

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

ОКТАБРЬ (58) 2017

ЮГА РОССИИ WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ



ТАКОГО ЕЩЁ НЕ БЫЛО!

Ø 2.75 мм
TOUAREG UNP

Двухэтапный имплантат с максимально узким конусным соединением в мире!

большой выбор протезных компонентов

внутреннее конусное соединение CloseFit

Диаметр от 2,75

внутренний шестигранник

возможность немедленной нагрузки

использование для всех типов кости

новая геометрия OsseoFix (обработка фосфатом кальция)

ООО «Адин Дентал Имплант Рус»
ООО «Перфлекс Рус»
196084, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д.22, лит. Е
125315, Россия, г. Москва, ул. Часовая, д.28, 9 этаж, офис 4

Фед. номер: 8-800-500-36-60
Тел.: 8 (812) 244-40-58
Тел.: 8 (981) 900-74-09

www.adinrussia.ru
office@adinrussia.ru
natalia@adinrussia.ru

www.perflexrussia.ru
office@perflexrussia.ru
natalia@adinrussia.ru

PERFLEX®
Innovative Dental Technologies



**БЕЗМОНОМЕРНЫЕ ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

- Biosens
- T-Crystal
- Acryfree
- Flexinylon
- Thermofix
- Acetal
- PureP

**ПРИГЛАШАЕМ ВАС ПОСЕТИТЬ НАШ СТЕНД 2017
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫСТАВКАХ 2018**

С графиком выставок Вы можете ознакомиться на нашем сайте

www.perflexrussia.ru

ООО «Перфлекс Рус» - эксклюзивный дистрибьютор израильского завода Perflex LTD по оптовым и розничным продажам высококачественных термопластичных материалов для эстетического протезирования в России, Беларуси, Украине, Казахстане, Армении, Кыргызстане, Узбекистане, Туркменистане, Грузии, Азербайджане, Таджикистане, Молдове.

Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров!



Стоматологическая продукция швейцарского качества

Swiss quality dental products



Валлекс М

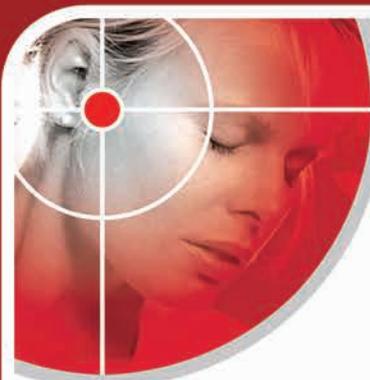
Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»

Москва, Старокалужское шоссе, д. 62
тел/факс: (495) 784-71-24, тел.: (495) 933-41-81
e-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»

Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24
тел.: (812) 240-47-10
e-mail: stom-spb@vallexm.ru

МЯГКАЯ ШИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ:



ПРИЧИНЫ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС:

- Нарушение окклюзионной поверхности зубных рядов
- Реверсивное глотание со смещением нижней челюсти
- Бруксизм, ротовое дыхание
- Снижающийся прикус
- Острый и хронический стрессы
- Микротравмы сустава (в атлетических видах спорта)

35% процентов населения, включая подростков, страдают дисфункцией ВНЧС, из них активно ищут лечения лишь 20%, но переходя от врача к врачу, зачастую так и не получают реальной помощи...



- Снять избыточную компрессию ВНЧС-сустава
- Устранить напряжение мышц, окружающих ВНЧС
- Быстро снять боль и диагностировать проблему
- Ограничить бруксизм и стираемость зубов
- Снять боль и напряжение перикраниальных мышц шеи

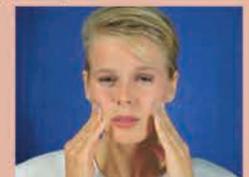
Приёмы пальпации для диагностики дисфункции ВНЧС



ВИСОЧНЫЕ МЫШЦЫ



ЛАТЕРАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ



ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ



SCM



ТРАПЕЦЕВИДНЫЕ



ВНЧС-СУСТАВЫ

РЕКОМЕНДУЕТСЯ НОСИТЬ ШИНУ 1-2 ЧАСА ДНЁМ И ВСЮ НОЧЬ.



TMJ-шина - это двучелюстной аппарат, разработанный специально для быстрой диагностики и эффективного устранения симптомов дисфункции ВНЧС. Применение методов компьютерного моделирования в сочетании с удачно подобранными свойствами материала (прозрачный медицинский силикон) позволили создать единый универсальный размер TMJ-шины, подходящий большинству взрослых пациентов, что избавляет от необходимости снятия слепков, лабораторного изготовления и припасовки аппарата. Уже в момент примерки шины пациент ощущает снижение болевых проявлений. Мягкая декомпрессия в области ВНЧС-сустава обеспечивается благодаря специальному утолщению в области моляров – запатентованному крыловидному основанию. TMJ-шина способствует эффективной релаксации шейных и лицевых мышц, что позволяет быстро снять боль и напряжение в области ВНЧС.

МНОГОЛЕТНИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДТВЕРДИЛ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЧС ШИНЫ

www.myoresearch.com

Эксклюзивный представитель компании MRC
www.vallexm.ru (495) 933-73-73, (495) 784-71-24

Валлекс М

ДЛЯ САМЫХ ТРЕБОВАТЕЛЬНЫХ И ИСКУШЕННЫХ ПОКУПАТЕЛЕЙ

ПРОДУКТЫ ДЛЯ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ ВАШИХ ЗУБОВ КОСМЕТИКА И АКСЕССУАРЫ ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПРЕМИУМ-КЛАССА

ООО «ДанЛинк» — официальный дистрибьютор профессиональной дента косметики на юге России



- Уникальные зубные пасты
- Особенные зубные щетки
- Ополаскиватели и спреи
- Отбеливающие системы
- Детские зубные пасты и щетки

ДАНЛИНК – это новая философия обеспечения гигиены полости рта:



Уникальные продукты высочайшего уровня на каждый день



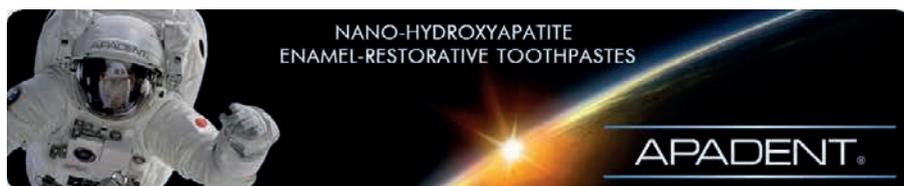
Новое в повседневном — нечто большее, чем просто зубная паста с зубной щеткой



Сочетание клинической эффективности и утонченности дизайна



APADENT — космическая зубная паста, созданная японскими учеными по патенту NASA (USA)



Главное действующее вещество всех зубных паст APADENT — нано-mHAP® (медицинский нано-гидроксиапатит), обладающий особым свойством: он восстанавливает зубную эмаль, восполняя потерянные зубом важнейшие минералы (кальций и фосфор).



BLUEM® — уникальные средства для гигиены полости рта с активным кислородом, специально разработанные для имплантов и кровоточивых десен



ООО «ДанЛинк»
г. Краснодар,
ул. Леваневского, д.15
тел.: +7 (988) 966-83-82,
8-800-77-558-11
info@danlink.ru,
danlink_danlink

Заболеваемость пародонтитом > 90%

диагностируешь?

FLORIDA PROBE

PROBE. CHART. EDUCATE. MOTIVATE.



Эксклюзивный дистрибьютор системы «Флорида Проб»

Фирма
УЛЫБКА



Тел./факс: (3842) 52-12-56

E-mail: SMILE-FIRM@mail.ru

Почтовый адрес:
пр. Ленина, 60, а/я 698,
г. Кемерово, 650066

Сайт: smile-kem.ru

РЕКЛАМА



Дентал-Софт

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



-  **Электронная медицинская карта**
-  **история зуба пациента**
-  **маркетинг, профосмотры**
-  **контроль качества работы врачей**
-  **SMS-рассылка**
-  **журналы записи на приём**
-  **онлайн касса Ф3-54**

Эл. почта info@dental-soft.ru
Дентал-Софт.РФ

357823, Ставропольский край,
г. Георгиевск, ул. Чкалова, 55

Бесплатный звонок из
любого региона России

8-800-700-55-69



РЕКЛАМА

**Специализированный
медицинский журнал
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Крылова О. В. — главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения Ростовской области

Ибрагимов Т. И. — министр здравоохранения Республики Дагестан

Кокоев В. Г. — начальник ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения Ставропольского края

Маньшин В. П. — зам. министра здравоохранения Республики Калмыкия

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения Краснодарского края

Цидаева Т. И. — зам. министра здравоохранения Республики Северная Осетия — Алания

Шкарин В. В. — председатель комитета здравоохранения Администрации Волгоградской области

Редакционная коллегия:

Альникин А. Б. — кандидат медицинских наук

Гандылян К. С. — доктор медицинских наук

Дмитриев М. Н. — кандидат медицинских наук

Караков К. Г. — доктор медицинских наук

Максюков С. Ю. — доктор медицинских наук

Новгородский С. В. — доктор медицинских наук

Росторгуев Э. Е. — кандидат медицинских наук

Шкурат Т. П. — доктор биологических наук

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16, 8-988-950-98-70,
по вопросам подписки (863) 223-23-25

www.akvarel2002.ru, e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в типографии «Бумеранг», ИП Фрейгейт Н. О.
г. Ростов-на-Дону, бул. Комарова, 11/2-81

Тираж 3000 экз. Заказ №197

Подписано в печать 03.10.2017 г.

Дата выхода 10.10.2017 г.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций

Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс
научного цитирования) на платформе elibrary.ru

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 38 закона РФ «О рекламе» ответственность
за содержание информации в рекламе несет рекламодатель

СОДЕРЖАНИЕ

Анализ назначаемости и эффективности терапевтического воздействия ангиопротекторов при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы4

Друзья, что мы знаем на данный момент о VALPLAST? — НИЧЕГО!.....6

Производственные биологические факторы и их влияние на челюстно-лицевую область: обзор7

Выставки..... 12, 25

3D-печать в челюстно-лицевой хирургии..... 13

Эффективность дентальной имплантации монолитными и разборными имплантатами разной структурированности титановых сплавов по результатам периотестометрии и оценке воспалительных маркеров биологических сред полости рта..... 16

Встречаемость вариантов архитектоники костной ткани челюстей среди жителей Ставропольского края.....23

Коучинг в медицине. Опыт применения технологий коучинга в стоматологии.....24

Особенности планирования дентальной имплантации в подбородочном отделе нижней челюсти.....29

Стоматология: борьба с потребительским экстремизмом.....30

Применение стекловолоконных штифтов в стоматологической практике32

Эндодонтическая обработка зубов со сложной анатомией корневых каналов33

**ЖУРНАЛ «ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ» ПРЕДЛАГАЕТ
ВРАЧАМ ПУБЛИКАЦИЮ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ.
ЖУРНАЛ ВХОДИТ В СИСТЕМУ РИНЦ**

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ

- 1. Тематика:** сообщение о результатах научно-исследовательской работы; историко-научная обзорная статья; дискуссионная статья; научно-публицистическая статья.
- 2. Статья обязательно должна содержать на русском и английском языках:** заглавие, авторов, аннотацию и ключевые слова.
- 3. Желательный объем статьи** – 12–18 тысяч знаков.
- 4. Фотографии и рисунки должны прилагаться отдельными файлами** в формате tif или jpg, в тексте статьи обязательны ссылки на них и на литературные источники.
- 5. В списке литературы желательно использовать публикации за последние 5–8 лет,** в количестве не более 15 источников.
- 6. Статья не должна быть ранее опубликована** и не должна содержать рекламу, в том числе скрытую.
- 7. К статье должна прилагаться авторская справка.**

**ВЫСЫЛАТЬ СТАТЬИ ВЫ МОЖЕТЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ
АДРЕС РЕДАКТОРА KRYLOVA@AKVAREL2002.RU
ИЛИ НА ОБЩИЙ ЯЩИК ЖУРНАЛА GVUR@MAIL.RU**

АНАЛИЗ НАЗНАЧАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АНГИОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

К. Г. Каракоев, Н. А. Мордасов, И. В. Иванюта

Аннотация. Заболевание пародонта — социально значимая проблема, обусловленная широкой распространенностью и интенсивностью поражения всех возрастных групп населения. Распространению заболеваний пародонта способствуют многочисленные факторы как местного, так и общего характера. Взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и состоянием органов полости рта связана с нарушениями метаболизма, гемодинамики, иммунологическими и нейро-

гуляторными нарушениями и сдвигами микробиоценоза. Так, нарушение микроциркуляции может стать основным звеном, нарушающим метаболический гомеостаз в тканях пародонта. Большое значение имеет разработка методов повышения резистентности организма при различных заболеваниях воспалительного и дистрофического генеза.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, лечение, ангиопротекторы.

ANALYSIS OF THE APPOINTMENT AND EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC EFFECTS OF ANGIOPROTECTORS IN CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF MODERATE SEVERITY AGAINST THE BACKGROUND OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

K. Karakov, N. Mordasov, I. Ivanyuta

Annotation. Periodontal disease is a socially significant problem caused by the widespread prevalence and intensity of affection of all age groups of the population. The spread of periodontal diseases is facilitated by numerous factors, both local and general. The relationship between general somatic diseases and the state of the oral cavity is associated with metabolic, hemodynamic,

immunological and neuroregulatory disorders and shifts in microbiocenosis. So, the violation of microcirculation can become the main link that breaks the metabolic homeostasis in the tissues of periodontal disease. It is important to develop methods of increasing the resistance of the body in various diseases of inflammatory and dystrophic genesis.

Keywords: generalized periodontitis, treatment, angioprotectors.

