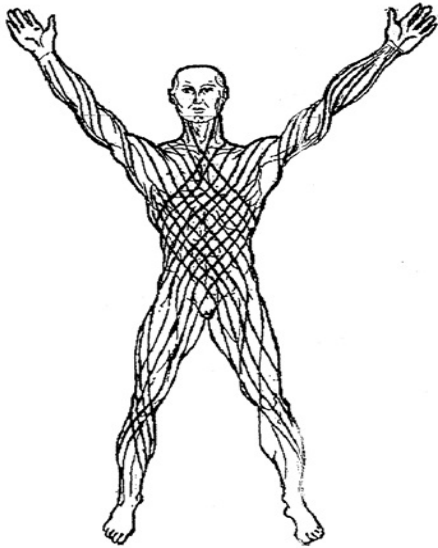


Рис. 1. Загальна схема розташування м'язових спіралей у тілі людини (за Шапаренко П.П., 2003).

Вони підтримують осьовий скелет, динамічно фіксують положення голови, зберігають фізіологічні вигини хребта, беруть участь у дихальних рухах грудної клітки, а також забезпечують стабільність положення тіла та рухи кінцівок (рис.1). Вперше детальний опис розташування та білатеральну динамічну симетрію м'язових спіралей у тілі людини було надано Шапаренком П.П. [7].

Вплив на м'язові ланцюги у хворих на ДЦП було вперше реалізовано у методі динамічної проприоцептивної корекції за допомогою лікувального костюму «Аделі» Семенової К.О. [6]. Подальший розвиток цього напрямку відображено у науково-практичній діяльності професора Козьявкіна В.І. [5], який запропонував авторську методику, що базується на біомеханічній корекції хребта і великих суглобів та впливу на м'язові спіралі тулубу та кінцівок за допомогою костюму біодинамічної корекції рухів «Спіраль» з подальшою побудовою наближеного до фізіологічного рухового стереотипу.

З метою подальшого вдосконалення цього підходу та збільшення ефективності цієї методики особливо для хворих на ДЦП, котрі не в змозі самостійно стояти і ходити, нами була розроблена та апробована власна реабілітаційна програма, принциповою особливістю котрої був вплив на організм хворих на ДЦП з включенням в роботу всього біокінематичного м'язового ланцюга, по можливості одночасно, з урахуванням спіралеподібної побудови м'язів тіла під час виконання реабілітаційних процедур [9]. Шийна ділянка хребта біокінематично пов'язана з усіма відділами хребта, суглобами тазу та з нижніми кінцівками, а шийні м'язи (згиначі та розгиначі) є невід'ємною частиною основних м'язових спіралей, які оплутують тіло людини від нижніх кінцівок до голови. Тому, обмеження рухів у шийному відділі хребта виникають як самостійні патозначимі функціональні блоки, так і як компенсаторні саногенетичні з метою утримання балансу тіла, це, як наслідок, є однією із ланок формування патологічного рухового стереотипу.

Метою роботи була розробка та апробація нового маркера ефективності корекції рухового стереотипу у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу шляхом оцінювання обсягу рухів у шийному відділі хребта, як ланки м'язових спіралей, з урахуванням інтенсивності больових відчуттів.

Матеріал та методи дослідження. З метою вирішення поставлених завдань у дослідження було включено 168 дітей віком від 3 до 7 років, зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу (спастична диплегія – 68 дітей, геміплегія – 63, подвійна геміплегія – 37 хворих). Усі діти підрозділялися на дві групи спостереження: основна група представлена 98 дітьми, що пройшли курс реабілітації на базі Центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні за період 2007-2011 рр; контрольну групу склали 70 аналогічних за віком та статтю дітей, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Обстеження контрольної групи проводили одночасно з обстеженням хворих основної групи до курсу лікування під час звернення дитини до лікувальної установи та після проходження курсу відновлювального лікування. Згідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічного протоколу реабілітації дітей з церебральним паралічем» № 889 від 09.12.2009 діти контрольної групи отримували стандартний комплекс відновлювальної терапії.

