



Pure Innovation



Planmeca Compact a



*Planmeca ProMax 3D
X-ray concept*



Planmeca ProOne



На чем базируется практика будущего? Как достичь наилучших результатов? С помощью инновационного оборудования, хорошей организации рабочего процесса, интегрированных решений. Благодаря мечтам, которые становятся реальностью. Новое поколение продукции Planmeca превосходит потребности завтрашнего дня, сочетая в себе передовые технологии и простоту дизайна. А вы бы хотели насладиться изяществом формы и безупречностью функции будущего?

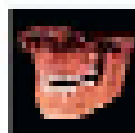
Просим обращаться

РАУДЕНТАЛЛ

Россия, 191002, Санкт-Петербург, Большая Московская 6, офис 47

Тел. (812) 710-88-51, 710-88-52, тел./факс (812) 710-88-60

e-mail: raudentall@mail.ru, <http://www.raudentall.ru>



PLANMECA



СОДЕРЖАНИЕ

СТОМАТОЛОГИЯ

ДЛЯ ВСЕХ

International Dental Review



Стоматологическая
Ассоциация
России

Редакционный совет:

Алимский А.В., Бажанов Н.Н.,

Барер Г.М.,

Боровский Е.В., Вагнер В.Д.,

Глазов О.Д., Дунаев М.В.,

М. Кипп,

Кисельникова Л.П., Козлов В.А.,

Колесник А.Г.,

Кузьмина Э.М.,

Кулаков А.А., Макеева И.М.,

Максимовский Ю.М.,

Максимовская Л.Н.,

Пахомов Г.Н., Полуев В.И.,

Рабинович С.А.,

Сахарова Э.Б., Сорокоумов Г.Л.,

И. Хен, Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Хирургическая стоматология

Взаимосвязь показателей макро- и микроэлементов ротовой жидкости и клеточного состава периферической крови при одонтогенных воспалительных заболеваниях.

Л.Н. Мубаракова

4

Эстетическая стоматология

Использование отбеливающего средства, содержащего 10% перекись карбамида, для улучшения цвета витальных зубов в домашних условиях. О.О. Янушевич, Н.И. Крихели
Сравнение стабильности эстетических параметров прямых и непрямых реставраций зубов из микрогибридного композитного материала.

Ю.М. Максимовский, О.С. Тишкина, В.М. Гринин

8

14

Психологические аспекты стоматологии

Алгоритм взаимодействия ассистента с пациентами на этапах стоматологического приема. В.В. Бойко, Е.А. Зыкина

20

Ортодонтия

Primum non nocere! Л.П. Кисельникова, Н.Л. Рамм

30

Рентгеностоматология

Возможности применения денального компьютерного томографа E-WOO Vatech в планировании имплантации и ортопедического лечения. М.А. Чибисова

37

Обезболивание в стоматологии

Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути ее повышения. Часть 2. С.А. Рабинович, Г.И. Кузнецов, О.Н. Московец, Е.В. Зорян
Опыт применения препарата "Ксефокам рапид" в сочетании с местной анестезией при удалении третьих моляров и сравнительный анализ эффективности "Ксефокама рапид" и анальгина при купировании постпломбировочных болей. Л.А. Григорьянц, И.М. Рабинович, А.Ш. Алимов, Л.Н. Герчиков

40

44

Челюстно-лицевая хирургия

Способ устранения посттравматического эн- и гипопфтальма. А.С. Караян, Е.С. Кудинова, Д.А. Бронштейн, С.А. Заславский

48

Ортопедическая стоматология

Возможности аттачмена МК-1 (Германия) в конструировании современного бюгельного протеза.

54 Р.Ю. Куликов, Н.В. Бондарев

Лечение синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС в комплексе с "Детензор"-терапией. В.Н. Дымкова, О.П. Гончарова

58

Лазеры в стоматологии

Антисептическая обработка корневых каналов с применением диодного лазера. Н.Т. Бутаева, И.М. Макеева, А.Ю. Туркина

60

Организация и экономика в стоматологии

Социально-экономическое обоснование и внедрение модели семейного принципа оказания стоматологической помощи в частной клинике на бесплатной основе для детей. А.Я. Долгоаршинных

64

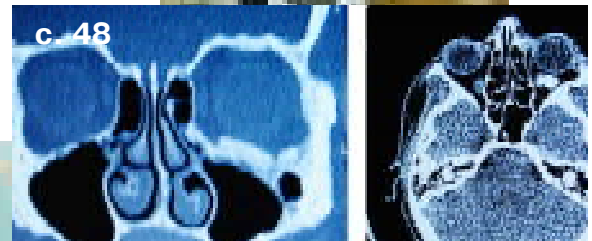
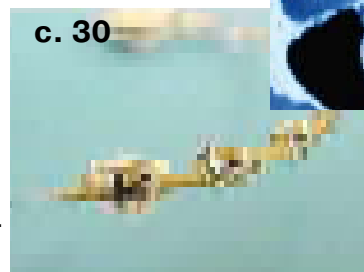
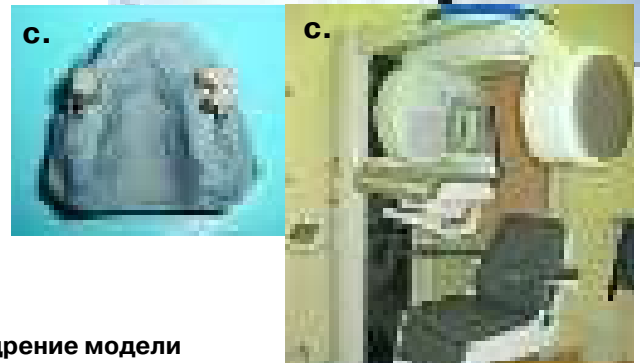
ОБРАЗОВАНИЕ

Перспективная модель учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов в интернатуре по специальности 040401 "стоматология общей практики". А.А. Абрамов

66

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

70 **Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора А.И. Дойникова**
71 **На 23-м Международном стоматологическом форуме**



Журнал "Стоматология для всех" включен ВАК Минобрнауки РФ в "Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук".

Редакция журнала «Стоматология для всех/International Dental Review»

Адрес: Россия, 121099, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34
Телефон/факс: (495) 605-74-24, 609-24-40
E-mail: sdvint@mail.ru **Интернет:** www.sdv.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений. Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакции, редакционной коллегии и редакционного совета. Перепечатка — только с согласия редакции.

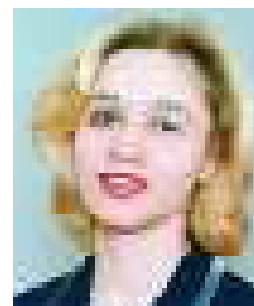
Учредитель:
ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех»

Свидетельство о регистрации № 016367 от 15 июля 1997 г.



Хирургическая стоматология

Взаимосвязь показателей макро- и микроэлементов ротовой жидкости и клеточного состава периферической крови при одонтогенных воспалительных заболеваниях



Л.Н. Мубаракова,
к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Казанский государственный медицинский университет

На основании исследования корреляции между концентрацией фосфора, кальция, кремния, стронция, цинка, соотношений P/Ca , Ca/Si , Ca/Sr , Zn/Sr в ротовой жидкости и показателями периферической крови при обследовании 162 пациентов с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области автором выявлено наличие достоверной связи. Это позволяет использовать определения макро- и микроэлементов в ротовой жидкости для оценки состояния очага воспаления и иммунной недостаточности организма.

The correlation is present between parameters macro and trace substances in a stomatic liquid and in a structure of cells of a peripheral blood at odontogenic inflammatory diseases.

Mubarakova L.N.

The writer detected authentic connection between density of phosphorus, calcium, silicon, strontium, zinc, ratio P/Ca , Ca/Si , Ca/Sr , Zn/Sr in a stomatic liquid and parameters of a peripheral blood for 162 patients with acute odontogenic purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area. It will be used at definition macro and trace substances in a stomatic liquid, that an inflammation to evaluate in the center and immunity reduction of an organism.

Вопросы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области остаются наиболее актуальными для современной стоматологии [4, 5, 7, 9, 11, 13—15]. Это обусловлено тем, что при данных видах патологии происходят резкие изменения тканевого обмена, которые часто определяют хронизацию воспалительного процесса, отсутствие его регресса при общепринятых методах терапии [3, 9]. В ряде публикаций указывается на равную диагностическую ценность анализа крови и слюны [16—24]. В целях диагностики ост-

рых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний на современном этапе актуально изучение неинвазивных методов исследования ротовой жидкости.

Целью настоящего исследования является разработка неинвазивных методов исследования концентраций макро- и микроэлементов в ротовой жидкости и определение корреляции с показателями периферической крови при различных клинических формах и течениях одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний.

Материал и методика исследования. Всего обследовано с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями 162 человека. Из них с острым одонтогенным гнойным периоститом — 26 человек; острым одонтогенным остеомиелитом — 33 человека; острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным абсцессом, — 20 человек; острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной, — 59 человек; одонтогенной аденофлегмоной — 24 человека. В качестве контроля исследовали 23 здоровых человека в возрасте от 20 до 27 лет с интактными зубами. Проводили общеклиническое исследование крови, в том числе с использованием гематологического анализатора AVL. Определение содержания фосфора (P), кальция (Ca), кремния (Si), стронция (Sr) и цинка (Zn), а также соотношение концентраций данных элементов в виде их коэффициентов P/Ca , Ca/Si , Ca/Sr , Zn/Sr в ротовой жидкости осуществляли методами атомно-абсорбционной и атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой. Для оценки выраженности эндогенной интоксикации использовали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), определение которого проводили по упрощенной формуле, предложенной Островским В.К. с соавт., 1983 [10].

Результаты исследования. Сравнивая достоверные показатели макро- и микроэлементов в ротовой жидкости с анализом общеклинического исследования



крови, мы установили, что гемограмма отражала преимущественно степень эндогенной интоксикации организма, но не несла информации о характере и тканевой специфичности очага воспаления в отличие от показателей макро- и микроэлементов в ротовой жидкости, которые имели объективные критерии содержания Ca, Si, Sr и их соотношений, определяющих тканевую локализацию воспаления и его характер — ограниченный или распространенный.

Проведенная сравнительная оценка показателей макро- и микроэлементов ротовой жидкости с общепринятыми данными клинического исследования крови показала корреляцию между ними и достоверное отражение клинических особенностей воспалительных заболеваний. Вместе с тем показатели красной, белой крови, СОЭ были не всегда так информативны, особенно при тяжелых формах воспалительных заболеваний, как показатели макро- и микроэлементов в ротовой жидкости.

Сравнительная оценка показателей ротовой жидкости и клинического анализа крови установила (рис. 1),



Рис. 1

ви.

Известно, что моноциты относятся к системе фагоцитирующих мононуклеаров, которые в тканях дифференцируются в органо- и тканеспецифические макрофаги [8]. При этом клеточный иммунитет имеет особое значение в тех случаях, когда реакции фагоцитоза оказываются несостоятельными, вследствие чего возникает персистенция патогенных бактерий, формируется скопление лимфоидных клеток и макрофагов [6], что наблюдается при хроническом периодонтите.

Таким образом, зависимость между концентрацией кальция в ротовой жидкости и количеством моноцитов в



Рис. 2

что при **остром одонтогенном периостите челюсти** имеется достоверная обратная связь $r=-0,464$ ($p<0,05$) между концентрацией кальция в ротовой жидкости и количеством моноцитов (Мо) в периферической крови.

при острым одонтогенным гнойным периостите указывает на возможность определения элементного состава ротовой жидкости для оценки состояния очага воспаления и иммунитета организма.

При **остром одонтогенном остеомиелите** обнаружена (рис. 2) достоверная обратная ($p<0,05$) связь между концентрацией цинка и количеством лейкоцитов (WBC) $r=-0,3933$ и сегментоядерными нейтрофилами (Сегм) $r=-0,36689$, а также достоверная прямая связь $r=0,362496$ ($p<0,05$) между цинком в ротовой жидкости и количеством лимфоцитов (Лф) в периферической крови.

Основная функция нейтрофилов состоит в защите организма от инфекций, которая осуществляется главным образом с помощью фагоцитоза. При этом цинк способствует нормальному функционированию иммунореактивных систем, а его дефицит сопровождается значительным уменьшением массы лимфоидных органов, особенно тимуса [12].

Кроме того, при острым одонтогенном остеомиелите установлена достоверная прямая связь $r=0,381266$ ($p<0,05$) между концентрацией кальция и количеством палочкоядерных нейтрофилов (Пал). Известно, что при данной патологии в ротовой жидкости увеличивается содержание элементов, которые преимущественно содержатся в костной ткани, причем кальций является основным структурным элементом костей скелета и зубов человека: 99% кальция содержится в костной и хрящевой ткани [1].

Следовательно, наличие связи между концентрацией кальция и цинка в ротовой жидкости и показателями лейкоцитограммы позволяет использовать данный метод для оценки состояния как очага воспаления, так и иммунной недостаточности организма при острым одонтогенном остеомиелите.

При **остром одонтогенном остеомиелите, осложненном абсцессом** установлена



Рис. 3

(рис. 3) достоверная прямая связь между концентрацией в ротовой жидкости стронция и количеством эозинофилов (Эо) в периферической крови $r=0,682601$ ($p<0,01$),

между содержанием фосфора и лимфоцитами $r=0,581901$ ($p<0,01$), между кальцием и лимфоцитами $r=0,615147$ ($p<0,01$). Достоверная обратная связь обнаружена между соотношением Ca/Sr и эозинофилами $r=-0,5737$ ($p<0,01$), между фосфором и количеством лейкоцитов $r=-0,477$ ($p<0,05$) и сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами $r=-0,53611$ ($p<0,02$), между кальцием и сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами $r=-0,63857$ ($p<0,01$) и ЛИИ $r=-0,49803$ ($p<0,05$).

Известно, что стронций является остеотропным элементом. Он избирательно накапливается в костях

человека и конкурирует с кальцием за включение в кристаллическую решетку оксиапатита кости [1]. Кроме того, примерно 85% от всего фосфора в организме находится в костях, большая часть остального количества — внутри клеток и только 1% — во внеклеточной жидкости [8]. Таким образом, основное количество концентрации фосфора, кальция и стронция приходится на костную ткань, которая также вовлекается в процесс при остеомиелите, осложненном абсцессом. При этом эозинофилы являются клетками, фагоцитирующими комплексы антиген-антитело, а лимфоциты — главным клеточным элементом иммунной системы [8]. Кроме того, давно известна связь развития гнойной инфекции мягких тканей с группами крови, которая определяется антигенной структурой эритроцита [6].

Следовательно, показатели концентрации фосфора, стронция, кальция, цинка в ротовой жидкости и гемограмму следует использовать при остром одонтогенном остеомиелите, осложненном абсцессом, для оценки очага воспаления и суждения об иммунитете.

При **остром одонтогенном остеомиелите, осложненном флегмоной**, выявлена (рис. 4) достоверная обратная связь между сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами и показателями стронция $r = -0,35862$ ($p < 0,01$); между количеством эозинофилов и кальцием $r = -0,30132$ ($p < 0,05$).



Рис. 4

Достоверная прямая связь определяется между сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами и соотношением Ca/Sr $r = 0,363481$ ($p < 0,01$) и Zn/Sr $r = 0,319986$ ($p < 0,05$); между количеством эозинофилов и соотношением P/Ca $r = 0,338309$ ($p < 0,02$). Кроме того, такая же связь определяется между эритроцитами (RBC) и соотношением Ca/Sr $r = 0,308906$ ($p < 0,05$) и Zn/Sr $r = 0,274294$ ($p < 0,05$).

При остеофлегмоне прослеживается связь между концентрацией элементов в ротовой жидкости и гемограммой и лейкоцитограммой как при остром одонтогенном остеомиелите, так и при его осложнении абсцессом, так как при данных заболеваниях главный фокус воспаления находится в костной ткани. В то же время нами была обнаружена достоверная обратная связь между концентрацией кремния и СОЭ $r = -0,29899$ ($p < 0,05$).

СОЭ служит достоверным признаком наличия в организме инфекции [8], а кремний играет важную защитную роль: облегчает удаление с мочой метаболитов, чужеродных и токсических веществ, служит барьером, задерживающим развитие дегенеративных

процессов, интенсифицирует обмен коллагена. Обмен кремния и кальция тесно связан между собой. С возрастом в соединительной ткани содержание кремния уменьшается, а кальция возрастает [2]. Следовательно, обратная зависимость увеличения СОЭ при уменьшении кремния взаимосвязана с разлитым характером воспалительного процесса при остеофлегмоне.

Таким образом, связь между концентрацией фосфора, стронция, кальция, цинка, кремния и гемограммой и лейкоцитограммой позволяет использовать их показатели при остром одонтогенном остеомиелите, осложненном флегмоной, для оценки распространенного очага воспаления и иммунной реактивности организма.



Рис. 5

При **одонтогенной аденофлегмоне** (рис. 5) установлена достоверная обратная связь между концентрацией цинка в ротовой жидкости и показателем СОЭ $r = -0,49459$ ($p < 0,02$), а также между кремнием и гемоглобином (HCB) $r = -0,49582$ ($p < 0,02$). Прямая достоверная связь обнаружена между содержанием кремния и ЛИИ $r = 0,5439$ ($p < 0,01$).

Главная функция гемоглобина состоит в переносе кислорода от легких к тканям, а также в выведении углекислого газа из организма и регуляции кислотно-основного состояния [8]. Гемоглобин содержится в эритроцитах, а их антигенная структура определяет группу крови [6].

Таким образом, связь между цинком и СОЭ, между кремнием и гемоглобином и ЛИИ при отсутствии связи между элементами, преимущественно содержащимися в костной ткани, указывает на различные механизмы развития остеофлегмоны и аденофлегмоны. В то же время наличие зависимости между кремнием и гемоглобином и ЛИИ указывает на то, что фокусом воспалительного процесса являются костная ткань и прилежащие мягкие ткани, а также пакет лимфатических узлов с гнойным периаденитом как наиболее тяжелые нозологические формы одонтогенной инфекции.

Следовательно, связь между концентрациями цинка, кремния и гемограммой позволяет использовать определение элементного состава ротовой жидкости не только для оценки локализации очага воспаления, но и иммунной недостаточности организма при одонтогенной аденофлегмоне.

Заключение. Следовательно, клинические формы одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и коррелируют с показателями периферической крови и

данными неинвазивных методов определения концентраций макро- и микроэлементов и их соотношений в ротовой жидкости. Это повышает эффективность диагностики и прогноза каждого процесса и определяет стратегию лечения.

Литература

1. Бабков А.В. Стронций / Бабков А.В., Москалев Ю.И. // БМЭ. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1985. — Т. 24. — С. 322—324.
2. Борисенкова Р.В. Кремний / Р.В. Борисенкова // БМЭ. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1979. — Т. 11. — С. 520—523.
3. Воспаление (этиология, патогенез, принципы лечения): учебно-методическое пособие для студентов лечебного, стоматологического факультетов и врачей / А.И. Воложин [и др.]; ред. проф. А.И. Воложин, проф. Д.Н. Маянский. — М., 1996. — 111 с.
4. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Основные причины развития / Н.А. Неделько [и др.] // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сборник тезисов. — М.: Авиаиздат, 2001. — С. 409—410.
5. Изучение зависимости локализации и распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области от возрастной структуры больных / Н.А. Неделько [и др.] // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сборник тезисов. — М.: Авиаиздат, 2001. — С. 407—408.
6. Клиническая иммунология и аллергология: учебное пособие / под ред. А.А. Караулова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2002. — 651 с.
7. Миелопероксидаза нейтрофилов крови при острых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. Компьютерный анализ клеточного изображения / Н.А. Бондаренко [и др.] // Актуальные вопросы амбулаторной хирургической стоматологии: сборник научных трудов. — Москва-Краснодар: Советская Кубань, 2002. — С. 21—24.
8. Назаренко Г.И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун. — М.: Медицина, 2000. — 544 с.
9. Одонтогенные воспалительные заболевания / Под ред. Т.Г. Робустовой. — М.: ОАО "Издателство "Медицина", 2006. — 664 с.: ил.
10. Островский В.К. Лейкоцитарный индекс интоксикации при острых гнойных и воспалительных заболеваниях легких / В.К. Островский, Ю.М. Свитич, В.Р. Вебер // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1983. — Т. 131, № 11. — С. 21—24.
11. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Н.Н. Бажанов [и др.] // Новое в стоматологии. — 1997. — № 2. — С. 15—19.
12. Суркина И.Д. Влияние дефицита микроэлементов на иммунитет / И.Д. Суркина, Г. Матеев // Теория и практика физической культуры. — 1982. — № 9. — С. 15—17.
13. Тайченачев А.Я. Клинико-биофизические параллели смешанной слюны при одонтогенных воспалительных заболеваниях / А.Я. Тайченачев // Стоматология. — 1991. — Т. 70, № 2. — С. 41—43.
14. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон / Г.П. Тер-Асатуров // Стоматология. — 2005. — Т. 84, № 1. — С. 20—27.
15. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 272 с., ил.
16. Caplan Y.H. Alternative specimens for workplace drug testing (In Process Citation) / Y. H. Caplan, B. A. Goldberger // J. Anal. Toxicol. — 2001. — Vol. 25, N 5. — P. 396—399.
17. Hofman L.F. Human saliva as a diagnostic specimen / L. F. Hofman // J. Nutr. — 2001. — Vol. 131, N 5. — P. 1621S—1625S.
18. Kawakami Y. Noninvasive methods to monitor the production of hormone / Y. Kawakami // Rinsho. Byori. — 2001. — Vol. 49, N 6. — P. 562—565.
19. Moolchan E.T. Therapeutic drug monitoring in methadone maintenance: choosing a matrix [In Process Citation] / E.T. Moolchan, A. Umbricht, D. Epstein // J. Addict. Dis. — 2001. — Vol. 20, № 2. — P. 55—73.
20. Evaluation of youth preferences for rapid and innovative human immunodeficiency virus antibody tests / L. Peralta [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2001. — Vol. 155, № 7. — P. 838—843.
21. Salivary cortisol measurement in normal-weight, obese and anorexic women: comparison with plasma cortisol / P. Putignano [et al.] // Eur. J. Endocrinol. — 2001. — Vol. 145, № 2. — P. 165—171.
22. Streckfus C.F. Saliva as a diagnostic fluid / C.F. Streckfus, L.R. Bigler // Oral Dis. — 2002. — Vol. 8, № 2. — P. 69—76.
23. Saliva as an alternative body fluid for therapeutic drug monitoring of the nonnucleoside reverse transcription inhibitor nevirapine / R.P. van Heeswijk [et al.] // Ther. Drug Monit. — 2001. — Vol. 23, № 3. — P. 255—258.
24. Vasudev A. Correlation of serum and salivary carbamazepine concentration in epileptic patients: implications for therapeutic drug monitoring / A. Vasudev, K. D. Tripathi, V. Puri // Neurol. India. — 2002. — Vol. 50, № 1. — P. 60—62.



Эстетическая стоматология

Использование отбеливающего средства, содержащего 10% перекись карбамида, для улучшения цвета витальных зубов в домашних условиях

О.О. Янушевич,
д.м.н., профессор,
зав. кафедрой пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПДО МГМСУ
Н.И. Крихели,
к.м.н., доцент кафедры пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПДО МГМСУ

В статье представлены клинико-лабораторные данные применения отбеливающей системы, содержащей 10% перекись карбамида. Показана эффективность отбеливания, влияние отбеливающих препаратов на проницаемость эмали и мягкие ткани полости рта. Представленное исследование доказывает необходимость проведения профилактических мероприятий для предупреждения осложнений после отбеливания интактных зубов.

Use of the bleaching means containing 10% carbamide peroxide for improvement of color vital teeth at home

O.O. Yanushevich, N.I. Krikheli

The article presents clinicolaboratory data on the use of a preparation for tooth bleaching containing 10% carbamide. The effectiveness of tooth bleaching, its influence on enamel permeability, and oral soft tissues is shown. The study demonstrates the necessity of the use of preparations to prevent complications following dental tooth bleaching of vital teeth.

Привлекательная улыбка всегда является предметом человеческого внимания. Неестественно смотрит человек, пытающийся прикрыть рукой при улыбке рот или улыбающийся, не разжимая губ. В наше время внешний вид человека во многом определяет его успех.

Во все времена люди старались улучшить цвет своих зубов. В марте 1989 г. американские стоматологи V.B. Haywood и H.O. Neumann [5, 9] представили методику домашнего отбеливания зубов, для проведения которой они использовали 10% раствор перекиси карбамида, помещаемый в изготовленную по слепку индивидуальную ложку. Однако, по мнению V.B. Haywood и H.O. Neumann (1994) [6], основоположником домашнего отбеливания является B. Klusmier.

Большинство препаратов 10—22% перекиси карбамида содержат стабилизатор карбопол, замедляющий выделение перекиси водорода и препятствующий проникновению окисляющих компонентов в мягкие ткани полости рта (Haywood V.B., 1999) [4, 7]. Применение

низкоконцентрированных отбеливающих растворов и гелей позволило проводить отбеливание в домашних условиях вне стоматологической клиники. Домашние отбеливающие системы первых поколений обеспечивали первые признаки улучшения цвета зубов через 2—3 недели после начала применения и позволяли добиться максимального эффекта через 5—6 недель. Современные системы домашнего отбеливания приводят к улучшению цвета зубов в сокращенные сроки — от 2 до 4 недель (Н.И. Крихели, 2002) [1].

Домашнее отбеливание в большинстве случаев проводят под контролем врача. Врач снимает слепки, отликает модели и изготавливает каппы из поливинилсилоксанового материала толщиной 0,5—1 мм. На зубы, подлежащие отбеливанию, на моделях наносится окрашенная смола с низкой вязкостью толщиной в 0,5 мм, тем самым формируется резервное пространство для отбеливающего препарата. Каппа подрезается таким образом, чтобы были освобождены десневые сосочки и маргинальная десна.

Домашние отбеливающие системы недорогие, лёгкие в использовании и на 50% удаляют внешние пятна на зубах. Однако перекисные соединения могут просачиваться в слюну, вызывая воспалительные заболевания тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

В связи с этим целью исследования явилась оценка отбеливающей эффективности и безопасности домашней системы, содержащей 10% перекись карбамида.

Материалы и методы

В клиническом исследовании приняли участие 16 человек в возрасте от 18 до 45 лет, которым до начала лечения проводили профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление твёрдых и мягких зубных отложений.

Пациентам были сняты рабочие слепки альгинатной массой с обеих челюстей, отлиты рабочие модели из супергипса и методом вакуумного формирования изготовлены поливинилсилоксановые каппы.

Этапы изготовления капп для домашнего отбеливания зубов:

— снятие слепка альгинатной или силиконовой мас-



сой;

- изготовление модели из супергипса;
- для изготовления индивидуальных капп с резервуарами на вестибулярную поверхность гипсовых зубов наносили светоотверждаемую смолу (рис. 1);
- нагревание пластинки из поливинилсилоксаново-



Рис. 1. Модель, подготовленная для изготовления каппы

го материала или этил винил ацетатного материала (EVA) толщиной 0,5 или 1 мм (рис. 2) в течение 1 минуты (рис. 3);

- изготовление каппы в вакуумформере (рис. 4);

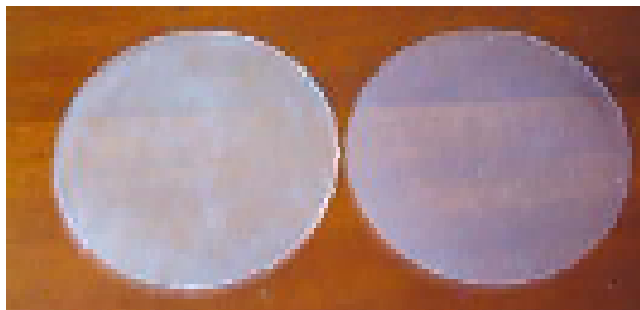


Рис. 2. Пластины толщиной 0,5 мм для изготовления индивидуальных капп



Рис. 3. Нагревание пластинки из поливинилсилоксанового материала в вакуумформере "Vacformat"



Рис. 4. Изготовление каппы в вакуумформере "Vacformat"

— коррекция каппы по краю десны с освобождением десневых сосочков (рис. 5).

Все пациенты проводили отбеливание зубов препара-

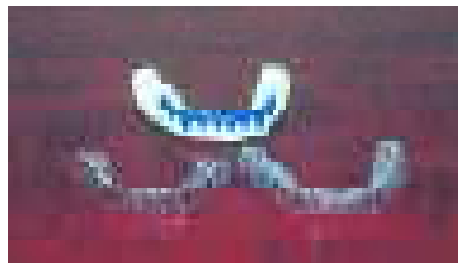


Рис. 5. Индивидуальные каппы с фестончатыми краями

ратом "Nite White Excel 3Z" с 10% перекисью карбамида в течение двух недель каждую ночь (по 8 часов) в домашних условиях (рис. 6). Им рекомендовали заполнять индивидуальные каппы, внося по 1 капле отбеливающего геля в отпечаток каждого зуба, а излишки геля удалять влажным ватным тампоном.

Все пациенты были проинформированы о том, что



Рис. 6. Набор для домашнего отбеливания "Nite White Excel 3Z"

до и после применения отбеливающего средства необходимо очищать зубы кальцийсодержащими пастами или с гидроксиапатитом ("Новый жемчуг с кальцием", "Oral-B sensitive", "R.O.C.S" или "Sensodyne").

Схема применения домашней отбеливающей системы "Nite White Excel 3Z"

В клинике (врач):

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта за 2 недели до лечения.
2. Определение исходного цвета зубов.
3. Изготовление индивидуальных капп с фестончатыми краями для домашнего отбеливания зубов.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

4. Определение цвета зубов после домашнего отбеливания зубов.

Дома (пациент):

1. Перед проведением отбеливания необходима чистка зубов пастой с кальцием.

2. Наполнение каппы препаратом (по капле геля в отпечаток каждого зуба в каппе).

3. Ношение каппы в ночном режиме.

4. Этапы 1—3 проводятся каждый день в течение 2-х недель.