По данным доклада научной группы ВОЗ (2010), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран в возрасте 15—44 лет, распространенность заболеваний пародонта составила 55—99%. Особенности течения, прогноз и тактика лечения заболеваний пародонта тесно связаны с параметрами гомеостаза организма и приемом некоторых лекарственных препаратов [2].

Важным аргументом, влияющим на тяжесть течения хронического генерализованного пародонтита, является наличие соматической патологии, в частности, наличие у больного в анамнезе атеросклероза и ишемической болезни сердца [3].

К примеру, у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается большая степень поражения тканей пародонта в сравнении с пациентами без таковых [4].

Этиологическая модель влияния очагов одонтогенной инфекции на развитие патологии сердечно-сосудистой системы выглядит следующим образом: бактерии, локализующиеся в зубном налете, кариозных зубах, пародонтальных карманах, выделяют эндо- и экзотоксины, которые инициируют превращение макрофагов в пенистые клетки [5]. Кроме этого, пародонтопатогенные возбудители способны инфицировать эндотелиальные клетки коронарных артерий, способствуя агрегации тромбоцитов. Большая роль отводится цитокинам, выделяющимся при воспалительной реакции [6].

В патогенезе воспаления значительную роль играют микроциркуляторные расстройства, которые в конечном итоге определяют трофику тканей [7]. Сложность патогенеза микроциркуляторных нарушений вообще, а также

и при хроническом генерализованном пародонтите, требует дальнейшего комплексного изучения [8].

Установлено, что при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести базальный слой клеток эпителия неравномерно разрастается в виде пальцеобразных выростов в подлежащую соединительную ткань. Поверхностные слои эпителия подвергаются дегенеративным изменениям. При наличии активной местной реакции на раздражение слои эпителия увеличиваются в толщину иногда в 4—5-кратном размере. Нередко наблюдается акантоз [9]. Полиморфно-ядерные лейкоциты накапливаются под поверхностными слоями эпителия. Наступает разрыхление стенок сосудов, через которые проходят эритроциты, обнаруживаемые в тканях. Эритроциты гибнут и образуют гемосидериновый пигмент. В соединительной ткани в результате раздражения наблюдается инфильтрация клеточными элементами. Ткань вокруг сосудов заполнена обширными гнездами из гранулоцитов и лимфоцитарных элементов, отодвигающих пучки соединительнотканых волокон в разные стороны [10]. Циркулярные коллагеновые волокна десны наиболее устойчивы к воспалению. Они в значительной степени ограничивают распространение воспалительного процесса вглубь тканей.

В связи с вышеперечисленным, актуальным является поиск новых эффективных, достаточно простых и доступных методов лечения заболеваний пародонта на фоне патологии сердечно-сосудистой системы с непосредственным воздействием на звенья патогенеза.

Ангиопротекторы повышают устойчивость сосудов, уменьшают их проницаемость, способствуют восстановлению нарушенной микроциркуляции при патологических

процессах, обладают противовоспалительной активностью, препятствуют агрегации тромбоцитов, стимулируют фибринолиз, препятствуют отложению атерогенных липидов в сосудистой стенке, уменьшают отек эндотелиальных клеток, способствуют обратному развитию атеросклеротических изменений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить частоту назначаемости и эффективность терапевтического воздействия ангиопротекторов у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы по данным поликлинических историй болезней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проанализировано 100 поликлинических историй болезней стоматологических больных стоматологической поликлиники СтГМУ. Для того, чтобы определить группы исследования, был проведен анализ распространенности хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы по данным историй болезней и листов здоровья стоматологических пациентов. Одновременно с этим были определены показатели назначаемости ангиопротекторов у лиц с данной патологией. Анализировали анамнез жизни и болезни пациентов, предшествующую медицинскую документацию, клинко-рентгенологические данные.

В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 2 группы:

I (основная) группа — 9 историй болезней пациентов (7 мужчин и 2 женщины) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы, которым была назначена ангиопротекторная терапия (5% мазь пармидин в виде аппликаций на 20 минут, курсом 7 дней).

II (контрольная) группа — 16 историй болезней пациентов (11 мужчин и 5 женщин), которым ангиопротекторная терапия назначена не была.

По данным историй болезней больным обеих групп проводили традиционную комплексную терапию: после профессиональной гигиены полости рта и медикаментозной обработки пародонтальных карманов использовали местно в области маргинальной десны всех групп зубов гель «Метрогил-дента». Внутри назначали метронидазол: в первый день — по 0,5 г 2 раза (с интервалом в 12 часов), во второй день — по 0,25 г 2 раза (с интервалом в 8 часов). Курс лечения составлял 7 дней.

При осмотре полости рта по данным историй болезней у больных обеих групп выявлялись признаки хронического воспаления десен: отек, гиперемия, кровоточивость, болезненность при зондировании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ 100 поликлинических историй болезней стоматологических больных стоматологической поликлиники

СтГМУ показал, что распространенность хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы составила 25%.

Соотношение количества мужчин и женщин в обеих группах достоверно различалось. В основной группе было 7 (77,8%) мужчин и 2 (22,2%) женщины, в контрольной — 11 (68,7%) мужчин и 5 (31,3%) женщин. Эти результаты соответствуют представлению о том, что патология сердечно-сосудистой системы чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Анализ поликлинических историй болезней показал, что назначаемость ангиопротекторной терапии у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы составила всего лишь 36%, что говорит о недифференцированном подходе специалистов к лечению данной патологии на фоне соматических заболеваний.

Изучая клинические признаки течения заболевания в процессе лечения, по данным историй болезней, выявлено, что уже после пяти процедур пародонтального лечения у подавляющего большинства пациентов основной группы, в среднем в 89% случаев, не определялись признаки локального воспаления десны, и лишь у одного больного сохранялись отек и гиперемия слизистой десны, кровоточивость и болезненность.

У больных контрольной группы после пяти процедур стандартной терапии в среднем в 40—45% случаев еще определялись объективные проявления хронического генерализованного пародонтита, хотя степень их выраженности была так же, как и в основной группе, менее значимой, чем в исходе.

По данным историй болезней после курса лечения наметившиеся различия в регрессе симптоматики у больных основной и контрольной групп значительно нивелировались. Это выражалось в том, что в основной группе купировались практически все признаки локального воспаления, в то время как в контрольной группе отдельные признаки сохранялись еще в 5—10% случаев.

ВЫВОДЫ

Совокупная сравнительная оценка регресса клинической симптоматики и динамики результатов специальных методов исследования позволили установить высокую эффективность применения ангиопротекторов в сочетании с традиционной терапией по сравнению с контролем по данным непосредственных и отдаленных результатов.

Таким образом, ангиопротекторная терапия является высокоэффективным и патогенетически обоснованным лечебным методом при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести на фоне патологии сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В., Еременко А. В., Хачатурян Э. Э., Мордасов Н. А., Цурова М. А., Сеираниду З. А. Приоритетный подход в пародонтальной терапии // Научный альманах. — 2015. — №10—3 (12). — С. 329—333.
2. Караков К. Г., Еременко А. В., Мордасов Н. А., Цурова М. А. Преимущества системы «ФЛОРИДА ПРОУБ» в формировании мотивации к профилактике и лечению заболеваний пародонта // Современные технологии развития науки и техники. — 2015. — №7—1. — С. 85—88.
3. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В., Мордасов Н. А. Оценка результатов терапии хронического генерализованного пародонтита у больных, длительно принимающих глюкокортикоиды с применением препарата стронция ранелат // Маэстро стоматологии. — 2015. — №3 (59). — С. 92—94.
4. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В., Мордасов Н. А. Оценка результатов комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у больных, длительно принимающих глюкокортикоиды // Медицинский алфавит. — 2015 — Т. 4 (Стоматология). — №22 (263). — С. 15—17.

5. Караков К. Г., Мордасов Н. А., Лысова М. М., Иванюта И. В. Ингибитор RANKL Деносуаб — новый терапевтический подход к лечению хронического генерализованного пародонтита на фоне системного остеопороза // Научный медицинский вестник. — 2016. — №1 (3). — С. 8—13.
6. Мордасов Н. А., Иванюта И. В. Сравнительное исследование двух антирезорбтивных препаратов с различным механизмом действия при лечении хронического генерализованного пародонтита на фоне вторичного остеопороза // Научный альманах. — 2016. — №5—3 (19). — С. 319—323.
7. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В., Хачатурян Э. Э., Мордасов Н. А., Хачатурян А. Э., Саркисов А. А. Терапевтический подход к лечению хронического генерализованного пародонтита на фоне системного остеопороза // Медицинский алфавит. — 2016. — Т. 2 (Стоматология). — №9 (272). — С. 12—16.
8. Мордасов Н. А., Иванюта И. В., Еременко А. В., Кузнецова О. В. Оценка результатов комплексной терапии хронического стероидного генерализованного пародонтита // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. раб. — Ставрополь, 2016. — С. 109—112.
9. Караков К. Г., Мордасов Н. А., Хачатурян Э. Э., Еременко А. В., Усунц Ю. К. Использование человеческого рекомбинантного моноклонального антитела к RANKL в терапии стероидного пародонтита // Вестник медицинского стоматологического института. — 2016. — №1 (36). — С. 11—13.
10. Мордасов Н. А., Иванюта И. В. Современный подход к лечению катарального гингивита на фоне эндокринной патологии // Научный альманах. — 2016. — №7—1 (21). — С. 517—520.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (СтГМУ), г. Ставрополь, стоматологический факультет, e-mail: nikoss05@yandex.ru

Караков Карен Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии; Мордасов Николай Александрович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии; Иванюта Ирина Владимировна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

ДРУЗЬЯ, ЧТО МЫ ЗНАЕМ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ О VALPLAST? — НИЧЕГО!

Д. Г. Кожин, г. Москва

Иэто не мои фантазии, это трагическая реальность. Пятнадцать лет назад те стоматологи, которые сейчас рассказывают на просторах интернета о тотальном «вреде» этих протезов, набивали свои карманы немалыми деньгами, впаривая — именно впаривая! — протезы Valplast своим пациентам. И этим врачам было категорически наплевать на то, что они не имели абсолютно никакой информации о показаниях к применению этого материала в той или иной клинической ситуации и не хотели ее иметь.

Главное для них было — получить побольше бабла, устраивая перед пациентом цирковое представление с нейлоновым гнущимся протезом:

«Мягкий, да-да, именно мягкий, а не эластичный. Этот протез спасет вас от всех бед и несчастий. И наплевать мне на то, что я изуродую вас потом, главное, сейчас вы получите протез, которому будет завидовать ваш сосед, когда вы после очередного тоста будете изгибать этот протез перед его изумленными глазами».

Вопрос к этим специалистам:

«Почему никто-никто из вас не задумывался тогда о последствиях своего вредительства?»

Почему ни один из вас не принял моего приглашения прослушать лекционный материал, посвященный Valplast?»

И сейчас эти «гении» пишут мне «умные» посты про несостоятельность материала.

Ответ очень прост — признать свои ошибки перед своими пациентами, после того, как ты откровенно одним нагадил, а других просто изуродовал, всегда очень сложно.

И эти малодушные и трусливые всезнайки нашли для себя прекрасное объяснение своей деструктивной врачебной практике:

Материал Valplast плохой!!!

Вроде никого конкретно не обидели и задницу свою прикрыли.

Наша лаборатория за пятнадцать лет своего существования изготовила тысячи работ. Семьдесят процентов от их количества — это то, за что мне стыдно сейчас, как технику. Пытаясь переубедить врача, я всегда наткнулся на стену безоговорочной самонадеянности и самодостаточности.

Но ортопедическая стоматология — это прежде всего командная работа врача и техника. И это было моей принципиальной позицией всегда.

На сегодняшний день мне надоел тот цинизм, с которым все те же люди, которые мешками носили слепки в мою лабораторию, и их более молодые последователи, наслушавшись «страшных» историй о Valplast от старшего поколения, рассуждают, раздувая щеки, о проблематике нейлонов в стоматологии. Я намеренно не упоминаю здесь фамилии. За пятнадцать лет у меня образовался огромный архив лабораторных нарядов с фамилиями врачей, пациентов и подробнейшим описанием «волшебных» протезных работ. Выложив в сеть эти документальные подтверждения людской глупости и самоуверенности, я уподобился бы их авторам, некоторые из которых сейчас занимают высокие должности, продолжая выгораживать себя, выливая потоки грязи на Valplast.

Но, наверное, всему свое время...

Продолжение следует... (где речь пойдет уже о безграмотности зубных техников и конструктивных особенностях протезов Valplast).

Тел. (495) 465-04-34
www.valplastru.com

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ: ОБЗОР

Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, Р. А. Тлепцеришев

Аннотация. Неблагоприятные воздействия факторов производства биологической природы способствуют формированию различных патологических процессов в организме человека, оказывая влияние и на состояние зубочелюстной системы. В обзоре приведены данные по изучению влияния

биологического фактора производства на состояние тканей полости рта и челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: биологический фактор производства, профессиональные болезни, стоматологические заболевания работников.

WORKPLACE BIOLOGICAL FACTORS AND ITS INFLUENCE ON MAXILLOFACIAL AREA: REVIEW

E. Leontyeva, T. Bykovskaya, R. Tlepzerishev

Annotation. Adverse workplace impacts of biological nature facilitate the establishment of pathological processes in humans. It affects state of dentoalveolar system. Research information about

influence of workplace biological factors on the state of oral mucosa and maxillofacial tissues is given in the review.

Keywords: occupational diseases, dental diseases among workers, workplace biological factor.