Для дітей основної групи нами було розроблено та запропоновано власна реабілітаційна програма, що передбачала комплексний фізіотерапевтичний вплив на МС шиї, тулубу і кінцівок. Запропонована реабілітаційна програма для дітей, хворих на спастичні форми ДЦП, шляхом впливу на м'язові спіралі, включала в себе:

- *апаратну фізіотерапію на перехрестя МС* (біомеханічна стимуляція, синусоїдальні модульовані струми, електроміостимуляція). Біомеханічну стимуляцію м'язів проводили апаратами „Грізлі” та „Юність” в режимах, рекомендованих виробником 22 Гц 2-3 хв, 26 Гц 2-3 хв. На курс лікування - 8-12 процедур. Апаратна фізіотерапія призначалась апаратами «Ампіпульс», «Стимул» з конкретизацією впливу на вражені м'язові спіралі: їх перехрестя на шиї, стегні, попереці, на проекції м'язових ланцюгів зовнішньої чи внутрішньої ротації кінцівок (індивідуально). Кількість процедур - № 5-6 через день. Вихідне положення під час процедури БМС також добиралось індивідуально таким чином, щоб розтягувалася м'язова спіраль, часткою якої є патозначимий м'яз;

- *грязелікування та озокеритотерапія* на місця перехресть МС;
- *масаж за ходом МС*, який за характером впливу і задачам значно відрізнявся від масажу, який застосовується традиційно при спастичних формах ДЦП. Усі прийоми його були спрямовані на нормалізацію рефлекторної діяльності ЦНС, та тонусу м'язових ланцюгів. Для досягнення розслаблення при спастичних станах м'язів у спіралях застосовували пасивні мультвекторні м'якотканні прийоми за авторською модифікацією з одночасним впливом на суглоби масуємих ділянок. Для стимуляції гіпотонічних і функціонально ослаблених м'язів з метою підвищення їхнього тонусу і скорочувальних можливостей застосовували прийоми глибокого погладження, розтирання, розминання, штрихування за ходом м'язового ланцюга, завдяки чому також знижався тonus у м'язових спіралях антагоністах. У процедурі використовувалися елементи сегментарного масажу для рефлекторного впливу на сегментарний апарат спинного мозку через визначені ділянки шкіри, рецептори сухожиль, зв'язок, м'язів, також місць перехрестів МС. Прийоми виконувалися по 3-5 разів.
- *мобілізацію скорочених, патологічно напружених м'язів* кінцівок і тулуба проводиться одночасно з м'язами всієї спіралі. Вплив на скорочені м'язи виконується у вихідному положенні лежачи на спині на опуклій м'якій опорі, сидючи на набивній м'якій колоді „верхи” з розташуванням тулуба і кінцівок таким чином, щоб кінематичний вплив охоплював розтягуванням одночасно всю спіраль, в яку входить скорочений м'яз, одночасно стимулюючий вплив проводився на м'язовий ланцюг-антагоніст;
- *корекцію рухового стереотипу лікувальною гімнастикою „Спіралі”* проводилась з метою фіксації досягнутого корекційного впливу, оптимізації поз та рухів, тренування рівноваги, релаксації скорочених та активації в'ялих м'язів на нестійкій опорі, батуті, надувній подушці, гімнастичних м'ячах у в.п. стоячи, сидючи самостійно або з допомогою лікаря, лежачи на животі, спині з одночасним включенням в роботу кінематичних ланцюгів протилежно-орієнтованих м'язових спіралей. Таким чином мобілізація зусиль динамічного потенціалу всіх ланок кінематичного ланцюга спіралі дає можливість проявити максимальні силові резерви, балансувати в гравітаційному полі.
- *метод лікування положенням з використанням полегшуючих, корегуючих укладок та укладок* в середньому положенні з урахуванням впливу на скорочені м'язи в в.п. з одночасною корекцією всієї спіралі, та активації спіралі - антагоніста.
- „Школа батьків” застосовувалась для збереження та закріплення ефекту між стаціонарними курсами реабілітації.