5. Каждая процедура завершается чисткой зубов пастой с кальцием.

6. Отказ от курения и употребления красящих продуктов в течение 2-х недель после отбеливания.

Цвет зубов до начала лечения и после домашнего отбеливания определяли по реорганизованной шкале Vita (табл. 1).

Изменение чувствительности витальных зубов ре-

Таблица 1. Номера, присвоенные образцам шкалы расцветок Vita

Об- ра- зец Vita шка лы	B	A1	C1	B2	A2	D2	A3	D3	B3	D4	C2	C3	B4	C4	A3,5	A4
Но- мер	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Расположение от более светлых расцветок к более тёмным																

гистрировали субъективным методом на основании жалоб пациента. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индекса РМА [10, 11]. Изучение возможного аллергизирующего действия системы, содержащей 10% перекись карбамида, определяли на основании субъективных ощущений пациента, а так же данных стоматологического осмотра полости рта.

О степени проницаемости эмали зубов мы судили при помощи модифицированного метода прижизненной кислотной биопсии [2]. Перед проведением биопсии эмали поверхность зубов обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и высушивали. Забор биоптатов осуществляли с вестибулярной поверхности резцов и клыков верхней и нижней челюстей, для чего на исследуемую область эмали наклеивали кусочек липкой полиэтиленовой плёнки с круглым окошком диаметром 5 мм. На "окно" наносили 1 каплю деминерализующей смеси (pH=0,37), которую отбирали по истечении 30 секунд кусочком фильтровальной бумаги клиновидной формы, помещали в пробирку и добавляли 1 мл бидистиллированной воды.

Полученные пробы исследовали на содержание хи-

мических веществ на автоматическом анализаторе.

Концентрацию общего кальция в пробах измеряли комплексонометрическим методом с индикатором крезолфталеином (Moorehead, Briggs, 1979). Интенсивность образующейся пурпурной окраски прямо пропорциональна концентрации кальция и фотометрируется при 560—600 нм, с максимумом абсорбции при 575 нм [3].

Для определения содержания общего фосфата использовали метод Daly и Ertinghausen (1972) в модификации Wang. В результате реакции происходит образование стабильного фосфомолибдата, измеряемого при длине волны 340 нм. Чувствительность методики — 0,01 ммоль/л фосфора [3].

Статистическую обработку результатов исследования проводили по методу Стьюдента.

Результаты исследования

Полученные результаты показали, что в начале исследования среднее значение цвета зубов по шкале Vita составило $5,63 \pm 0,60$. После проведения отбеливания домашней системой "Nite White Excel 3Z" произошло улучшение цвета зубов на 4,38 оттенка по шкале Vita до $1,25 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), и эффективность отбеливания составила 77,8% (рис. 7).

Исходный стоматологический осмотр не выявил у

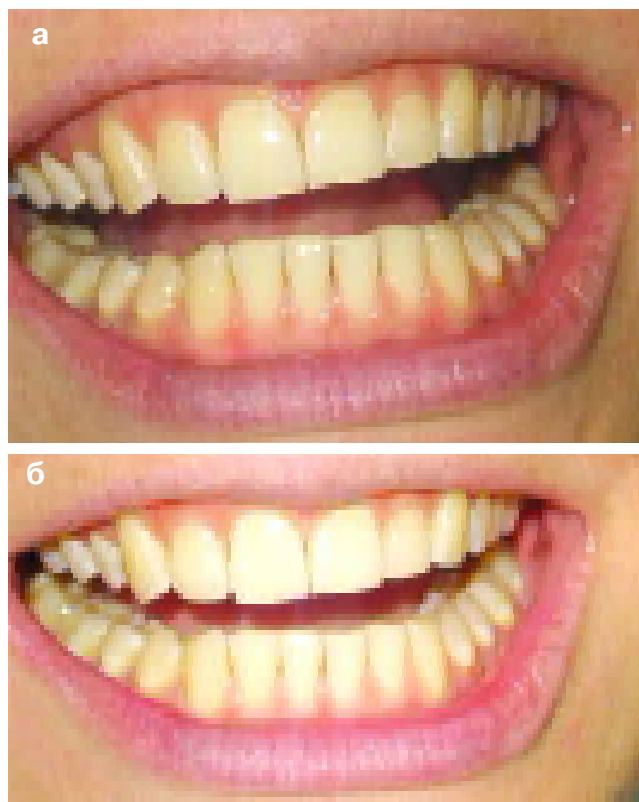


Рис. 7. Вид зубов до и после отбеливания
а – до отбеливания
б – после отбеливания

участников исследования каких-либо тяжёлых патологических изменений в полости рта. Воспалительные явления в тканях пародонта по индексу РМА (%) были зарегистрированы у всех пациентов. Основным признаком поражения были симптомы гингивита лёгкой степени тяжести. После проведения отбеливания домашней системой "Nite White Excel 3Z" отмечалась тенденция повышения показателя индекса РМА (%) с $7,31 \pm 0,78$ до $7,76 \pm 0,90$ ($p > 0,5$).

После использования отбеливающего средства "Nite White Excel 3Z" все участники исследования отмечали приятный мятный вкус препарата. Раздражающее действия отбеливающей системы выявлено не было.

Следует отметить, что до отбеливания пациенты группы 2 не отмечали повышенной чувствительности дентина. После проведения домашнего отбеливания зубов системой "Nite White Excel 3Z" в 12,5% случаев появилась гиперчувствительность зубов от всех видов раздражителей.

Исходная величина содержания общего кальция в биоптатах эмали составила $1,10 \pm 0,03$ ммоль/л. После проведения домашнего отбеливания выход данного макроэлемента в биоптаты недостоверно ($p > 0,1$) увеличился до $1,19 \pm 0,04$ ммоль/л (табл. 2).

После использования домашней отбеливающей системы "Nite White Excel 3Z" отмечалась тенденция по-

Таблица 2. Динамика показателей стоматологического статуса пациентов и проницаемости эмали после домашнего отбеливания зубов

Показатели	До лечения	После отбеливания
Цвет	$5,63 \pm 0,60$	$1,25 \pm 0,16$
РМА %	$7,31 \pm 0,78$	$p < 0,001$ $7,76 \pm 0,90$
Гиперестезия %	0	$p > 0,5$ 12,5
Общий кальций, ммоль/л	$1,10 \pm 0,03$	$1,19 \pm 0,04$ $p > 0,1$
Фосфат, ммоль/л	$0,30 \pm 0,03$	$0,35 \pm 0,02$ ($p > 0,2$)

вышения концентрации фосфата в биоптатах эмали с $0,30 \pm 0,03$ до $0,35 \pm 0,02$ ммоль/л ($p > 0,2$) (табл. 2).

Обсуждение результатов

Анализ полученных данных показал, что клиническое применение системы, содержащей 10% перекись карбамида, способствует улучшению цвета витальных зубов в домашних условиях на 4,38 оттенка по шкале Vita. При этом отбеливающая эффективность препарата со-

ставляла 77,8%. Кроме того, после проведения домашнего отбеливания зубов пациенты отмечали появление гиперестезии дентина от всех видов раздражителей, тогда как применение 10% перекиси карбамида не оказало отрицательного влияния на ткани пародонта на всём протяжении исследования, что связано с использованием пациентами индивидуальных кап с фестончатым краем.

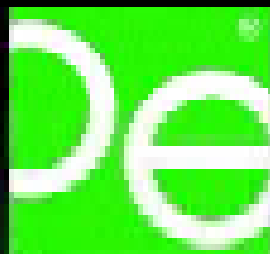
У всех лиц, принявших участие в исследовании, после применения отбеливающего препарата и зубных паст с кальцием отмечалась тенденция повышения концентрации общего кальция и фосфата в биоптатах эмали.

Таким образом, система отбеливания, содержащая 10% перекись карбамида, эффективна, относительно безопасна и может быть рекомендована пациентам для улучшения цвета зубов в домашних условиях вместе с зубными пастами с кальцием, фосфатами и гидроксипатитом.

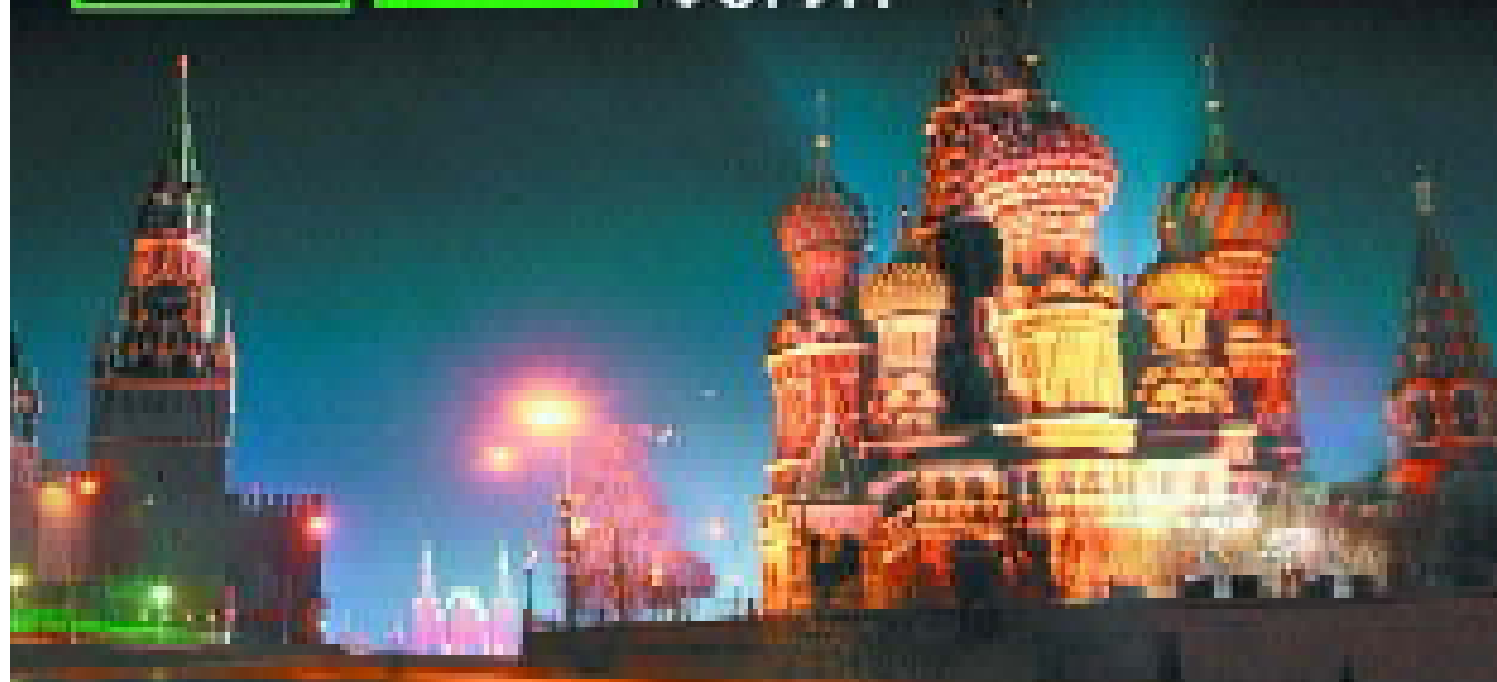
Литература

1. Крихели Н.И. Особенности применения домашних отбеливающих систем. // Стоматологический Форум. — 2002. — № 1. — С. 34—39.
2. Леонтьев В.К., Дистель В.А. Метод изучения растворимости эмали зубов при жизни. — Омск, 1973. — 8 с.
3. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник. — М., 1987.
4. Haywood V.B. История, безопасность и эффективность различных методик отбеливания зубов и особенности применения домашней витальной отбеливающей методики под руководством врача. // Квинтэссенция. — 1999. — № 2. — С. 15—37.
5. Haywood V.B. Nitghguard vital bleaching: Effects on enamel surface texture. // Quintessence. — 1989. — P. 801—806.
6. Haywood V.B., Heymann H.O. Response of normal and tetracycline-stained teeth with pulp-side variation of nightguard vital bleaching. // J-Estet-Dent. — 1994. — P. 109—114.
7. Haywood V.B. History, safety, effectiveness and applications of the nightguard vital bleaching technique. // Quintessence Int. — 1992. — P. 471—478.
8. Haywood V.B., Robinson F.G. Vital tooth bleaching with nightguard vital bleaching. // Curr-Opin-Cosmet-Dent. — 1997. — № 4. — P. 45—52.
9. Heymann H.O. Conservative concepts for achieving anterior esthetics. // J-Calif-Dent-Assoc. — 1989. — V. 25, № 6. — P. 437—443.
10. Parma C. Parodontopathie — Leipzig, 1960 — p. 164.
11. Schour I., Massler M. Prevalence of gingivitis in young adults. // J. Dental. Res. — 1948. — V. 27. — P. 733—734.

9-12
СЕНТЯБРЯ
2008



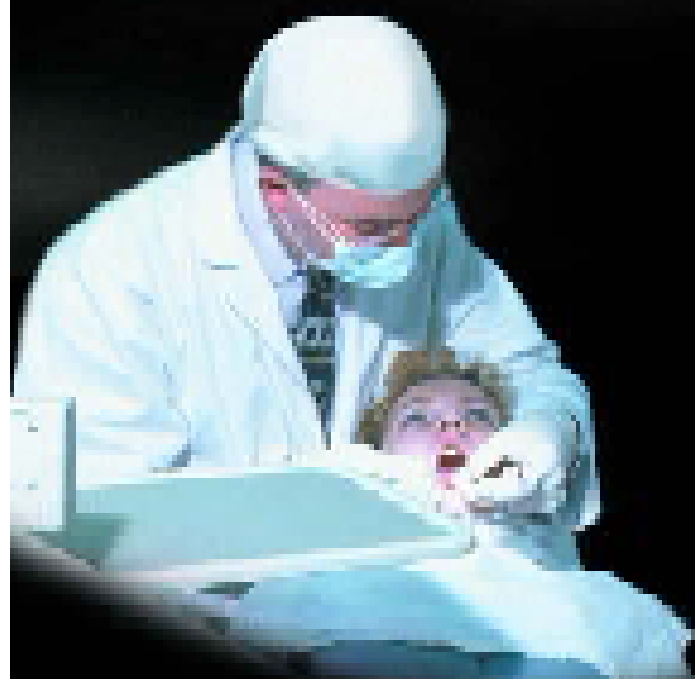
**24-Й МОСКОВСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ**



ВЫСТАВКА

ДЕНТАЛ-ЭКСПО КОНФЕРЕНЦИЯ **2008**

МОСКВА
МНЦ КРОКУС ЭКСПО
ПАВИЛЬОН №2
ЭТАЖ 1, ЗАЛЫ 7, 8



DENTALEXPO®



www.dental-expo.ru

Colgate Total 12

эффективное предотвращение развития заболеваний пародонта

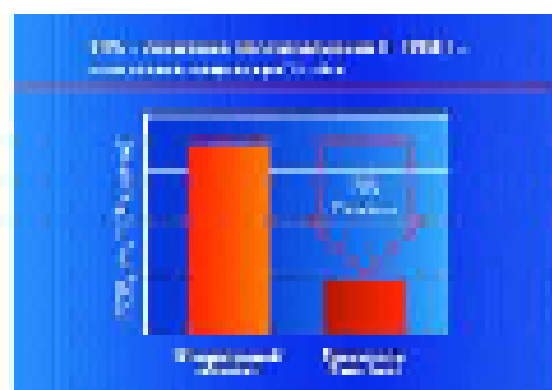
Colgate® Total 12 содержит пролонгированный бортул-соединения в полости рта, которые в два раза снижают риск развития заболеваний пародонта.^{1,2,3,4}

1. Уменьшает развитие заболеваний пародонта в 12 раз при ежедневном использовании пролонгированного бортул-соединения, предотвращает образование зубного налета, воспаления десен и гингивита.¹

Применение в сочетании с ультразвуком PICO/US удаляет налет и бортул-соединения, которые являются причиной развития заболеваний пародонта.⁵



1. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.¹



Примечание:

1. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
2. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
3. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
4. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
5. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
6. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.
7. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.



Colgate® Total 12

Уменьшает развитие Colgate® Total 12, снижает риск развития заболеваний пародонта, предотвращает образование зубного налета.

Colgate® Total 12 снижает до 98% риск развития заболеваний пародонта, предотвращает образование зубного налета, предотвращает развитие заболеваний пародонта, предотвращает развитие заболеваний пародонта.

Рекомендуется использовать в сочетании с ультразвуком PICO/US.

4. Colgate® Total 12 снижает риск развития заболеваний пародонта в 12 раз.

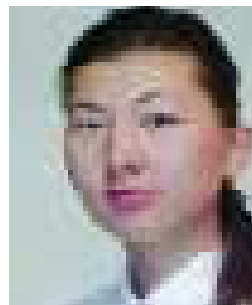


Эстетическая стоматология

Сравнение ста- бильности эсте- тических пара- метров прямых и непрямых рес- тавраций зубов из микро- гибридного ком- позитного мате- риала



Ю.М. Максимовский,
д.м.н., профессор



О.С. Тишкина,
врач-стоматолог



В.М. Гринин,
д.м.н., профессор

Московский государственный медико-стоматологический
университет Росздрава

Цель данного исследования – оценить эстетиче-
ские параметры 50 прямых и 50 непрямых композит-
ных реставраций через 6, 12, 18, 24 месяцев по клини-
ческим критериям Ryge (по параметрам: изменение
цвета краев реставрации, соответствие цвета, анато-
мическая форма, вторичный кариес, шероховатость
поверхности). Достоверное различие между двумя
группами было обнаружено по параметрам "измене-
ние цвета краев реставрации" (2% прямых и 12%
прямых реставраций получило оценку Bravo) и "соот-
ветствие цвета" (4% и 17% соответственно). Статисти-
чески значимой разницы не обнаружено по парамет-
рам "анатомическая форма", "вторичный кариес" и
"шероховатость поверхности". Однако результаты ис-
следования позволяют утверждать, что эстетический
результат как прямых, так и непрямых реставраций че-
рез 2 года остается приемлемым.

Comparison of esthetic features of direct and indi- rect composite restorations-2 year follow-up

Y.M. Maximovsky, O.S. Tishkina, V.M. Grinin

The aim of the study was to evaluate clinical perfor-
mance (and esthetic parameters in particular) of 50 direct
and 50 indirect composite restorations after 6, 12, 18, 24
month using Ryge criteria (marginal leakage, color match-
ing, anatomic form, surface texture, secondary caries).
We found statistical difference in marginal discoloration
between indirect group (2% scored Bravo) and direct
(12%). Colour matching was also better in indirect group
(4 % scored Bravo vs 17% in direct group). There was no
statistical difference in surface texture, anatomic form and
secondary caries between these two groups.

Nevertheless it was concluded that both techniques
demonstrated acceptable esthetic result after 24 month.

Современные композитные материалы имеют хо-
рошие механические и физические характеристики
(прочность, высокая микротвердость, износостой-
кость, низкая водорастворимость и водопоглощение)
наряду с превосходной эстетикой (полируемость, цве-
тостабильность, наличие множества оттенков различ-
ной opakовости, флюоресценция), и посредством ад-
гезивной системы герметично соединяются с тканями
зуба, что делает их материалом выбора для эстетиче-
ской реставрации зубов.

Теоретически старение композитной реставрации
связано с износом/поломкой самого материала и де-
градации адгезивной системы. Исследования показы-
вают, что срок службы материала/адгезивной системы
может достигать 15 лет. В реальности, как показывают
клинические исследования, срок службы реставраций
значительно ниже. Например, Folwaczny и соавт. (2001)
сообщает о наличии краевого прокрашивания в 40%
случаев и несоответствии цвета в 14% через 3 года;
Капе (2000) сообщает, что более высокий процент рес-
тавраций (почти 40%) требует замены из-за несоот-
ветствия цвета через 2 года. Несоответствие цвета яв-
ляется основной причиной замены реставраций на
фронтальных зубах (Шелеметьева, 2002; Crumpler,
1988; Patterson, 1984).

Ввиду того, что для пациента эстетические пара-
метры реставрации имеют приоритетное значение, за-
мена таких реставраций выполнялась даже если меди-
цинских показаний к этому не было.

Материал и методы

Для решения поставленных задач было обследовано
136 пациентов в возрасте от 16 до 43 лет. Данные паци-
енты нуждались в реставрации верхних постоянных рез-
цов по причине кариеса – 26 полостей, замены старых
реставраций – 47, травмы или стираемости режущего
края – 14 зубов, некариозных поражений и с целью кор-
рекции формы зуба – в 13 случаях. Через 2 года для
осмотра доступны 50 прямых реставраций и 50 рестав-



раций, изготовленных в лаборатории. Все пациенты практически здоровы и не имеют вредных привычек.

У пациентов, участвовавших в исследовании, выполняли реставрацию резцов и клыков максимально возможным консервативным путем. Проводилось определение индекса гигиены, профессиональная гигиена полости рта, коррекция и контроль индивидуальной гигиены полости рта. Проводилась санация полости рта и, если необходимо, ортодонтическое и пародонтологическое лечение.

Перед реставрацией выполняли серию фотоснимков для регистрации исходной ситуации (Epson 3100 PC).

Непосредственно перед реставрацией поверхность зубов очищалась с помощью профилактической пасты Nupro. И сразу определяли цвет зубов в стандартных условиях освещения (Trueshade). Информацию заносили на цветовую карту (Color Chart, L. Vanini).

Препарирование полостей осуществляли под инфракрасной анестезией с помощью алмазных боров и наконечника 1:5. При изготовлении прямой реставрации препарирование выполнялось в свободном дизайне, то есть удаляли твердые ткани, пораженные кариесом или измененные в цвете. На вестибулярной поверхности граница полости оформлялась в виде желоба для более незаметного перехода цвета, на оральной поверхности формировалась ровная поверхность под 90 градусов для соединения с композитом встык. После препарирования борами границы полости были отполированы резиновыми головками (Brown, Shofu, Japan).

Все реставрации выполнялись под изоляцией коффердамом. Адгезивная подготовка проводилась по общепринятой методике – тотального протравливания и влажной адгезии. Адгезив (Optibond FL, Kerr, USA) наносили и полимеризовали согласно инструкции производителя. Восстановление выбранными оттенками (Enamel Plus HFO, Micerium, Avegno, Italia) производили послойно, полимеризуя каждый слой по 20 с.

При изготовлении не прямых реставраций (виниров) препарирование проводили по традиционной методике, выполняли двухслойный оттиск с помощью силиконовой слепочной массы (Honigum Heavy, Honigum Light, DMG, Hamburg, Germany) одновременно в технике двойного смешивания. На гипсовой модели изготавливали реставрацию (Enamel Plus HFO, Micerium, Avegno, Italia), финишную полимеризацию осуществляли в специальной печи производителя в течение 10 минут (310–500 нм, 50° C; Laborlux-L, Micerium). Фиксацию производили под коффердамом на эмалевый оттенок композита. Финишную обработку выполняли с помощью финишных боров (с 30 и 15 микронной зернистостью), силиконовыми головками (Enhance, Dentsply, USA), а затем полировали последовательно алмазными пастами и пастой на базе оксида алюминия (Enamel Plus Shiny, Micerium, Italy) до зеркального блеска. Ап-

роксимальные поверхности полировали с помощью абразивных полосок.

Оценку качества выполненной реставрации проводили непосредственно после лечения, через 1, 6 месяцев, 1 и 2 года по клиническим критериям Ryge: краевая адаптация, анатомическая форма, вторичный кариес, соответствие цвета, изменение цвета краев реставрации, шероховатость поверхности.

Результаты исследований

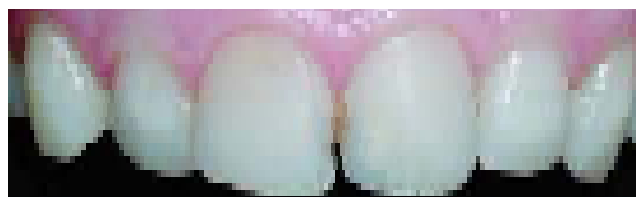
При изучении причин реставрации фронтальных зубов выяснено, что меньше чем в 20% случаев наличие кариозной полости явилось причиной обращения к стоматологу (26 полостей из 100 осмотренных), большинство реставраций было изготовлено взамен старых реставраций (47 реставраций), не удовлетворяющих пациента по эстетическим показаниям – изменение цвета поверхности и/или границ пломбы, нарушение анатомической формы, потемнение зуба под пломбой. Ввиду того, что для пациента эстетические параметры реставрации имеют приоритетное значение, замена таких реставраций выполнялась даже если медицинских показаний к этому не было. Оценка отдаленных результатов реставрации фронтальных зубов ставит своей целью сравнение качества реставрации в зависимости от метода изготовления, режима полимеризации и особенностей выполнения адгезивных процедур. Это позволит определить точные показания к применению той или иной техники, дать практические рекомендации по адгезивной подготовке и выполнению реставрации для увеличения срока службы реставрации и сохранения ее эстетических показателей.

На сроках наблюдения до 1 года между прямыми и непрямыми реставрациями не выявлено статистически достоверной разницы ($p > 0,05$) по параметру **"изменение цвета краев реставрации"**. Через 24 месяца меньшее количество не прямых реставраций (2% категория Bravo) имеют изменение цвета границ по сравнению с прямыми (12% категория Bravo), и эта разница статистически достоверна ($p = 0,005$ по критерию Фишера).

Достоверная разница существует между непосредственным результатом и состоянием реставраций через 2 года ($p = 0,0133$) как в группе прямых, так и в группе не прямых реставраций (рис. 1–4).

На всех сроках наблюдения реставраций, выполненных прямым и непрямым методом, не выявлено статистически достоверной разницы по параметру

Рис. 1. Состояние зубов до реставрации



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Рис. 2. Результат не - посредственно после реставрации. Границы реставрации визуаль - но не определяются (категория Alfa)



Рис. 3. Через 6 меся - цев. Определяется ви - димое изменение края реставрации, не про - никающее к пульпе зу - ба (категория Bravo), может ликвидировать - ся полировкой



Рис. 4. Через 2 года. Изменения границ реставрации не обна - руживается

"анатомическая форма" (рис. 5–13).

По параметру "шероховатость поверхности" (рис. 14–23) через 2 года в группе прямых реставраций категорию Bravo имеют 78% реставраций, еще 4%



Рис. 5. До реставра - ции



Рис. 6. Этап рестав - рации

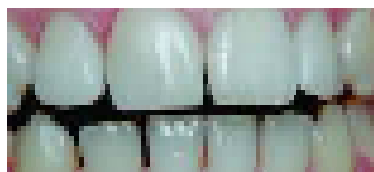


Рис. 7. Непосред - ственный результат



Рис. 8. Вид зубов че - рез 2 года (категория Alfa)



Рис. 9. До реставра - ции



Рис. 10. Непосред - ственно после рестав - рации

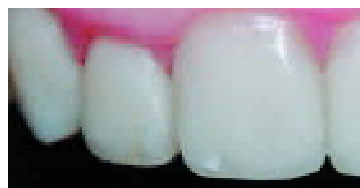


Рис. 11. Через месяц после реставрации

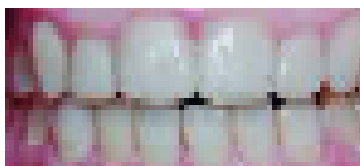


Рис. 12. Через 1 год после реставрации



Рис. 13. Состояние реставраций через 2 года. Скол композита в пределах реставра - ции (категория Bravo)

имеют категорию Charlie. В группе не прямых реставраций сохранение результатов полирования демонстрирует 28% реставраций, категорию Bravo – 72%. Однако эти различия не являются статистически значимыми.

Через 2 года существует достоверное различие между изменением цвета поверхности между двумя группами. В группе прямых реставраций 17% рестав-



Рис. 14. До реставра - ции

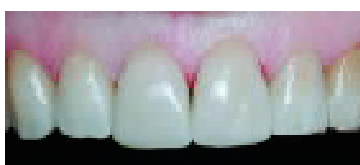


Рис. 15. Непосред - ственно после рестав - рации



Рис. 16. Через 2 года (категория Alfa)



Рис. 17. До реставра - ции



Рис. 18. Непосред - ственно после рестав - рации (категория Alfa) – выполнены прямые реставрации зубов 12 и 22 по классу III и 2 не прямых виниры на центральные резцы

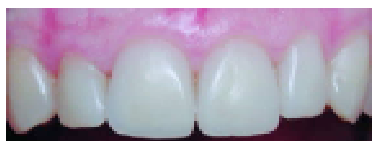


Рис. 19. Через 2 года (категория Bravo)

раций имеют категорию Bravo, а в группе непрямых лишь 4%. Изменение цвета поверхности в некоторых случаях ликвидировалось с помощью полировки. В других случаях видимое глазом пожелтение материала не исправлялось полировкой.

По параметру "вторичный кариес": спустя 2 года признаки вторичного кариеса отсутствуют в 100% случаев. Нет различия между двумя группами.

Результаты клинического исследования демонстрируют, что наибольшей проблемой композита является потеря блеска поверхности и увеличение шероховатости, не зависящая от метода изготовления. На сохранение блеска поверхности, по-видимому, влияют индивидуальные особенности ротовой жидкости, гигиены полости рта, характера принимаемой пищи и пр. В группе прямых реставраций наблюдали большее количество реставраций с краевым прокрашиванием, которое, однако, исправлялось полировкой. Не смотря на это, обе методики можно считать адекватными, так как через 24 месяца ни одна реставрация не требовала замены по эстетическим требованиям.