Чрезвычайно высокая распространенность стоматологических заболеваний у трудоспособного населения акцентирует внимание врачей-стоматологов на условия и характер трудовой деятельности человека. Немаловажное значение в связи с этим имеют первичные и периодические медосмотры работников. Участие врача-стоматолога в экспертизе профессиональной пригодности требует знаний в вопросах медицины и гигиены труда. На сегодняшний день накоплено достаточно данных, подтверждающих неблагоприятное воздействие на зубочелюстную систему химических и физических производственных факторов. Информация по биологическому производственному фактору очень разрознена. В данном обзоре приведены данные по изучению влияния биологического фактора производственной среды на состояние тканей полости рта и челюстно-лицевой области.

Производственные биологические факторы привлекают внимание в связи со значительным распространением их источников, бурным развитием производств микробиологического синтеза, усложнением биотехнологий, высокой контагиозностью производственных инфекционных агентов, несовершенством санитарно-гигиенических и санитарно-профилактических мероприятий. Удельный вес профессиональных заболеваний, вызванных воздействием на организм работников биологических факторов, в 2011 г. составлял 3,76%, в 2012 г. — 3,90%, в 2013 г. — 2,74%, в 2014 г. — 2,26% от общего числа профзаболеваний и отравлений [1]. Возрастающая роль микробиологической промышленности, связанная с производством аминокислот, вакцин, иммуногенных препаратов, пищевых добавок, белково-витаминных концентратов, сопровождается и возрастанием уровня антропогенного биологического загрязнения объектов окружающей среды. Использование в промышленном производстве дрожжевых, плесневых грибов, актиномицетов, бактерий привело к возникновению качественно нового вида

биологического загрязнения — микроорганизмами-продуцентами и продуктами их жизнедеятельности, которые также загрязняют воздух производственных помещений и окружающую среду.

Выделяют две группы биологических факторов [2]:

1. Техногенная группа (связанная с развитием биотехнологий, производством и переработкой сельскохозяйственной продукции, развитием индустрии переработки различных видов органического сырья растительного и животного происхождения).

2. Естественно-природная группа (возбудители, переносчики и носители заболеваний людей, животных, птиц, естественные отходы природного мира и др.), то есть элементы естественных природных процессов, которые при определенных условиях могут оказывать неблагоприятное влияние на человека.

Воздействие производственных биологических факторов техногенной группы характерно для работников таких производств, как сельскохозяйственные, пищевые, фармацевтические, предприятия микробиологического синтеза. Каждое из перечисленных предприятий имеет свои производственные особенности.

По санитарно-гигиеническим условиям предприятия хлебопекарного и кондитерского производства характеризуются значительным превышением допустимой концентрации сахарной и мучной пыли на рабочих местах. Отмечено, что заболевания пародонта у работников кондитерского и хлебопекарного производства имеют высокий уровень распространенности, а степень поражения пародонта носит тяжелый характер [3]. В ходе клинико-функционального исследования состояния тканей полости рта работников кондитерского и хлебопекарного производства, проведенного Г. Т. Скирта (2003) и Т. В. Васильевой (2005), выявлены особенности течения стоматологических заболеваний и их зависимость от длительности воздействия производственных факторов [3, 4].

По данным обследования Г. Т. Скирта распространенность воспалительных заболеваний пародонта у работников кондитерского и хлебопекарного производства достигает до 100% за пять лет работы. С увеличением стажа работы у кондитеров и хлебопеков в структуре воспалительных заболеваний пародонта преобладают средняя и тяжелая степень пародонтита. Клиническое состояние пародонта характеризуется более высоким уровнем клинических индексов воспаления и повышением уровня кислотности pH десневой жидкости пародонтальных карманов. В патогенезе микроциркуляторных расстройств, при воспалительных заболеваниях пародонта, у кондитеров и хлебопеков доминируют выраженные явления застоя крови в капиллярном русле [4]. Т. В. Васильева (2005) выявила, что сочетанное влияние факторов кондитерского производства способствует поражениям твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения и имеет зависимость распространенности и интенсивности от стажа работы на кондитерской фабрике.

Особенностью производства микробиологического синтеза является получение препаратов с помощью бактерий, грибов, вирусов, клеток животных и растений, а также внеклеточных веществ и компонентов клеток. Ведущими неблагоприятными факторами биотехнологических производств микробиологического синтеза являются живые и мертвые микроорганизмы (дрожжеподобные грибы рода *Candida*, *Aspergillus*), продукты их жизнедеятельности, пыль белка, а также химически активные вещества (производственный парафин), поступающие в органы дыхания и оседающие на слизистой оболочке полости рта в виде аэрозолей либо загрязняющие открытые участки тела и челюстно-лицевой области. Микроорганизмы-продуценты могут оказывать влияние на микрофлору организма, а также приводить к его сенсибилизации. В отдельных случаях жизнеспособные грибы-продуценты могут оказывать болезнетворное действие, особенно у лиц с пониженной сопротивляемостью организма, вызывая такие заболевания, как кандидозы. У лиц, имеющих контакт с антибиотиками, аллергические заболевания чаще проявляются в виде поражения кожи, слизистых и органов дыхания. Могут наблюдаться аллергические дерматозы, поверхностные кандидозы и кандидозоносительство. Бактериологическое изучение микрофлоры слизистой оболочки полости рта, глотки, носа у работников производства антибиотиков позволило выявить нарушение микробного биоценоза с развитием субатрофических, гиперпластических и катаральных процессов слизистых оболочек. Выявлено также снижение антимикробной резистентности организма, в том числе и на показатели местного иммунитета полости рта [5].

М. Г. Кочеткова (1993) при комплексном обследовании рабочих, имевших производственный контакт с пылью тетрациклина и других антибиотиков, выявила специфическую стоматологическую симптоматику. У обследованных работников преобладали жалобы на сухость и постоянную горечь во рту, жжение слизистой оболочки полости рта, языка и шелушение губ.

Визуально отмечались изменения всей слизистой полости рта (отечность слизистой оболочки полости рта и языка, изменения языка в виде десквамативного, катарального глоссита и складчатости, хронический гингивит и хейлиты). Патоморфологические исследования десен обнаружили много грибов в виде отдельных нитей и клубков, даже в отсутствие клинических проявлений микоза. Изменения слизистой оболочки полости рта сочетались с высокой интенсивностью кариеса зубов [6]. С целью изучения механизма развития кариозного процесса зубов у данной категории работников, А. В. Лебедевым (2007) было проведено углубленное обследование всех тканей полости рта с изучением состава и свойств ротовой жидкости. В ходе клинико-эпидемиологического обследования выявлены характерные особенности в развитии и течении кариеса зубов. Важнейшими из них являются высокая распространенность и интенсивность кариозной патологии. Распространенность кариеса зубов у рабочих производства антибиотиков во всех возрастных группах колеблется от 82,0% до сплошного поражения (100%). Интенсивность кариеса зубов повышалась по мере увеличения стажа их работы во вредных условиях труда, кариозные изменения преимущественно локализовались на фронтальных зубах верхней челюсти с поражением контактных поверхностей зубов. Проведенное исследование показало, что у рабочих производства антибиотиков нарушения местного иммунитета, в виде снижения уровня секреторного IgA, IgA, и в увеличении IgG, являются определяющими в патогенезе кариеса зубов [7].

С биологическими факторами имеют производственный контакт работники объектов сельскохозяйственной отрасли. Интенсивное применение пестицидов и биологических ядохимикатов, являющихся геотоксикантами, нарушает ферментативную активность и клеточный метаболизм в организме, а неблагоприятные биологические эффекты возникают как непосредственно, так и в отдаленные сроки. Изучение стоматологического статуса женщин сельскохозяйственного региона Закарпатье, работающих с пестицидами, показало, что интенсивность кариеса зубов в 1,5 раза превышает этот показатель у работниц того же возраста заводов химической и металлургической промышленности, и в 3 раза — соматически здоровых женщин Украины [8]. Результаты исследования костного метаболизма у женщин с пестицидной нагрузкой свидетельствуют о наличии остеопении и остеопороза от 56 до 77%, а множественный кариес зубов сопровождается остеопенией в 100% случаев [8].

По данным исследований, проведенных в Республике Дагестан, отдаленные биологические последствия интенсивности применения отдельного, сочетанного и суммарного воздействия пестицидов и минеральных удобрений в сельской местности являются реальными и значимыми факторами риска заболеваемости пародонтитом работников сельской местности [9]. Корреляционная связь между заболеваемостью пародонтитом и интенсивностью их применения колеблется от слабой до сильной и статистически значимой. Выявлена доля влияния до 50% и больше. Распространенность

пародонтита у населения сельской местности Дагестана достигает 74,3% [9]. У работников хлопкоперерабатывающего производства (ХПП), где основным вредным производственным фактором является хлопковая пыль, выявлено значительное угнетение местного иммунитета полости рта с изменениями показателей иммуноглобулинов слюны (IgA) и лизоцима [10]. Отмечается преобладание заболеваний слизистой оболочки полости рта, таких как хейлиты, глосситы и кандидозные стоматиты.

С биологическими факторами имеют производственный контакт работники объектов птицеводства и животноводства. По данным исследований, среди работников комбикормовых заводов наиболее распространенными являются заболевания верхних дыхательных путей [11]. Значительную долю составляют такие патологии кожных покровов, как аллергодерматозы, дерматомикозы, а также аллергические заболевания. При обследовании стоматологического статуса работников производства комбикормов отмечен высокий уровень заболевания тканей зубов и слизистой оболочки полости рта. Выявлена значительная распространенность некариозных заболеваний зубов и патологии тканей пародонта (гингивит и пародонтит). Наиболее интенсивно протекающей патологией некариозного генеза у работников обследованных комбикормовых цехов является патологическая стираемость и клиновидный дефект. Заболевания тканей пародонта характеризуются преимущественно как генерализованные процессы. Установлена прямая зависимость между стажем работы и распространенностью стоматологических заболеваний у работников комбикормовой промышленности, чьи условия труда связаны с вредным влиянием факторов [11].

М. Ф. Кабировой с соавт. (2013) в результате комплексного стоматологического обследования рабочих «Птицефабрика «Башкирская» выявлена высокая распространенность заболеваний твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения, воспалительных заболеваний тканей пародонта, красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР) носили аллергический характер. Среди жалоб, касающихся СОПР, преобладали: зуд, жжение, покраснение и отечность красной каймы губ. Выявлено, что с увеличением стажа работы происходит значительное повышение частоты патологии СОПР. У рабочих со стажем более 10 лет на слизистой щек часто выявлялись очаги гиперкератоза [12].

А. А. Герасимов с соавт. (2015) при изучении полости рта работников птицефабрик, работающих в условиях хронической аэрогенной нагрузки грибковыми аллергенами, выявил снижение местного иммунитета и сенсибилизацию, что обусловлено повышением уровня специфического IgE. Эти данные подтверждены исследованиями Л. М. Масыгутовой с соавт. (2016), которые выявили изменение содержания иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG, IgE, sIgA, sICAM-1) смешанной слюны работниц птицеводческой отрасли преимущественно при грибковой сенсибилизации [13].

С биологическими факторами естественно-природной группы имеют профессиональный контакт работники

сельскохозяйственного комплекса, медицинские работники, кинологи, лесники, рубщики и др. В группе риска по инфекционным заболеваниям среди работников сельскохозяйственного комплекса находятся, прежде всего, службы ветеринарного надзора и труженики птицеводческих и животноводческих предприятий. У лиц данных профессий могут возникать профессиональные инфекционные заболевания, возбудителями которых являются патогенные бактерии, вирусы, грибки, гельминты и др. Инфекционные и инвазивные болезни, возникающие в связи с выполняемой работой, составляют своеобразную группу профессиональных болезней. В отличие от различных агентов физической и химической природы, вызывающих изменения в результате длительного воздействия на организм, профессиональные инфекции и инвазии могут возникнуть при непродолжительном или даже однократном контакте людей с источником инфекции или факторами передачи. Наиболее часто профессиональный характер имеют зооантропонозы — болезни, первично поражающие животных, реже — антропонозы. Профессиональными считаются заболевания сибирской язвой, туляремией, сапом, бруцеллезом, ящуром, актиномикозом, гнойничковые болезни кожи и подкожной клетчатки. Проявления в полости рта и челюстно-лицевой области имеют бруцеллез, сибирская язва, ящур.

Биологический фактор является ведущим из всех факторов, оказывающих влияние на здоровье медицинских работников (МР). Наибольшее количество профессиональных заболеваний среди МР вызвано воздействием вредного биологического производственного фактора [14]. К этой группе профессиональных болезней медицинских работников, обусловленных воздействием биологических факторов, относятся инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той инфекцией, с которой работники контактируют во время работы: туберкулез, токсоплазмоз, вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ-инфекции [15]. По данным многих авторов [16, 17], среди профессиональных заболеваний медицинских работников в нашей стране первое ранговое место занимает туберкулез. Особенно актуальна проблема внутрибольничного заражения медработников возбудителями гемоконтактных инфекций — гепатитами В, С и ВИЧ. Некоторые инфекционные профессиональные заболевания могут иметь симптоматику в полости рта, что необходимо учитывать врачу-стоматологу при проведении санации и осмотров соответствующих работников.