Таким чином, при застосуванні нашої методики терапевтичний вплив на спастичні м'язи оказувався безпосередньо та шляхом впливу на ділянки усієї м'язової спіралі. Найбільш інформативним та вірогідним, простим у виконанні як критерій ефективності реабілітаційного впливу на м'язові спіралі у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу є дослідження пасивних бокових нахилів у шийному відділі з одночасною ротацією в гетеролатеральний бік, таким чином тестується верхня порція трапецієподібного та грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Ця методика тестування дозволяє проводити дослідження навіть у хворих з обмеженими руховими можливостями у положенні лежачі. Для здорової дитини такий боковий нахил шийного відділу хребта досягає 50° від вертикальної вісі. Вимір кута бокового нахилу проводиться в бік більш обмеженого руху.

З метою кількісної оцінки вихідного стану пацієнтів та змін після проведених курсів лікування нами запропоновано наступна бальна оцінка змін обсягу обмеження рухів у шийному відділі хребта:

- 1) відмінний результат – приріст обсягу рухів складає $\geq 15^\circ$;
- 2) добрий результат – приріст обсягу рухів складає $10^\circ - 14,99^\circ$;
- 3) задовільний результат – приріст обсягу рухів складає $5^\circ - 9,99^\circ$;
- 4) незадовільний результат – приріст обсягу рухів складає $\leq 5^\circ$.

Тестування обсягу рухів у шийної ділянці часто супроводжується больовим синдромом, інтенсивність якого у дітей коливається. Важливим, на нашу думку, є оцінка інтенсивності больового відчуття під час проведення тесту, яка у певній мірі визначає існуючий стан хворого, об'єм і методику реабілітаційних заходів, а також є критерієм її ефективності. Для дітей з досліджуваних груп при самооцінці інтенсивності болю використовували візуальну аналогову шкалу з малюнками щасливих і нещасливих облич - Шкалу гримас обличчя Вонга-Бейкера [2], яка має відповідне цифрове кодування, що наведено на рис.2.

						
	0	1	2	3	4	5
Оцінка болю	Нема болю	Мінімальний біль	Середній біль	Вирізний біль	Дуже виразний біль	Найвиразніший біль
Бали	0	2	4	6	8	10

Рис. 2. Шкала гримас обличчя Вонга-Бейкера для оцінки інтенсивності болю.

Шкала є зручною при заповненні і дозволяє отримати інформацію про динаміку болю: зіставляючи попередні та наступні показники больових відчуттів, можна судити про ефективність проведеного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Під впливом проведеного лікування в більшості випадків була досягнута позитивна динаміка в клінічному статусі хворих, при цьому ефективність реабілітації та стійкість досягнутого лікувального ефекту в досліджуваних групах була різною. Так, у хворих основної та контрольних груп було виявлено зміни у рухливості шийного відділу хребта, які було зафіксовано за допомогою запропонованої інтегральної оцінки, а саме у хворих, що займалися за запропонованою методикою обсяг рухів у шийній ділянці хребта (пасивний боковий нахил з елементом ротації) вірогідно збільшився при зіставленні з показниками до початку реабілітації, також звертає на себе увагу вірогідне зменшення інтенсивності болісних відчуттів, що дозволяє проводити маніпуляції у більшому обсязі (табл.2).

Таблиця 2

Результати реабілітаційного впливу на показники обсягу рухів у шийній ділянці хребта

Досліджувані групи	Основна група		Контрольна група	
	Вихідні дані	Після лікування	Вихідні дані	Після лікування
Обсяг рухів у шийній ділянці хребта (пасивний боковий нахил з елементом ротації) ^о	22,4 ± 2,17° *	33,2 ± 3,05° *	23,6 ± 2,21°	28,1 ± 4,11°
Інтенсивність болю, бали	4,4 ± 0,2*	1,7 ± 0,1*	4,2 ± 0,3	2,8 ± 0,3

Примітка: * - відмінності вірогідні

Зміни, що відбулися в ділянці м'язових спіралей у шийному відділі хребта у хворих досліджуваних груп під час інтегральної оцінки ефективності проведеного реабілітаційного впливу з урахуванням спіралеподібної побудови м'язів та з включенням в роботу всього біокінематичного м'язового ланцюга одночасно, наведено на рис. 3., який наочно демонструє переважну більшість відмінних результатів реабілітації серед хворих основної групи та кількість задовільних серед контрольної.