Рис. 20. До реставрации

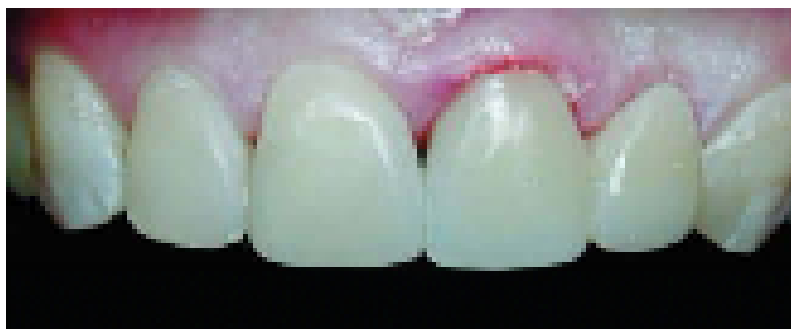


Рис. 21. Непосредственно после реставрации: справа прямые реставрации, слева – непрямые (категория Alfa)

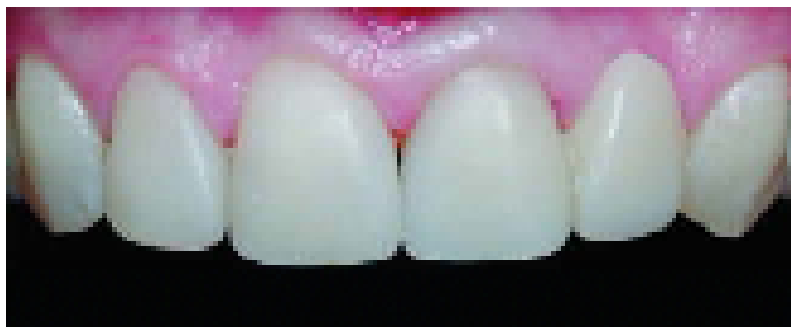


Рис. 22. Через 1 год (категория Bravo)

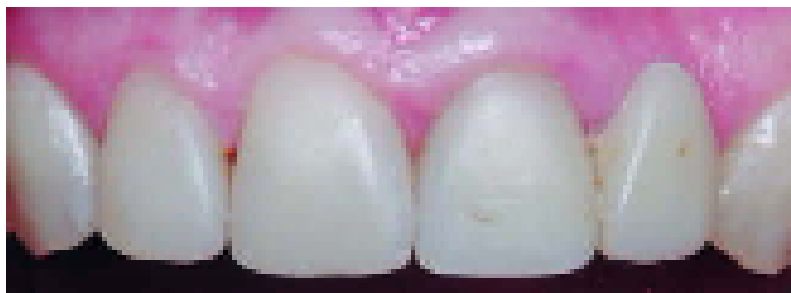


Рис. 23. Через 2 года (категория Charlie)

Литература

1. Шелеметьева Г.Н. Отдаленные результаты восстановления фронтальных зубов композитными материалами: Дис...к.м.н./ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии. – 2002.
2. Crumpler D.C. et al. Five-year clinical investigation of one conventional composite and three microfilled resins in anterior teeth // Dent Mater. – 1988. – Vol. 4. – P. 217–222.
3. Folwaczny M. Class V lesions restored with four different tooth-colored materials–3-year results // Clin Oral Investig. – 2001. – Vol. 5. – № 1. – P. 31–39.
4. Kane A.W. A clinical study of composite restorations in anterior teeth using the Ryge criteria // Odontostomatol. – 2000. – Jun; 23 (90): 15–18.
5. Patterson N. The longevity of restorations: a study of 200 regular attenders in a general dental practice // Brit Dent J. – 1984. – Vol. 157. – P. 23–25.

Причины для сотрудничества с ТитаниумФикс:

Инновационные решения

Гарантия качества

Сервис

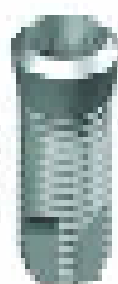
Доступность

Универсальная конструкция



- Уникальная резьбовая конструкция
- Высокая биологическая совместимость и биомеханика, обеспечивающая надёжную фиксацию имплантата
- Возможность использования при наличии атрофии кости
- Возможность использования при наличии пародонтита
- Возможность использования при наличии заболеваний пародонта
- Высокая скорость и простота установки
- Широкий выбор в остеодемии

Универсальная конструкция



- Широкая область применения
- Высокая биологическая совместимость
- Высокая механическая прочность
- Высокая скорость и простота установки

Универсальная конструкция



- Высокая биологическая совместимость и биомеханика, обеспечивающая надёжную фиксацию имплантата
- Возможность использования при наличии атрофии кости
- Возможность использования при наличии пародонтита
- Возможность использования при наличии заболеваний пародонта
- Высокая скорость и простота установки
- Широкий выбор в остеодемии
- Высокая механическая прочность

Универсальная конструкция



- Высокая биологическая совместимость и биомеханика, обеспечивающая надёжную фиксацию имплантата
- Возможность использования при наличии атрофии кости
- Возможность использования при наличии пародонтита
- Возможность использования при наличии заболеваний пародонта
- Высокая скорость и простота установки
- Широкий выбор в остеодемии
- Высокая механическая прочность

titanium fix
Dental Implants



Информация о компании
Titanium Fix
www.titaniumfix.ru
Телефон: +7 (495) 123-45-67
E-mail: info@titaniumfix.ru

Протезирование с элементами CeraOne System

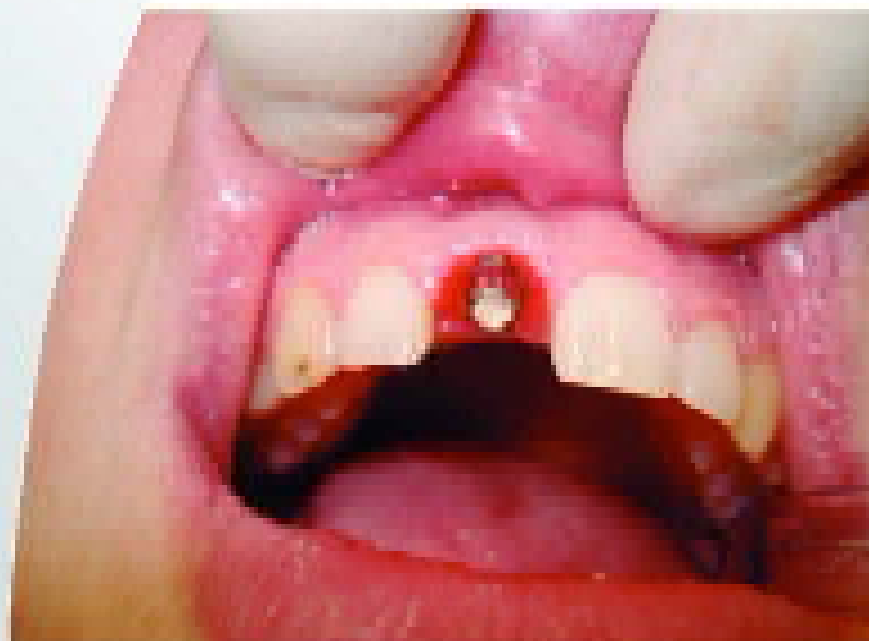
■ Абразивы

■ Трансфер

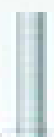
■ Копия

■ Захватный материал

■ Резак



Специально разработаны TITAN
Искусственные челюстные абразивы
с шайбой C-So
Примеры искусственных челюстных абразивов



конечный результат

Без боли


titanium fix
Dental Implants

Искусственные челюстные абразивы
Titanium Fix
Телефон: +7 (800) 400 00 00
www.titaniumfix.ru
www.titaniumfix.ru
www.titaniumfix.ru
www.titaniumfix.ru





Психологические аспекты стоматологии

Алгоритм взаимодействия ассистента с пациентами на этапах стоматологического приема*

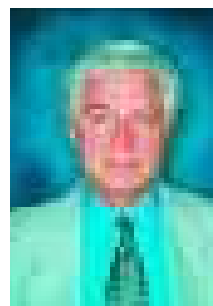
В современной стоматологии подчеркивается активная роль ассистента в процессе лечения и общения с пациентом. Всеми признается факт: ассистент должен вносить свой вклад в формирование доверия к клинике, продажу услуг, укреплять авторитет доктора. Выполняя свои прямые обязанности, помощник врача параллельно осуществляет несколько функций во взаимодействии с пациентом – релаксирующую, информационную, имидж-образующую, дистрибьюторскую, рекламную, сервисную (культура обслуживания и медицинский сервис).

В данной статье рассматриваются основные этапы взаимодействия ассистента с пациентом на стоматологическом приеме и специально вычленяется релаксирующая функция. Ассистенты должны обратить на нее особое внимание и отслеживать ее выполнение, оценивая свои действия, слова, обращения к врачу и пациенту. При этом следует учитывать, что релаксация пациента достигается разными средствами – вербальными (словесными) и невербальными, эмоциональными и интеллектуальными, а также при помощи мер упреждения.

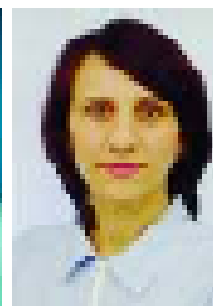
Этап подготовки к лечению

А. Обеспечить комфорт пациенту:

- отрегулировать высоту и угол наклона подголовника соответственно росту и осанке пациента;
- дать пациенту возможность почувствовать, насколько удобно ему в кресле: "Удобно ли вам (И.О.)? Попробуйте подвигать головой, корпусом тела. Убедитесь, что Вам удобно. Если нет, я поправлю высоту и наклон подголовника";
- обеспечить комфорт:
- предложить пациенту темные очки для защиты глаз от света,
- предложить резиновый подголовник,
- пояснить, что вы намерены делать: "Сейчас мы с вами подготовимся к лечению (осмотру). Позвольте мне закрепить одноразовую салфетку. Вам ничто не мешает?".



В.В. Бойко,
академик БПА,
член-корр. ПАНИ,
д.пс.н., профес-
сор,
зав. кафедрой пси-
хологии и меди-
цинской деонтоло-



Е.А. Зыкина,
ассистент кафед-
ры психологии и
медицинской де-
онтологии СПб
ИНСТОМ

Комментарий. Обеспечивая комфорт перед началом лечения, ассистент имеет возможность проявить подчеркнутое внимание и заботу о пациенте. Для этого надо все делать акцентировано: неторопливо, озвучивая свои действия, говорить четко, стараясь встретиться глазами с пациентом.

Б. Действия упредительного характера:

- женщине (при необходимости) предложить салфетку и попросить стереть помаду на губах: "И.О., будьте любезны, сотрите помаду с губ. Вот салфетка. Ее можно положить сюда. Благодарю Вас";
- если у пациента есть съемный протез во рту, попросить снять его, предложив салфетку и указав, куда его можно на время положить: "Будьте добры, снимите протез во рту. Возьмите, пожалуйста, салфетку. Протез можно положить (указать куда). После приема (консультации) я напомню вам, чтобы Вы его не забыли вновь надеть";
- оперативно реагировать на просьбы врача показать пациенту снимки, демонстрационные модели, проспекты, индивидуальные средства гигиены.

В. Релаксирующее эмоциональное включение в ситуацию:

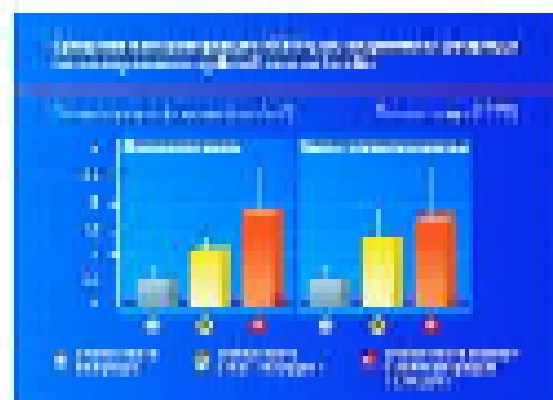
- проявлять мягкую экспрессию — открытая, доброжелательная улыбка; спокойная речь, благожелательная интонация в голосе; успокаивающий, заинтересованный взгляд;
- обратить внимание на общее состояние пациента: нет ли признаков повышенного эмоционального напряжения и физического дискомфорта в виде тревоги, боязни, страха.

ВНИМАНИЕ! случае проявления повышенного эмоционального напряжения и физического дискомфорта перед лечением надо измерить А/Д, пульс, температуру (при необходимости). Принять совместно с врачом решение о возможности лечения (осмотра) при

Элмекс

доказанная защита от кариеса благодаря высокоэффективному аминофториду

Аминофторид фтора является самым эффективным фторсоединением, которое лучше всего усваивается организмом человека. При длительном применении аминофторидов организм привыкает к ним, и выделение фтора становится по своему высшим стандартом. Таким образом, аминофториды обеспечивают зубам защиту, а не просто кратковременную защиту. При использовании аминофторидов происходит укрепление эмали, восстановление поврежденной эмали, защита зубов от кариеса, защита от зубной боли, восстановление зубов после лечения. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса.



Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса.

Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса. Аминофториды являются самым эффективным средством для профилактики кариеса.



Самый сильный АМИН ФТОРИД ОТ КАРИЕСА

Зубная паста и ополаскиватель для полости рта **Элмекс** содержат самый эффективный фторид

- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.
- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.
- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.

Зубная паста и ополаскиватель для полости рта **Элмекс**

- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.
- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.
- Самый эффективный фторид, который не только укрепляет эмаль, но и восстанавливает поврежденную эмаль.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

выявленных показателях психологического и физического самочувствия.

Комментарий. Ассистент на этапе подготовки пациента к лечению продолжает демонстрировать мягкую экспрессию, тем самым "подпитывая" его положительной эмоциональной энергетикой. Обычно, оказавшись в положительном энергетическом поле, пациент успокаивается, что обеспечивает нормальные условия для стоматологического вмешательства, а иногда исключает премедикацию.

Г. Релаксирующее вербальное и невербальное воздействие:

в поле зрения пациента:

- достать стакан из упаковки,
- налить жидкость для ополаскивания рта и пояснить: "И.О., это слабое антисептическое полоскание. Будьте добры, освежите рот, это необходимо сделать перед лечением. Жидкость сплюньте сюда, в раковину" (показать жестом),
- подать салфетку для вытирания губ,
- врач моет руки перед приемом,
- ассистент экипирует врача и себя,
- дезинфицирует спреем перчатки врача и свои,
- вскрывает кассету (упаковку) со стерильными инструментами: "Это для Вас — набор стерильных инструментов".

Комментарий. Названные меры, осуществляемые в поле зрения пациента, обеспечивают безопасность лечения. Кроме того, они релаксируют пациента, успокаивают: "Лечение будет безопасным". Однако на практике часто наблюдаем иное: пациент не видит, не знает о том, помыл ли врач руки перед началом работы; кассета на прикресельном столике была открыта заранее; перчатки дезинфицируются за спиной без озвучивания этого действия. В отзывах по телефону (обратная связь) пациенты отмечают эти недостатки в обеспечении безопасности лечения. Ассистент и врач не должны провоцировать рекламации.

Ассистент должен:

- предупредить пациента об изменении положения кресла, если врач намерен обсудить анкету о здоровье или результаты осмотра. Тем самым устраняется "доминирование" врача над пациентом: "И.О., сейчас мыотрегулируем положение кресла, чтобы Вам было удобно общаться с доктором. Так Вам удобно?";
- объяснить первичному пациенту работу воздушного аспиратора: "В процессе лечения я буду убирать скопившуюся жидкость во рту этим воздушным аспиратором. Он работает с небольшим шумом; постарайтесь не замечать его".

Примечание. На этапе освоения обстановки кабинета и подготовки к лечению диагностируются (весьма успешно) такие личностные особенности пациентов:

- 1) внимательный-невнимательный;

- 2) активный-пассивный;

- 3) доверчивый-мнительный;

- 4) аудиальный-визуальный;

- 5) кинестезически доверчивый-кинестезически недоверчивый.

Этап лечения

А. Релаксирующее вербальное воздействие:

— обращайтесь к пациенту по И.О. перед выполнением манипуляций, которые требуют от него мобилизации усилий и большого терпения;

— давайте комментарий к лечебным мероприятиям и манипуляциям (если врач доверил их Вам). Например, на терапевтическом приеме уместно говорить (особенно важно первичному пациенту):

— перед началом обработки зуба: "Мы всегда начинаем лечение с чистки большого зуба. Это необходимо для того, чтобы пломбировочный материал лучше приклеивался к тканям зуба";

— перед использованием аспиратора: "Сейчас (И.О. врача) Вам обработает полость зуба, а я буду убирать жидкость и пыль после обработки";

— перед реставрацией зуба: "Во время реставрации рот закрывать нельзя, чтобы слюна не попала в полость обрабатываемого зуба, иначе нарушится технология, поэтому сейчас следует минутку отдохнуть, закрыв рот";

— после окончания пломбировки: "И.О., пломбировка зуба закончена, можно отдохнуть. Закройте рот, но на зуб не накусывайте. Нам еще предстоит полировка, чтобы зуб выглядел естественно, был гладким и блестящим";

— поддерживайте позицию врача в беседе с пациентом фразами типа: "Да, в Вашем случае именно этот вариант наиболее приемлем", "То, что предлагает Вам (И.О. врача), самое лучшее", "Такая технология (материал) используется в лучших современных клиниках".

Комментарий. Дополнения, которые делает ассистент в процессе лечения, должны быть заранее согласованы с доктором. Речевки свидетельствуют о том, что работает диада "врач-ассистент", их действия продуманы, отточены, подчинены единым целям — достичь высокого качества лечения, обеспечить комфорт пациенту.

Б. Упреждение и устранение дискомфорта:

— предлагайте накусочную резинку (в обоснованных случаях) или используйте коффердам. При этом нужно хорошо владеть техникой его применения;

— предупреждайте о предстоящих неприятных ощущениях, например, перед чисткой при помощи аппарата Piezon: "И.О., не волнуйтесь, это легкая процедура, может быть немного неприятно";

— поясняйте предстоящие действия, например, после анестезии: "Сейчас я уберу горечь. Давайте, ополоснем рот";

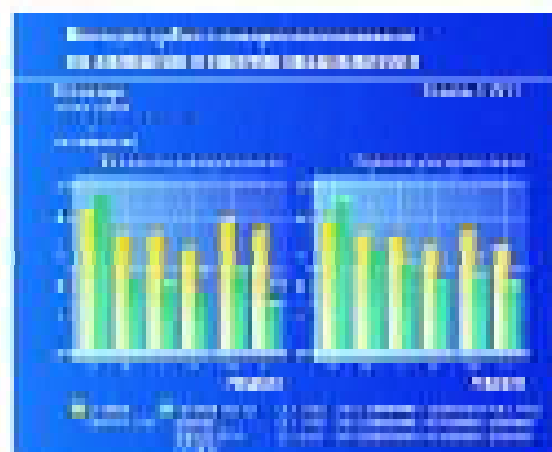
Аптека

ЭЛМЕКС

СЕНСИТИВ ПЛЮС:

защита для зубов с обнаженными шейками и повышенной чувствительностью

В аптеке вы можете приобрести эффективное средство для зубов **ЭЛМЕКС® СЕНСИТИВ ПЛЮС**, которое эффективно защищает эмаль от воздействия кислот, снижает чувствительность зубов (снижает пороговую температуру с 17,5 до 14,8) и снижает приток крови до 40% по сравнению с Эл-Мед в чувствительной области. Благодаря этому, уменьшаются зуд, жжение и ощущение дискомфорта. Для защиты и восстановления эмали от повышенной кислотности зубов рекомендуется использовать средство **ЭЛМЕКС® СЕНСИТИВ ПЛЮС**.



Аптека имеет также средство **ЭЛМЕКС® ТРИМ**, которое эффективно снимает воспаление десен, снижает кровоточивость десен, уменьшает количество бактерий, предотвращает развитие кариеса и пародонтоза, улучшает состояние слизистой оболочки полости рта, уменьшает зуд и жжение, восстанавливает и укрепляет эмаль, улучшает кровообращение и питание тканей.

ЭЛМЕКС®, ЭЛМЕКС® СЕНСИТИВ ПЛЮС, ЭЛМЕКС® ТРИМ являются зарегистрированными товарными знаками и используются с разрешения ООО «ЭЛМЕКС».



Средство **ЭЛМЕКС® СЕНСИТИВ ПЛЮС**

Аптека имеет также эффективное средство для профилактики и лечения заболеваний полости рта **ЭЛМЕКС® СЕНСИТИВ ПЛЮС**.

- Защищает эмаль от воздействия кислот, снижает чувствительность зубов.
- Защищает от повышенной кровоточивости и повышенной чувствительности десен.
- Не имеет побочных эффектов (РМБ, ЗС).

Аптека имеет также средство **ЭЛМЕКС® ТРИМ** для профилактики кариеса.

- Борется, не только с кариесом, но и с воспалением слизистой оболочки полости рта, уменьшает зуд и жжение, восстанавливает и укрепляет эмаль.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

— предупреждайте об изменении положения кресла: "И.О., спинка кресла сейчас опустится, не пугайтесь";

— отслеживайте, чтобы свет лампы не падал в глаза пациенту;

— предлагайте пациенту бактерицидное полоскание в некоторых ситуациях приема, например, после чистки зубов, после препарирования зуба, по окончании реставрации;

— предупреждайте пациента о возможности возникновения неприятных ощущений:

вкусовых:

— после введения анестетика,

— после обработки препарированной полости зуба парканом или хлоргекседином,

— после обработки гелем ортофосфорной кислоты,

— во время и после чистки содой (Prophyflex);

обонятельных (запахи):

— во время использования адгезивных систем,

— во время обработки полости гидролем,

— во время и после постановки турунды с крезолформом,

— во время профилактической обработки эмали зубов лаком;

— предупреждайте усталость и неудобное положение пациента в кресле.

Признаки усталости:

— пациент непроизвольно закрывает рот, не может держать его открытым,

— начинает двигать головой вверх-вниз, вправо-влево (признаки усталости плечевого пояса),

— потягивается в кресле (признак того, что "затекали" отдельные участки тела),

— меняет положение рук,

— перекидывает ногу на ногу,

— напрягается всем телом (сигнал явного физического дискомфорта).

Комментарий. Проводя лечение, врачи и ассистенты нередко допускают такую ошибку: не замечают своевременно дискомфорт, усталость пациента. Они подчиняют свои манипуляции технологическому процессу — все хочется сделать от и до. Рассчитывают на свою выносливость вместо того, чтобы руководствоваться состоянием пациента — как он переносит процедуры, нет ли признаков усталости. А может быть, главная причина в том, что ассистент недостаточно профессионален: не имеет нужного опыта, не знает своих обязанностей, не уверен в себе, невнимателен, несобран.

На каждом приеме (терапевтический, пародонтологический и т.д.) медперсонал должен использовать любую возможность, чтобы предоставить пациенту паузу для релаксации. Например, на терапевтическом приеме пауза обязательно предоставляется в следующих моментах:

— на этапе механической обработки зуба — во время смены бора,

— по окончании механической обработки зуба,

— во время механической обработки каналов зуба — по возможности,

— по окончании реставрации зуба.

ВНИМАНИЕ! Если вы доставили какой-либо дискомфорт пациенту (сильно прижали губу, язык), нечаянно забрызгали содой, не успели в нужный момент убрать жидкость изо рта и т.п., немедленно извинитесь!

Некоторые ассистенты не считают нужным принести свои извинения и тем самым усугубляют свою вину неловкостью, ошибкой. Пациенты возмущаются такими обстоятельствами и подчеркивают их в обратной телефонной связи.

В. Релаксирующее эмоциональное включение в ситуацию общения:

— периодически поддерживать, успокаивать пациента вербально: "Все идет хорошо", "Через некоторое время мы отдохнем", "Вы хорошо справляетесь с напряжением";

— невербально выражать внимание к состояниям пациента — периодически всматриваться в глаза, осматривать позу (одобрительный взгляд, кивок головой, успокаивающий жест руки прикосновение рукой к плечу пациента, груди).

Комментарий. Прикасаться к пациенту можно только в том случае, если вы убедились: он — сенсорно доверчивый, то есть его каналы восприятия (зрительный, слуховой, тактильный) "открыты". Поэтому он готов и желает ощутить ваши прикосновения, сократить дистанцию в общении. О сенсорной доверчивости человека свидетельствуют такие особенности поведения: при общении смотрит Вам в глаза (не "бегают" глазами, не отводит в сторону), старается приблизиться к Вам и доктору, внимательно вслушивается в обращенные к нему слова. Сенсорно доверчивый пациент может сам прикоснуться к Вам или доктору. Сенсорная доверчивость, выявленная у пациента, позволяет успокаивать его в состоянии болевых ощущений, боязни и страха. Вы прикасаетесь к пациенту и ему становится спокойнее.

Периодически задавать вопросы о комфорте и самочувствии следует либо в общей форме: "Все нормально?", "Как вы себя чувствуете?", "Все хорошо?", "Вам удобно?"; либо (что лучше) вопросы о самочувствии задавать в конкретной форме. Это будет свидетельствовать об индивидуальном подходе, что особенно ценно для пациента: "Шея не устала?", "Вам дать отдохнуть?", "Ноги не затекли?", "Вам удобно лежать в кресле?"

Комментарий. При длительном лежании в стоматологическом кресле пациент может ощущать дискомфорт, обусловленный соматическим заболеванием —

гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, сердечная недостаточность, бронхиальная астма и др. Дискомфорты могут возникать у беременных женщин и лиц пожилого возраста. Для этих пациентов головной конец кресла во время лечения должен быть приподнят. В подобных случаях нужно справляться о самочувствии на протяжении всего приема через короткие промежутки времени, внимательно отслеживая состояние и реагируя даже на незначительные сигналы о дискомфорте.

Чтобы вопросы на выяснение дискомфортного состояния во время лечения не были формальны, надо сопроводить их обращением к пациенту по И.О. и интонацией соучастия.

ВНИМАНИЕ! Интересуясь во время лечения состоянием пациента, когда он держит рот открытым, старайтесь задавать вопросы так, чтобы пациент мог ответить на них однозначно — "да" или "нет", "ага", "угу".

Нельзя спрашивать о том, что предполагает ответ в несколько слов, в форме суждений, например: "С Вами что-то не так? Скажите". Пациент не сможет сказать: "У меня все хорошо". Или: "Очень затекла шея".

Этап общения с пациентом после лечения

А. Позитивное вербальное и невербальное воздействие на пациента:

- фиксируйте (по возможности) внимание пациента на том, что одноразовые шприцы, перчатки, маски выбрасываются в специальный контейнер или складываются в кассету с отработанными инструментами;

- информируйте о завершении лечения;

- предупреждайте о подъеме кресла: "И.О., на сегодня лечение закончено. Сейчас мы поднимем кресло";

- предоставляйте паузу для адаптации после лечения;

- убедитесь, что пациент чувствует себя нормально: ясный взгляд, естественный цвет лица, нет тремора век, рук, губ и т.д.;

- внимательно посмотрите на пациента и обязательно поинтересуйтесь: "И.О., все в порядке? Как вы себя чувствуете? Не кружится голова? Посидите минутку спокойно, почувствуйте свое состояние".

Комментарий. Случается, ассистент ведет себя неадекватно. Например, пациентка в ответ на вопрос о самочувствии сказала, что у нее кружится голова. Ассистентка никак не среагировала. Забота была проявлена формально, по принципу "поставить галочку". Рекомендовано спрашивать о самочувствии — спросила, и на этом поставлена точка. Естественно, отсутствие реакции со стороны врача и ассистента удивляет. Работают "на автомате", безразличны и безответственны. "Уж лучше бы не задавали вопросов о самочувствии", — такой вывод может сделать пациент.

В случае признаков плохого самочувствия, надо привлечь внимание доктора (если он не заметил этого) и далее совместно с врачом действовать по обстановке:

- предложите пациенту ополоснуть рот и вытереть губы (лицо) салфеткой;

- дайте пациенту возможность убедиться, что у него все в порядке — нет следов медикаментов на губах, уложены волосы, опрятность в одежде (дать зеркало);

- предложите присесть на стул у стола доктора, отслеживая взглядом или жестом его передвижение с кресла на стул. Обычно врач, сидя у стола, разъясняет гарантии, согласует последующий плановый визит. Используйте этот эпизод общения, чтобы убедиться — пациент чувствует себя нормально.

Б. Интеллектуальное и эмоциональное соучастие в заключительном разговоре врача с пациентом:

- демонстрируйте свое внимание к словам и действиям врача, обращенным к пациенту;

- запоминайте главные советы, просьбы доктора с тем, чтобы при случае напомнить их пациенту;

- быстро или упреждительно реагируйте, если врачу потребуется модель, снимок, зеркало, снимки в компьютере до и после лечения для демонстрации достигнутого качества лечения;

- быстро или упреждительно реагируйте, когда надо сделать какую-либо запись для пациента, выписать рецепт, направление;

- поддерживайте дополнениями некоторые советы врача (если он приемлет такую форму вашего соучастия в беседе) — относительно гарантий, ухода за зубами, профилактических осмотров, действий в случае осложнений.

Комментарий. Некоторые ассистенты сворачивают общение с пациентами, когда врач выполняет завершающие процедуры, например, шлифовку зуба. А в ряде случаев, не дожидаясь пока доктор закончит работу, начинают подготовку к следующему приему. Еще идет беседа врача с пациентом, а помощница с шумом выдвигает и задвигает ящики. Если это конец смены, ассистентка нервничает и всем своим видом дает понять, что ее миссия закончена и что она спешит по своим делам. Пациенты чувствуют безразличие к себе и понимают: между врачом и ассистентом нет взаимопонимания.

Этап сопровождения пациента к пункту расчета

А. Позитивное вербальное и невербальное воздействие:

- используйте знаки внимания и упреждительности;

- откройте дверь кабинета перед пациентом и пропустите его к выходу со словами: "И.О., будьте любезны, проходите к выходу (сюда)";

- укажите рукой направление движения по коридору (холлу);

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

- идите на полшага впереди пациента;
- спускаясь по лестнице, идите на 1—3 ступеньки впереди и будьте готовы подхватить пациента, если ему станет плохо или он оступится;
- контролируйте состояние пациента после лечения:
- периодически поворачивайтесь в сторону пациента, идущего вслед за Вами, и взглядом проверяйте, все ли с ним в порядке;
- спросите о самочувствии;
- передавайте взглядом, голосом мягкую экспрессию, соучастие.

ВНИМАНИЕ! При малейших признаках недомогания пациента надо:

- взять его под руку;
- идти параллельно (рядом);
- замедлить шаг;
- предложить сесть и отдохнуть, а в случаях явного недомогания — настоять на том, чтобы пациент сел, отдохнул и не покидал клинику, пока не почувствует себя хорошо.