Приведенные данные литературного обзора по вопросу влияния производственных биологических факторов на состояние челюстно-лицевой области указывают, что стоматологические заболевания при воздействии данных факторов протекают в более тяжелой и выраженной форме. Определяя стоматологический статус пациента, врач-стоматолог должен учитывать влияние условий труда на каждом конкретном производстве, оценивать степень риска возникновения патологии и компенсаторные возможности тканей челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рубцова В. Н., Мореханова М. Ю. Здоровье работников сельского хозяйства и модернизация трудовых отношений // Научное обозрение. — 2015. — №8. — С. 334—339.
2. Организация и проведение обязательных медицинских осмотров: руководство для врачей / Под ред. Ю. Ю. Горблянского. — ГОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — 2015. — 187 с.
3. Курякина Н. В., Точилова А. В. Болезни пародонта и состояние гигиены полости рта у кондитеров: Депонир. во ВНИИМИ. №233998. — 1994. — 7 с.
4. Скирта Г. Т., Кречина Е. К. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у работников кондитерского производства // Сб. тезисов Всероссийской конференции «Профилактика основных стоматологических заболеваний». — М., 2003. — С. 116—117.
5. Лебедев В. В., Зырянов Б. Н. Стоматологическая патология ОАО «Синтез» // Проблемы патологии. — 2005. — №2. — С. 13—15.
6. Кочеткова М. Г. Особенности микрофлоры полости рта у рабочих тетрациклиновых производств / М. Г. Кочеткова, И. П. Балмасова // Стоматология. — 1985. — №1. — С. 79.
7. Лебедев А. В. Состояние гигиены полости рта у рабочих производства антибиотиков комбината ОАО «Синтез» г. Кургана при различных способах первичной профилактики кариеса зубов / А. В. Лебедев, Б. Н. Зырянов // Маэстро стоматологии. — 2007. — №1. — С. 31—33.
8. Деньга О. В. Стоматологический статус женщин сельскохозяйственного региона с повышенной пестицидной нагрузкой // Вестник стоматологии. — 2014. — №1(86). — С. 25—28.
9. Абдурахманов Г. Г., Хачиров Дж. Г. Эпидемиолого-экологические аспекты стоматологического здоровья взрослого населения сельской местности РД // Вестник новых медицинских технологий. — Тула, 2008. — №2. — С. 211—213.
10. Алимский А. В., Рабинович И. М., Тойджанова А. Д. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта у работников хлопкоперерабатывающей промышленности // Стоматология. — 2008. — №4. — С. 61—64
11. Артамонова В. Г. Факторы риска и их роль в развитии заболеваний органов дыхания у рабочих современных птицефабрик / В. Г. Артамонова, Э. И. Баянов // Медицина труда и промышленная экология. — 2005. — №4. — С. 6—12.
12. Кабирова М. Ф., Герасимова А. А., Герасимова Л. П. Влияние вредных факторов производства на состояние полости рта работников птицефабрик // Практическая медицина. — 2013. — №4. — С. 63—64.
13. Масыгутова Л. М., Бакиров А. Б., Рыбаков И. Д. Специфическая сенсibilизация и местный иммунитет полости рта в условиях хронической аэрогенной нагрузки // Клиническая лабораторная диагностика. — 2013. — №4. — С. 27—30.
14. Неврычева Е. В., Жмеренецкий К. В., Ноздрин Н. С. Здоровье медицинских работников // Здравоохранение Дальнего Востока. — 2016. — №1 (67). — С. 72—82.
15. Косарев В. В., Бабанов С. А. Профессиональные болезни: Учеб. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2011. — 252 с.
16. Профессиональная патология: национальное руководство / Под ред. Н. Ф. Измерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 784 с.
17. Корецкая Н. М., Большакова И. А. Особенности впервые выявленного туберкулеза у медицинских работников Красноярского края // Проблемы туберкулеза и болезни легких. — 2008. — №1. — С. 24—27.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону
 Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС, e-mail: leont06@list.ru;
 Быковская Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине, e-mail: minzdrav@aaanet.ru;
 Тлепцеришев Роман Адамович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине, e-mail: tra1r@inbox.ru.

МЕДИЦИНСКАЯ ОДЕЖДА БРЕНДА «СПЕЦСТИЛЬ»

Традиционной медицинской одеждой всегда считался белый халат, но со временем требования изменились, теперь одежда докторов является визитной карточкой медицинского учреждения.

Коллекция бренда «СПЕЦСТИЛЬ» насчитывает более 300 современных моделей халатов, костюмов, комбинезонов, блузонов, брюк, головных уборов.

Мы разработаем и изготовим для вас индивидуальные модели в кратчайшие сроки!

Использование самых современных материалов и фурнитуры, передового оборудования, а главное привлечение высококвалифицированных специалистов позволяет нам получать качественные, модные, удобные и функциональные изделия.

Разнообразие моделей тканей, фурнитуры откроет перед вами безграничные возможности выбора медицинской одежды, которая будут радовать своего обладателя на всем сроке службы, что подтверждено Сертификатами соответствия.



Сайт : www.spets-stil.ru

Наш адрес: г. Ставрополь, ул. Октябрьская 235/2

Телефон: 8-962-401-39-96; 8-962-448-07-09

УСЛУГА «ОДЕТЬ КЛИНИКУ»!



Компания «МЕДИКИ» предлагает услугу «Одеть клинику». Наши специалисты помогут Вам подобрать форму для всего коллектива, соответствующую фирменному стилю Вашего предприятия. В ассортименте компании — одежда и обувь ведущих европейских и отечественных производителей, более 15 брендов одежды и 4 бренда профессиональной обуви. Размерный ряд — XXS—5XL. Цветовая гамма насчитывает более 25 вариантов плюс лимитированные сезонные коллекции европейских производителей, а также принты. Качество продукции подтверждено декларациями.



Удобная, качественная, износостойкая форменная одежда может быть красивой и ультрамодной. Производители не стоят на месте: каждый сезон выходят новые коллекции, при обработке ткани используются передовые технологии для улучшения ее характеристик, например, Certainty PLUS — обработка ткани водоотталкивающей антибактериальной пропиткой, которая обеспечивает длительную свежесть и надежную защиту. Инновационные ткани, которые не мнутся, сохраняют цвет и очень приятны к телу.



Компания «МЕДИКИ» регулярно расширяет ассортимент поставляемой продукции. Вы делаете заказ — мы подбираем и обеспечиваем выгодное ценовое предложение для каждого заказа. Если возникнет необходимость заказать дополнительные единицы для новых сотрудников, это можно будет сделать на таких же выгодных условиях, как для корпоративных заказов.



Заказать индивидуальное предложение для сотрудничества можно, заполнив форму на нашем сайте www.medprofy.com в разделе «Одеть клинику».



Мы собираем для Вас бренды ведущих европейских и отечественных производителей медицинской одежды и обуви, оптимально сочетающие в себе цену и качество. Постоянно двигаясь вперед, мы стремимся сделать наш ассортимент максимально интересным.



Интернет-магазин с доставкой по всей России: www.medprofy.com
г. Ростов-на-Дону,
ул. Социалистическая, 52.
Тел: +7(863) 240-81-36
E-mail: medprofy@bk.ru

КРЫМ Стоматология

19-21 октября 2017

Республика Крым, г.Симферополь,
ул. Набережная, 75В, МФК «Гагаринский»

3-я Стоматологическая выставка



ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ!

Научная программа :

- 3-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 2-я Конференция зубных техников

Разделы выставки:

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Услуги

Организатор

РОСТ ЭКСПО
ТЕРРИТОРИЯ ВАШЕГО РОСТА



Генеральный партнер

СЕЛЛА
DENTAL COMPANY

Официальный партнер
деловой программы

MEDICAL
consulting group

Генеральный спонсор

ЭХО

Интернет партнер

STOMATBURG
ГОРОД СТОМАТОЛОГОВ

Генеральный информационный партнер

**Стоматология
СЕГОДНЯ**

Информационный спонсор

**Зубной
ТЕХНИК**

www.ctakk.ru

+7 (978) 742-11-92, +7 (918) 474-16-22



17 Всероссийская специализированная выставка "Дентал-Экспо. Волгоград"

НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ 2018

Организаторы:

**Волгоград
ЭКСПО**

DENTALEXPO®

(8442) 93-43-03
volgogradexpo.ru

+7-499 707-23-07
dental-expo.com

Официальная поддержка:



Комитет здравоохранения
Волгоградской области



Волгоградский Государственный
Медицинский Университет



Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов



Стоматологическая Ассоциация
России



РОСИ-Ассоциация
«Стоматологическая индустрия»

- Семинары
- Мастер-классы
- Презентации
НОВИНОК
в СТОМАТОЛОГИИ

**28-30
МАРТА**

**ЭКСПОЦЕНТР
ВОЛГОГРАД
пр. Ленина, 65 А**



3D-ПЕЧАТЬ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

И. А. Арапова, П. А. Кучерова, компания PICASO 3D, г. Зеленоград (Москва)

Аннотация. Статья посвящена применению аддитивных технологий (3D-печать) в челюстно-лицевой хирургии при лечении рака полости рта. Доктор-онколог клинического онкологического диспансера №1 (г. Краснодар, Россия) Грант Забунян впервые провел планирование операций на кости нижней челюсти с помощью 3D-моделей и реконструировал челюсть пациента после резекции. В ряде операций были пересажены фрагменты лопатки, подвздошной кости пациентов. Технология создания 3D-модели челюсти пациента на основе компьютерной томографии и DICOM-файлов предоставлена

руководителем группы “Станции трехмерной печати” в Молодежном центре Краснодара Артемом Соболевым. Прототипирование осуществлялось на российских 3D-принтерах PICASO 3D, для обработки использовалось условно-бесплатное программное обеспечение.

Ключевые слова: аддитивные технологии, 3D-печать, технология создания 3D-модели, челюстно-лицевая хирургия, лечение рака полости рта, планирование операций, реконструкция челюсти после резекции, российские 3D-принтеры, PICASO 3D.

3D-PRINTING IN MAXILLOFACIAL SURGERY

I. Arapova, P. Kucherova

Annotation. The article focuses on the application of additive technologies (3D-printing) in maxillofacial surgery in cases of cancer treatment in the oral cavity. Doctor-oncologist at Clinical Oncology Dispensary №1 (Krasnodar, Russia) Grant Zabunyan has carried out for the first time the planning of operations on the lower jaw-bone with the help of 3D-models and has reconstructed the jaw of a patient after resection. In various operations there were transplanted fragments of a scapula, ilium and fibula of patients. The

technology of creating 3D-model of the patient's jaw on the basis of computer tomography and DICOM-files was provided by Artyom Sobolev, the team leader of the “Stations of the three-dimensional printing” at the Youth Center of Krasnodar. Prototyping was carried out on Russian 3D-printers PICASO 3D, and shareware software was used for processing.

Keywords: additive technologies, 3D-printing, 3D-models technology, maxillofacial surgery, cancer treatment in the oral cavity, planning of operations, reconstruction of a jaw after resection, Russian 3D-printers, PICASO 3D.

В наше время злокачественные новообразования представляют для общества одну из наиболее серьезных проблем, причем не только медицинского, но и социального, и экономического характера. В России, как и во многих других странах, отмечается неуклонный рост онкозаболеваний, что влечет за собой необходимость совершенствования как применяющихся методов, так и организаций, оказывающих специализированную помощь в данной сфере. Новые подходы к решению подобных вопросов привели к использованию, в том числе, и аддитивных¹ технологий (в разговорной речи встречается также название «3D-печать»).

Патогенез опухолей ротовой полости является поликомпонентным. Основными причинами появления раковых образований в ротовой полости врачи называют пристрастие к алкоголю и курению. К развитию опухолей приводят и ранее некачественно установленные импланты, которые травмировали слизистую ротовой полости,



Рис. 1

а также предраковые заболевания и папилломавирус человека (ВПЧ).

Раньше использовались традиционные методы борьбы с этими заболеваниями, и при подобных поражениях целостность челюсти не восстанавливалась. Фрагмент с опухолью удалялся, болезнь была побеждена, но в большинстве

случаев снижалось качество жизни пациента, который впоследствии испытывал трудности с жевательной функцией и артикуляцией.

Грант Забунян (<http://prodoctorov.ru/krasnodar/vrach/32900-zabunyan/>) — первый врач-онколог в Клиническом онкологическом диспансере №1 г. Краснодара (<http://www.kkod.ru/>),

¹ Аддитивные технологии – процесс объединения материала с целью создания объекта из данных 3D-модели, как правило, слой за слоем, с использованием 3D-принтеров. Ранее эти технологии еще называли «технологиями быстрого прототипирования», но так как изготовление моделей и макетов на 3D-принтерах теперь уже превратилось в создание конечных и серийных продуктов, использовать термин «прототип» нежелательно. 3D-печать — это разговорное название аддитивных технологий, которые являются частью нового типа производства. См. также Филатов С. А. Аддитивные технологии, <http://research.bsu.by/wp-content/uploads/2015/06/Филатов-СА-Аддитивные-технологии.pdf>

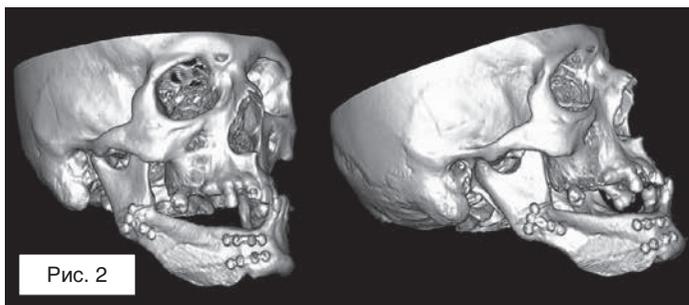


Рис. 2

осуществивший планирование операций на нижней челюстной кости с помощью 3D-модели и выполнивший реконструкцию нижней челюсти пациента после резекции (рис. 1).

Рассказывает Грант Забунян, врач-онколог: «Мой выбор пал на 3D-печать, потому что не существует других способов, чтобы потрогать руками пораженную опухолью челюсть целиком, отбросив все мягкие ткани, или чтобы прицельно и отточить операцию до ее начала (рис. 2). В итоге, в нашей клинике уже сделано шесть резекций нижней челюсти с одномоментным реконструктивным этапом с использованием фрагмента лопатки, а также одна — с использованием подвздошной кости и еще одна — с фрагментом малоберцовой кости.