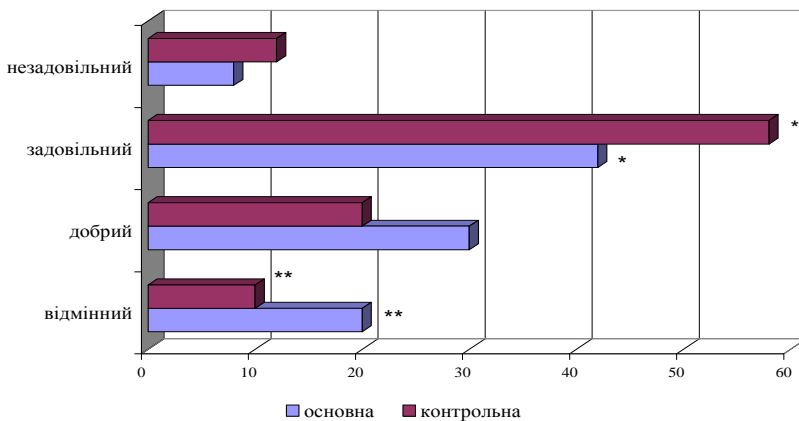


Рис. 3 Результати інтегральної оцінки ефективності проведеного реабілітаційного впливу на ділянку м'язової спіралі у шийному відділі хребта у хворих досліджуваних груп (%).

*, ** - відмінності вірогідні

Висновки

1. Запропонований спосіб реабілітації дітей, хворих на спастичні форми ДЦП, має виразний саногенетичний вплив, тобто стимулює власні резерви здоров'я та запускає каскад реакцій організму, спрямований на формування рухового стереотипу, наближеного до оптимального, за рахунок відновлення збалансованої роботи функціональних об'єднань скелетних м'язів (м'язових спіралей).
2. Зрушення у шийній ділянці хребта досить інформативні як до проведення лікування з метою оцінки вихідного стану, так і в динаміці та по закінченню курсу як інтегральний показник стану м'язової кінематичної спіралі.
3. Збільшення обсягу рухів шийної ділянки хребта з урахуванням інтенсивності больових відчуттів доцільно використовувати у якості критерію ефективності реабілітаційного впливу на м'язові спіралі у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу.

Література

1. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина - Киев: Здоровье, 2008. - 327 с.
2. Воронко Е.А. Острая и хроническая боль. Диагностика, тактика, лечение в системе первичной медицинской помощи: учебно-методическое пособие / Е.А. Воронко - Минск: БелМАПО, 2009. - 66 с.
3. Иваничев Г.А. Мануальная медицина / Г.А. Иваничев – Казань: Идеал-Пресс, 2008 – 486 с.
4. Козьякин В.И. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьякина / В.И. Козьякин, Н.Н. Сак, О.А. Качмар [и др.] — Львів: НВФ «Українські технології», 2007. — 192 с.
5. Сак Н.Н. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / Н.Н. Сак, О.А. Качмар, М.А. Бабадаглы // Львів: "Малті-М", 2007, - 180 с.
6. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. / К.А. Семенова— М.: Закон и порядок, 2007. — 616 с.
7. Шапаренко П.П. Анатомія людини / П.П. Шапаренко, Л.П. Смольський – Київ: Здоров'я, 2003. – 376 с.
8. Шамарин Т.Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т.Г. Шамарин, Г.И. Белова — Калуга: 2006. – 312 с.

9. Юшковська О.Г. Саногенетична роль реабілітаційного впливу на м'язові спіралі у формуванні правильного рухового стереотипу тіла хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу / О.Г. Юшковська, Є.Ю.Страшко // Медична реабілітація, кураторологія, фізіотерапія. – Київ. – 2012, № 2. – С. 34-38.

Реферати

НОВЫЙ МАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Страшко Е.Ю.