В случае резкого ухудшения состояния — немедленно попросить кого-либо из персонала позвать лечащего врача или любого свободного доктора, не отходя ни на шаг от пациента.

Комментарий. Ассистент должен запомнить признаки недомогания пациента после лечения:

- одышка, тяжелое дыхание, громкое захватывающее дыхание;
- помутнение зрения;
- побледнение лица;
- дискоординация движений;
- поиски опоры (рука или плечо сопровождающего, стена, косяк двери, стойка администратора и т.п.);
- тремор (дрожание) рук, век.

Б. Интеллектуально-эмоциональное включение в ситуацию:

- повторение маркеров внимания, проявленного врачом к пациенту (по подсказке врача);
- покажите заботу о здоровье;
- напомните о необходимости посетить специалиста стоматологического профиля; пройти дополнительное обследование;
- напомните советы врача проконсультироваться у медицинского специалиста нестоматологического профиля, беречь себя;
- подскажите, как поддерживать эффект лечения или действовать в случае осложнения;
- напомните о бесплатном профилактическом осмотре;
- уточните, хочет ли пациент, чтобы ему позвонили и узнали о самочувствии спустя 1—2 недели (если клиника осуществляет обратную телефонную связь);
- используйте маркеры своего внимания, заботы и

уважения к пациенту:

- поблагодарите за что-либо (за визит, оказанное доверие, сотрудничество на приеме, проявленное терпение);
- сделайте комплимент по поводу чего-либо (проявленное спокойствие, преодоление тревоги, принятие решения о выполнении плана лечения);
- извинитесь за доставленный дискомфорт, свою ошибку, если таковые имели место во время лечения.

Комментарий. Интеллектуально-эмоциональное включение в ситуацию сопровождения пациента к пункту расчета не должно быть "беглым", "скомканным", что свидетельствует о конвейерном стереотипе взаимодействия. Напротив, надо дать сигнал пациенту: "Как было приятно иметь с ним дело". Особенно важно повторно принести извинения, если по вашей вине во время лечения возник дискомфорт, если вы допустили ошибку, выполняя манипуляции. К сожалению, в отзывах по обратной связи пациенты порой отмечают отсутствие каких-либо извинений за доставленные неприятности — "забрызгали", "прищемили губу, язык", "обожгли!" и т.п. Обычно после таких замечаний следует резкое дополнение: "И даже не извинились".

Люди многое готовы простить персоналу, если приносятся извинения. Лучше извиняться неоднократно — в момент допущенной ошибки, причинения дискомфорта и после лечения.

В. Помощь пациенту в записи на дальнейшее лечение (при необходимости):

- убедитесь в том, что пациенту все понятно: "И.О., Вам понятно, в какой день и час Вам надо быть на следующем приеме?";
- убедитесь в том, что администратор сделал необходимые записи в регистрационном журнале и визитной карте пациента.

Комментарий. Прослеживая действия администратора (записал, выдал визитную карточку), Вы придерживаетесь нормы корпоративной культуры — осуществляете контроль за работой персонала передней линии. Это заставляет пациента и делает вывод об ответственном отношении команды к обслуживанию клиентов.

Этап прощания с пациентом (в случае если ассистент, а не врач сопровождает его в холл)

А. Позитивное вербальное и невербальное воздействие:

- демонстрация радушия (открытая поза; доброжелательная, располагающая улыбка; контакт глаз; нахождение в личной зоне пациента);
- мягкая экспрессия (приятное звучание голоса, плавные интонационные переходы при смене эмоциональных состояний, успокаивающий взгляд, плавные жесты среднего и малого круга, легкая, мягкая улыбка);
- демонстрация изысканных манер (фиксация в

Психологические аспекты стоматологии

сознании пациента своего позитивного отношения к нему; отсутствие спешки, небрежности).

Б. Ассистент прощается с пациентом:

до следующего приема или до профилактического осмотра:

"До встречи на следующем приеме. Желаю Вам, И.О., здоровья. Если Вас что-то будет беспокоить после проведенного лечения, обращайтесь к нам незамедлительно. Мы с доктором (И.О.) поможем Вам. Телефон клиники есть в Вашей визитной карточке"; "Всего доброго, И.О., желаем Вам здоровья и благополучия. Обязательно приходите к нам через (6) месяцев на профилактический осмотр. Если в этот период возникнут какие-либо проблемы, обращайтесь к нам. Мы с доктором (И.О.) обязательно Вам поможем. Телефон клиники есть в Вашей визитной карточке".

ВНИМАНИЕ! Если лечение было сложным и весьма вероятен дискомфорт (осложнения), то врач в заключение приема обещает либо лично позвонить пациенту, либо поручает ассистенту сделать звонок.

Если пациент не хочет, чтобы ему звонили, надо убедить его, чтобы он отзвонился сам и сообщил о своем состоянии.

Если позвонить поручено ассистенту, он, прощаясь с пациентом, напоминает: "Через ... дней я непременно позвоню Вам, чтобы узнать о Вашем самочувствии, как мы договорились с доктором (И.О.)".

Литература

1. Бойко В.В., Мчедлидзе Т.Ш. Управление персоналом стоматологической фирмы. — СПб, "Сударыня", 2000.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций. — СПб, "Питер", 2004.
3. Бойко В.В. Физический дискомфорт на стоматологическом приеме. — СПб, "Сударыня", 2003.
4. Бойко В.В. Внешний и внутренний маркетинг в стоматологии: пациент от "входа" до "выхода". — СПб, "Сударыня", 2007.
5. Бойко В.В. Пациент выбирает стоматолога? — СПб, "Сударыня", 2001.
6. Бойко В.В. Диада "стоматолог — ассистент": психология сработанности. — СПб, "Сударыня", 2006.
7. Панневич Р. Помощница врача-стоматолога. — Издательство "Квинтэссенция", — Берлин, 1997.
8. Садовский В.В. Стоматология в 4 руки. — ОАО "Стоматология", Москва, 1999.
9. Боровский Е.В. (ред.). Терапевтическая стоматология. — М.: "Техлит", 1997.
10. Дормашев Ю.Б., Романов В.Я. Психология внимания. — "Тривола", Москва, 1999.
11. Морозов А.В. Деловая психология. — "Издательство Союз"; Санкт-Петербург, 2000.
12. Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф., Сергеев И. И. Клиническая психология. — МЕДпресс, Москва, 2007.
13. Гольдштейн Р., Мун А. Голос с другой стороны кресла. — "Клиническая стоматология", № 3, 2003.

2^й ОБЩЕЕВРОПЕЙСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС
СТАМБУЛ 4-5 июля 2008

8 клинических симпозиумов!

Это уникальный шанс для каждого европейского стоматолога.
Полностью себя реализовать в Европе. Для каждого участника - подарком будет ЕВРО-членство.
Самый высокий уровень на Западе!

Организаторы:
International Association of Dental Promotion
IAIDP
Turkish Dental Association
TDA

Министры:
ИЗЕР

Под эгидой:
European Regional Organization of EDI
ERO

Информационный спонсор и Партнер:
Denta-Times
STOMATOLOGIE

Спонсорство является обязательным. Подробности на интернет-сайте: www.paidcongress.com
Контактная информация: Елена Дмитриевна Ибрагимова тел. (905) 300-00-00, 300-00-00, e-mail: info@paidcongress.com

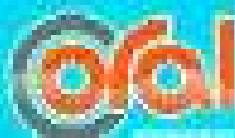


DARTA

© 2000 Pearson Education, Inc. Publishing as Macmillan

- [illegible]

Индивидуальная комплектация



1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

DOO: doos@openbusiness.com
 4000 Highway 10 North, Suite 1000
 Minneapolis, MN 55412, USA
 Tel: (612) 775-8100
 Fax: (612) 775-8100
 Web: www.openbusiness.com

На пути к совершенству!

**Стремитесь к совершенству?
Компания LM совершила революцию
в эргономике ручных стоматологических
инструментов.**

Характеристики инструментов LM

- Небольшой вес
- Ручка с точным балансирующим расположением
- Высокая эргономичность при работе
- Удобная форма ручки
- Соответствие стандартам ISO 15843/15844

Преимущества инструментов LM

- Приспособлен для работы как правой, так и левой рукой
- Малый захват
- Минимум движений рукой и кисти
- Простота и скорость выполнения операций
- Максимальный захват
- Задвижка и фиксаторы
- Легкий переключатель




Почувствуйте разницу!

РАУДЕНТАЛЛ
Санкт-Петербург, ул. Большая
Московская, 6, офис 47
Тел.: (812) 710-88-51, 710-88-
52

Тел./факс: (812) 710-88-60
info@raudentall.ru
www.raudentall.ru

LM-Instruments Oy
info@lminstruments.com
www.lminstruments.com

Primum non nocere!



PAUL FRIEDMAN
 FRIEDMAN GROUP
 10000 WILSON BLVD., SUITE 100
 FARMERS BRANCH, TEXAS 75448
 (972) 261-1111

Print is photomicrographed (Kodak D-19 developer) and the resulting image is scanned by a computerized image analysis system (Image-Pro Plus 4.1.0.0, MDS Analytical Concepts, Inc., Warminster, PA).

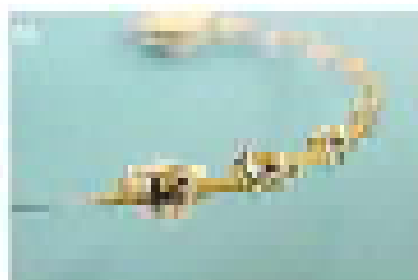
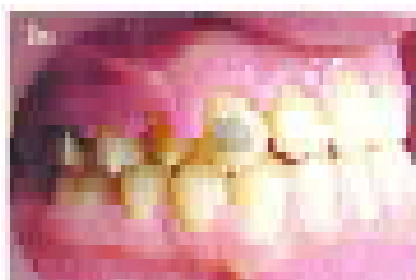


Fig. 1. a) Upper anterior teeth showing plaque and staining; b) lower anterior teeth showing plaque and staining.

1. Introduction

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

The main cause of periodontal disease is the accumulation of plaque and calculus on the teeth, which leads to the formation of a biofilm.

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

The main cause of periodontal disease is the accumulation of plaque and calculus on the teeth, which leads to the formation of a biofilm.

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

The main cause of periodontal disease is the accumulation of plaque and calculus on the teeth, which leads to the formation of a biofilm.

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

The main cause of periodontal disease is the accumulation of plaque and calculus on the teeth, which leads to the formation of a biofilm.

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

The main cause of periodontal disease is the accumulation of plaque and calculus on the teeth, which leads to the formation of a biofilm.

Periodontal disease is a chronic inflammatory condition of the supporting structures of the teeth, characterized by the presence of plaque and calculus deposits on the teeth.

2. Materials and Methods

The study was conducted on 100 patients with periodontal disease.

- The patients were divided into two groups: control and experimental.
- The control group received standard periodontal treatment.
- The experimental group received standard periodontal treatment plus a new treatment protocol.
- The patients were followed up for 12 months.

The results of the study showed that the new treatment protocol was more effective than the standard treatment.

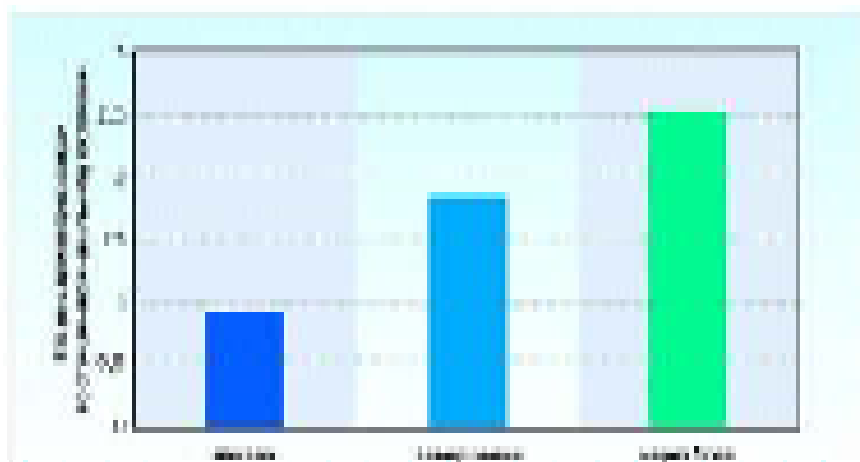


Figure 1. Bar chart showing the percentage of patients with periodontal disease who responded to treatment.

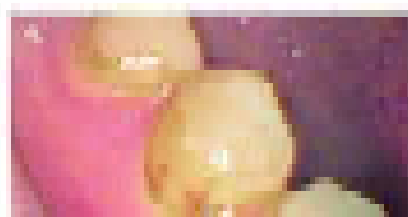
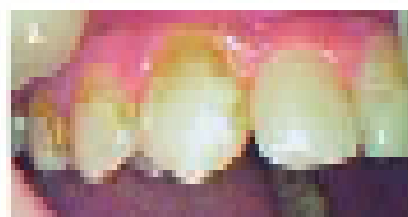


Fig. 2. a) Upper anterior teeth showing plaque and staining; b) lower anterior teeth showing plaque and staining.



DOI: 10.1002/for

2019年12月10日
 2019年12月10日
 2019年12月10日

На рис. 3 показаны системы отсчета, связанные с полем и с частицей в поле. Система отсчета S связана с полем, система S' — с частицей. Система S' движется с постоянной скоростью v относительно системы S . В системе S поле описывается уравнением (1), а в системе S' — уравнением (2). В системе S поле описывается уравнением (1), а в системе S' — уравнением (2). В системе S поле описывается уравнением (1), а в системе S' — уравнением (2).

THESE RESULTS ARE IN ACCORD WITH THE
FINDINGS OF OTHER STUDIES. FOR EXAMPLE, A
RECENT STUDY BY [REDACTED] AND
COLLEAGUES (2018) REPORTED THAT
[REDACTED] AND [REDACTED] ARE
STRONG PREDICTORS OF [REDACTED].

[illegible]

Специально для Вас мы подготовили уникальную подборку из 100 лучших современных произведений мировой литературы, представляющих искусство писателя. Мы не только представляем Вам книгу, мы предлагаем Вам возможность увидеть ее в действии. Мы предлагаем Вам возможность увидеть ее в действии. Мы предлагаем Вам возможность увидеть ее в действии.

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

При 0,5 моль/л электролитическая проводимость раствора 100 г/л хлорида натрия в 1,5 раза превышает проводимость раствора 100 г/л хлорида калия (таблица 1). Это объясняется тем, что в растворе хлорида натрия концентрация ионов натрия и хлора в 1,5 раза превышает концентрацию ионов калия и хлора в растворе хлорида калия. В растворе хлорида калия концентрация ионов калия и хлора в 1,5 раза превышает концентрацию ионов натрия и хлора в растворе хлорида натрия.

[illegible]

© 1997 American Psychological Association 0893-3200/97/\$12.00
DOI: 10.1037/0893-3200.11.4.521

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
50 EAST LEXINGTON AVENUE
NEW YORK, N.Y. 10017

- [illegible]

THE NEW YORK STATE OF COURSE IN THE
NINETEENTH CENTURY. THE NEW YORK
STATE OF COURSE IN THE NINETEENTH
CENTURY. THE NEW YORK STATE OF COURSE
IN THE NINETEENTH CENTURY.

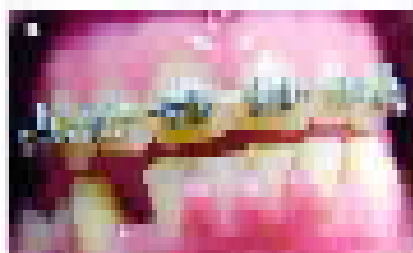


FIG. 1. Diagram of the study showing recruitment from 1994 to 1996, and the number of subjects who completed the study.



These findings suggest that the use of a single, standardized, and validated instrument to assess the quality of care may be a useful tool for identifying areas for improvement in the management of patients with chronic conditions. The findings also suggest that the use of a single, standardized, and validated instrument to assess the quality of care may be a useful tool for identifying areas for improvement in the management of patients with chronic conditions.



FIG. 10. The predicted mean response and 95% confidence interval for the mean response for the 1000 simulated datasets.

[illegible]

Применение теории и практики
экономической социологии
в исследовании роли государства
в развитии инновационной экономики
и инновационной политики НСИ

The authors of this manuscript are not aware of any other work that has appeared in a different journal. However, the authors do acknowledge the related work of other researchers in the field of computer-aided design and manufacturing, particularly in the area of design optimization and simulation.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

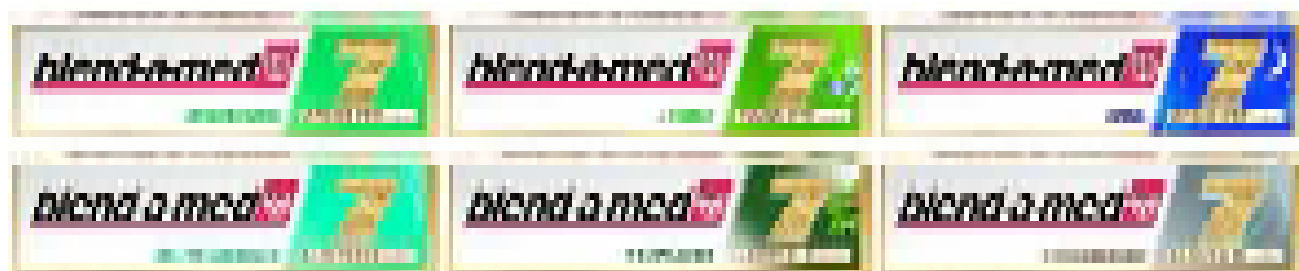


Рис. 16. Выбор лечения и восстановления полости Blend-a-med® (Paragon)

Эта новая технология позволяет в течение всего цикла лечения проводить контроль качества выполнения работы, позволяя избежать ошибок и переделок, а также проводить контроль качества работы после завершения лечения и реставрации.

Наличием системы, позволяющей увидеть работу пациента при помощи ИКТ (blend-a-med®) позволяет проводить контроль качества работы.

Система (рис. 17) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 18) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 19) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 20) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 21) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 22) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Применение системы Blend-a-med® позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 23) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 24) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 25) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.



Рис. 17. Выбор лечения и восстановления полости Blend-a-med® (Paragon)

Blend-a-med® (рис. 26) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 27) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 28) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 29) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 30) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 31) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 32) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

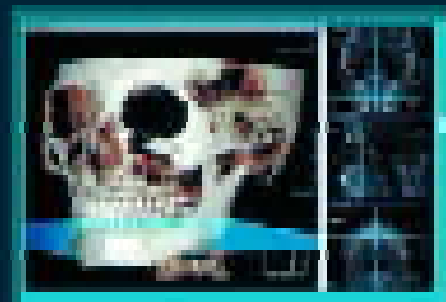
Blend-a-med® (рис. 33) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 34) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Blend-a-med® (рис. 35) позволяет проводить контроль качества работы и проводить контроль качества работы.

Стоматологические компьютерные томографы

Pharma Dental



3D



Phicasso Trio

ОБЪЕМЪЕ СЪОБРАЗОВАНИЯ: 11 см x 20 см x 20 см



Phicasso Master

ОБЪЕМЪЕ СЪОБРАЗОВАНИЯ: 11 см x 11 см x 22 см x 12 см



Phicasso Pro

ОБЪЕМЪЕ СЪОБРАЗОВАНИЯ: 12 см x 7 см

- Интерактивная карта рентгеновского излучения (на мониторе и на пленке).
- Высокоэффективная диагностика в различных областях: челюстно-лицевая хирургия, ортогнатическая, ортодонтия, имплантология, стоматологическая, челюстно-лицевая хирургия.
- Габариты: ширина 100, высота 200 см.
- Продолжительность работы - 30 минут.
- Гарантия 2 года.

E.WOO

Адрес: Эксклюзивный представитель в России ООО «Фарма-Дентал»
175419 г. Москва ул. Сидорова д. 17/9

Тел./факс: (495) 789-67-33, 789-67-35, 730-28-59

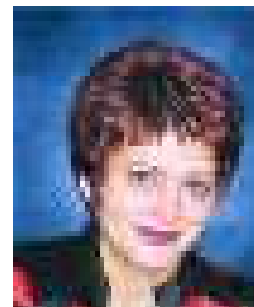
e-mail: pharma.dental@pharma-dental.ru www.pharma-dental.ru

Сертификаты качества и сертификаты соответствия в Минздраве РФ



Рентгенология в стоматологии

Планирование имплантологического и ортопедического лечения с применением диагностических возможностей компьютерного томографа EPX-FC, а также специализированного программного обеспечения Vatech Co. Ltd. (Ю. Корея)



М.А. Чибисова, профессор, д.м.н., заведующая кафедрой рентгенологии в стоматологии, НОУ ДПО Санкт-Петербургский институт стоматологии, ГК МЕДИ

В статье изложен опыт использования трехмерной ден- тальной компьютерной томографии на аппарате EPX-FC (Picasso Pro), который свидетельствует о высокой информа- тивности данной методики при применении в различных разделах амбулаторной стоматологии, имплантологии, че- люстно-лицевой хирургии и оториноларингологии, а также о возможности повышения качества и эффективности стома- тологического лечения.

Planning of implantological and orthopedic treatment using diagnostic opportunities of computer tomograph EPX-FC and specialized software by Vatech Co. Ltd. (S. Korea) as well.

M.A. Chibisova

The article describes experience of 3D dental computer tomography with EPX-FC (Picasso Pro) which certifies high self-descriptiveness of given technique at application in various sec- tions of out-patient stomatology, implantology, to maxillofacial surgery and otolaryngology and also about opportunity of quality improvement and dental treatment efficiency.

Инновационный метод лучевой диагностики – трехмер- ная денальная компьютерная томография – значительно расширяет возможности первичной и дифференциальной диагностики в амбулаторной стоматологии, челюстно-лице- вой хирургии и оториноларингологии. Получены положи- тельные результаты применения денального компьютерно- го томографа Picasso Pro E-WOO Vatech (эксклюзивный представитель в России ООО "Фарма-дентал") в планирова- нии имплантации и дальнейшего ортопедического лечения (рис. 1, 2, 3, 4, 5). При выполнении обследования на данном стоматологическом компьютерном томографе лучевая на- грузка при сканировании челюстно-лицевой области мень- ше, чем при производстве цифровой ортопантограммы зубочелюстной системы.

В настоящее время на денальном компьютерном томо-

графе Picasso Pro E-WOO Vatech клиники стоматологии МЕДИ в Москве обследовано более 850 пациентов с различ- ными заболеваниями зубочелюстной системы, челюстно- лицевой области, височно-нижнечелюстных суставов и вер- хнечелюстных пазух, в том числе 360 человек для планирова-



рис. 1



рис. 2a

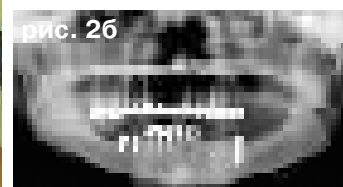


рис. 2b

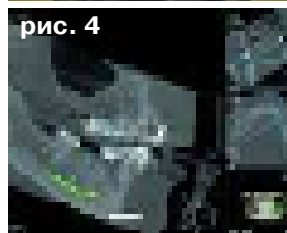


рис. 4



рис. 3

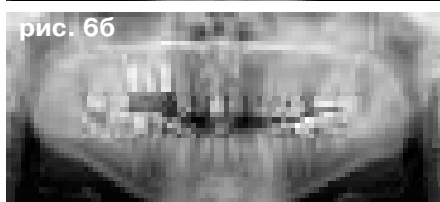
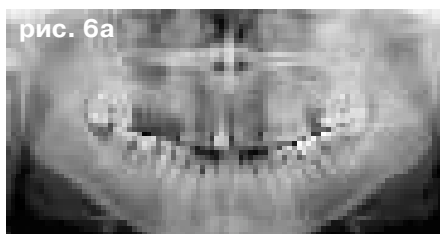


рис. 5

ния имплантации и дальнейшего орто- педического лече- ния (рис. 3). Трех- мерное изображе- ние зуба, получае- мое при данном ис- следовании в са- гиттальной, фрон- тальной и горизон- тальной плоско-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

стях, позволяет выявить ряд анатомических особенностей корней, корневых каналов зубов, более детально оценить состояние периодонта и пародонта альвеолярных отростков. На основании данных трехмерной КТ зубочелюстной системы можно произвести линейные и угловые измерения, построить псевдо-трехмерное изображение костных структур



и мягких тканей, провести сравнительную денситометрию периапикальных тканей зубов и альвеолярных отростков челюстей. Размеры максимальной исследуемой области при денсительной КТ – 12х7 см (размеры сенсора); ширина срезов во всех плоскостях – 0,1 мм; мультиформат – Dicom 3,0; время экспозиции – 24 сек. Эффективная эквивалентная доза облучения, которую получает пациент при выполнении трехмерной денсительной КТ на аппарате Picasso Pro равна 35–45 мкЗв. Данный стоматологический компьютерный томограф имеет компьютерную программу планирования имплантации, информация записывается на CD-диск в формате Dicom, совместимая с любой программой планирования имплантации (рис. 6, 7).

Нами изучены возможности использования трехмерной денсительной компьютерной томографии на аппарате Picasso Pro E-WOO Vatech в хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и имплантологии, а также разработаны показания для выполнения трехмерной денсительной КТ в хирургической стоматологии и имплантологии:

– хирургическая стоматология (травмы, трещины и повреждения зубов и челюстей; планирование имплантации; резекции верхушек корней зубов; цистотомии и цистэктомии; сложные удаления зубов, костно-пластические оперативные вмешательства, связанные с зоной дна верхнечелюстных пазух или областью нижнечелюстного канала);

– сложные клинические случаи (осложнения со стороны ЛОР-органов, со стороны челюстно-лицевой области, нижнечелюстного канала);

– одонтогенный или риногенный гайморит;

– воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух, связанные с осложнениями терапевтического или хирургического

лечения (перфорация дна пазухи);

– кисты (больше 2 см), кистоподобные образования верхнечелюстной пазухи и/или верхней челюсти;

– одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух;

– кистовидные образования нижней челюсти;

– остеомиелит верхней или нижней челюсти;

– инородные тела верхнечелюстных пазух и полости носа;

– инородные тела в проекции нижнечелюстного канала;

– новообразования верхнечелюстных пазух и мягких тканей челюстно-лицевой области (опухолеподобные – кистовидные или остеосклеротические заболевания);

– хронические генерализованные пародонтиты тяжелой степени тяжести (визуализация глубоких парадонтальных карманов и абсцессов);

– опухоли челюстно-лицевой области;

– травмы челюстно-лицевой области;

– травмы органов полости рта, лица, костей лицевого скелета неогнестрельного и огнестрельного происхождения, сочетанные повреждения;

– осложнения после удаления зубов;

– диагностика расположения ретинированных (непрорезавшихся) зубов;

– затруднения прорезывания зубов;

– воспалительные заболевания слюнных желез, слюнно-каменная болезнь;

– периимплантиты;

– определение показаний и тактики в имплантологии;

– планирование имплантации и дальнейшего ортопедического лечения;

– опухолеподобные заболевания и новообразования верхнечелюстных пазух, зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области.

Хирургическая стоматология – одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение. Среди методов такого лечения оперативные вмешательства являются ведущими. Стандартные методики рентгенологических исследований (ортопантомография и внутриротовая прицельная рентгенография зубов) не всегда позволяют поставить правильный диагноз, особенно при дифференциальной диагностике воспалительных и опухолеподобных заболеваний зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области. При использовании метода трехмерной денсительной КТ для диагностики хирургических заболеваний зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области можно получить ценные сведения о состоянии твердых тканей коронки и корня, размерах и особенностях полости зуба, корневых каналов, ширине и характере периодонтальной щели, состоянии компактной пластинки, стенки лунки и губчатого вещества альвеолярной части, состоянии окружающих анатомических структур (верхнечелюстных пазух, полости носа, нижнечелюстного канала, мягких тканей челюстно-лицевой области). Трехмерная денсительная КТ позволяет в значительной степени уточнить и до-

полнить клинические данные, определить не только результаты проведенных оперативных вмешательств, но и провести контроль на этапах динамического наблюдения и лечения. В некоторых случаях дентальная КТ используется для уточнения границ (размеров) воспалительных поражений мягких и костных тканей челюстно-лицевой области, локализации инородных тел, области прорастания опухолей в окружающие ткани. Для определения уровня снижения костной плотности по данным дентальной КТ выполняется динамическая денситометрия.

Возможность просмотра КТ-изображения в трех проекциях, разворот компьютерных томограмм под различными угла-

гностики при планировании и выполнении имплантации могут вести к пробиванию верхнечелюстной пазухи, носовой полости, к повреждениям нижнечелюстного нерва, вестибулярной или оральной стенок альвеолярного отростка.

Возможно проведение остеоденситометрии костных структур и мягких тканей челюстно-лицевой области в единицах Хаунсфилда, как и при спиральной рентгеновской компьютерной томографии. Данный дентальный КТ имеет цефалометрические программы для проведения ортодонтического лечения. Дентальный компьютерный томограф Picasso Pro имеет программу планирования имплантации, возможность виртуального окрашивания сосудисто-нервных пуч-

ков, на основании трехмерного изображения зубочелюстной системы возможно построение реконструкции по типу ортопантомографического среза с различным фокусным расстоянием; построение объемного виртуального 3D изображения любой зоны зубочелюстной системы, верхнечелюстных пазух, височно-нижнечелюстных суставов; вращение зуба вокруг его продольной оси на 360 градусов (рис. 8, 9). Информация записывается на CD-диск в формате Dicom, которая совместима с любой программой планирования имплантации или может передаваться в отдаленные клиники через Internet. Кроме того, разработан специальный Viewer ("просмотрщик" изображения), который записывается на CD-диск вместе с томографическими срезами и дает возможность пользователям видеть трехмерное изображение зубочелюстной системы на персональном компьютере в своей стоматологической кли-

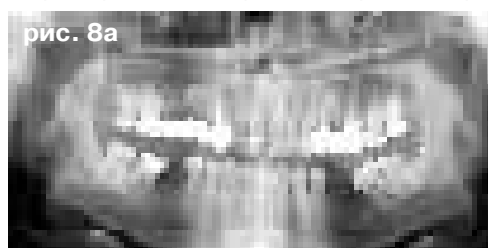


рис. 8а



рис. 8б



рис. 11



рис. 9



рис.