В представленных примерах реконструкций с использованием фрагмента лопатки мы делали только копию нижней челюсти, на которой могли прорепетировать уровень резекций и длину забираемого трансплантата. В случаях с малоберцовым лоскутом требуется выполнить проектирование длины, углов отпила забираемого материала. К тому же, необходимо придать прямой кости форму подковы (подобное моделирование требуется чаще всего). Это делается путем выпиливания клинов определенного вида в некоторых местах, чтобы полностью воссоздать резецированную челюсть.

На представленных фотографиях изображен снимок челюсти пациента, где трансплантатом является фрагмент лопатки в позиции резецированной нижней челюсти справа (то, что находится между металлическими пластинами). Как можно заметить, произошла полная консолидация краев, то есть резецированная кость полностью замещена фрагментом лопатки. Реабилитация больного прошла успешно, и качество его жизни вернулось на прежний уровень».

Артем Соболев (<http://vk.com/manitou>), руководитель обучающего направления группы «Станции трехмерной печати» (<http://so3day.ru/>, <http://vk.com/3dmake>) на базе Молодежного центра в Краснодаре, рассказывает о проекте: «Наша группа занимается поставкой 3D-принтеров, оказывает услуги по 3D-моделированию, 3D-сканированию, прототипированию и 3D-печати, обучает этому инновационному направлению молодежь

и специалистов предприятий² Краснодара и Краснодарского края.

В 2015 году Грант обратился ко мне с интересным предложением — для его работы необходимо было создать 3D-модель челюсти пациента³, основываясь на компьютерной томограмме черепа и DICOM-файлах⁴.

Интерес и желание попробовать свои силы и помочь страдающему от недуга человеку стали двигателями проекта, при реализации которого мне представился шанс самому попробовать напечатать подобную модель (рис. 3).

При подготовке проекта к 3D-печати необходимо было убрать «артефакты» (побочные шумы), которые присутствовали на томограмме. Для создания 3D-модели было использовано программное обеспечение Blender (<http://www.blender.org/>), которое позволяет не только смоделировать прототип, но и проверить его на наличие ошибок и адаптировать для 3D-печати (рис. 4).

В настоящее время, за год сотрудничества с докторами ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, нами было распечатано 7 прототипов челюстей с различными степенями поражения (рис. 5).

Для наиболее сложных моделей использовалась так называемая «древовидная поддержка», создаваемая в программе Meshmixer (<http://www.meshmixer.com/>). Проект выполнялся на трех принтерах Picaso 3D Designer российской компании Picaso 3D (<http://picaso-3d.com/ru/products/printers/picaso-3d-designer/>,

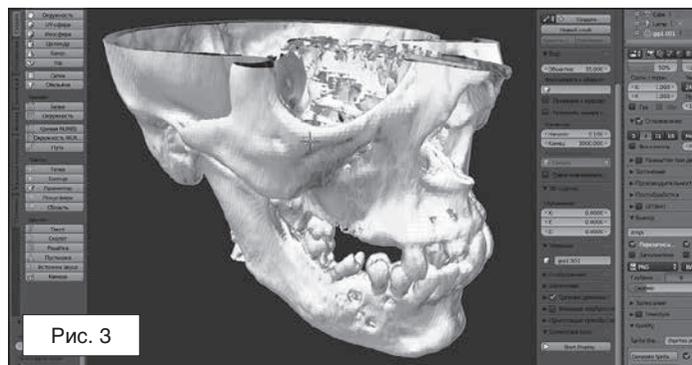


Рис. 3

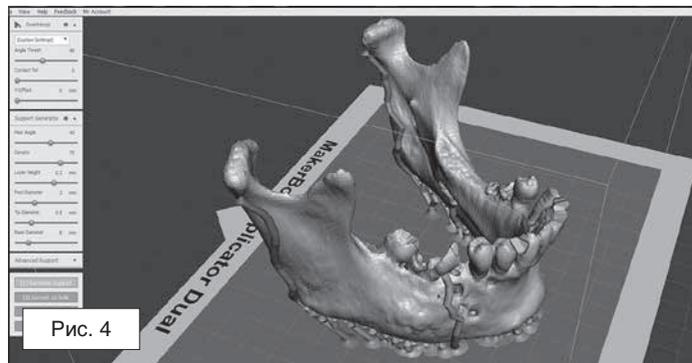


Рис. 4

² Стоит отметить, что 3D-печать находит сегодня широчайшее применение в различных областях медицины. Помимо медицины, в частности хирургии и протезирования, особенно быстро эти технологии развиваются в инструментальной промышленности, аэрокосмической и военной отраслях.

³ Подробнее о печати фрагментов человеческих костей см. в свободно распространяемой книге «Доступная печать для науки, образования и устойчивого развития»: <https://books.google.ru/books?id=TYDcAwAAQBAJ>, <http://3dtoday.ru/blogs/woolpit/the-book-affordable-3d-printing-for-science-education-and-sustainable-/> и <https://books.google.ru/books?id=TYDcAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ru#v=onepage&q&f=false>

⁴ DICOM (англ. Digital Imaging and Communications in Medicine) — отраслевой стандарт создания, хранения, передачи и визуализации медицинских изображений и документов обследованных пациентов.

<http://zntc.ru/services/projects/npp-iis/>). Тогда это были односторонние принтеры, и удаление поддержек из того же материала из геометрически сложных моделей представляло довольно сложный и кропотливый процесс⁵.

Программа Meshmixer позволила оптимизировать затраты пластика, а построенные поддержки оставляли менее заметные следы на поверхности модели и легче удалялись.

Так как для конечного прототипа требуется дополнительная обработка, при печати мы используем ABS пластик (<http://picaso-3d.com/ru/products/materials/abs/>).

Все используемые нами программы (Blender (<http://www.blender.org/download/>), InVesalius (<https://softwarepublico.gov.br/social/invesalius>, <https://softwarepublico.gov.br/social/invesalius/download>), Meshmixer (<http://www.meshmixer.com/download.html>) доступны для бесплатного использования, и достаточно легки в освоении».

Подводя итоги удачного совместного проекта, можно отметить, что процедура применения прототипа при планировании операции достаточно проста и заключается в следующем: врач изучает дефект, держа модель в руках, определяет необходимость и степень хирургического

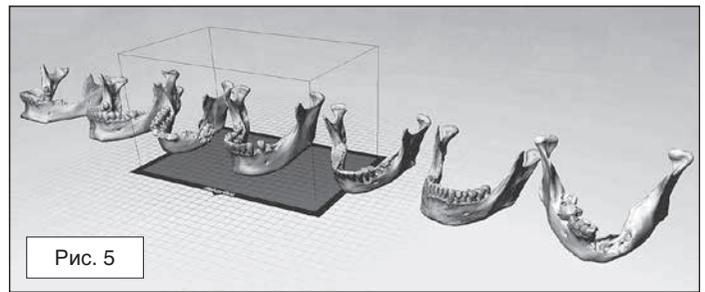


Рис. 5

вмешательства. Затем делаются необходимые замеры на распечатанном прототипе, чтобы впоследствии, во время операции, взять с лопатки или ребра этого же пациента фрагмент кости, необходимый для восстановления поврежденного участка челюсти. Подобное планирование сокращает время проведения операции и уменьшает риск возникновения осложнений.

В ближайшем будущем врачи ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края планируют осуществить проект по изготовлению шаблона для создания челюстного импланта на основе малоберцовой кости.

⁵ В конце 2016 года эта же компания представила на рынке более продвинутую модель PICASODesignerPRO250, позволяющую печатать модели несколькими материалами одновременно

специализированный медицинский журнал

главный
ВРАЧ

издается с 2005 года

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU

Мы установим контакты между лечебно-диагностическими учреждениями и фирмами – производителями и поставщиками медтехники, оборудования, фармпрепаратов, расходных материалов, медицинской мебели и одежды.

специализированный медицинский журнал
Главный врач Юга России

- статьи ведущих специалистов 40 отраслей медицины
- журнал входит в РИНЦ
- реклама новейших разработок
- индивидуальный подход к каждому клиенту
- анонсы выставок, конференций, курсов переподготовки
- самое полное распространение по югу России и Крыму
- адаптивная интернет-версия www.akvarel2002.ru



Спешите, размещайтесь, пусть вас узнают все!



**г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54
тел. (863) 223-23-26, 8-988-950-98-70, тел./факс (863) 273-25-16
e-mail: info@akvarel2002.ru, www.akvarel2002.ru**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

МОНОЛИТНЫМИ И РАЗБОРНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ РАЗНОЙ СТРУКТУРИРОВАННОСТИ ТИТАНОВЫХ СПЛАВОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОТЕСТОМЕТРИИ И ОЦЕНКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕД ПОЛОСТИ РТА

Ш. Г. Кипиани, В. И. Кононенко, Е. С. Максюкова, С. Ю. Максюков, И. А. Демидов, Д. С. Щепляков

Аннотация. На 79 пациентах с обширными включенными и концевыми дефектами зубных рядов определено, что дентальная имплантация с немедленной нагрузкой неразборными дентальными имплантатами конусовидной формы из наноструктурированного титана марки Nano-Grade 4 имеет преимущества по качеству остеоинтеграции по сравнению с использованием стандартных разборных титановых

винтовых имплантатов из сплава VT-6: имело место повышение устойчивости, стабильности имплантатов, меньшая выраженность воспаления в периимплантационной зоне.

Ключевые слова: дентальная имплантация, остеоинтеграция, фактор некроза опухолей-альфа, С-реактивный белок, перитестометрия, наноструктурированный титан.

EFFICIENCY OF DENTAL IMPLANTATION BY MONOLITHIC AND DIFFERENT IMPLANTS OF DIFFERENT STRUCTURITY OF TITANIUM ALLOYS BY RESULTS OF PERIOTESTOMETRY AND ESTIMATION OF INFLAMMATORY MARKERS IN BIOLOGICAL FLUIDS OF THE MOUTH

Sh. Kipiani, V. Kononenko, Ye. Maksyukova, S. Maksyukov, I. Demidov, D. Shcheplyakov

Annotation. In 79 patients with extensive dental inclusions and end defects it was determined that dental implantation with immediate loading of Nano-Grade 4 nanostructured titanium dental implants has advantages in quality of osseointegration in comparison

with the use of standard collapsible titanium screw implants from the alloy VT-6: there was an increase in stability of implants, less pronounced inflammation in the peri-implantation zone.

Keywords: dental implantation, osseointegration, tumor necrosis factor-alpha, C-reactive protein, periotestometry, nanostructured titanium.

Целью дентальной имплантологии является интеграция искусственных материалов с тканевой средой и продолжительное функционирование этого комплекса как единого целого [1, 4]. В качестве основного материала для изготовления дентальных имплантатов применяется титан медицинского назначения, так как оксидные соединения на его поверхности способствуют фиксации и функционированию морфогенетических протеинов и белков крови, участвующих в построении и перестройке костной ткани [6].

Материал дентального имплантата, его прочностные свойства, обработка и состояние поверхности, площадь контакта с костной тканью, временные характеристики этапности ортопедического стоматологического лечения имеют существенное влияние на эволюцию интерфейса «поверхность титана — кость». Использование нанотехнологий и наноматериалов является одним из перспективных в этом направлении [2]. Биофизические свойства наноструктурированного титана привели к возможности его использования при изготовлении одноэтапных неразборных имплантатов немедленной нагрузки [3]. В настоящее время применение дентальных имплантатов из наноструктурированного титана обосновано в единичных публикациях на экспериментальных животных [5]. Практически отсутствуют клинические стоматологические исследования, что обусловило актуальность проведения настоящего исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить устойчивость внутрикостных имплантатов и воспалительных маркеров периимплантационной и ротовой жидкости у пациентов с обширными включенными и концевыми дефектами зубных рядов через 6 и 12 месяцев после одноэтапной дентальной имплантации монолитными и разборными имплантатами разной структурированности титановых сплавов с последующим несъемным протезированием с опорой на имплантаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на 32 здоровых донорах без стоматологической патологии (контрольная группа), 79 пациентах с обширными включенными и концевыми дефектами зубных рядов. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа (n=34) — пациенты, у которых осуществлена одноэтапная дентальная имплантация с немедленной нагрузкой неразборными дентальными имплантатами конусовидной формы из наноструктурированного титана марки Nano-Grade 4. Наноструктурированный титан марки Nano-Grade 4 имеет размер зерен 50—150 нм, тогда как зерна остальных титановых сплавов, в том числе титана марки Grade 4, имеют размер около 1000 нм. По исследованиям материаловедов, наноструктурированный титан марки Nano-Grade 4 имеет наибольший запас прочности по сравнению со сплавами



ДИВАДЕНТАЛ
система стоматологических имплантатов



Имплантаты из циркония (Zr) Сплав особой чистоты для имплантологии



Имплантат из циркониевого сплава 4430 руб.
(в комплекте с заглушкой)

Абатмент прямой из циркониевого сплава 1705 руб.
(в комплекте с винтом)

Специальные предложения на приобретение
хирургического инструмента

Контакты:

ООО "СЧПК-ДИВА"

125252, Москва, ул. Зорге, 15, корп. 1

(499) 195 19 39, (499) 195 06 70

stom@divadent.ru, diva@divadent.ru

www.divadent.ru

Регистрационное удостоверение №ФСР 2011/11906 от 15.07.2015

Лицензия №ФС-99-04-003789 от 24.06.2016

Производство, обучение, сопровождение

РЕКЛАМА

Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01 ОПТОДАН

Разработан специально для стоматологов. Внесен в государственный реестр новых медицинских технологий

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- Кариеса в стадии деминерализации и мелового пятна
- Пульпитов и периодонтитов
- Заболеваний пародонта
- Заболеваний слизистой оболочки полости рта
- Воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны
- Наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии
- Стимуляция регенерации костных тканей в дентальной имплантологии
- Альвеолитов
- Периоститов и др.