В статье дано научное обоснование применения нового маркера эффективности коррекции двигательного стереотипа у больных со спастическими формами детского церебрального паралича путем оценки объема движений в шейном отделе позвоночника, как звена мышечных спиралей, с учетом интенсивности болевых ощущений. Предложенная автором программа реабилитации предполагает воздействие на организм больных ДЦП с включением в работу всей биокинематической мышечной цепи, с учетом спиралеобразного строения мышц тела во время выполнения реабилитационных процедур. Увеличение объема движений шейного участка позвоночника с учетом интенсивности болевых ощущений целесообразно использовать в качестве критерия эффективности реабилитационного воздействия на мышечные спиралы у больных со спастическими формами детского церебрального паралича.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, мышечные спиралы, шейный отдел позвоночника, реабилитация, двигательный стереотип.

Стаття надійшла 22.11.2012 р.

NEW MARKER PERFORMING THE EFFICIENCY OF CORRECTION OF MOVEMENT PATTERNS IN PATIENTS WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY

Strashko E.Y.

The article provides a scientific justification of use of a new marker performing the efficiency of correction of movement patterns in patients with spastic forms of cerebral palsy by evaluating the range of motion in the cervical spine as an element of spiral muscle, evaluating the intensity of pain. Rehabilitation program proposed by the author provides impact on cerebral palsy with the involvement of all biokinetic muscle chains, considering spiral composition of body muscles during rehabilitation procedures. Increase of range of motion in cervical spine area considering the intensity of pain should be used as a performance criterion of rehabilitation effects on spiral muscle in patients with spastic form of cerebral palsy.

Key words: cerebral palsy, muscular spiral, cervical area of the spine, rehabilitation, motor stereotype.

Рецензент проф. Дубінін С.І.

УДК 616.314-085.46

Д.Р. Шилецко, Е.А. Писаренко, К.А. Удачнова, В.А. Дубина, Н.Н. Клепач, Хавалкина А.М.
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ И ФИЗИОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ОРГАНА НА ДОСТОВЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦВЕТОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА В РЕСТАВРАЦИОННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

В работе проведен анализ доступных литературных данных о влиянии психоэмоционального состояния врача и пациента на достоверное определение цвета в эстетической стоматологии. Рассмотрено влияние особенностей физиологии зрительного органа на процесс цветидентификации.

Ключевые слова: цвет, зубы, физиология органа зрения.

Работа является инциативной.

Достоверная передача цвета в реставрации играет важнейшую роль в эстетической стоматологии. В тоже время для пациента цвет реставрации несет не только функциональную нагрузку, но также эстетическую и даже эмоциональную. Поэтому в области работы с цветом и светом все усилия стоматологов сосредоточены на повышении качества передачи оптических характеристик зуба как можно ближе к оригиналу и пожеланиям пациента.

Талантливый и опытный мастер работает всегда для тех, кто будет его продукцию потреблять, т.е. для читателей, зрителей, посетителей, а в случае оказания стоматологической помощи - пациентов. На них рассчитана его работа. Именно о них думает хороший стоматолог. Но, что делать самому стоматологу, если жизнь его полна проблем, если его психологическое состояние нестабильно, неблагополучно, если он не испытывает радости от жизни, не пребывает в состоянии счастья? И возможно ли, что стрессы, проблемы, негативные психологические факторы каким-то образом влияют на его работу, и, в частности – на выбор цвета?

Выбором цвета при оформлении полиграфической продукции занимаются профессиональные дизайнеры, прекрасно разбирающиеся в вопросах успешности цветовой композиции. Художник подбирает цвет, используя закономерности цветовых контрастов, цветовой гармонии, цветового конструирования и т.п. Он учитывает вопросы психологического отклика потребителя на ту или иную цветовую гамму. В наше время, креативный дизайнер учитывает и факт субъективности цветовых предпочтений читателя, разрабатывая продукт концептуально, в соответствии с законами моды и стиля, он подает информацию таким образом, чтобы затронуть, привлечь внимание максимальной аудитории, старается учесть вопросы не только гармоничности, но, зачастую, и диссонанса [9]. В стоматологии же врачи, прежде всего, сосредотачиваются на передаче тех характеристик цвета, которые сам врач (зачастую весьма субъективно) считает преобладающими. В тоже время эмоциональный фон, психологический тип, типология личности пациента может заставить доминировать те характеристики цвет которым врач и вовсе может не предать значения.