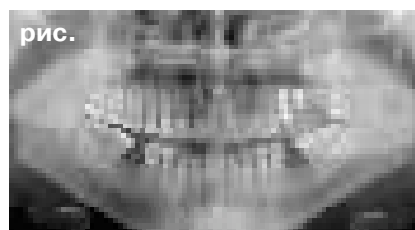


рис.

ми к полости челюстн ой дуги, воз-

можность получения изображения внутренней структуры и наружной поверхности костных образований и мягких тканей челюстно-лицевой области, ротация изображения вверх и вниз позволяют наиболее достоверно оценить тяжесть патологического поражения или повреждения в челюстно-лицевой области, определить объем хирургического вмешательства и наметить тактику предстоящего оперативного лечения.

Трехмерная дентальная компьютерная томография позволяет провести рентгенологическое обследование пациентам, которым планируется имплантация и дальнейшее ортопедическое лечение. При выявлении определенных рентгеноанатомических особенностей строения зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области удастся избежать осложнений при выполнении различных хирургических вмешательств и костно-пластических операций. Неточности рентгенодиа-

ки. Таким образом, применение дентального компьютерного томографа Picasso Pro позволяет обследовать пациентов, в том числе детского возраста, проводить планирование имплантации, хирургического и ортопедического лечения для пациентов из различных стоматологических клиник и кабинетов (рис. 10, 11).

В результате анализа данных КТ-исследований нами разработаны показания к трехмерной дентальной компьютерной томографии, а также составлен алгоритм обследования пациентов в амбулаторной стоматологической практике. Наш опыт использования трехмерной дентальной компьютерной томографии на аппарате Picasso Pro свидетельствует о высокой информативности данной методики при применении в различных разделах амбулаторной стоматологии, имплантологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии, а также о возможности повышения качества и эффективности стоматологического лечения на основе полученных данных.



Обезболивание в стоматологии

Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути ее повышения (часть 2*)

С.А. Рабинович, Г.И. Кузнецов, О.Н. Московец, Е.В. Зорян
Московский государственный медико-стоматологический

При клиническом определении эффективности обезболивания основным показателем является степень болезненности вмешательства. Отечественными и зарубежными исследователями широко используется следующая система оценок. Эффективным считается обезболивание, при котором вмешательство полностью безболезненное. К достаточной эффективности относят обезболивание, при котором степень болезненности позволяет завершить вмешательство без дополнительного обезболивания. Не эффективным является обезболивание, при котором для завершения вмешательства приходится использовать дополнительное обезболивание (С.Т. Сохов, 1982). Эта система оценок была использована и нами в настоящей работе при определении эффективности местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин.

Возникновение болезненности зависит не только от действия обезболивающих средств, но и от степени травматичности или вида вмешательства. Поэтому клиническая эффективность обезболивания является интегральным показателем, зависящим от вида вмешательства, способа обезболивания и обезболивающего средства. На основании анализа многолетнего опыта было выявлено (С.А. Рабинович, 2000), что самыми эффективными способами анестезии с использованием местных анестетиков на основе артикаина при любых видах вмешательств являются следующие:

на верхней челюсти – инфильтрационная анестезия по переходной складке;

на нижней челюсти в области боковых зубов – проводниковая анестезия по П.М. Егорову (1985) и по Дж. Гоу-Гейтсу (1973) с модификациями по С.А. Рабиновичу и О.Н. Москоvcу (1999);

на нижней челюсти в области фронтальных зубов – инфильтрационная анестезия по переходной складке и блокада подбородочного нерва внутривитовым методом по С. Маламеду (S.F. Malamed, 1997).

В соответствии с рекомендациями (С.А. Рабинович, 2000; С.А. Рабинович и др., 2002) при проведении анестезии на верхней челюсти и на нижней челюсти в области фронтальных зубов использовали 0,9–1 мл 4% раствора артикаина с адреналином в концентрации 1:100000 или 1:200000. При проводниковых способах анестезии на нижней челюсти использовали больший объем местноанестезирующих растворов на основе артикаина – 1,5–1,7

мл. Для сравнительной характеристики были исследованы местные анестетики с торговым названием "Септа-нест" и первые отечественные препараты на основе артикаина – "Брилокаин".

Зависимость эффективности обезболивания от вида стоматологического вмешательства связана с различной болевой чувствительностью тканей полости рта. На основании клинического опыта Е.Н. Анисимовой (1998) были выделены следующие виды вмешательств, при которых эффективность обезболивания существенно различается:

- препарирование твердых тканей зуба,
- депульпирование,
- операция удаления зуба,
- вмешательства на мягких тканях полости рта.

Сопоставляя эти виды вмешательств, видно, что при препарировании твердых тканей зуба основное значение имеет чувствительность дентиноэмалевой границы и дентина, при депульпировании – тканей, локализованных в пульпе зуба, а при операции удаления зуба – периодонтальных тканей. Эти ткани имеют высокую болевую чувствительность, в несколько раз превышающую чувствительность мягких тканей полости рта или кожи лица (О.Н. Московец, 2003). Всего в работе была оценена эффективность обезболивания при препарировании твердых тканей зуба в 416 случаях, при депульпировании – в 381 случае, при операции удаления зуба – в 352 случаях и при вмешательствах на мягких тканях полости рта – в 275 случаях.

Изучение эффективности обезболивания вмешательств на зубах верхней челюсти показало, что при использовании 4% раствора артикаина с адреналином в концентрации 1:100000 полное обезболивание удается достигнуть в 83–87% случаев, не эффективное обезболивание наблюдали в 4,2–5,1% случаев. Вмешательства на мягких тканях полости рта имели во всех случаях достаточную эффективность, при этом в 95% случаев они были полностью безболезненными. Особенный интерес представляет сравнительная характеристика эффективности первой серии отечественного препарата "Брилокаин", которая была выпущена в 2002 г. При его применении полное обезболивание отметили только в 39–62% случаев, а количество случаев неэффективного обезболивания составило 9,5–17%. На основании анализа причин столь низкой эффективности препарата было выявлено (С.А. Рабинович и др., 2004), что рН растворов "Брилокаина" согласно паспорту могло составлять от 3,5 до 5, тогда как

* Часть 1 настоящей работы была опубликована в № 1-2008 журнала "Стоматология для всех"



аналогичные зарубежные препараты на основе артикаина имеют более высокие значения pH: от 4,4 до 5,4 (S.F. Malamed, 1997). Полученные данные свидетельствуют о том, что при выборе препаратов предпочтение следует отдавать тем, которые имеют более высокие значения pH.

После выявления причин различной эффективности отечественного и зарубежных местных анестетиков, процесс производства "Брилокаина" был усовершенствован, и последующие исследования не выявили различий в действии этих препаратов. В связи с этим результаты исследований отражают обобщенные данные.

Эффективность обезболивания вмешательств на зубах верхней челюсти при использовании 4% раствора артикаина с адреналином в концентрации 1:200000 оказалась несколько ниже, чем при использовании растворов с адреналином в концентрации 1:100000. Полное обезболивание было отмечено в 80–85% случаев, а не эффективное обезболивание – в 5,1–6,7% случаев. Вмешательства на мягких тканях полости рта в 92% случаев были полностью безболезненными, а в 2,5% случаев обезболивание было не эффективным. Таким образом, растворы с большей концентрацией адреналина позволяют достигать большей эффективности обезболивания при вмешательствах на верхней челюсти.

Однако сопоставление результатов, полученных при вмешательствах на молярах и премолярах нижней челюсти с использованием проводниковых способов местной анестезии, не выявили заметного преимущества растворов с более высокой концентрацией адреналина. При любой концентрации вазоконстриктора препараты на основе артикаина позволяли достигать полного обезболивания в 78–84% случаев, а не эффективное обезболивание возникло в 5,4–7,4% случаев. По данным М. Daublander (2008), которая исследовала эффективность обезболивания растворами на основе артикаина с концентрацией эpineфрина 1:100000, 1:200000, 1:300000 и 1:400000, также отмечено это различие. При инфильтрации он

анестезии на верхней челюсти эффективность повышалась с увеличением концентрации эpineфрина, а при проводниковом обезболивании на нижней челюсти – даже снижалась. Автор объясняет это тем, что при повышенной концентрации вазоконстриктора раствор хуже растекается в крыловидно-челюстном клетчаточном пространстве, в котором проходит нижнечелюстной нерв и которое является целевым пунктом при проводниковых способах анестезии на нижней челюсти.

Артикаин обладает повышенной диффузией в костных тканях, что позволяет использовать более простой в техническом отношении инфильтрационный способ местной анестезии для обезболивания фронтальных зубов нижней челюсти. При использовании 4% раствора артикаина с адреналином в концентрации 1:100000 эффективное обезбо-

ливание вмешательств на фронтальных зубах нижней челюсти было заметно ниже и было отмечено в 76–86% случаев, а не эффективное – в 5,2–6,9% случаев. Вмешательства на мягких тканях полости рта были полностью безболезненными в 91% случаев, а в 2,8% случаев – не эффективными.

Сравнение эффективности обезболивания при вмешательствах на зубах свидетельствует о том, что при всех способах местной анестезии самые низкие его значения отмечены при депульпировании, более высокие – при препарировании твердых тканей зубов, и еще более высокие – при удалении зубов. Таким образом, изучение клинической эффективности препаратов при различных видах вмешательств показало, что она заметно различается. Для повышения эффективности обезболивания следует использовать растворы с более высоким значением pH и большей концентрацией вазоконстриктора. Другая возможность состоит в увеличении дозы вводимого препарата. В частности, при увеличении дозы вводимого артикаина с 60 мг до 80 мг, что соответствует увеличению объема 4% раствора артикаина с 1,5 мл до 2 мл, количество случаев неэффективной анестезии при проводниковом обезболивании на нижней челюсти снижается в 3 раза (R. Rahn, 2005). Поэтому можно рекомендовать при депульпировании или препарировании твердых тканей зубов применять большие дозы растворов. Учитывая примерно одинаковую эффективность проводникового обезболивания на нижней челюсти при использовании растворов с разной концентрацией вазоконстриктора, можно рекомендовать в этом случае вводить большие объемы растворов (не менее 2 мл) с меньшей концентрацией адреналина (1:200000). Это позволит повысить эффективность анестезии, не снижая безопасности вследствие действия дополнительных доз адреналина.

Литература

1. Анисимова Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах. – Автореф. ... канд. мед. наук. – М.: 1998. – 24 с.
2. Московец О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме. – Дисс... докт. биол. наук. – М.: 2003. – 302 с.
3. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.
4. Рабинович С.А., Лукьянов М.В., Московец О.Н., Зорян Е.В. Современные методы обезболивания на основе артикаинсодержащих препаратов. – Методические рекомендации для стоматологов всех специальностей. М.: 2002. – 48 с.
5. С.А. Рабинович, О.Н. Московец, Е.В. Зорян, Е.Н. Анисимова, Г.И. Кузнецов. Вопросы эффективности "Брилокаина" – первого отечественного местноанестезирующего препарата на основе артикаина. Сб. Тез. IX Международной конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб. 25–27 мая, 2004 г., с. 116.
6. Сохов С.Т. Клинико-физиологическая характеристика

"СТОМА ПРЕМЬЕР"

г. Москва, Покровский Майдан, 10/6, этаж 08, т. (495) 682-4787, ф.ф. (495) 682-4933, т.ф. (495) 785-3742
www.stomapremier.ru E-mail: stomapremier@yandex.ru



Стоматологические
установки
SD 860 – A,B,I
(Япония-Китай)

Приглашаем
к сотрудничеству
региональных
дилеров

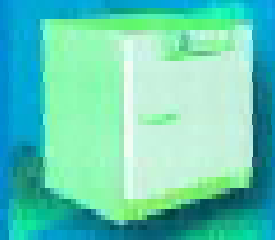
Гарантия 12
месяцев

Продажа со
склада
в Москве

Монтаж
и сервисное
обслуживание



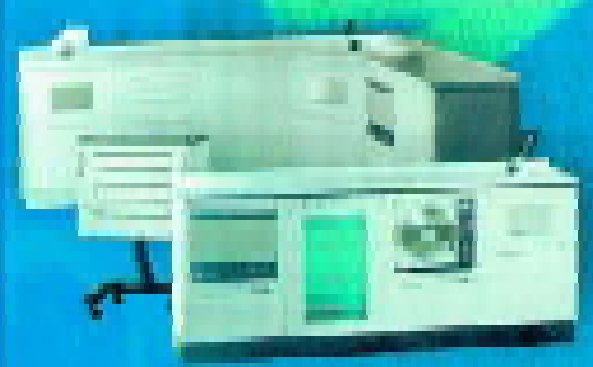
СТЕРИЛИЗАТОРЫ
ВОЗДУШНЫЕ



АВТОКЛАВЫ



РЕНТГЕН АППАРАТЫ
ВИЗИОГРАФЫ



МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ МЕБЕЛЬ
«ЛОТОС»



ИНСТРУМЕНТЫ СЪЕМНЫЕ



ИНСТРУМЕНТЫ



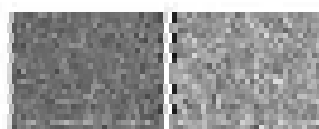


GSII

Оптимальный имплантат для
немедленной нагрузки!



GSII



OSSTEM IMPLANT

www.osstem.ru www.osstem.com E-mail: osstemrussia@osstem.ru Тел.: (495) 829-4038





Обезболивание в стоматологии

Опыт применения препарата "Ксефокам рапид" в сочетании с местной анестезией при удалении третьих моляров и сравнительный анализ эффективности "Ксефокама рапид" и анальгина при купировании постпломбировочных болей

Л.А. Григорьянц,
И.М. Рабинович,
А.Ш. Алимов, Л.Н.
Герчиков
(ЦНИИС и ЧЛХ, Москва)

Статья посвящена сравнительному анализу эффективности препарата "Ксефокам рапид" и анальгина при купировании болей, возникающих после пломбирования каналов зуба, а также исследованию эффективности, глубины и продолжительности анестезии с использованием препарата "Ксефокам рапид" в сочетании с местными анестетиками при удалении дистопированных и ретинированных третьих моляров.

Установлено, что "Ксефокам" более анестетически эффективен, чем анальгин, "Ксефокам рапид" имеет примерно одинаковый уровень анальгетической эффективности с кеторолак-содержащими препаратами, но превосходит их по скорости наступления обезболивающего эффекта.

The experience of usage of the medicine XEFOCAM Rapid in combination with local anaesthesia when extracting wisdom teeth and comparative analysis of efficacy of XEFOCAM Rapid and ANALGIN when relieving pain syndrome arising after canal filling

L.A. Grigoryans, I M. Rabinovic, A.Sh. Alimov, L.N. Gerchikov

The article is devoted to the evaluation of comparative efficacy of the medicine XEFOCAM Rapid and ANALGIN when relieving pain syndrome arising after canal filling. Also this article describes the drug's efficacy, depth and duration of anesthesia in combination with local anesthetics when extracting dystopic and retinal wisdom teeth.

It was stated that XEROCAM is much more effective than ANALGIN taking into account the anaesthetic effect. On the basis of the clinical researches the authors draw a conclusion about approximately equal level of analgesic activity of XEFOCAM Rapid and KETOROLAC-containing drug. But XEFOCAM Rapid is more effective as for the rate of its analgesic effect concerns. The drug could be recommended as the product of choice for intensifying the action of local anaesthetics.

В современной стоматологической практике проблеме обезболивания при проведении стоматологических

вмешательств уделяется особое внимание. Развитие фармакологии в последние четверть века привело к внедрению в медицинскую практику большого количества новых обезболивающих нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) различных химических групп (вольтарен, кетопрофен, кеторол, мефенамовая кислота, пироксикам и другие). К числу таких же препаратов принадлежит и лорноксикам (ксефокам), относящийся к группе оксикамов, впервые предложенный для медицинской практики фирмой Никомед (Норвегия) и зарегистрированный в Российской Федерации (регистрационный номер: ЛС – 000323 от 26.05.2005).

Механизм действия лорноксикама (ксефокама) основан на угнетении синтеза простагландинов вследствие сбалансированного угнетения активности изоферментов циклооксигеназы 1 и циклооксигеназы 2. Лорноксикам (ксефокам) не обладает наркотическим действием. Было установлено, что эквивалент терапевтической дозы лорноксикама равен дозе 20 мг морфина (Norholt, 1996 г.). При этом лорноксикам не вызывает угнетения дыхания, атонии кишечника и миотического эффекта. Ранее сообщалось (Moller, Northolt, 2005 г.) об успешном применении ксефокама в стоматологии. Целью ранее проведенного исследования была оценка начала воздействия препарата.

Целью настоящей работы являлось сравнительное изучение анальгезирующей активности препарата "Ксефокам рапид" и "Анальгина" в купировании болевого синдрома, возникающего при пломбировании корневых каналов, а также изучение эффективности, глубины и длительности анестезии в сочетании препарата "Ксефокам рапид" с местными анестетиками при удалении дистопированных, ретинированных третьих моляров, сопоставление активности препарата "Ксефокам рапид" с активностью препарата, содержащего кеторолак трометамин (в таблетке по 10 мг).

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 60 пациентов обоего пола в возрасте от 18–60 лет, из них 30 составили



группу (А) с пульпитом и периодонтитом различных групп зубов, после пломбирования корневых каналов, а другие 30 – группу (Б) с ретенцией, дистопией третьих моляров при их удалении.

Анальгетический эффект оценивался с расчетом показателя индекса боли (ПИБ) или по визуальной аналоговой шкале боли (VAS).

В качестве косвенных показателей оценивались показатели периферического кровообращения артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) и частота дыхания до и после приема препарата.

В группе (Б) нами была проведена оценка комбинированного действия препарата "Ксефокам рапид" с местной анестезией в амбулаторной хирургической практике при удалении третьих моляров. Из 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин) 4 (2 мужчин, 2 женщины) при обращении отмечали умеренные боли и 9 (6 мужчин, 3 женщины) имели слабые боли. Остальных оперировали в плановом порядке и более при обращении не отмечали. Критерием исключения являлось наличие противопоказаний к препаратам НПВС. Все пациенты за 20 минут до местной анестезии (Ультракаином) получали по 1 таблетке "Ксефокама рапид".

Критерии оценки:

- время наступления анальгетического действия;
- выраженность анальгетического действия по балльной системе:
1 – боли нет, 2 – слабая боль, 3 – умеренная, 4 – нестерпимая;
- необходимая суточная доза анальгетика для купирования болевого синдрома;
- продолжительность обезболивающего эффекта;
- переносимость препарата.

В качестве косвенных показателей оценивали показатели периферического кровообращения АД (артериальное давление), ЧСС (частоту сердечных сокращений) до приема препарата и после проведения операции.

Результаты исследования

13 пациентов, имевшие боли при обращении, отмечали начало анальгетического эффекта уже через 5 минут после приема препарата. Продолжительность действия анестезии у всех варьировала от 5 до 6 часов. Большинство пациентов в дальнейшем не нуждалось в дополнительном приеме анальгетиков. Из оставшихся 4 пациента (мужчины) приняли еще по одной таблетке вечером в день операции; 4 пациента (2 мужчин, 2 женщин) принимали по 2 таблетки в сутки в течение последующих 3-х дней; одна пациентка принимала по 3 таблетки в сутки в течение 3-х дней. Ни один из пациентов не отмечал побочных действий от принимаемого препарата. Оценка показателей периферического кровообращения (АД и ЧСС) у пациентов, принимавших "Ксефокам рапид" в сочетании с местной анестезией, не выявила существенного влияния препарата на указанные показатели.

На основании полученных результатов исследования выявлено усиление влияния "Ксефокама рапид" на местную анестезию, обеспечивающее длительный обезболивающий эффект в послеоперационном периоде при удалении зубов мудрости, несомненно, оказывающий благоприятное влияние на репаративные процессы.

В группе (А) нами проведена сравнительная оценка обезболивающего эффекта препаратов "Ксефокам рапид" и "Анальгин" после эндодонтического лечения пульпита и периодонтита. Препарат назначался непосредственно после пломбирования корневых каналов, преимущественно многокорневых зубов у 30 пациентов (22 премоляра и 8 моляров). Из них 10 пациентов (7 премоляров и 3 моляра) принимали препарат "Анальгин" и являлись контрольной группой. Обезболивающий эффект обоих препаратов оценивался по выше описанным критериям. Время наступления анальгетического действия точно установить невозможно, так как после эндодонтического лечения какое-то время сохраняется обезболивание от местной анестезии. Выраженность анальгетического действия препарата "Ксефокам рапид" была установлена следующая: у 10 пациентов боли отсутствовали; у 4 пациентов отмечалась слабая болезненность, которая наступала через 6–8 часов после окончания лечения; у 6 пациентов – отмечалась умеренная болезненность, которая возникала спустя 3–4 часа после лечения.

Анализируя первичные диагнозы, установлено, что слабая болезненность была у пациентов с обострениями хронического пульпита (гангренозного) в молярах, а умеренная болезненность – преимущественно у больных с диагнозом: обострение хронического периодонтита.

Продолжительность обезболивающего эффекта составляла 6–8 часов. Повторный прием препарата был необходим 8 больным, у которых болезненность сохранялась через 6–8 часов после приема препарата. В контрольной группе результаты обезболивающего эффекта "Анальгина" были значительно менее выражены. "Анальгин" назначался 10 больным, продолжительность обезболивания составляла 3–4 часа, обезболивание было поверхностным, в связи с чем возникала необходимость повторного приема препарата почти у всех пациентов группы контроля.

Таким образом, наши наблюдения показали, что препарат "Ксефокам рапид" может быть рекомендован как обезболивающее средство для купирования болевого симптома после завершения эндодонтического лечения по поводу пульпита и периодонтита преимущественно жевательной группы зубов.

Исходя из результатов исследования и данных литературы, можно сделать выводы о примерно одинаковом уровне анальгетической активности "Ксефокама рапид" и кеторолак-содержащего препарата. Однако "Ксефокам рапид" превосходит препарат, содержащий кеторо-

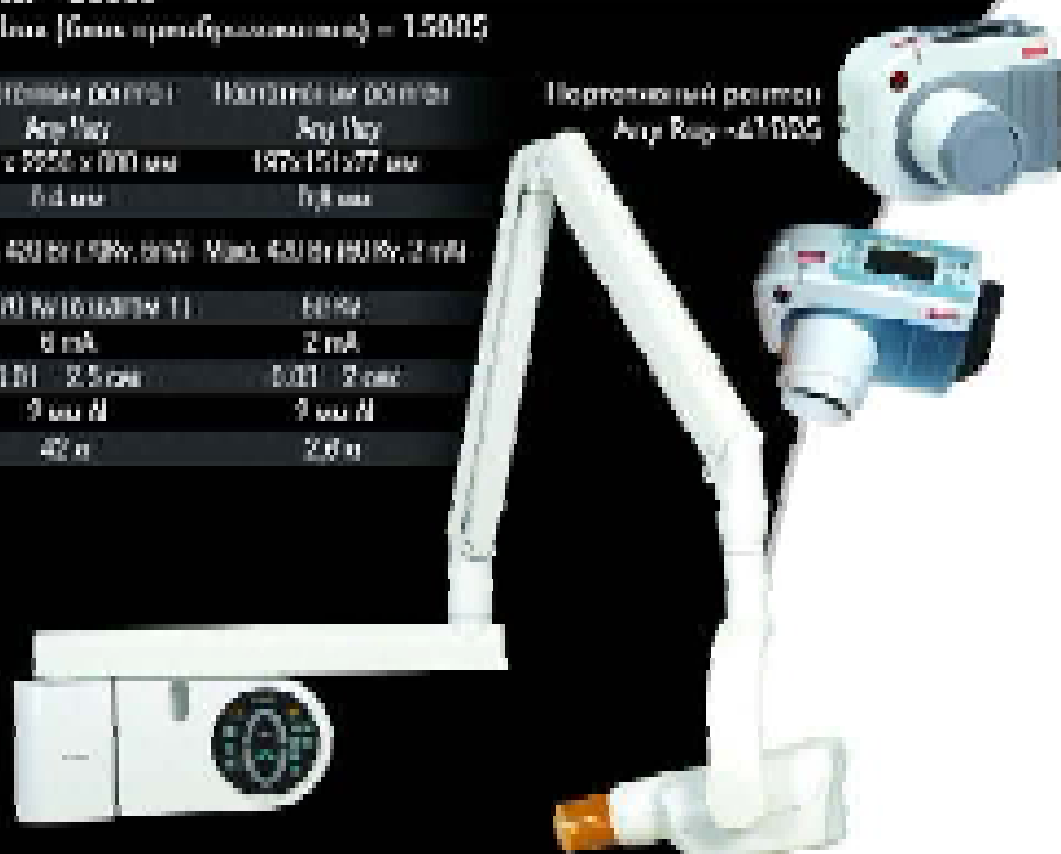
СПЕЦИАЛЬНАЯ АКЦИЯ!

Желаем рентабельности и максимальной рентабельности рентгена!

- ПДС на всевозможные модели Ару Сенсор – 3300\$
- Ару Сенсор на Ару Сенсор – 2000\$
- Control Unit на Control Unit (без преобразователя) – 1500\$

Характеристики	Настенный рентген Ару Уэй	Портальный рентген Ару Уэй
Габариты	487х555х100 мм	187х151х77 мм
Размер фантомной пленки	5,4 мм	5,8 мм
Мощность РВ (высокого напряжения)	Макс. 400 Вт (120кВ, 0,010)	Макс. 400 Вт (100кВ, 0,014)
Напряжение ТТВ/В	100 – 70 кВ/16,0/17,0 кВ/11	60кВ
Ток анода	6 mA	2 mA
Продолжительность	0,01 – 2,5 сек.	0,01 – 2 сек.
Объем фантомной пленки	9 см H	9 см H
Вес	42 кг	2,6 кг

Настенный рентген
Ару Вэй – 3400\$



Vatech Co.Ltd. – новый мировой лидер в стоматологической рентгенологии. Рентгенографические сенсоры и детальный рентген Vatech Co.Ltd. – это высочайшая четкость снимков, совершенное программное обеспечение и гарантия безопасности.

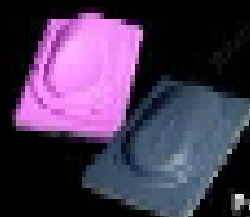
World's №1 in dental radiology.

**Pharma
Dental**

VATECH
DENTAL X-RAY EQUIPMENT CO., LTD.

Характеристики	Ару Сенсор 100	Ару Сенсор 110
Структура матрицы	DMOS	DMOS
Сенсорный размер датчика	27,07мм	27,07мм
Величина пикселей	30х30 мкм	30х30 мкм
Толщина	4,8 мм	4,8 мм

Ару Сенсор – 100 – 5600\$
Ару Сенсор – 110 – 5300\$



Комплект поставки:

Функциональное программное обеспечение,

USB – блок для ПК, чехол для датчика, набор позиционеров;

Адрес: Российский филиал ООО «ФармаДентал» – офисный центр
115417, г. Москва, ул. Ореховый бульвар, 11/7

Тел./факс: (495) 789-87-33, 789-87-35, 710-28-59

e-mail: pharmadental@pharmadental.ru www.pharmadental.ru



Сертифицировано в качестве поставщика
в Минздраве Республики Беларусь

LMActivator

Эффективный и экономичный
метод раннего ортодонтического
вмешательства.

- простота использования
- сокращения времени лечения
- снижение стоимости ортодонтического лечения

Дыхательные отверстия

— эффективное прорезывание зубов и
повышение скорости их роста,
что улучшает

Пыльная станция

— предотвращает кариес

Длина гребенки в области моляров

— предотвращает образование кариеса
после прорезывания вторых
моляров

Сделан из биосовместимого сплава

— гипоаллерген и удобен
в использовании

Помогает избежать вредных
влияний грейзеру при прорезывании
зубов, так как предотвращает
вредные нагрузки до прорезывания



LMActivator

LM-Instruments Oy
info@lminstruments.com
www.lminstruments.com

РАУДЕНТАЛЛ
Санкт-Петербург, ул. Большая
Московская, 6, офис 47
Тел.: (812) 710-88-51, 710-88-52
Тел./факс: (812) 710-88-60
info@raudentall.ru
www.raudentall.ru

ОРТОДОНТ-ЭЛИТ
Москва, ул. Усачева, д. 19а,
корп. 2, офис 4
Продажа ортодонтической продукции
Тел./факс (495) 972-53-88, (495) 245-62-68,
(915) 082-76-73
info@o-elit.ru
www.o-elit.ru

используйте разницу



Челюстно-лицевая хирургия

Способ устранения посттравматического ЭН- и гипопфтальма

А.С. Караян, к.м.н., РМАПО хир. стом.
и ЧЛХ, доцент

Е.С. Кудинова, к.м.н., каф. хир. стом. и
ЧЛХ, ассистент

Д.А. Бронштейн, аспирант

С.А. Заславский, д.м.н., проф. каф. стом.
и зубопротезных технологий
Российская медицинская академия
постдипломного образования

В статье приведена предложенная авторами методика хирургического лечения посттравматических деформаций скуло-глазничного комплекса, осложненных эн- и гипопфтальмом, основанная на реконструкции костных структур и пластике нижней стенки глазницы костным аутоотрансплантатом, полученным с теменной области свода черепа, и восполнении объема мягких тканей глазницы костной стружкой и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой крови.

Проблема повреждений глазницы и их последствий остается сложной задачей челюстно-лицевой хирургии. Анатомическое строение глазницы и ее расположение в зоне соединения мозгового и лицевого черепа предопределяют ее повреждение практически при всех травмах средней зоны лица. По данным A.S. Davis, приведенным в 1972 г., посттравматические дефекты и деформации глазницы составляли примерно 12% от общего числа повреждений лицевых костей (Бельченко В.А. и соавт., 1994).