Научно-производственное предприятие «ВЕНД»
410033, г. Саратов, проспект 50 лет Октября, 101
Тел./факс: (8452) 63-37-59, тел.: (8452) 79-71-69
Медицинский соисполнитель: ФГБУ
«ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»
119982, г. Москва, ул. Т. Фрунзе, 16
E-mail: npp_vend@mail.ru www.npp-vend.ru
www.optodan.rusmed.ru



Технические характеристики:

Источник излучения.....	диод лазерный полупроводниковый
Длина волны, мкм.....	0,85-0,98
Импульсная мощность, Вт.....	5
Частота следования импульсов, Гц	
режим I.....	80-100
режим II.....	2000-3000
Длительность импульса, нс.....	40-100
Потребляемая мощность, Вт, max.....	10
Масса, г.....	600
Габаритные размеры, мм.....	60x120x180
Питание, В/Гц.....	220/50

реклама

РЕКЛАМА

Воплощение

Cone Beam 3D Imaging
NewTom
what's next

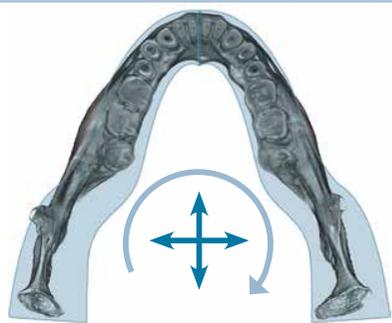
ENGLISH

GiANO

УЛЬТРАСОВРЕМЕННЫЙ,
УЛЬТРАМОДНЫЙ,
УЛЬТРАТЕХНОЛОГИЧНЫЙ

NewTom GiANO – новый, ультрасовременный модульный аппарат, который воплотит мечту уже сегодня. Благодаря современному дизайну NewTom GiANO заменит три аппарата! Панорамный аппарат, цефалометрическая приставка и конусно-лучевая компьютерная томография интегрированы в единую платформу. Возможность дооснащения любым из модулей делает этот аппарат привлекательным и невероятно удобным.

GiANO



Создавайте будущее сегодня!

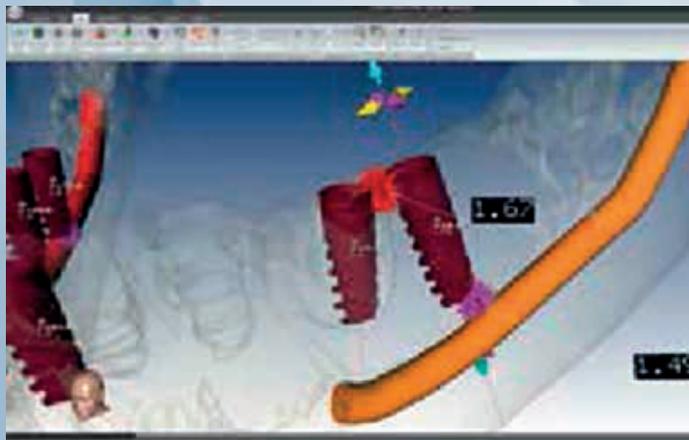
«Амикорт» – часть холдинга «НПАО АМИКО», который производит высококачественное оборудование для рентгенологических исследований, а также средства защиты от излучения. Как эксклюзивный представитель завода QR srl, мы предлагаем одну из лучших моделей компьютерных томографов – NewTom GiANO.

Этот прибор объединяет три модуля в единой платформе. Помимо панорамного исследования, эта модель от NewTom позволяет проводить цефалометрию. Анализ и интерпретация снимка лицевого отдела черепа поможет врачу-ортодонту в постановке правильного диагноза, а также при планировании и контроле на всех этапах лечения.

Мечты!

Приобретая аппарат NewTom в стоматологию, вы расширяете спектр возможных диагностических процедур своей клиники. Он пригодится не только специалисту по имплантации, но и тем, кто специализируется на патологиях височно-нижнечелюстного сустава. Дополнительную информацию для постановки диагноза дадут конусно-лучевые компьютерные томографы и лор-врачи.

«Амикорт» гарантирует комфорт врачу и пациенту при проведении процедуры, обработке изображений и построении 3D-модели. Если вы укомплектуете свою клинику томографом NewTom GiANO, это гарантированно снизит лучевую нагрузку на ваших специалистов и тех, кто доверит им здоровье своих зубов.



Услуги

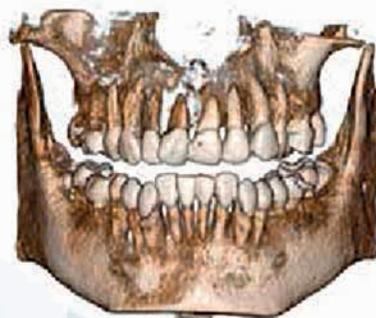
Аренда КЛКТ NewTom, КЛКТ NewTom TradeIn
Рассрочка на 24 месяца без процентов



8-800-775-04-87

РЕКЛАМА

www.amicort.ru



Характеристики

Аксессуары	Eaton 9130 3000. Аналоговый цифровой принтер UP-991AD. Фартук стоматологический 0,35 мм Pb. Монитор высокого разрешения GX2MP.
FOV	11x8, 11x5, 8x8, 8x5, 5x5
Размер фокусного пятна	0,5 мм
Время экспозиции	3D – от 3,6 до 9,0 с. Панорамное исследование: от 7,5–13 с. Цефалометрическое исследование: 3,4 с.
Излучатель	60 – 90 кВ, 1 – 1- МА (импульсный)
Детектор	3D - Плоскопанельный на основе аморфного кремния, 2D – CCD. Разрешение изображения: более 5 пар. лин./мм.
Расположение пациента	стоя

Единственный остеопластический материал
с разными антимикробными средствами.

Выпускается в форме мембран, гранул, пластин
и гелей.

Полностью замещается костной тканью.
Сохраняет антимикробную активность в ране
до 20 суток.



www.collapan.ru

ИНТЕРМЕДАПАТИТ

ООО Фирма "Интермедапатит"

Тел.: +7 (495) 319-79-27

+7 (495) 781-79-77

титана, что позволяет делать опору малого диаметра 1,85 мм. Моноимплантат имел самонарезающий винт (d — 3,7; 4,0; 4,2; 4,5 мм; h — от 7,4 мм до 12,95 мм), полированное основание (d — 1,85 мм и h — от 2,6 мм до 20 мм от винта до нижней точки абатмента), абатмент высотой 7,5 мм, выполненный конусно в 12° , поверхность абатмента, обращенная к слизистой альвеолярного отростка, имела округление куполообразной формы. Абатмент имплантата имел шесть плоских граней и шесть пропилов на боковой поверхности, препятствующих ротационному движению (расцементировке) коронки, отсутствовала необходимость дополнительной обработки (подготовки культи) имплантата. У больных 2 группы ($n=45$) при одноэтапной дентальной имплантации с немедленной нагрузкой использованы стандартные разборные титановые винтовые имплантаты из обычного сплава ВТ-6. Все пациенты были протезированы несъемными зубными протезами с литыми конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. Моноимплантат из наноструктурированного титана фиксировался цементировкой в несъемном зубном протезе в месте отсутствующего зуба.

Критерии включения пациентов в исследование: обширные включенные или концевые дефекты зубных рядов, возраст до 75 лет, информированное согласие на использование биологических жидкостей ротовой полости для исследования. Критерии исключения: декомпенсация соматических заболеваний, сахарный диабет, остеопороз, длительный систематический прием глюкокортикоидов.

Все пациенты находились на динамическом наблюдении после проведения операции установки стоматологических имплантатов. Антисептическая обработка области операционной раны и наблюдение осуществлялось на 1, 3, 5, 7, 14, 30, 90 сутки после операции. К основным клиническим методам анализа результатов дентальной имплантации относился сбор анамнеза, визуальная и инструментальная оценка состояния околоимплантатной слизистой оболочки и стабильности искусственной дентальной опоры. В ротовой и периимплантационной жидкости на 1, 7, 14, 30 и 90 сутки определяли уровень С-реактивного белка (С-РБ) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α).

Исследование С-РБ проводили с помощью латексного диагностикума «СРБ — латекс-тест». ФНО- α определяли иммуноферментным методом с помощью диагностикумов «ПроКон» (ООО «Протеиновый контур», Россия).

Ротовую жидкость собирали путем сплевывания в стерильную стеклянную пробирку в течение 5 минут без предварительной стимуляции. Объем ротовой жидкости составлял около 20 мл. Содержимое пробирки центрифугировали в течение 15 минут при 8000 об./мин. и отделяли надосадочную жидкость (супернатант), в котором потом определяли цитокины. Периимплантационную жидкость (ПЖ) собирали путем вставки на 5 минут в щель на мезиальную сторону абатмента стандартизированных бумажных полос (Periopaper TM, Proflow, Amityville, США). Количество ПЖ определяли по площади пропитанного участка полоски (в мм^2). Элюаты получали путем помещения полосок с ПЖ в эппендорф, содержащий 0,5 мл 0,9% раствора NaCl, при периодическом встряхивании в течение 4 часов.

Оценку устойчивости внутрикостных имплантатов проводили с помощью метода периотестометрии и прибора «Периотест» фирмы Siemens (Германия).

Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам периотеста, проведенного в первые 3 месяца после имплантации, было установлено, что устойчивость дентальных имплантатов в 1 группе была выше по сравнению со 2 группой, о чем свидетельствовали более низкие показатели «Периотеста». Следовательно, методом периотестометрии была доказана более качественная остеоинтеграция дентального имплантата.

Таблица 1

Динамика показателей теста «Периотест» в клинических группах после дентальной имплантации

Группа	Дни после операции				
	1	7	14	30	90
1 (n=34)	-4,3±0,3	-5,6±0,4	-6,5±0,3	-6,9±0,4	-7,0±0,5
2 (n=45)	-3,5±0,2	-5,5±0,5	-5,6±0,4	-5,8±0,2	-5,9±0,3
p	$p_{1-2} < 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$	$p_{1-2} < 0,05$	$p_{1-2} < 0,05$	$p_{1-2} < 0,05$

Шероховатая поверхность абатмента у имплантатов дает возможность микробным возбудителям проникать по шероховатой поверхности в периимплантационные ткани, в результате чего возникает воспаление и снижение стабильности интеграции имплантата с костью. Кроме того, травматическое воздействие на ткани челюсти у больных 2 группы за счет больших размеров абатмента и меньшей их вариабельности с учетом локального статуса было более выраженным. С помощью острофазных белков воспаления была изучена интенсивность воспаления в жидкостях периимплантационной зоны и в ротовой жидкости в ранний послеоперационный период.

Исходно в ротовой жидкости уровень С-РБ в 1 группе был $6,3 \pm 0,4$ мг/л, во 2 группе $6,5 \pm 0,5$ мг/л. Концентрация ФНО- α в ротовой жидкости в 1 группе имела величину $36,7 \pm 2,2$ пг/мл, во 2 группе $35,1 \pm 3,1$ пг/мл. Динамика маркеров воспаления в биологических жидкостях ротовой полости в ранний послеоперационный период у больных клинических групп представлена в таблице 2.

В 1, 7 и 14 дни после операции уровень С-РБ и ФНО- α в ротовой и периимплантационной жидкости возрастал в двух клинических группах с последующим снижением концентрации изучаемых маркеров воспаления через 30 и 90 дней после операции. Однако в 1 группе содержание острофазовых белков воспаления С-РБ и ФНО- α в биологических средах ротовой полости повышалось с менее выраженным градиентом ($p < 0,05$) по сравнению со 2 группой. Так, уровень С-РБ в ротовой жидкости по сравнению с исходной величиной в 1 группе в 1, 7 и 14 дни после операции возрастал в 3,4 ($p < 0,05$), 9,4 ($p < 0,05$) и 2,8 ($p < 0,05$) раза, а во 2 группе — в 5,1 ($p < 0,05$), 14,2 ($p < 0,05$) и 4,6 ($p < 0,05$) раз соответственно. Уровень ФНО- α в ротовой жидкости по сравнению с исходной величиной в 1 группе в 1, 7 и 14 дни после операции возрастал в 1,9 ($p < 0,05$), 2,1 ($p < 0,05$) и 1,8 ($p < 0,05$) раза,

Динамика острофазных белков воспаления в ранний послеоперационный период у больных клинических групп

Показатель	Группа	Дни после операции				
		1	7	14	30	90
Ротовая жидкость						
С-РБ, мг/л	1 (n=34)	21,4±1,2	59,4±2,3	17,5±0,9	6,2±0,4	5,8±0,6
	2 (n=45)	33,2±1,6	92,4±2,0	30,1±1,5	8,7±0,7	7,5±0,4
	Контрольная (n=32)	4,7±0,5				
p		p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ <0,01	p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ <0,001	p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ <0,001	p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ >0,05	p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ <0,05
ФНО-α, пг/мл	1 (n=34)	71,2±2,6	75,3±2,5	67,2±2,5	55,4±1,7	46,1±1,1
	2 (n=45)	100,4±3,2	158,9±3,7	164,3±3,1	135,7±2,6	86,2±2,3
	Контрольная (n=32)	33,4±2,6				
p		p _{1-к} <0,001 p _{2-к} <0,001 p ₁₋₂ <0,001				
Периимплантационная жидкость						
С-РБ, мг/л	1 (n=34)	32,5±1,9	78,2±3,1	34,5±1,3	15,7±0,8	11,2±0,6
	2 (n=45)	55,4±2,4	113,5±1,8	56,3±2,5	44,9±2,0	30,7±1,5
p		p ₁₋₂ <0,001				
ФНО-α, пг/мл	1 (n=34)	92,3±2,3	90,5±1,8	76,8±2,1	69,3±2,3	53,4±1,4
	2 (n=45)	127,5±2,7	174,5±2,6	175,2±3,6	154,3±2,5	91,2±1,9
p		p ₁₋₂ <0,001				

Примечание: достоверность различий между группами оценивали с использованием критерия Манна – Уитни.