Ряд исследователей отмечают имеющуюся устойчивую тенденцию к росту числа таких повреждений и прогнозируют дальнейшее прогрессивное нарастание (Tong L., et al., 2001).

Основу роста составляют травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях. Так, если по данным анализа архивного материала 70–80-х годов В.А. Балоды и соавт. (1988) называли ведущим фактором бытовые травмы (82,9%), а Г.М. Таль (1988) – криминальные инциденты (40%), то к настоящему моменту структура таких повреждений заметно изменилась. Ретроспективный анализ эпидемиологии повреждений глазницы за 10 лет, проведенный в университете Мичигана, и представленный в 2000 году показал, что основную долю составляют травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях – 43%, в меньшей степени травмы, полученные в быту – 35%, и на долю криминальных нападений и прочих происшествий приходится 22% (Tong L. et al., 2001).

Как известно, наиболее уязвимыми являются нижняя и медиальная стенки глазницы, которые склонны к оскольчатому разрушению. Это приводит к тяжелым косметическим и функциональным дефектам, в частности, к пролабированию содержимого глазницы в полость верхнечелюстной пазухи, дислокации глазного яблока назад и вниз (эн- и гипопфтальму).

При обсуждении проблемы лечения таких пациентов основное внимание уделяется реконструкции разрушенных костных стенок, что, безусловно, является первостепенным залогом получения хорошего результата лечения. В настоящее время предложен целый ряд оперативных методик реконструкции костных стенок глазницы с помощью биологических и искус-

ственных материалов. Все более широкое применение получают способы предоперационного моделирования с определением необходимой формы и размеров трансплантата или с изготовлением индивидуального эндопротеза, обеспечивающие высокую точность реконструкции. Однако эти методики адекватны при лечении свежих повреждений, и их эффективность прогрессивно снижается при лечении в отсроченном периоде (Dufresne C.R. et al., 1988).

По данным M.T. Longaker и H.K. Kawamoto (1998) при лечении в отсроченном периоде даже при адекватной реконструкции костного каркаса глазницы у 22% пациентов остается энотальм. Это осложнение объясняется потерей объема мягкотканого компонента глазницы, и в первую очередь жировой клетчатки.

Внутриглазничная жировая клетчатка – это хорошо кровоснабжаемая, объемная ткань, чувствительная к гипоксии. Повреждения глазницы неизбежно приводят к нарушению кровоснабжения, глубоким трофическим нарушениям и частичному некрозу жировой клетчатки, ее перерождению в рубцовую ткань со значительной потерей объема. Глазодвигательные мышцы также подвергаются травматической контрактуре, что приводит к нарушению подвижности глазного яблока в соответствующую сторону и, как следствие – к диплопии.

Следует отметить, что и при проведении самой реконструктивной операции, наносится травма мягким тканям глазницы, что может усугубить несоответствие объема глазницы и ее содержимого.

Несмотря на то, что проблема повреждения и потери объема мягких тканей глазницы известна, способов ее решения пока не предложено, что и послужило причиной для разработки собственного метода устранения посттравматического эн- и гипопфтальма и анализа его клинической эффективности.

Метод использовался при лечении пациентов с посттравматическими деформациями скуло-глазничного комплекса, осложненных дефектом нижней глазничной стенки, эн- и гипопфтальмом. Его задачей являлось одновременное комплексное восстановление поврежденных костных структур с восполнением ретробульбарного объема костной стружкой и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой крови.

Оперативный доступ к поврежденным структурам осуществлялся через трансканальный, субцилиарный и внутриротовой разрезы.

После проведения трансканального разреза отслаивался кожно-апоневротический лоскут, далее поднадкостнично обнажался верхний край глазницы (с мобилизацией надглазничной



ного нерва), наружный край глазницы, скуловая дуга.

Через субцилиарный разрез выделялся нижний край глазницы, а затем дно глазницы.

Внутриротовой разрез проводился по переходной складке преддверия рта в пределах от верхнего второго резца до второго моляра. Скелетировалась передняя поверхность верхней челюсти и скуловой кости.

После скелетирования проводилось рассечение линии консолидации отломков, мобилизация отломков и их репозиция в правильное анатомическое положение. Стабильная фиксация достигалась с помощью титановых микро-, мини- или мидипластин, установленных на нижний и наружный края глазницы, по скулоальвеолярному гребню и скуловой дуге.

Для устранения дефекта нижней стенки глазницы с теменной области свода черепа забирался расщепленный ауто-трансплантат, который тщательно подгонялся по форме и размеру. При моделировании и установке трансплантата мы всегда стремились максимально точно восстановить анатомическую форму нижней стенки глазницы и довести задний край трансплантата до заднего края дефекта. Если это удавалось, и трансплантат стабильно ложился без угрозы последующего смещения, то его дополнительная фиксация не проводилась. В противном случае для удержания трансплантата в правильном положении он фиксировался титановой микропластинкой.

Для устранения дефицита объема мягких тканей глазницы готовилась смесь из костной стружки и обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови (полученной системой разделения крови Curasan, Neraus, производства Германия). Учитывая, что степень рассасывания трансплантатов с теменной области составляет до 21% объема, а также принимая во внимание интраоперационный отек тканей, смесь из костной стружки и аутоплазмы вводилась с некоторым избытком. После ретробульбарной пластики экзофтальм мог достигать до 2 мм, а гиперфтальм – до 1 мм.

Данная методика была применена при лечении 8 пациентов с давностью повреждения от 4 до 6 месяцев. Срок послеоперационного наблюдения составил от 6 месяцев до 2 лет.

При оценке результатов лечения учитывалось субъектив-

ное мнение пациентов, данные рентгенографии и компьютерной томографии, офтальмологического обследования, а также сравнивались пред- и послеоперационные фотоснимки пациентов в нескольких проекциях.

Непосредственно после операции все пациенты отмечали исчезновение диплопии и нормализацию зрения, после заживления операционных ран и прохождения отека тканей – однозначный положительный косметический эффект операции. Достигнутый эффект был стойким, и ни один из пациентов при контрольном осмотре не жаловался на ухудшение зрения или вторичную деформацию лица.

При сравнении до- и послеоперационных фотоснимков пациентов в нескольких проекциях был четко замечен положительный косметический эффект операции, восстановление правильной конфигурации лица, симметрии глазных щелей и положения глазных яблок, а также оси зрачковой линии (рис. 1).

Рентгенологическое исследование и компьютерная томография подтверждали восстановление правильной анатомической формы средней зоны лицевого черепа, стабильное положение костного трансплантата, реконструирующего нижнюю стенку глазницы. На компьютерных томограммах как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периоде прослеживалась пересаженная ретробульбарно костная стружка

Рис. 1. Пациентка К. с посттравматической деформацией скуло-глазничного комплекса, осложненной эн- и гипопфтальмом



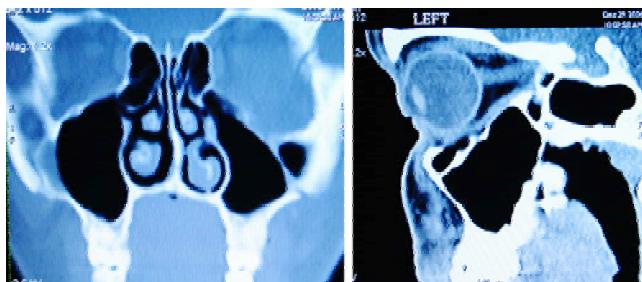


Рис. 2а. Компьютерные томограммы пациентки К. с посттравматической деформацией скуло-глазничного комплекса, осложненной эн- и гипопфтальмом, до лечения

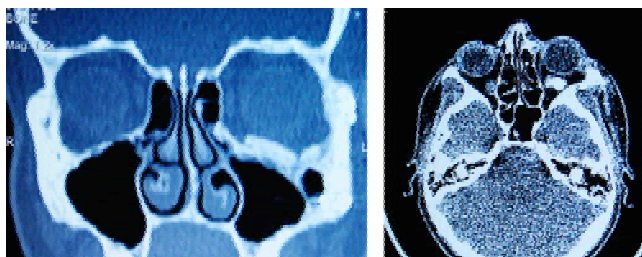


Рис. 2б. Компьютерные томограммы пациентки К. с посттравматической деформацией скуло-глазничного комплекса, осложненной эн- и гипопфтальмом, через 6 месяцев после лечения. На снимках хорошо прослеживается реконструкция нижней стенки глазницы и пластический материал в ретробульбарном пространстве

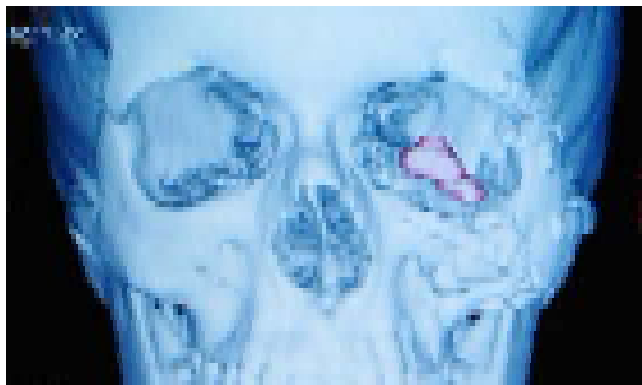


Рис. 2в. Компьютерная трехмерная реконструкция средней зоны лицевого черепа пациентки К. с посттравматической деформацией скуло-глазничного комплекса, осложненной эн- и гипопфтальмом, через 6 месяцев после лечения. Выделен расположенный ретробульбарно пластический материал

(рис. 2).

Используя оригинальную программу компьютерного анализа томограмм, позволяющую сравнить положение глазного яблока поврежденной стороны с положением глазного яблока на неповрежденной стороне, нам удалось подтвердить практически правильное его позиционирование (смещение составляло не более 2 мм).

Офтальмологическое обследование, включающее иссле-

дование остроты зрения, центрального и периферического зрения, полей зрения и глазного дна показывало восстановление нормальной зрительной функции, восстановление подвижности глазного яблока на стороне повреждения, отсутствие признаков циркуляторных и прочих расстройств.

Ни в одном наблюдении нагноений, отторжения или рассасывания трансплантата, рецидива деформации и прочих осложнений не зарегистрировано.

Полученные результаты подтверждают мнение С.Н. Чап и со а в (2000) о том, что для получения хорошего функционального и эстетического результата лечения повреждений глазницы в отдаленном периоде необходима не только реконструкция ее костных стенок, но и мягкотканого компонента.

Несомненно, следует стремиться к лечению таких повреждений в максимально ранние после травмы сроки, однако учитывая реальную ситуацию и имеющиеся сложности в организации помощи таким больным, методика устранения эн- и гипопфтальма при формирующихся и уже сформированных деформациях весьма актуальна.

Также не вызывает сомнений стремление к точному восстановлению поврежденных структур, в частности точек крепления глазодвигательных мышц, сосудистой сети, объема и расположения клетчатки глазницы, но даже теоретически такая реконструкция исключительно сложна и пока невыполнима. Учитывая эти обстоятельства, предложенный способ восстановления утраченного объема мягких тканей глазницы, отличающийся простотой, должен быть полезен для челюстно-лицевых хирургов, так как позволяет существенно повысить эффективность лечения данной группы пациентов.

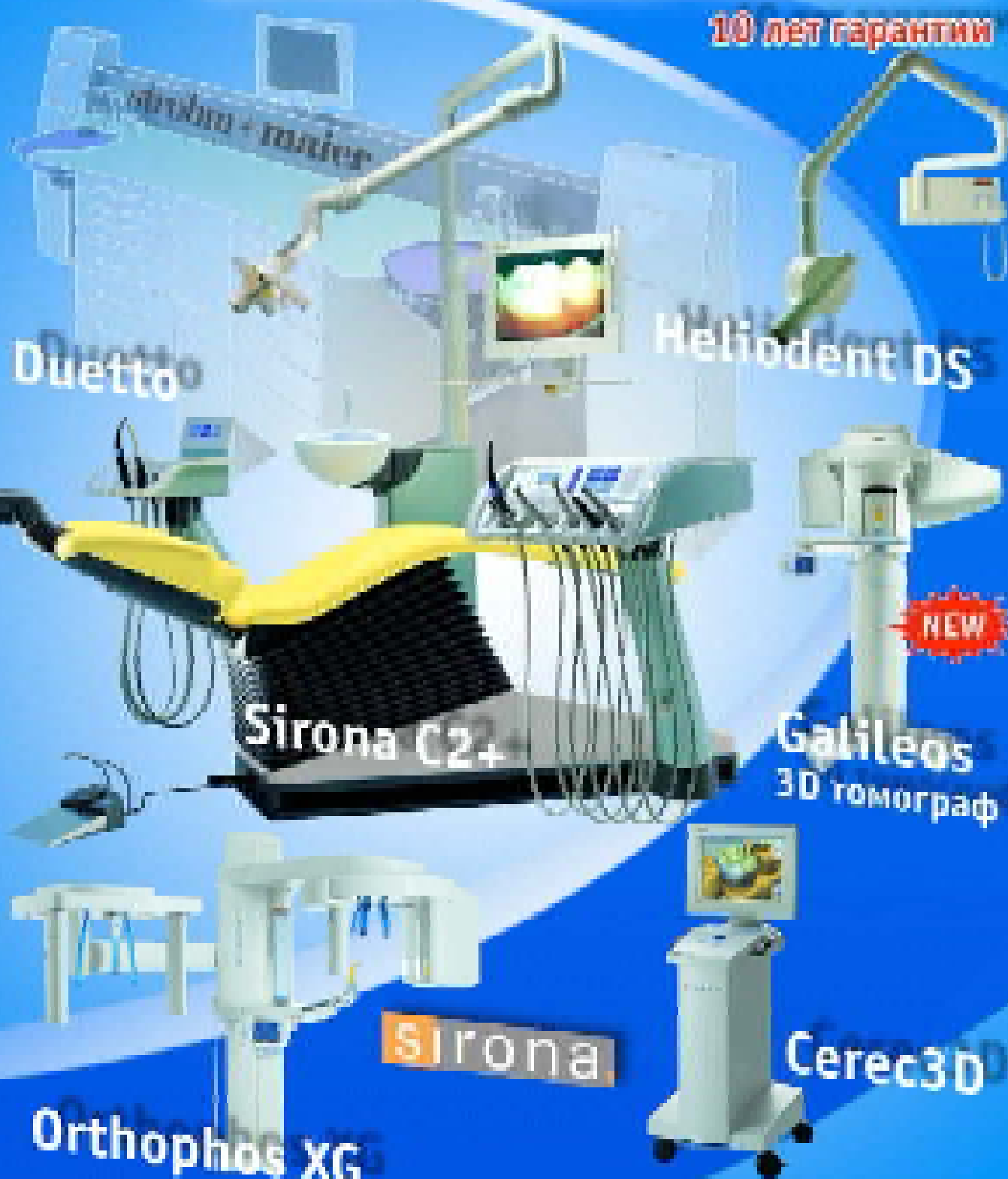
Литература

1. Балодэ В.А., Зиёмеле В.А., Кишнер Е.С., Линаре А.Р. Опыт лечения переломов скуловой кости и дуги // Стоматологическая помощь. Сборник научных статей. – РМИ, Рига. – 1988. – С. 188–191.
2. Бельченко В.А., Махмутова Г.Ш., Ипполитов В.П., Рабухина Н.А. Диагностика и лечение больных с дефектами и деформациями нижней стенки глазницы // Стоматология. – 1994. – № 2. – С. 44–48.
3. Таль Г.М. Офтальмологические нарушения при переломах скуло-орбитального комплекса // Стоматологическая помощь. Сборник научных статей. – РМИ, Рига. – 1988. – С. 329–332.
4. Chan C.H., Spalton D.J., McGurk M. Quantitative volume replacement in the correction of post-traumatic enophthalmos // British Journal Oral and Maxillofacial Surgery. – 2000. – Vol. 38. – P. 437–440.
5. Dufresne C.R, Manson P.N., Nicholas T.I. Early and late complications of orbital fractures // Clinics in Plastic Surgery. – 1988. – Vol. 15. – № 2. – P. 239–253.
6. Longaker M.T., Kawamoto H.K. Evolving thoughts on correcting posttraumatic enophthalmos // Plastic Reconstructive Surgery. – 1998. – Vol. 101. – № 4. – P. 899–906.
7. Tong L., Bauer R.J., Buchman S.R. A current 10-years retrospective survey of 199 surgically treated orbital floor fractures in a Nonurban Tertiary Care Center // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2001. – Vol. 108. – № 3. – P. 612–621.

German Dental Group

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

ВЫСОКОИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ продукция
для ПРОГРЕССИВНЫХ стоматологов
10 лет гарантии



800000 000000 000000

Лучшее для лучших

Официальный представитель German Dental Group в России ООО "German Dental Group"
125280, Москва, ул. Вильямса, д. 28, Тел: +7 (495) 240-3770, факс: +7 (495) 240-3770
E-mail: info@germandental.ru

[illegible][illegible]

10. **QUESTION** The number of people who have been convicted of a crime in the United States is 100. The number of people who have been convicted of a crime in the United States is 100.

- **Exogenous temperature and environment**
- **Temperature control = physiological response**
- **Endotherms & Ectotherms**
- **Endotherms: warm blooded**

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, without prior written permission from John Wiley & Sons, Inc.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110



1000

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

Российская выставочная компания «Глобал Экспо», Национальный Альянс Дерматологов и Косметологов и Международная школа (Э)А приглашают специалистов

18-21 ноября 2008
КДЦ Гостиный Двор
г. Москва

www.med-beauty.com

Abstract



Вспомогательные
Аппараты
Вспомогательные
и Энергетические



© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 105–114

ООО «Испан Экспорт», 129223, Москва, проспект Мира, 119, стр. 51, тел: +7 (495) 981-82-50, 981-21-31, факс: +7 (495) 981-82-21, e-mail: mmo@global-expo.ru



0-423-11711-7/\$12.50/0



CTLA-4

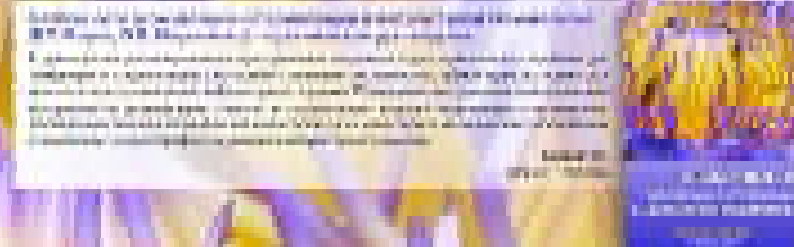
[illegible]

1000

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЧЕЛОВЕК»



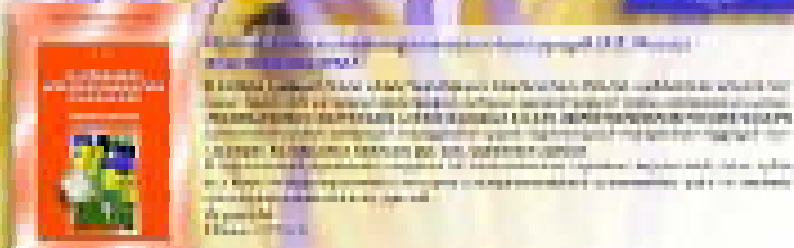
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Volume 45, Number 10, October 2006
ISSN: 0890-7265
DOI: 10.1097/00004583-200610000-00001
Copyright © 2006 by Lippincott Williams & Wilkins
0890-7265(200610)45:10;1-XX



Il primo è un libro di introduzione all'analisi dei dati, scritto da un esperto di statistica, che spiega in modo semplice e chiaro i concetti fondamentali della statistica e della probabilità. È un libro che può essere letto da chiunque, anche da chi non ha una formazione scientifica.



Figure 1.10 *Illustration of the OSI model layers*



Sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana tanggapan masyarakat terhadap pelaksanaan kegiatan ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tanggapan masyarakat terhadap pelaksanaan kegiatan ini.



TREKOR, Gary J. / The Ecology of Fishes and Fish Communities. 1978. 372 pp., cloth. \$10.95.
ISBN 0-02-36100-0. 002-36100-0.

<http://www.elsevier.com/locate/jmb>

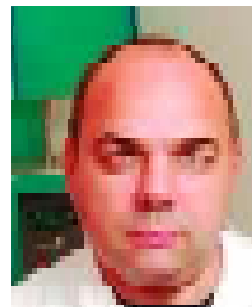


Ортопедическая стоматология

Возможности аттачмена МК-1 (Германия) в конструировании современного бюгельного протеза



Р.Ю. Куликов, врач-стоматолог-ортопед



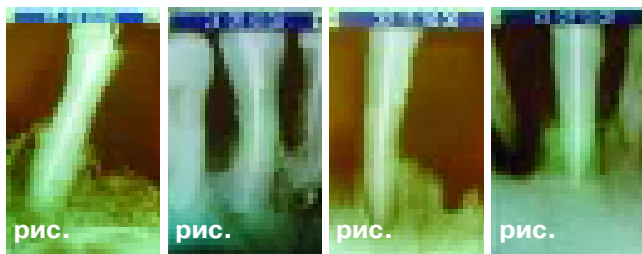
Н.В. Бондарев, зубной техник

Стоматологический центр "Стеллс-стом", г. Москва

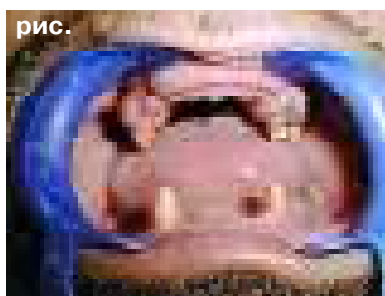
В течение 10 лет в Стоматологическом центре "Стеллс-стом" успешно применяется универсальный аттачмен МК-1.

В данной статье мы рассматриваем два интересных, на наш взгляд, клинических случая, два варианта изготовления бюгельного протеза верхней и нижней челюсти в аналогичных ситуациях у одного и того же пациента. Первые протезы изготовлены в 2000 г. и прослужили 8 лет, затем вместо них были изготовлены новые бюгельные протезы в 2008 г. Также рассмотрено состояние опорных зубов и тканей протезного ложа через 8 лет после первичного протезирования.

Ситуация в 2000 г.: рис. 1, 2, 3, 4. Пациент К., 48 лет обратился в стоматологический центр "Стеллс-Стом" с жалобами на косметический дефект и невозможность пережевывания пищи. Мы предложили пациенту эндо-



донтическое лечение 25 зуба и удаление 26, 42, 44 зубов по медицинским показаниям. На рис. 5 ситуация после удаления: на верхней челюсти три опорных зуба (14, 24, 25), на нижней челюсти два (33, 43). В ряде клиник пациенту предлагали удалить оставшиеся зубы и



изготовить полный съемный протез на верхнюю и нижнюю челюсть, от чего он отказался (относительно молодой возраст и наличие явно выраженного рвотного рефлекса).

После анализа

конкретной ситуации, анатомических особенностей строения верхней и нижней челюсти, наличия сопутствующего заболевания (сахарный диабет), а также принимая во внимание финансовые и психологические обоснования, было принято решение отказаться от применения метода имплантации. Пациенту предложили изготовить бюгельный протез с аттачменами МК-1. От бюгельного протеза с кламмерной фиксацией отказались по косметическим соображениям. Использование бюгельного протеза с шарнирными аттачменами нежелательно, так как недостаточно количество опорных зубов. Такой протез может способствовать увеличению подвижности опорных зубов и атрофии костной ткани. При использовании жесткого неподвижного сочленения аттачменов возможно укрепление даже слабых зубов (подробные сведения о проблемах биомеханики см. в статье [5] проф. А. Валовски, Мюнстерский университет).

Клинико-лабораторные этапы протезирования, 2000 г.:

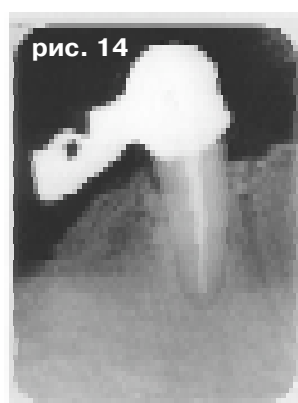
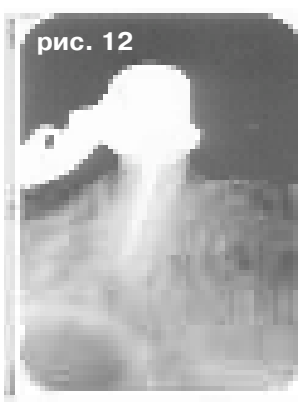
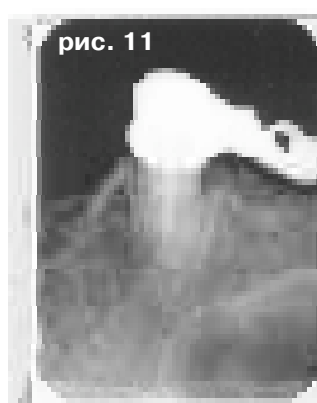
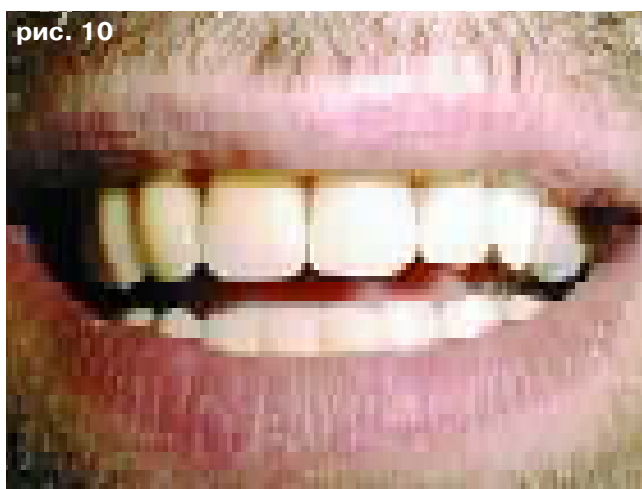
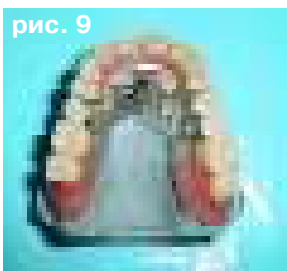
Рис. 6–7. Металлокерамические конструкции с первичной частью аттачмена МК-1 на рабочих моделях

Рис. 8–9. Готовые зубные протезы на моделях. На-



личие небной пластинки обязательно для улучшения стабильности протеза в данном конкретном случае. В связи с анатомическими особенностями строения нижней челюсти вместо обычной подъязычной дуги изготовлен цельнолитой базис

Рис. 10. Окончательный результат



Пациент наблюдался в клинике 5 лет (гарантия на протез – 5 лет с обязательным ежегодным посещением клиники). Атрофия альвеолярного отростка наблюдалась в течение первых шести месяцев в области удаленных зубов. В связи с этим через шесть месяцев была сделана перебазировка протеза. В дальнейшем подобных проблем больше не возникало. Изменений в тканях пародонта опорных зубов не обнаружено. Более того, подвижность этих зубов уменьшилась.

Следующее обращение пациента К. в клинику состоялось в январе 2008 г. Жалобы: неприятный запах изо рта в области 24, 25 зубов, незначительная подвижность протезов верхней и нижней челюсти, сколы пластмассовых облицовок в области замков, потеря косметического эффекта от предыдущего протезирования.

После визиографического исследования опорных зубов принято решение об удалении 25 зуба, у которого изначально определялся хронический гранулематозный периодонтит. Он был перелечен, но дал повторное обострение через 8 лет. На рис. 11, 12, 13, 14 состояние оставшихся 14, 24, 33, 43 зубов. Оно не вызывает опасений в пригодности их для дальнейшего протезирования.

В конструкцию новых бюгельных протезов верхней и нижней челюсти было решено внести изменения в связи с появлением новых технологий в современной стоматологии: изготовить протезы с использованием

телескопических гальванических коронок и аттачменов МК-1.

Телескопическая система фиксации резко снижает подвижность опорных зубов и базиса съемного протеза. Вследствие своих конструктивных характеристик, особенно охвата по периметру края коронки и включения всех опорных зубов, телескопический протез всегда содействует блокированию включенных в него зубов, а аттачмен МК-1 дает дополнительную, надежную фиксацию.

Клинико-лабораторные этапы, 2008 г.:

Рис. 15. Первичные телескопические коронки с аттачментом МК-1

Рис. 16. Первичные телескопические коронки с гальваническими колпаками



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Рис. 17. Вид бюгельных протезов с внутренней стороны. Гальванические колпаки вклеены во вторичные

рис.



телескопические коронки

Рис. 18. Готовые зубные протезы на моделях

Рис. 19. Примерка первичных телескопических ко-

рис. 17



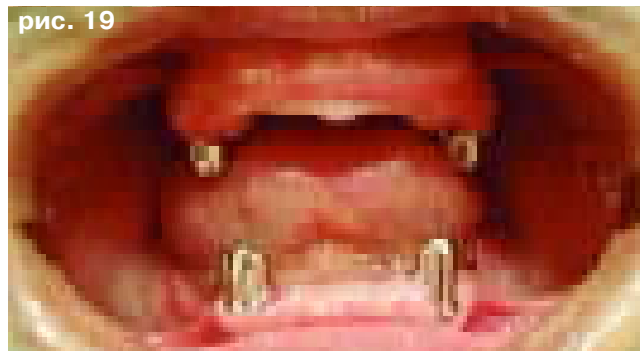
ронок в полости рта

рис. 18



Рис. 20. Вид пациента при сдаче готовой работы в состоянии центральной окклюзии

рис. 19



Выводы. В течение 8 лет после первичного протезирования состояние опорных зубов и тканей протез-

рис. 20



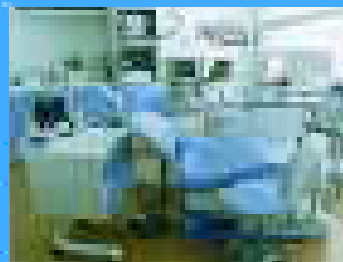
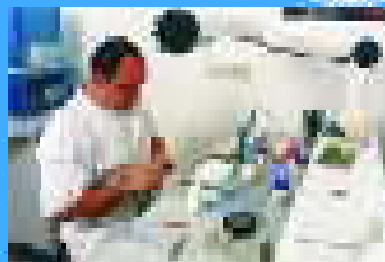
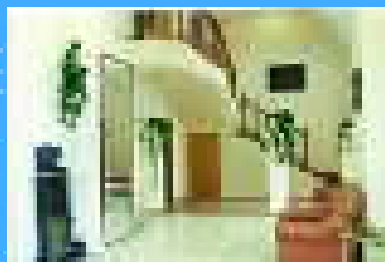
ного ложа практически идеально. Это ещё раз доказывает, что аттачмен МК-1 при правильном использовании решает проблемы биомеханики укороченного зубного ряда, прекрасно дополняет современные телескопические гальванические конструкции. Он прост в обращении, эстетичен, удобен для врача, зубного техника и пациента.