а во 2 группе — в 2,9 (p<0,05), 4,5 (p<0,05) и 4,7 (p<0,05) раза соответственно. В периимплантационной жидкости концентрация маркеров воспаления была выше по сравнению с ротовой жидкостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование одноэтапной дентальной имплантации с немедленной нагрузкой неразборными дентальными имплантатами конусовидной формы из наноструктурированного титана марки Nano-Grade 4 сопровождалось

повышением их устойчивости, стабильности, меньшей выраженностью воспаления в периимплантационной зоне.

Более выраженное воспаление в ранний послеоперационный период у больных при одноэтапной дентальной имплантации с немедленной нагрузкой с использованием стандартных разборных титановых винтовых имплантатов из сплава BT-6 сопровождалось снижением стабильности имплантатов по результатам периотестометрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булычева Е. А., Трезубов В. Н., Алпатьяева Ю. В., Азарин Г. С., Лобко Ю. В. Создание оптимального положения окклюзионной поверхности протяженных имплантационных протезов // Институт стоматологии. — 2016. — №2. — С. 54–56.
2. Павлова Т. В., Нестеров А. В., Павлова Л. А. Регенерация костной ткани при применении наноимплантов // Архив патологии. — 2013. — №6. — С. 22–26.
3. Солнцев Ю. П., Пряхин Е. И. Нанотехнологии и специальные материалы: учебное пособие для вузов. — СПб.: ХИМИЗДАТ, 2007. — 176 с.
4. Ушаков А. И., Серова Н. С., Юрьев Е. М. Планирование и выбор костнопластических материалов для дентальной имплантации при дефиците костной ткани // Клиническая стоматология. — 2016. — №2. — С. 50–54.
5. Хасанова Л. Р. Перспектива использования имплантатов из нанотитана в стоматологии // Медицинский вестник Башкортостана (Уфа). — 2010. — Т5. — №1. — С. 62–64.
6. Mate-Sanchez de Val J. E., Calvo-Guirado J. L. Применение полимерных абатментов для фиксации постоянных реставраций. Клинико-экспериментальное исследование новых гибридных абатментов на основе ПЭЭК, усиленного керамикой, с титановой платформой // Новое в стоматологии. — 2016. — №6. — С. 60–69.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону
 Кипиани Шалва Гурамович — аспирант кафедры стоматологии №3, e-mail: kito777@yandex.ru;
 Кононенко Владимир Иванович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии №3, e-mail: 941831@mail.ru;
 Максикова Екатерина Станиславовна — аспирант кафедры стоматологии №3, e-mail: sunny1611@mail.ru;
 Максиков Станислав Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии №2, e-mail: kafstom2.rostgmu@yandex.ru;
 Демидов Игорь Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней №2, e-mail: alald@inbox.ru;
 Щепляков Дмитрий Сергеевич — аспирант кафедры стоматологии №2, e-mail: schepliakov13@yandex.ru.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВАРИАНТОВ АРХИТЕКТониКИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

И. С. Бураева, Е. М. Шарипов, К. С. Гандылян, Т. В. Шарипова

Аннотация. В статье освещены вопросы актуальности архитектоники костной ткани челюстей для дентальной имплантации. Представлены результаты проведенного исследования по изучению встречаемости вариантов архитектоники у жителей Ставропольского края. Исследование

проведено на основе статистического анализа компьютерных томограмм.

Ключевые слова: дентальный, имплантация, челюсть, костная ткань, архитектоника, фенотип, осложнения, профилактика, компьютерная томография, качество кости.

OCCURRENCE OF VARIANTS OF ARCHITECTONICS OF JAW BONE TISSUE AMONG RESIDENTS OF THE STAVROPOL TERRITORY

I. Buraeva, E. Sharipov, K. Gandylian, T. Sharipova

The study was carried out on the basis of statistical analysis of computer tomograms.

Annotation. The article highlights the relevance of architectonics of the jaw bone tissue for dental implantation. The results of the conducted study on the study of occurrence of architectonics variants among residents of the Stavropol Territory are presented.

Keywords: dental, implantation, jaw, bone tissue, architectonics, phenotype, complications, prevention, computer tomography, bone quality.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из современных требований к планированию и тактике дентальной имплантации является учет архитектоники кости в области установки имплантата [4, 5, 6, 7]. Данное положение наиболее полно раскрыто в классификации качества костной ткани челюстей С. Е. Misch, которая описывает варианты архитектоники и приводит клинические характеристики каждого фенотипа применительно к причинам и методам предупреждения осложнений дентальной имплантации [3, 4, 5].

С. Е. Misch также изучил встречаемость фенотипов кости в различных отделах челюстей [5, 6]. Фенотип D1 встречается на нижней челюсти в 9% случаев, в ментальном отделе в 2 раза чаще, чем в боковом. Фенотип D2 наиболее характерен для нижней челюсти, где встречается в половине случаев в дистальных отделах и в 66% случаев во фронтальном отделе, но также наблюдается на верхней челюсти: в четверти случаев в переднем отделе и в 10% — в боковых отделах. Фенотип D3 на верхней челюсти наблюдается в 65% случаев в переднем отделе и в 50% — в заднем отделе. На нижней челюсти кость D3 встречается менее чем в половине случаев в дистальных отделах и в 25% — в подбородочном отделе. Фенотип D4 на нижней челюсти встречается в 4—5% случаев, во фронтальном отделе верхней

челюсти — в 10% случаев и в 40% — в заднем отделе верхней челюсти.

Приведенные сведения имеют значение для статистического прогнозирования осложнений имплантации и их характера [1]. К сожалению, последующих сведений, посвященных исследованию этого актуального вопроса, мы не обнаружили.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить встречаемость вариантов архитектоники костной ткани челюстей среди жителей Ставропольского края.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на основе анализа компьютерных томографий лицевого скелета, полученных на спиральном томографе городской больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя. Данное обследование проводилось пациентам с целью диагностики различных патологических состояний челюстно-лицевой области. Всего исследовали компьютерные томограммы 72 пациентов в возрасте от 24 до 62 лет. Средний возраст пациентов составил 43 года. Среди пациентов было 35 мужчин (48,6%), 37 женщин (51,4%).

Исследование осуществлялось следующим образом. На компьютерных томограммах обнаруживали область адентии, отмечали отсутствие патологических изменений костной ткани в наблюдаемом участке, после чего определяли фенотип кости по классификации С. Е. Misch и регистрировали полученные данные в статистической карте. В результате были

сформированы четыре статистические группы по 50 наблюдений фенотипов в каждой из них: 1-я группа — передний отдел нижней челюсти, ограниченный подбородочными отверстиями; 2-я группа — задний отдел нижней челюсти, расположенный от подбородочного отверстия до переднего края ветви; 3-я группа — передний отдел верхней челюсти между медиальными границами верхнечелюстных пазух на уровне их дна; 4-я группа — задний отдел верхней челюсти от указанных границ до пирамидального отростка небной кости и крыловидного отростка клиновидной кости. Таким образом, общее количество наблюдаемых фенотипов составило 200 случаев. Полученные результаты подвергли статистической обработке и анализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В переднем отделе нижней челюсти фенотип D1 отмечен у 17 пациентов (34%), D2 — у 33 пациентов (66%). Фенотипы D3 и D4 мы не обнаружили.

В заднем отделе в 9 случаях (18%) встречался фенотип D1, в 34 случаях (68%) — фенотип D2 и в 7 случаях (14%) — фенотип D3. Фенотип D4 также не встречался.

На верхней челюсти фенотип D1 не обнаружен. В переднем отделе верхней челюсти встречался фенотип D2 в 10 случаях (20%), фенотип D3 в 34 случаях (68%) и фенотип D4 в 6 случаях (12%).

В заднем отделе верхней челюсти не найден фенотип D2. В 32 случаях

(64%) мы обнаружили фенотип D3 и в 18 случаях (36%) — фенотип D4.

ВЫВОДЫ

В сравнении с данными С. Е. Misch полученные результаты демонстрируют, что на нижней челюсти несколько чаще встречаются

фенотипы D1 и D2 и реже — фенотип D3, а на верхней челюсти чаще наблюдались фенотипы D3 и D4 и реже — фенотип D2. Для верхней челюсти не характерен фенотип D1, а для нижней челюсти — фенотип D4.

Несмотря на незначительные расхождения, результаты проведенного исследования встречаемости фенотипов костной ткани челюстей среди жителей Ставропольского края соответствуют результатам и выводам исследований С. Е. Misch.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесян Р. Л., Седова Н. Н. Медицинские возможности и социальные риски дентальной имплантологии // М.: Русайнс, 2015. — 232 с.
2. Архипов В. Д., Архипов А. В. Конусно-лучевая компьютерная томография при планировании дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2012. — №2. — С. 42—44.
3. Гончаров И. Ю. Планирование хирургического этапа дентальной имплантации при лечении пациентов с различными видами отсутствия зубов, дефектами и деформациями челюстей // Автореф. дисс. докт. мед.наук. — М., 2009. — 50 с.
4. Кулаков А. А., Григорьян А. С., Архипов А. В. Интеграция имплантатов в костную ткань: теоретические аспекты проблемы // Стоматология. — 2010. — №5. — С. 4—8.
5. Раад З. К. Дентальная имплантация в нестандартных клинических условиях: автореф. дис. канд. мед.наук. — СПб., 2009. — 38 с.
6. Сельский Н. Е., Буляков Р. Т., Галиева Э. И. и др. (сост.) Дентальная имплантация // Уфа: БГМУ Минздрава России, 2016. — 116 с.
7. Серова Н. С., Ушаков А. И., Даян А. В., Ушаков А. А., Ибрагимов Э. Р. Применение методов лучевой диагностики при дентальной имплантации // Новые технологии в стоматологии: Материалы XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб., 2010. — С. 172—173.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (СтГМУ), кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Ставрополь

Бураева Илона Сафаровна, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, e-mail: buraeva.ilona@mail.ru;
Шарипов Евгений Миндигалимович — кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: sharipovem@mail.ru;
Гандылян Кристина Семеновна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой, e-mail: gandylyanks@mail.ru;
Шарипова Татьяна Валерьевна, e-mail: sharipovem@mail.ru.

КОУЧИНГ В МЕДИЦИНЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ КОУЧИНГА В СТОМАТОЛОГИИ

Т. Ю. Быковская, Е. Ю. Леонтьева

Аннотация. Феномен «коучинга в медицине» является принципиально новым направлением науки и практики. От психологического консультирования коучинг отличается направленностью мотивации. С позиций коучинга искусство врача состоит в том, чтобы даже за короткий прием пробудить интерес пациента к своему здоровью, повысить уровень его мотивации, когда человек берет на себя ответственность за результат своего лечения и степень здоровья. С помощью специально модифицированной методики коучинга проведено

повышение мотивации к лечению и профилактике стоматологических заболеваний. Выявлено, что уровень стоматологической мотивации чувствителен к применяемым техникам формирования. В группе наблюдаемых, где применялась техника коучинга, произошла значимая миграция пациентов из числа «менее мотивированных», в число «более мотивированных».

Ключевые слова: коучинг, мотивация, профилактика стоматологических заболеваний, формирование стоматологической культуры.

COACHING IN MEDICINE. COACHING TECHNOLOGY EXPERIENCE IN DENTISTRY

T. Bykovskaya, E. Leontyeva

Annotation. The phenomenon of coaching in dentistry is a fundamentally new direction of medical science and practice. Coaching differs from counseling with its motivation appeal. From the perspective of coaching, the doctor's mastery is to spark the interest of the patient in his own health even during a short appointment, to uplevel his motivation in taking responsibility for the treatment outcome and state of health. Increasing motivation

for treatment and prevention of dental diseases were held by using extra-modified coaching technique. It was found that the level of dental motivation is sensitive to the applied construction techniques. In the observation group, where coaching techniques were applied, there was a significant shift from «less motivated» patients to «more motivated» patients.

Keywords: coaching, motivation, paradontium prevention, dental culture development.

В современной медицине считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и пациентом является партнерство, при котором они совместно идут по пути избавления от заболевания, разделяя ответственность за результат лечения [1]. При таких взаимоотношениях перед пациентом стоит задача — не только выполнить намеченный план лечения, но и изменить приоритеты и отношение к своему

здоровью. В решении вопросов формирования здоровьесберегающего поведения наилучшие результаты показывают новые техники и способы, помогающие врачу в общении с пациентом [2, 3, 4].

В последнее время много пишут и говорят о коучинге в бизнесе, психологии, образовании. Однако феномен «коучинг в медицине» является принципиально новым направлением науки и практики [5, 6, 7]. В своем

18-я Стоматологическая выставка



Разделы
выставки

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Услуги

Генеральный
информационный спонсор

**DENTAL
MAGAZINE**

Информационный партнер



www.dentima.su

+7 (861) 200-12-34 доб. 114,140
dentima@krasnodarexpo.ru

Научная
программа
выставки

- 8-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 13-я Международная конференция зубных техников

Организатор



ВЫСТАВКА

“СТОМАТОЛОГИЯ КAVKAZA 2017”

ПРИУРОЧЕННАЯ К 30-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОТКРЫТИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И 15-ЛЕТИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОБОРУДОВАНИЕ • МАТЕРИАЛЫ • ИННОВАЦИИ

21-23 НОЯБРЯ

• ЛЕКЦИИ • МАСТЕР-КЛАССЫ • НМО

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
“АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ”

8 928 269 04 03 • 8 961 290 04 47 • 8 928 897 66 46

г. Грозный, ул. Индустриальная 1, ТвЦ “КОНДОР”

WWW.STOMATSK.RU

Событие года!