Литература

1. Лебедеенко И.Ю., Перегудов А.Б., Хапилина Т.Э., Замковые крепления зубных протезов. М. Молодая гвардия, 2001 г. 160 с.
2. Руководство по ортопедической стоматологии. Под редакцией В.Н. Копейкина. М. Медицина 1993 г. 496 с.
3. Соснин Г.П. Основы расчета и конструирование бюгельных протезов. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Москва 1971, 38 с.
4. Гынга Г.Н. Универсальный аттачмен фирмы МК-1. Зубной техник, 1997, № 5, с. 1–2.
5. А. Воловски. Укороченный зубной ряд – проблема биомеханики. Dental Labor. № 2, 1994.
6. Okazaki M. "Studies on retainer's effect on unilateral designs of mandibular unilateral distal extension dentures." // Nippon-Hotetsu-Shika-Gakkai-Zasshi 1990.



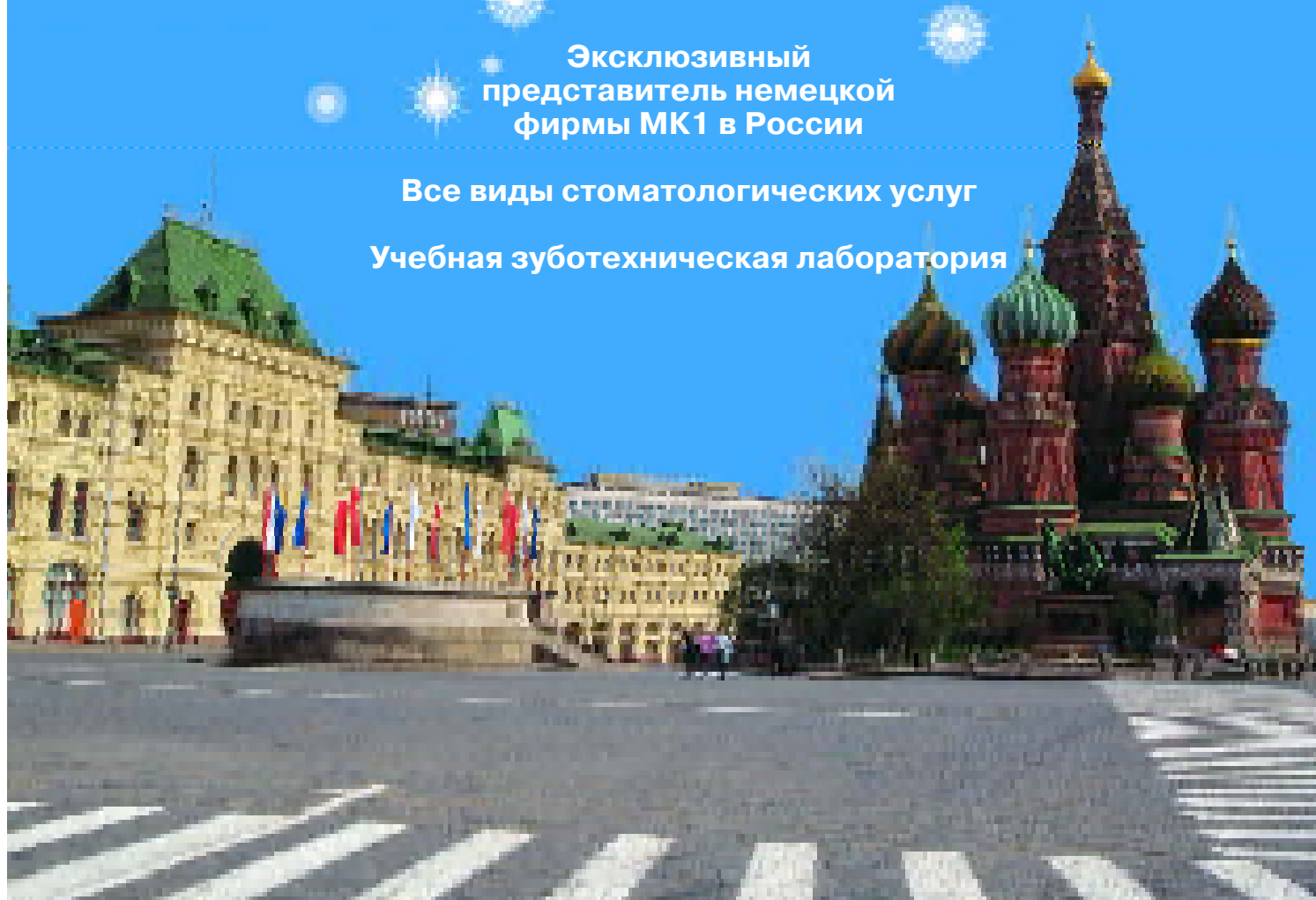
МК 1
10 лет
на рынке России



Москва, Красная площадь, 5. Тел. (495) 980-20-12; тел/факс (495) 980-20-13
Москва, ул. Мясницкая, 24/7, стр. 1, п. 10. Тел. (495) 624-64-86, (495) 624-68-7

**Эксклюзивный
представитель немецкой
фирмы МК1 в России**

Все виды стоматологических услуг
Учебная зуботехническая лаборатория





Ортопедическая стоматология

Лечение синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС в комплексе с "Детензор"-терапией

Сочетание ортопедического метода лечения синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС и метода "Детензор"-терапии включает параллельную коррекцию всех дисфункций опорно-двигательного аппарата, что приводит к развитию компенсации функционального состояния ВНЧС и регрессу клинических симптомов.

Treatment articulatory dysfunction syndrome in combination with VNCHS "Detenzor"-therapy

V.N. Dymkova, O.P. Goncharova

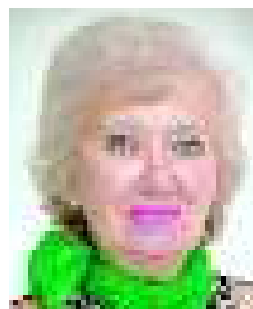
The combination of orthopedic restorative treatment methods of maxillo-temporal joint articulatory dysfunction syndrome and "Detenzor" method-therapy includes correction of locomotors system dysfunctions, which develops compensation of functional condition of maxillo-temporal joint and regression of clinical syndromes.

Синдром артикуляционной дисфункции височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) является в настоящее время весьма распространенным заболеванием. Проблема лечения пациентов с синдромом дисфункции привлекает ученых из разных стран в связи с трудностями в диагностике, а также отсутствием четких представлений об этиологии и патогенезе, сложной клинической картиной. Кроме этого, необходимо помнить, что заболевания ВНЧС нельзя рассматривать обособленно от состояния всего организма человека. Обращает на себя внимание частое сочетание дисфункции ВНЧС с заболеванием позвоночника, особенно, его шейного отдела [4].

Цель работы заключалась в изучении сочетания синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС с заболеваниями позвоночника и возможности использования "Детензор"-терапии в комплексном лечении.

Материал исследования

Под наблюдением находились 40 больных с синдромом артикуляционной дисфункции в возрасте от 23 до 80 лет



В.Н. Дымкова,
к.м.н, доцент



О.П. Гончарова,
ассистент

Кафедра ортопедической стоматологии ФПКС
МГМСУ
Медицинский центр "ДЕТЕНЗОР-МЕД"

(женщины). Лечение пациентов до 25 лет проводили только с помощью метода "Детензор"-терапии, остальным пациентам ортопедический метод сочетался с "Детензор"-терапией (10 больных с жалобами на хруст, девиацию нижней челюсти при открывании и закрывании рта). 30 больным было проведено комплексное лечение. Анамнез заболевания составлял от 3 месяцев до 9 лет.

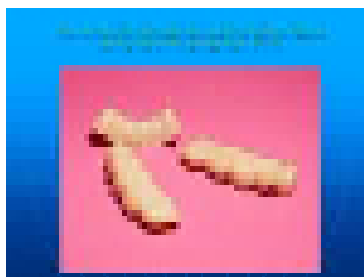
Методы исследования

У всех больных осуществлялся сбор анамнеза, проводилось клиническое обследование больных с применением методов рентгенологических исследований ВНЧС с закрытым и максимально открытым ртом, рентгенографии шейного отдела позвоночника с применением автоматизированной диагностической системы "АМСАТ-КОВЕРТ", предназначенной для клинко-физиологической диагностики функционального состояния организма человека путем многократного перекрестного электрического зондирования тела с помощью 3-х пар электродов (лобных, ручных и ножных).

Программное обеспечение позволяет проводить интегральную и дифференциальную графическую и топическую оценку состояния организма, позвоночного столба и сопряженных с ним сегментарно-неврального аппарата, а также висцеральных органов человека. У взрослых пациентов при



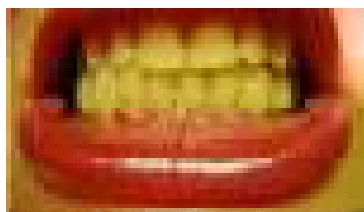
патологии врожденного, травматического, воспалительного или обменного происхождения использовали терапевтическое устройство для длительной тракции позвоночника "Детензор". Вытяжение позвоночного столба происходит в условиях релаксации и в оптимальных направлениях в сочетании с правильным функциональным положением позвоночника при сохранении



его физиологических изгибов. Сила вытяжения на терапевтическом мате, предназначенном для дневных процедур, составляет 18–25% от массы тела [2].

Результаты исследования

У больных были выявлены следующие клинические проявления синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС: щелканье (93%), боль (40%) в области сустава, девиация нижней челюсти при открывании и закрывании рта (100%), напряжение мышц (30%). Кроме этого больные предъявляли жалобы на боль в разных отделах опорно-двигательного аппарата, особенно, в шейном отделе позвоночника (70%), головную боль (50%). На рентгенограммах шейного отдела позвоночника отмечались S-образный сколиоз, снижение межпозвонковых дисков. На томограммах ВНЧС, сделанных в боковых проекциях наблюдали ущемление дисков, места нарушения синхронного движения дисков и головок нижней челюсти.



В задачу стоматолога-ортопеда при лечении синдрома артикуляционной дисфункции входит: добиться правильной установки головок нижней челюсти в суставных ямках, синхронного движения головок и дисков, движения нижней челюсти по прямой при открывании и закрывании рта, снятия давления на суставы, свободного открывания рта, перестройки миотатического рефлекса. Для этого применяется шлифовка зубов (по показаниям), изготовление временных пластмассовых кап, наиболее часто на зубы нижней челюсти, изготовленных лабораторным путем.

При этом необходимо соблюдать следующие условия:

1. Изучается положение жевательных зубов верхней челюсти, которые должны располагаться симметрично с обеих сторон.

2. Должны быть созданы четкие окклюзионные кривые.

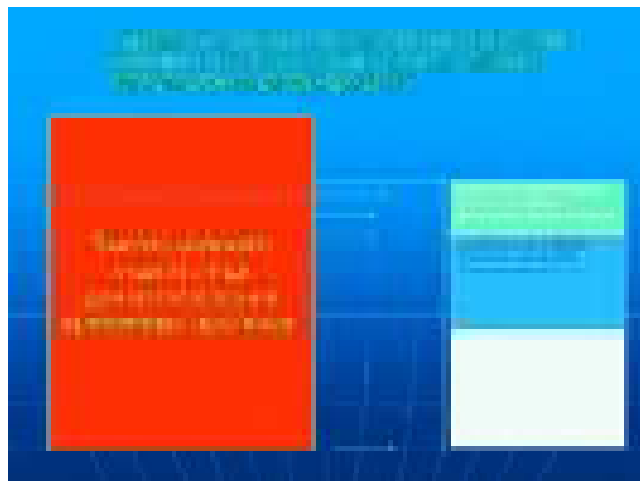
3. Изготавливается временная пластмассовая каппа на все зубы нижней челюсти, иногда в сочетании с временным съемным пластиночным протезом (в зависимости от дефекта). При этом высота нижнего отдела лица за счет временных протезов на нижней челюсти должна быть поднята на 2/3 расстояния между высотой нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и при смыкании в центральной окклюзии (коррекцию временных протезов на нижней челюсти необходимо проводить один раз в семь дней).

4. В случае изготовления временных протезов на верхнюю челюсть, фиксация их должна проводиться одновременно [1].

Ортопедическое лечение синдрома артикуляционной дисфункции сочеталось с методом "Детензор"-терапии.

Можно перечислить следующие важные результаты применения системы "Детензор":

1. Увеличение межпозвонковых промежутков.
2. Уменьшение напряжения мышц и связок.
3. Уменьшение давления на нервные окончания в связи с увеличением межпозвонковых промежутков.
4. При смещении позвонков и пролапсе дисков появляется возможность нормализации анатомической структуры.
5. Расширение foramen intervertebrale вызывает уменьшение или устранение сдавления нервных окончаний и улучшение



местного кровообращения. Таким образом, сочетание ортопедического метода лечения синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС и метода "Детензор"-терапии включает параллельную коррекцию всех дисфункций опорно-двигательного аппарата, что приводит к развитию компенсации функционального состояния ВНЧС и регрессу клинических симптомов. Следовательно, двигательный аппарат человека является единым биомеханическим целым. Нарушение целостности данной цепи влечет за собой перестройку и возникновение патологического биомеханического комплекса, что в полной мере относится к нарушениям при синдроме дисфункции ВНЧС [3].

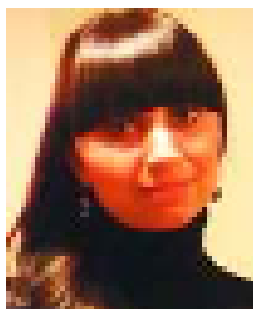
Литература

1. Дымкова В.Н. "Актуальные вопросы ортопедической стоматологии с углубленным изучением современных методов лечения". Под редакцией профессора Ибрагимова Т.И. Практическая медицина. М., 2006 г.
2. Балакирева О.В., Кинляйн К., Романов А.И., Штраус Й. "Лечение заболеваний позвоночника с применением многоцелевой системы "Детензор". "Клинический вестник" январь-март 1996 г.
3. Бурговецкая О.Г., Василенко А.М., Юров В.В. "Стоматология сегодня", № 8 (58), 2006.
4. Петров Е.А. "Электрофизиологическая характеристика болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава". "Российский стоматологический журнал", № 6, 2002 г.



Лазеры в стоматологии

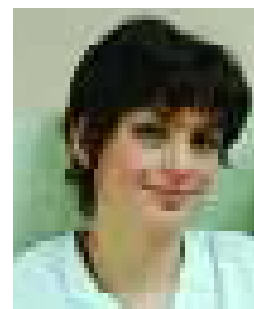
Антисептическая обработка корневых каналов с применением диодного лазера



Н.Т. Бутаева



И.М. Макеева



А.Ю. Туркина

ММА им. И.М. Сеченова, кафедра терапевтической стоматологии

Традиционные методы механической и медикаментозной обработки корневых каналов не всегда обеспечивают эффективность эндодонтического лечения. Так, микроорганизмы, персистирующие в ответвлениях основного канала и дентинных трубочках, остаются недоступными для растворов антисептика и являются причиной развития хронического периодонтита. Лазерное излучение обладает выраженным бактерицидным действием и способно проникать гораздо глубже в корневую дентин по сравнению с растворами антисептиков. Статья посвящена использованию лазерного излучения в эндодонтии, рассматриваются основные свойства и методика применения диодного лазера. Представлены результаты оценки безопасности лазерной обработки канала *in vitro*, а также результаты клинической оценки эффективности лечения осложненного кариеса с использованием лазерного излучения.

Antiseptic treatment of root canals using diode laser

N.T. Butaeva, I.M. Makeeva, A.Y. Turkina

Traditional methods of root canal treatment aren't 100% effective. So dentine tubules microorganisms can't be eliminated only with antiseptic solutions and can be a cause of apical lesions. Laser radiation has the bactericidal effect and can penetrate into the root dentine deeply than antiseptic solution. The laser radiation use in endodontics is considered. Main properties and application method of laser diode are described. The article presents results of *in vitro* study of laser root canal treatment safety and results of clinical study of efficiency of endodontical treatment using laser radiation.

Одним из важнейших условий эффективности эндодонтического лечения является качественная антисептическая обработка корневого канала [1, 6]. Основные задачи данного этапа – это удаление остатков тканей

из корневого канала, растворение смазанного слоя и максимальное уничтожение микроорганизмов.

Наиболее эффективным препаратом для медикаментозной обработки признан 3–5% раствор гипохлорита натрия: он способен растворять ткани пульпы и органические компоненты смазанного слоя, а также обладает выраженным антимикробным действием [5]. Для воздействия на неорганический компонент смазанного слоя необходимо применять гипохлорит натрия в сочетании с ЭДТА. Также для медикаментозной обработки корневого канала применяются ультразвуковые наконечники: ультразвук оказывает антимикробное воздействие и за счет нагревания повышает эффективность антисептических растворов [2, 4]. Тем не менее, даже при проведении ультразвуковой обработки стенок корневого канала в сочетании с гипохлоритом натрия полностью удалить не удастся [4]. Кроме того, из-за малого диаметра дентинных трубочек и боковых ответвлений глубина проникновения антисептических растворов в дентин не превышает 100 мкм [10], тогда как микроорганизмы способны проникать в дентинные канальцы на глубину от 300 мкм до 700 мкм и более [8, 12].

Лазерное излучение обладает выраженным бактерицидным действием, при этом уничтожение микроорганизмов в корневом дентине возможно на глубину 810–1000 мкм в зависимости от источника лазерного излучения [9, 10]. В частности, эффективность диодного лазера с длиной волны 980 нм достигает 86% на глубине 500 мкм [11]. Особенно важно данное свойство лазера при лечении хронического язвенного пульпита (К.04.04), некроза пульпы (К04.1), апикальной гранулемы (К.04.5), так как в этих случаях микроорганизмы длительное время присутствуют в корневом канале и глубоко проникают в дентин. Механизм бактерицидного действия лазера заключается в разрушении оболочки бактерий с последующей вапоризацией [3]. Кроме того, лазерное излучение эффективно удаляет смазанный слой со стенок канала, при этом за счет высокой температуры происходит частичное оплавление твердых тканей и "запечатывание" тонких ответвлений ос-



нового канала [7]. С появлением эндодонтических световодов лазерные аппараты все чаще стали применяться в повседневной стоматологической практике при лечении хронических форм пульпита и периодонтита.

С целью определения эффективности и безопасности использования лазерного излучения при эндодонтическом лечении зубов мы проводили лазерную обработку корневых каналов с помощью диодного лазерного аппарата Sirolaser 2.5 SU (Sirona) (рис. 1). Длина волны данного лазера составляет 970 ± 10 нм, мощность – от 0,5 до 7 Вт. Для обработки корневых каналов в комплекте присутствует гибкий световод диаметром 200 мкм, что соответствует размеру эндодонтического

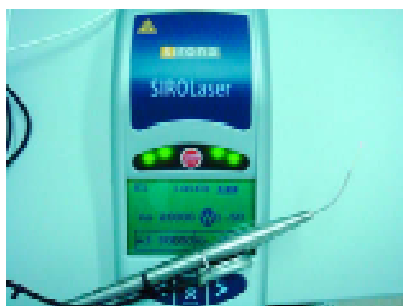


Рис. 1. Диодный лазерный аппарат Sirolaser 2.5 CU



Рис. 2. Гибкий эндодонтический световод (200 мкм)

инструмента 020 по ISO (рис. 2). Для дезинфекции корневых каналов заданы 2 программы (для стандартной антисептики обработки и для обработки при гангрене пульпы), рекомендуемая мощность – 1,5 Вт, максимальное время воздействия – 20 секунд. В рамках доклинического исследования была проведена оценка бактерицидного действия лазерного излучения методом лазерной флуоресцентной диагностики. Корневые каналы зубов, удаленных по поводу хронического периодонтита, расширяли до размера 030 с использованием эндолубриканта и 3% раствора гипохлорита натрия. Затем в исследуемой группе проводили медикаментозную обработку канала по стандартной схеме (3% гипохлорит натрия, дистиллированная вода), высушивали пинами и обрабатывали лазером в течение 20 секунд. В контрольной группе проводили только медикаментозную обработку канала по той же схеме. Была установлена высокая эффективность как медикаментозной обработки канала гипохлоритом натрия, так и лазерной обработки. Однако снижение концентрации микроорганизмов в исследуемой группе было более выраженным.

С целью определения степени нагревания поверхности корня зуба при лазерной обработке корневого

канала была проведена термометрия с помощью цифрового универсального тестера DT-838. Датчик тестера фиксировали на поверхности корня удаленного зуба в области верхушки корня или в области середины корня (рис. 3). Регистрировали исходную температуру наружной поверхности корня зуба, после чего проводили лазерную обработку корневого канала в течение 20 секунд в строгом соответствии с инструкцией фирмы-производителя. В процессе обработки регистрировали максимальное значение температуры корня и отмечали продолжительность подъема температуры. На основании разницы полученных значений делали вывод о степени нагревания поверхности корня в результате воздействия лазерного излучения. В результате исследования было установлено, что в процессе лазерной обработки корневого



Рис. 3. Фиксация датчика тестера для проведения термометрии в области середины корня

канала температура поверхности корня повышается в области верхушки на $15 \pm 1^\circ\text{C}$ и в области середины корня – на $13 \pm 1^\circ\text{C}$. При этом продолжительность подъема температуры не превышает 3–5 секунд. Изменение температуры корня при воздействии лазерного излучения отражено на рис. 4. Таким образом, учитывая незначительность и непродолжительность повышения температуры наружной поверхности корня, можно сделать вывод, что лазерная обработка корневого канала не сопровождается риском термической травмы пери-

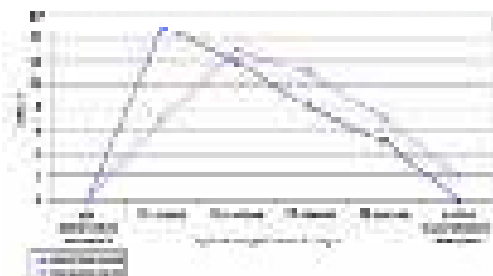


Рис. 4. Динамика изменения температуры наружной поверхности корня в процессе лазерной обработки корневого канала

одонта при условии соблюдения методики.

В клинических условиях эндодонтическое лечение зубов проводили по следующей схеме:

- раскрытие полости зуба, определение рабочей длины канала;
- механическая обработка канала ручными или ротационными инструментами как минимум до размера 030 по ISO с использованием эндолубриканта и 3% раствора гипохлорита натрия;
- ирригация канала сначала 3% раствором гипохлорита натрия и дистиллированной водой, высушивание

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

канала пинами;

– лазерная обработка корневого канала: длину световода устанавливали на 1 мм меньше рабочей длины канала, световод вводили в корневой канал на максимальную глубину (рис. 5а), активировали лазер и обрабатывали стенки канала, выполняя спиралеобразные движения по направлению от апикального отверстия к устью канала в течение 20 секунд (рис. 5б);

– obturation корневой канал методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи в сочетании с герметиком AH Plus.

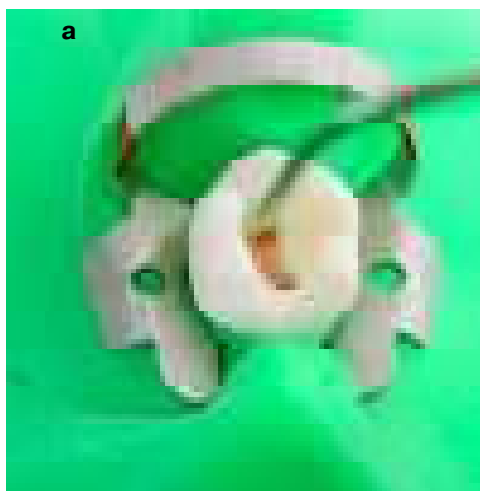


Рис. 5. Лазерная обработка корневого канала: а – световод введен на максимальную глубину; б – обработка средней и устьевой части канала
Рис. 6. Контрольный RVG-снимок

Эффективность лечения оценивали в сроки 3, 6 и 12 месяцев, ориентируясь на следующие критерии:

- отсутствие жалоб;
- отсутствие клинических признаков воспаления периодонта;
- отсутствие изменений в периапикальной области (если лечение проводилось по поводу пульпита) или уменьшение и исчезновение очага разрежения костной ткани (если лечение проводилось по поводу периодонтита).

Всего было проведено лечение 150 зубов по поводу хронического периодонтита и 80 зубов по поводу язвенного пульпита и гангрены пульпы. При лечении периодонтита полное восстановление костной ткани в течение 12 месяцев наблюдали в 140 случаях (93%), в 10 случаях (7%) возникла необходимость в хирургическом вмешательстве (цистэктомия). При лечении пульпита в 2 случаях (2,5%) развился хронический периодонтит, и было проведено повторное эндодонтическое лечение.

Фирма-производитель указывает на возможность таких осложнений, как микротрещины корневого дентина, ожог и некроз тканей периодонта в периапикальной области. Мы наблюдали ожог тканей периодонта в одном случае. Вероятно, причиной данного осложне-

ния послужило кратковременное воздействие лазерного излучения на периодонт через широкое апикальное отверстие у пациента 20 лет (диагноз – апикальная гранулема зуба 1.3). Так как эндодонтическое лечение проводилось без анестезии, в первые несколько секунд после включения лазера пациент пожаловался на острую боль, лазерную обработку прервали, корневой канал обильно промыли дистиллированной водой. После лечения пациент отмечал боли при накусывании в течение 10 дней. Во всех остальных случаях проведения лазерной обработки канала без обезболивания па-

циенты отмечали лишь ощущение незначительного нагревания зуба.

Во избежание ожога периодонта рекомендуем воздержаться от лазерной обработки корневых каналов при широком апикальном отверстии (если через апикальное отверстие свободно проникает инструмент размера 020), при резорбции корня, при наличии перфораций и при истончении стенок корня (например, при внутриканальной гранулеме, после извлечения анкерного штифта или культевой штифтовой вкладки).

При лазерной обработке канала необходимо исключить длительное воздействие излучения в одной точке, то есть световод должен постоянно двигаться по стенкам канала. Для обеспечения свободного перемещения световода в апикальной трети канала его необходимо расширить как минимум до размера 030 по ISO. Также необходимо учесть, что чем выше конусность обрабатываемого корневого канала, тем меньше риск фокусирования лазерного излучения в области апикального отверстия.

В заключении хотелось бы отметить, что лазерная обработка корневого канала позволяет повысить эффективность эндодонтического лечения, не сопровождается высоким риском развития осложнений и не требует специальной подготовки корневого канала и значительных временных затрат. Кроме того, диодный лазерный аппарат обладает небольшими размерами, портативен и прост в применении. Считаем возможным рекомендовать лазерную обработку в качестве эффективного и безопасного метода антисептической обработки корневых каналов при эндодонтическом лечении зубов.

Литература

1. Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения // Новости Dentsply. – 2003. – № 8. – С.

8–11.

2. Колмакова И. Клиническая оценка эффективности ультразвуковой обработки корневых каналов при пульпитах и хронических периодонтитах // ДентАрт. – 2004. – № 2. – С. 37–40.

3. Масычев В.И., Рисованный С.И., Рисованная О.Н. Введение в лазерную стоматологию. – Краснодар, 2004.

4. Пименов А.Б. Клинико-лабораторное обоснование нового подхода к медикаментозной обработке корневых каналов: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2003. – 22 с.

5. Хазанова В.В. Сравнительная оценка антимикробного действия некоторых антисептиков, применяемых при обработке корневых каналов // Клиническая стоматология. – 1997. – № 3. – С. 8–11.

6. Шумский А.В., Кочкалева Е.А., Поздний А.Ю. Причины неудач при эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. – 2003. – Т. 4. – № 3–4. – С. 7–15.

7. Azam Khan M. et al. Действие лазерной обработки на корневой канал зубов человека // Маэстро стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 79–84.

8. Berkiten M, Okar I, Berkiten R. In vitro study of the penetration of Streptococcus sanguis and Prevotella intermedia strains into human dentinal tubules // J Endod. – 2000. – Vol. 26. – № 4. – P. 236–239.

9. Gutknecht N., van Gogswaardt D., Conrads D., Apel C., Schubert C., Lampert F. Diode laser radiation and its bactericidal effect in root canal wall dentin // J Clin Laser Med Surg. – 2000. – Vol. 18. – № 2. – P. 57–60.

10. Gutknecht N. Лазер в эндодонтии. Предпосылки для успешного лечения // Новое в стоматологии. – 2001. – № 10. – С. 19–25.

11. Gutknecht N, Franzen R, Schippers M, Lampert F. Bactericidal effect of a 980-nm diode laser in the root canal wall dentin of bovine teeth // Clin Laser Med Surg. – 2004. – Vol. 22. – № 1. – P. 9–13.

12. Perez F, Calas P, de Falguerolles A, Maurette A. Migration of a Streptococcus sanguis strain through the root dentinal tubules // J Endod. – 1993. – Vol. 19. – № 6. – P. 297–301.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

8-12 декабря 2008

Организатор:
ЗАО «ЭНДОЦЕНТР»

★ ЭНДОЦЕНТР

Адрес: 125080, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 20, стр. 1

Телефон: (495) 770-0000

Сайт: www.endo-center.ru

Партнерский выставочный комплекс: **«ЭНДОЦЕНТР»**

www.zdrava-euro.ru



Организация и экономика в стоматологии

Социально-экономическое обоснование и внедрение модели семейного принципа оказания стоматологической помощи в частной клинике на бесплатной основе для детей



А.Я. Долгоаршинных,
зав. кафедрой
стоматологии
Карагандинской
государственной мед.
академии, к.м.н.

Представлены материалы участия частной фирмы в организации бесплатной санации школьников г. Караганды. Расходы клиники на оказание бесплатной стоматологической помощи детям в рамках семейного обслуживания не приносят убытков, а даже определенный доход за счет подключения к этой системе обслуживания все новых семей. Пока зана медицинская, социальная и экономическая эффективность предложенной модели стоматологического обслуживания детей в условиях частного здравоохранения.

Social-economic substantiation and implementation of family principle of stomatological care delivery in private clinic for children free of charge

A.Ya. Dolgoarschinnikh

Data on some private firm participation in free of charge school-children oral cavity sanitation in Karaganda-city were offered. Clinic's expenses on free of charge stomatological care to children in the framework of family services were not unprofitable but even some profit was received if new families were linked to this system of care delivery. Medical, social and economic efficacy was proven for the suggested model of stomatological aid delivery to children in conditions of private health care system.

В Республике Казахстан в условиях перехода стоматологической службы преимущественно на рельсы частного здравоохранения возникли серьезные проблемы с оказанием стоматологической помощи детскому населению.

Попытки государства исправить сложившееся положение пока не приносят, к сожалению, ожидаемых результатов. Выделяемых сейчас средств для санации полости рта детскому населению явно недостаточно. Например, на лечение кариеса выделяется всего 240 тенге или 2 доллара США на 1 ребенка в год. Сложность также заключается в ментальности людей, в не-

понимании ими важности своевременного обращения к стоматологу. Дети, как правило, боятся и не хотят ходить своевременно к врачу, а у родителей часто нет возможности и времени приводить их на лечение. В большинстве школ отсутствуют стационарные стоматологические кабинеты, санация зачастую идет бригадным методом (заезды бригады – врач и медсестра – на 20–25 дней), которые занимают лишь устранением боли и удалением зубов.

Возможным выходом из этого положения, как мы считаем, является подключение к решению этих проблем негосударственных стоматологических учреждений. В г. Караганде в течение более 10 лет был проведен эксперимент по подключению к санации детского населения дошкольного и школьного возраста частной фирмы "Дантист" (директор – к.м.н. А.Я. Долгоаршинных). Была разработана и реализуется принципиально новая модель организации и оказания **бесплатной для детского населения** стоматологической помощи. Суть ее заключается в том, что на абонементное обслуживание берется семья, взрослые члены которой оплачивают оказываемые им стоматологические услуги, по действующему прейскуранту, а их дети получают стоматологическую помощь бесплатно. Чем больше членов семьи, тем меньше они платят за свое лечение, поскольку предусматриваются определенные бонусы. Население более охотно обращается за платной стоматологической помощью, имея ввиду возможность бесплатного оздоровления своих детей.

Число лиц и целых семей, желающих участвовать в данной программе растет, и поскольку санация взрослого по стоимости многократно выше, чем ребенка, фирма, вкладывая собственные средства в санацию детского населения, в результате не только не несет убытки, но даже увеличивает свою прибыль за счет поступления все новых и новых пациентов.

Ниже приведены данные экономических показателей клиники за последние годы, которые показывают социальные и экономические преимущества предлагаемой системы стоматологического обслуживания на-



селения, ставшей возможной в условиях рыночных отношений.

Санация в рамках данной системы проводится на базе поликлиники стационарным методом при всем необходимом наборе основной и вспомогательной аппаратуры и оборудования. Стоматологическая помощь оказывается взрослым и детям в полном объеме, а это могут сделать только большие клиники, а не разрозненные мелкие стоматологические кабинеты, хотя и они на договорной основе могут объединяться для совместного оказания стоматологических услуг.

Преимущества крупных учреждений и организаций:

- для стоматологической клиники выгодно, что вчерашние дети являются потенциальными пациентами;
- очень удобно вести диспансеризацию детского населения, в результате чего резко сокращается число осложнений и возможность появления другой патологии;
- заработная плата детских врачей-стоматологов крупной клиники намного выше, чем заработная плата врачей, оказывающих гарантированные виды медицинской помощи;
- расходные материалы, инструментарий и оборудование самое современное, а лечение – по новейшим технологиям;
- качественное и полное оказание стоматологической помощи влечет новый приток детского и взрослого населения, санация детей становится доступной и приемлемой, появляется свободный выбор врача.

Кроме того, появляется возможность санации сотрудников производственных предприятий на договорной основе. Стоматологические услуги работникам предприятий, льготная и даже бесплатная санация их детей становятся актуальными, взаимовыгодными: для предприятия это решение социального вопроса, а для стоматологического учреждения – возможность приобретения нового оборудования, инструментария, расходных материалов и учебы медицинского персонала, иногда за рубежом, за счет одномоментного перечисления предприятием средств.

Рассмотрим финансовые показатели нашей кли-

Таблица 1. Динамика обращаемости населения за стоматологической помощью в клинику "Дантист" за 2002–2007 гг.

Год	Число обратившихся	
	Дети	Взрослые
2002	120	200
2003	4300	6350
2004	5900	6510
2005	6170	10360
2006	9300	20150
2007	14000	30721

ки за 2002–2007 гг.

Увеличение числа детей и взрослых, обращающихся в клинику "Дантист", показано в табл. 1.

Ежегодное финансирование на детей (в среднем на одного ребенка) остается одинаковым, а доход, полученный от санации взрослого населения (родителей, родственников), постоянно возрастает за счет увеличения их числа. Помимо этого взрослые обращаются в поликлинику чаще, чем дети, и, кроме того, доход от их санации удваивается за счет протезирования зубов.

Эффективность предлагаемого метода экономически обоснована и подтверждена положительным пятилетним опытом работы клиники (табл. 2).

В середине 2003 г. увеличился штат сотрудников, проводящих санацию по данному проекту, то есть возросли расходы на зарплату, материалы, хозрасходы и т.д. Однако увеличение пациентов стало настолько велико, что мы стали принимать по заранее проведенной записи, то есть процесс стал управляемым.

За 2003–2005 гг. клиника удвоила штатное расписание, приобрела новое оборудование, увеличила за работную плату всему медперсоналу за счет большого количества желающих санироваться по семейному принципу. Часть бывших детей стали уже взрослыми и продолжили лечение в клинике за плату.

В 2007 г. на полученные от реализации данного проекта средства клиникой открыт новый стоматологический центр в Караганда-Сортировочная.

Выводы

1. Налажен постоянный приток пациентов в клинику, идет заранее планируемый прием.
2. Возросла санация детского населения.
3. Увеличилась мощность клиники, ее штаты, улучшилось оборудование, оснащение, появились дополнительные рабочие места.
4. Решена важная социальная задача по оказанию стоматологической помощи детскому населению на бесплатной основе.

Таблица 2. Соотношение вложенных финансовых средств на санацию детского населения и прибыли

Год	Вложенный капитал (долл. США)	Прибыль
2002	10 000	10%
2003	10 000	20%
2004	10 000	30%
2005	10 000	45%
2006–2007	10 000	45–50%



Перспективная модель учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов в интернатуре по специальности 040401 "стоматология общей практики"



А.А. Абрамов, доцент, к.м.н., зав. кафедрой стоматологии (для подготовки интернов) ЦВД СПб МАПО

В статье представлен учебно-клинический центр (УКЦ) подготовки врачей-стоматологов в интернатуре по специальности 040401 "стоматология общей практики", созданный в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Дана схема основных и вспомогательных подразделений УКЦ. Показаны особенности формирования потоков пациентов и взаимодействие структурных подразделений центра. Анализ работы учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов в интернатуре за период 2002–2007 гг. показал перспективность данной модели последипломной подготовки стоматологов.

The promising model of the training centre for postgraduate student (internship) on specialization 040401 "General practice's dentistry"

A.A. Abramov

The article presents training centre for postgraduate student (internship) on specialization 040401 "General practice's dentistry" organized on base of Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies. The pattern of subdivisions of the training centre was shown. The particularities of forming of patient's list and interaction between internal subdivisions are shown. The analysis of training centre's work showed the great potential of such model of the postgraduate studies of dentists.

В медицинском последипломном образовании используются различные модели организации клинической подготовки врачей [1]. Наиболее оптимальным для реализации учебных программ последипломной подготовки стоматологов является создание вузовских специализированных учебно-клинических стоматологических центров [2, 3].

Данная модель требует больших капиталовложений (стоимость одного современного рабочего места для стоматолога составляет около 15–20 тыс. долларов). Но по ряду признаков она является оптимальной:

долгосрочная перспективность, быстрая окупаемость затрат (1,5–2 года), полноценная адаптация рабочих мест к задачам обучения врачей, получение прибыли от клинической деятельности, формирование заработной платы преподавателей из бюджета и хозяйственной деятельности стоматологического учебного центра [3].

С 2002 г. в СПб МАПО работает учебно-клинический центр (УКЦ) подготовки врачей-стоматологов в интернатуре по специальности 040401 "стоматология общей практики". УКЦ (общей площадью более 600 м²) размещен на собственной базе СПб МАПО — на территории учебно-клинического комплекса № 2 Академии.

Схема основных и вспомогательных подразделений УКЦ (приведена на рис. 1 и 2).

1. Вспомогательные подразделения: регистратура (прием, учет и распределение пациентов по кабинетам); гардероб для пациентов; гардероб для врачей; стерилизационная; компрессорная; рентгенкабинет; туалетные комнаты.

2. Основные подразделения: преподавательская; фантомный класс на 6 рабочих мест; лекционный зал; лечебные кабинеты для приема по линии ДМС (4 кабинета на 5 кресел); лечебные кабинеты для приема преподавателями кафедры с врачами-интернами (2 кабинета по 3 кресла) (рис. 3, 4); комната отдыха для врачей-интернов; комната отдыха для штатных врачей клиники; кабинет заведующего кафедрой; подсобные помещения.

Лечебные кабинеты должны быть оснащены по модульному типу стоматологическим оборудованием, которое должно отвечать определенным требованиям: соответствие современным технологиям; возможность интенсивной и длительной эксплуатации; надежность и удобство в работе; сервисное обслуживание; быстрые сроки окупаемости; средняя ценовая категория.



Каждый модуль должен включать в себя: стоматологическое кресло; стоматологическую установку с блоком врача и блоком ассистента; комплект наконечников; светополимеризационную лампу; гидроблок; стул для врача-стоматолога; стул для помощника стоматолога.

Штатное расписание УКЦ

1. Постоянный штат, обеспечивающий работу лечебных кабинетов: менеджер — 1; врачи-стоматологи — 11; медицинские сестры — 7; рентгенлаборанты — 2; младший обслуживающий персонал — 2; регистраторы-кассиры — 4; инженер по оборудованию.

2. Постоянный штат кафедры стоматологии (для подготовки интернов) ЦВД, обеспечивающий учебную и лечебную работу с врачами-интернами: заведующий кафедрой — 1; доцент — 2; ассистент — 6; старший лаборант — 4; лаборант — 3,0 ст.

Количество преподавателей кафедры берется из расчета 1 преподаватель на 6 врачей-интернов (3 пары по системе врач-ассистент). Поэтому оптимальное количество лечебных модулей в лечебных кабинетах — 3.

Для обеспечения качественного и эффективного процесса обучения необходимо минимум 2 лечебных

Рис. 1. Схема первого этажа учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов

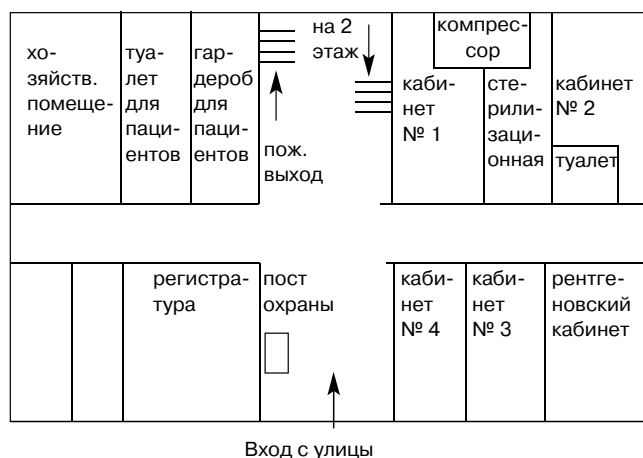
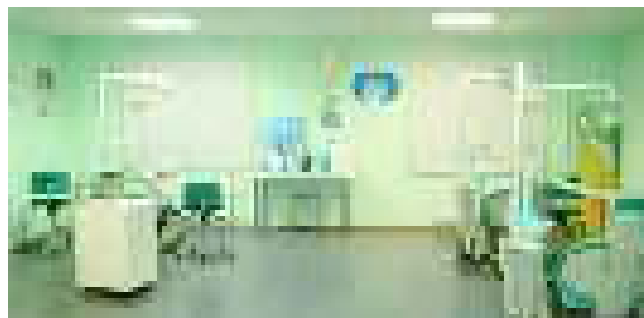


Рис. 3. Терапевтический кабинет для приема больных врачами-интернами под руководством преподавателей кафедры



кабинета по 3 кресла каждый.

Центр работает в 2 смены, с 9 до 21 часа, что предусматривает посменную работу врачей-стоматологов и преподавателей с пациентами и врачами-интернами.

Формирование потоков пациентов

Пациенты регистрируются на прием заранее, обращаются в центр по неотложным состояниям, а также для получения лечебно-консультативной помощи на кафедре стоматологии СПб МАПО.

Квалифицированные врачи стоматологического отделения центра внебюджетной деятельности Академии оказывают помощь пациентам, застрахованным по линии ДМС, а также оплачивающих свое лечение в полном объеме по тарифу СПб МАПО.

Пациенты, желающие лечиться у преподавателей кафедры, оплачивают лечение в полном объеме по тарифу СПб МАПО.

Врачи-интерны под руководством преподавателей кафедры оказывают стоматологическую помощь пациентам, желающим получить 50% скидку за лечение (учитывается только стоимость расходных стоматологических материалов).

Льготная категория граждан (ветераны, блокадни-

Рис. 2. Схема второго этажа учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов

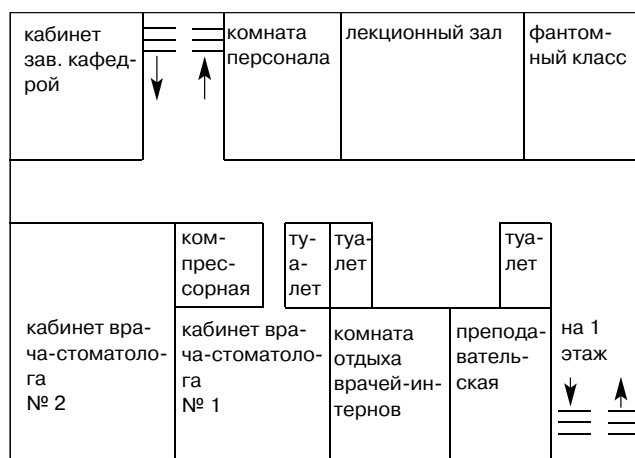
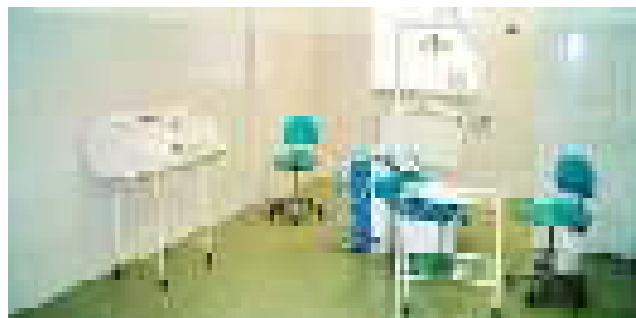


Рис. 4. Хирургический кабинет для приема больных врачами-интернами под руководством преподавателей кафедры





ки, инвалиды, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС, беременные, дети до 7 лет, сотрудники МАПО) оплачивают 50% стоимости расходных материалов на приеме у врачей-интернов.

В среднем за 1 рабочий день (в 2 смены) в учебном центре оказывается консультативная и лечебная помощь 25 пациентам. Соотношение: стоимость расходных материалов и амортизация оборудования / оплата за лечение и консультации составляет примерно 1/2—1/3 (в среднем в течение учебного года).

Взаимодействие структурных подразделений центра

В учебно-клиническом центре стоматологическая помощь оказывается населению двух районов СПб (около 350 тыс. чел.) силами врачей отделения ЦВД (врачи терапевты-стоматологи, детские стоматологи, хирурги, ортопеды, ортодонты, пародонтологи) и сотрудниками кафедры стоматологии (для подготовки интернов), включая преподавателей кафедры и врачей-интернов. В приеме больных в отделении ЦВД участвуют доценты и ассистенты кафедры.

Для всей работы имеется единая служба управления во главе с главным врачом клиник СПб МАПО, которому подчиняется заведующий стоматологическим отделением ЦВД и менеджер отделения ЦВД.

Существует отработанная схема формирования потоков больных для врачей ЦВД, сотрудников кафедры стоматологии и врачей-интернов, обучающихся на кафедре.

Первичная дифференциация потоков больных осуществляется администраторами регистратуры, единой для всего центра. Больных информируют о возможности выбора лечащего врача в зависимости от тяжести заболевания и финансовых возможностей. Больные знакомятся с преискурантом стоматологического отделения ЦВД и преискурантом клинического отделения кафедры стоматологии (для подготовки интернов). Преискурант кафедры по некоторым отдельным позициям (использование импортных пломбировочных материалов и дорогостоящих технологий лечения) соответствует ценовой политике ЦВД. Отличием является использование врачами-интернами кафедры отечественных пломбировочных материалов, ценовой ценз которых в несколько раз ниже импортных. Кроме того, больные, принимаемые врачами-интернами, оплачивают только стоимость накладных расходов, поэтому разница в цене между стоимостью лечения одной и той же нозологической единицы по сравнению с ЦВД очень значительна, что привлекает пациентов с низким уровнем доходов.

Положительным моментом является социальная составляющая в системе приема пациентов врачами-интернами. Все группы населения, указанные в Законе № 122 РФ, а также дети до 7 лет оплачивают 50% стоимости расходных материалов.

В клинике осуществляется еще один принцип на-

правления пациентов: переход пациентов с кафедры стоматологии на отделение ЦВД. Это больные, имеющие осложненное течение стоматологических заболеваний, требующее длительного наблюдения более опытными врачами, чем врачи-интерны. В то же время врачи ЦВД консультируют больных, как правило с отягощенной соматической патологией, у доцентов и ассистентов кафедры.

В особых случаях кафедра стоматологии привлекает к клиническому разбору пациентов сотрудников кафедры семейной медицины СПб МАПО, работающих в тесном содружестве с кафедрой стоматологии.

Анализ работы учебно-клинического центра подготовки врачей-стоматологов в интернатуре за период 2002—2007 гг. показал перспективность данной модели последипломной подготовки стоматологов:

1. Количество врачей-стоматологов, не жалеющих о своем выборе СПб МАПО в качестве учреждения для последипломного образования, выросло с 84,7 до 97,8%;

2. Количество врачей-стоматологов, у которых полностью оправдались ожидания по качеству обучения в СПб МАПО, выросло с 79 до 93,3%.

Выводы

1. Предлагаемая модель вузовского специализированного учебно-клинического стоматологического центра оптимальна для реализации учебных программ последипломной подготовки стоматологов.

2. Модульное построение УКЦ дает прекрасную возможность осуществлять качественную многоэтапную подготовку молодых специалистов от отработки мануальных навыков на фантомах до самостоятельной работы с пациентами с применением современных технологий лечения основных стоматологических заболеваний.

3. Сложившаяся система приема больных позволяет осуществлять квалифицированную и специализированную стоматологическую помощь больным с практически всеми нозологическими формами, требующими амбулаторной помощи. Больной имеет право выбора врача, соблюдается принцип преемственности ведения больного от "младшего" врача к врачу высшей квалификационной категории в зависимости от тяжести заболевания.

Литература

1. Беляков Н.А. Подходы к менеджменту в вузовской стоматологии. — СПб, Издательский дом СПб МАПО. — 2002, — с. 17—24.
2. Система образования и подготовка преподавателей. — Т. 1. / Под ред. Н.А. Белякова, А.П. Щербо. — СПб: Издательство СПб МАПО, 2002, — с. 85—96.
3. Преподавание практических навыков и подготовка амбулаторных врачей. — Т. III / Под ред. Н.А. Белякова, О.Ю. Кузнецовой. — СПб: Издательство СПб МАПО, 2006, — с. 137—154.

PREMIER

Идеальное сочетание
качества и цены.

**Pharma
Dental**

5600\$



premier 16

4280\$



premier 15

3900\$



premier 05

4500\$



premier 10

4790\$



premier 08

5200\$



premier 12

4870\$



premier 11

ООО "ФармаДентал"

115418, Москва, пр. Огненский 11/9

Тел./факс: (495) 789-67-33, 789-67-35

Сайт: www.pharmadental.ru



Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора А.И. Дойникова



Комитета по новой стоматологической технике Минздрава, организатор и первый заведующий кафедрой факультетской ортопедической стоматологии МГМСУ, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, почетный член Американской академии стоматологии им. П. Фошара и т.д.

Этот список можно продолжать и дальше. А.И. Дойников был одаренным, открытым и щедрым человеком, никогда не отказывал в помощи тем, кто к нему обращался. Его работы и живое общение с ним –

это кладезь, откуда стоматологи всех поколений брали новые идеи, мысли и силы для дальнейшего развития.

21 марта 2008 г. ему исполнилось бы 90 лет. В честь этой даты в конференц-зале МГМСУ на ул. Долгоруковской была проведена научно-практическая конференция. В ее организации приняли участие ректорат МГМСУ, коллектив кафедры факультетской ортопедической стоматологии под руководством профессора А.Ю. Малого. С докладами выступили профессора И.Ю. Лебедеко, А.Н. Ряховский, С.И. Абакаров, И.И. Ибрагимов, Б.П. Марков, А.М. Лакшин, доцент Е.С. Ирошников и многие другие, знавшие А.И. Дойникова во всех его ипостасях – как ученого, педагога, изобретателя, общественного деятеля, истинного интеллигента и просто Человека с большой буквы.

Конференция продолжалась 2 дня и оба дня со вступительным словом выступал ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич – это были не формальные выступления, а идущие от сердца слова, проникнутые глубоким уважением к А.И. Дойникову, к его огромной роли в становлении российской стоматологии. Вел конференцию профессор А.Ю. Малый.

На конференции был показан фильм об А.И. Дойникове, большое теле-интервью с ним.

В.Ф. Новодранова, профессор, зав. кафедрой латинского языка и основ терминологии МГМСУ

Сотрудничество с А.И. Дойниковым было большой честью для редакции журнала "Стоматология для всех" и одновременно большим человеческим счастьем, поскольку все вопросы, к которым он прикасался, озарялись его энергией, компетентностью, душевной теплотой, мудростью, остроумием...

Мы хорошо помним встречи с Алексеем Ивановичем на многочисленных мероприятиях, в которых он деятельно принимал участие, беседы в его рабочем кабинете на 6-м этаже КДЦ на Долгоруковской, где находится сейчас учебный класс его имени.

В завершение нашей беседы в 2001 г. ("Помню лечение почти каждого пациента", СДВ, № 4–2001, с. 60–63) мы договорились с Алексеем Ивановичем, что обязательно вернемся к публикации его воспоминаний и мыслей о пережитом и увиденном. К сожалению эту договоренность придется реализовать уже без него. Но мы обязательно это сделаем. Хотим выразить благодарность к сотрудничеству в этом направлении с Мемориальным кабинетом А.И. Дойникова, о котором Алексей

Иванович, заглядывая в будущее, говорил при жизни, и открытие которого готовится сейчас в МГМСУ.

Главный редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев



А.И. Дойников и А.В. Конарев на форуме "Дентал Экспо", 2005 г.



На 23-м Московском международном стоматологическом

22–25 апреля 2008 г. в Москве с успехом прошел 23-й Московский международный стоматологический форум, в рамках которого состоялись Научно-практическая конференция "Актуальные проблемы стоматологии", выставка "Стоматологический Салон'2008", заседание Совета СТАР, презентации, мастер-классы и ряд других мероприятий.

Форум был организован Стоматологической Ассоциацией России и компанией "Дентал-Экспо".



Заседание Совета СТАР ведет президент СТАР, проф. В.Д. Вагнер



На открытии конференции "Актуальные проблемы стоматологии" выступил ректор МГМСУ, засл. врач РФ, проф. О.О. Янушевич



Участников выставки "Стоматологический Салон'2008" приветствует директор ЦНИИС и ЧЛХ, проф. А.А. Кулаков

Dental 4 Windows

Сохраняем традиции, расширяем возможности



D4W – многофункциональное компьютерное приложение для создания стоматологии. Интерактивное обучение, подбор материалов, диагностика, лечение и реабилитация пациентов – все в одной программе.

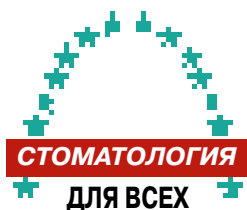
- обучение студентов, курсов и аспирантов, а также врачей-стоматологов
- подбор материалов для изготовления протезов
- функциональная диагностика, планирование лечения
- подбор материалов для изготовления протезов
- подбор материалов для изготовления протезов
- подбор материалов для изготовления протезов
- подбор материалов для изготовления протезов

Мы хотим сделать стоматологию более удобной и эффективной. Поэтому создали D4W – программу, которая поможет вам в работе. Благодаря ей вы сможете быстрее и точнее подобрать материалы для изготовления протезов.

СООБЩЕНИЕ
ТОВАРОВ И УСЛУГ
ПОДЛЕЖАЩИХ ЗАЩИТЕ
ПРЕДПРИЯТИЯ
СООБЩЕНИЕ

© 2008 г. Все права защищены. Москва, Россия. ООО "Дентал-Экспо".

Сайт: www.dental-expo.ru
Телефон: +7 (495) 740-00-00



Разнообразная специальная и общая информация для всех работающих в области стоматологии Информация для широкого круга читателей, связанная со стоматологией

Журнал распространяется по комплексной системе, в которую входят: целевая рассылка, подписка через ЦРПА «Роспечать», прямая подписка и продажа через редакцию, розничная продажа через сеть организаций, распространяющих книжно-журнальную продукцию, специальная продажа на выставках по стоматологической и медицинской тематике, в клиниках и учреждениях здравоохранения, организациях, реализующих стоматологические товары и предоставляющих стоматологические услуги, а также в торговых центрах, супермаркетах и других структурах торговли.

Как подписаться на журнал «Стоматология для всех»

Подписку на журнал можно оформить в любом отделении связи или непосредственно через редакцию.

Индексы журнала в каталоге агентства «Роспечать» — 47477 и 80711.

Подписку на журнал через редакцию можно сделать, начиная с любого номера.

Для оформления подписки через редакцию необходимо перечислить деньги за подписку на расчетный счет редакции, сделать почтовый перевод или заплатить наличными деньгами соответствующую сумму.

Вы будете получать журнал, **начиная с очередного номера**, выходящего после даты подписки.

Документами, подтверждающими произведенную подписку через редакцию, служат копия платежного поручения, квитанция о почтовом переводе или квитанция об оплате наличными с печатью редакции.

Журнал будет доставляться Вам по почте или курьерской службой.

Внимание! Перечисляя деньги за подписку на расчетный счет редакции или делая почтовый перевод, обязательно **укажите** в платежном поручении в графе «Назначение платежа» или на бланке почтового перевода **адрес, по которому должен быть доставлен журнал.**

На бланке почтового перевода в графе «Кому» нужно указать следующее:

125955, Москва, ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех», ИНН/КПП 7704167552/770401001,
р/с 40702810438260101570 в Киевском ОСБ 5278, г. Москва Сбербанк России ОАО, г. Москва, БИК 044525225,
к/с 30101810400000000225.

Стоимость подписки – 450 р. для жителей РФ, 700 р. – для жителей стран СНГ, 20 Euro – для жителей других стран мира.

Банковские реквизиты для подписки в Евро: Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main, SWIFT: DEUTDEFF; for SBERBANK Kievskoe branch 5278, Moscow, Russia, SWIFT: SABR RU MM; for «Stomatologia dlya vsiekh», account 40702978238260201570

Информация для авторов

Чтобы опубликовать статью в журнале «Стоматология для всех/International Dental Review» следует, сделав предварительный звонок, принести подготовленный для публикации материал (в соответствии с требованиями, указанными ниже) в редакцию или выслать его по электронной почте (E-mail:sdvint@mail.ru). Перед публикацией статья рецензируется.

Требования к материалу для публикации

Статья принимается одновременно в печатном и электронном вариантах (по E-mail достаточно только электронной версии). Текст должен быть записан в формате Word, иллюстрации – в формате jpeg или tiff (отдельными файлами) с разрешением не менее 300 dpi. Статья должна включать аннотацию на русском и английском языках. Название статьи и фамилии авторов также следует указать на русском и английском языках. К информации на электронном носителе необходимо приложить распечатанные текст статьи и иллюстрации. Желательно указать титулы и звания авторов, приложить цветные фотографии авторов в формате jpeg или tiff. Обязательно укажите свои контакты – ФИО (полностью), телефон, адрес электронной почты (если есть).

Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца.

Цена журнала при продаже в розницу — договорная. Тираж 10 000 экз.

Адрес редакции:

121099, Россия, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34, редакция журнала «Стоматология для всех»

Тел е ф о н / ф а к с (495) 605-74-24, 609-24-40; **E-mail:** sdvint@mail.ru; **И н т е р н е т** www.sdv.ru

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Банковские реквизиты: ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех», ИНН 7704167552, КПП 770401001, расчетный счет 40702810438260101570 в Киевском ОСБ 5278, г. Москва Сбербанк России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, корреспондентский счет 30101810400000000225