ООО
“БАСАРИ”



НЕ ПРОПУСТИТЕ! ВХОД СВОБОДНЫЙ.

Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



105094, Москва, Семеновская набережная, дом 2/1, стр. 1
Тел.: 8(495) 737-68-92; (499) 922-35-36. E-mail office@polystom.ru

первоначальном смысле английское слово coaching означает «транспортировка кого-то, перемещение из одного места в другое». Этот перевод хорошо передает основную суть коучинга — достижение заданных изменений в поведении человека. Термин «коучинг» широко распространен во всех экономически развитых странах. Коучинг называют профессией XXI века [8]. Он развивается по многим направлениям: личный коучинг, профессиональный коучинг, бизнес-коучинг, корпоративный коучинг и др. «Общепринятого определения коучинга не существует». Однако «основополагающим принципом коучинга является твердая уверенность в том, что практически все люди обладают гораздо большими внутренними способностями, чем те, что они выказывают в своей повседневной жизни» [9]. Коучинг заимствовал некоторые аспекты из таких смежных областей, как консультирование, терапия и наставничество. Коучинг нельзя считать терапией, хотя в нем задействованы некоторые техники из клинической психологии [10]. Коучинг направлен не на разбор трудностей, а на поиск решений и улучшение выполнения деятельности. Процесс коучинга позволяет человеку повысить качество жизни. Фактически, коучинг — это развивающее обучение, форм которого существует множество [11, 12, 13]. Любой профессионал в сфере «человек — человек» может работать в стиле коучинга. С позиций коучинга искусство врача состоит в том, чтобы даже за короткий прием пробудить интерес пациента к своему здоровью, повысить уровень его мотивации, чтобы человек взял на себя ответственность за результат своего лечения и уровень здоровья.

В комплексном лечении стоматологических заболеваний ведущую позицию занимает эффективность профилактических мероприятий. В практике врача-стоматолога все более необходимым и значимым становится влияние на гигиеническую культуру его больных [14]. Ежедневно врачи-стоматологи сталкиваются со значительным количеством пациентов, поведение которых не только снижает эффективность лечебных процедур, но и вредит их собственному здоровью [15]. У большинства стоматологических больных приходится формировать ответственность и стимулировать самодисциплину к простым мерам гигиены и профилактики для сохранения полученных результатов лечения. В связи с этим перед практикующим стоматологом встает серьезная задача, связанная с правильным подбором коммуникативных приемов для мотивации пациентов к профилактике и лечению заболеваний полости рта.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности техник коучинга в повышении мотивации пациентов к лечебно-профилактическим мероприятиям в стоматологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленной целью были выделены пациенты численностью 85 человек, нуждающиеся в стоматологическом лечении. Проведена оценка их

мотивационных изменений к предлагаемому лечению под воздействием специально предложенной авторской техники коучинга [16]. В основу модифицированной методики мотивации взяли достаточно известную технику коучинга «Колесо жизненного баланса» [17].

Обследование и оценка уровня мотивации проводились на базе кафедры стоматологии ФПК РостГМУ. Для изучения эффективности влияния технологии коучинга на формирование мотивационной составляющей пациенты были разделены на 2 группы. Распределение по группам происходило в добровольном порядке. В контрольной группе (40 человек) лечение сопровождалось традиционным консультированием, включающим: информирование по планам и прогнозируемым результатам лечения, мотивацию к здоровому образу жизни и коррекцию личной гигиены полости рта. В основную группу вошли 45 человек, которым в процессе лечения были проведены индивидуальные коуч-сессии специальным способом, направленным на формирование мотивации к стоматологическим манипуляциям [16].

Оценка уровня мотивации пациента к стоматологическому лечению, а также предлагаемому плану лечения проводилась врачом-стоматологом во время первого и завершающего, по плану лечения, посещений. Уровень мотивации оценивали по тест-анкете [18].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ исходных уровней мотивации показал, что в обеих группах количественное распределение пациентов по уровням мотивации было одинаковым. Больше количество пациентов (около 60%) находилось в категории уровня мотивации «ниже среднего и низкий» и только 40% наблюдаемых пациентов характеризовались категорией «выше среднего» и «средний уровень» (табл. 1).

В обеих группах наблюдения у «низко мотивированных» пациентов основной причиной обращения к стоматологу была боль или острая необходимость лечения зубов. Врачом-стоматологом в ходе санации полости рта велась работа не только с причиной их обращения, но и проводилось формирование стоматологической активности в группах, в зависимости от выбранной методики.

Таблица 1

Исходный уровень мотивации

Уровень мотивации	Основная группа (n=45 чел.)	Контрольная группа (n=40 чел.)
Выше среднего	8	9
Средний	10	7
Ниже среднего	10	11
Низкий	17	13

При анализе полученных результатов было выявлено, что в ходе лечебно-профилактических и санитарно-просветительских мероприятий итоговый уровень

мотивации пациентов вырос в обеих группах обследованных (табл. 2). Количественное перераспределение пациентов сосредоточилось в категориях «выше среднего» и «средний уровень мотивации».

Таблица 2

Итоговый уровень мотивации

Уровень мотивации	Основная группа (n=45 чел.)	Контрольная группа (n=40 чел.)
Выше среднего	17	9
Средний	15	14
Ниже среднего	8	10
Низкий	5	7

В основной группе количество «мотивированных» пациентов составило 71%, в контрольной группе — 58% (табл. 2). Кроме того, выявлено, что уровень стоматологической мотивации чувствителен к применяемым техникам формирования. В группе наблюдаемых, где применялась техника коучинга, произошла существенная миграция пациентов из числа «мотивированных» в число «более мотивированных» или в категорию

«выше среднего». В группе контроля основное перераспределение по «мотивированности» пациентов отмечалось в категории «средний уровень». Анализ данных анкет пациентов этой группы выявил сохранение страха перед стоматологическими вмешательствами и нарушения правил гигиены полости рта. В основной группе пациентов с высоким уровнем мотивации чаще регистрировались «положительные» ответы на вопросы о соблюдении гигиены полости рта, а также отсутствие дентофобии.

Анализируя полученные данные, можно предположить, что применение коучинга позволяет сформировать у пациентов более стойкую мотивацию к профилактике и лечению заболеваний полости рта.

Таким образом, наше исследование и полученные результаты находят практическое отражение эффективности применения техник коучинга в процессе формирования ответственного отношения пациентов к своему здоровью и позволяют рекомендовать их к более широкому внедрению в практическое здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полякова Р. В., Маршалок О. И. Взаимоотношения «врач — больной»: этические проблемы // Современные проблемы науки и образования. — 2012. — №6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8056> (дата обращения: 02.08.2017)
2. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — Т. 10. — №1. — С. 13—20.
3. Герасимович И. С., Болдырев Ю. С. Создание позитивной мотивации у пациентов к применению технологии эстетико-функциональной реставрации зубов // Маэстро стоматологии. — 2000. — №2. — С. 25—27.
4. Анисимова Н. Ю., Анисимова Е. Н., Рабинович С. А., Сирота Н. А. Способ структурированного мотивационного интервьюирования в практике врача-стоматолога // В сб. научных трудов XVIII международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии» — СПб., 2013. — С. 23.
5. Никитина Т. А., Шаталина М. А. Коучинг: условия применения и перспективы развития // Известия Академии управления: Теория, Стратегии, Инновации. — 2011. — №3. — С. 60—64.
6. Виноградова Е. Л. Коучинг и психотерапия: возможности пересечения практик // Консультативная психология и психотерапия. — 2010. — №1. — С. 200—219.
7. Королихин А. В. Рынок коучинга в России и за рубежом: статистика и тенденция развития // Организационная психология. — 2014. — Т. 4. — №1. — С. 17—24.
8. Стандарты Международной федерации коучей. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.erickson.ru/icf.htm> (дата обращения 30.08.2017)
9. Дауни М. Эффективный коучинг. Уроки коуча коучей. — М.: Добрая Книга, 2008. — 479 с.
10. Зиневич О. В., Петрова Э. Д. Коучинг как средство саморазвития личности // Сибирский педагогический журнал. — 2012. — №8. — С. 172—177.
11. Вильямс П., Дэйвис Д. Лайф коучинг — новая профессия для психотерапевтов. Как перейти от психотерапии к коучингу. — М.: Международная академия коучинга, 2007. — 256 с.
12. Аткинсон М., Чоис Р. Т. Наука и искусство коучинга: внутренняя динамика. Пер. с англ. — К.: Companion Group, 2009. — 208 с.
13. Уитмор Дж. Коучинг высокой эффективности / Пер. с англ. — М.: Международная академия корпоративного управления и бизнеса, 2005. — 168 с.
14. Иванова Е. И. Мотивация обращения пациентов за пародонтологической помощью // Молодой ученый. — 2014. — №6. — С. 298—301.
15. Агранович Н. В. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста / Н. В. Агранович, А. К. Мхитарян, В. О. Агранович // Вестник Ставропольского государственного университета. — 2012. — Вып. 80 (3). — С. 234—237.
16. Леонтьева Е. Ю., Быковская Т. Ю. Способ коучинга по формированию стоматологической активности пациентов. — Патент 2617268 RU.
17. Лещенко Е. Колесо Баланса: система вдохновения жизни». — 2010. — URL: http://www.lifecoaching.in.ua/wheel_of_life/handbook.html (дата обращения 2.10.2016).
18. Олейник О. И. Способ повышения мотивации пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта к проведению лечебно-профилактических мероприятий [Электронный ресурс] / О. И. Олейник, А. Н. Коровкина, К. П. Кубышкина // Вестник новых медицинских технологий. — 2013. — №1. — Электрон. журн. — <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4351.pdf>, дата 15.06.2016.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», МЗ РФ г. Ростов-на-Дону

Быковская Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине, e-mail: minzdrav@aanet.ru;

Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС, e-mail: leont06@list.ru.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПОДБОРОДОЧНОМ ОТДЕЛЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

И. С. Бураева, Е. М. Шарипов, К. С. Гандылян, Т. В. Шарипова

Аннотация. В статье освещены актуальные вопросы дентальной имплантации в подбородочном отделе нижней челюсти. Изучена встречаемость передней петли канала нижней челюсти на компьютерных томограммах. На основании результатов проведенного исследования даны рекомендации

по предоперационному планированию дентальной имплантации и профилактике возможных осложнений.

Ключевые слова: дентальная, имплантация, нижняя челюсть, фенотип, травма нерва, передняя петля, подбородочный нерв.

FEATURES OF PLANNING DENTAL IMPLANTATION IN THE JAW OF THE LOWER JAW

I. Buraeva, E. Sharipov, K. Gandylian, T. Sharipova

Annotation. The article highlights current issues of dental implantation in the jaw of the lower jaw. The occurrence of anterior loop of the canal of the lower jaw on computer tomograms was

studied. Based on the results of the study, recommendations for preoperative planning of dental implantation and prevention of possible complications are given.

Keywords: dental, implantation, lower jaw, phenotype, nerve trauma, anterior loop, chin nerve.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Подбородочный отдел нижней челюсти многие врачи полагают безопасной областью для дентальной имплантации. Такой точке зрения способствует отсутствие значимых внутрикостных анатомических образований, что позволяет максимально использовать объем кости, проводя забор аутокости и устанавливая имплантаты вплоть до нижнего края нижней челюсти для бикортикальной фиксации [4, 5].

Однако подбородочному отделу присущи собственные анатомические особенности, которые необходимо учитывать при дентальной имплантации во избежание осложнений.

Первым фактором риска является фенотип костной ткани. По классификации С. Е. Misch в данной области часто встречается фенотип D1 или иначе первый тип кости, представленный почти полностью гомогенным компактным веществом при малом количестве губчатого вещества. Недостатком данного фенотипа является риск осложнений из-за слабого кровоснабжения и трудностей при подготовке ложа [3, 4, 5].

Другим важным анатомическим фактором является так называемая передняя петля канала нижней челюсти. Она образуется внутри кости следующим образом. Канал нижней челюсти продолжается медиально на несколько миллиметров кпереди от проекции подбородочного отверстия, а затем поворачивает и следует дистально и вверх до подбородочного отверстия [3, 6].

При дентальной имплантации травма нерва, находящегося в передней петле, приведет к потере чувствительности в зоне его иннервации (половина нижней губы и подбородочной области). Во избежание этого осложнения рекомендуется выполнять препарирование кости не менее, чем на 5 мм медиальнее края подбородочного отверстия [1, 5].

На основе изучения секционного материала Arzouman и соавт. выявили наличие передней петли подбородочного нерва в 100% случаев [3].

Однако на компьютерных томограммах в некоторых случаях мы не обнаруживали переднюю петлю, что послужило основанием к проведению данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить встречаемость передней петли канала нижней челюсти на компьютерных томограммах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на основе анализа компьютерных томографий лицевого скелета, полученных на спиральном

томографе Городской больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя. Данное обследование проводилось пациентам с диагностическими целями при различной патологии челюстно-лицевой области.

Был проведен анализ 100 компьютерных томограмм. Средний возраст пациентов составил 38 лет. Среди пациентов было 47 мужчин (47%), 53 женщины (53%). Условием отбора для исследования было отсутствие костно-деструктивных изменений в области подбородочного отверстия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поскольку подбородочные отверстия парные, то изучение проводилось у каждого пациента с двух сторон. Таким образом, общее количество составило 200 наблюдений.

У 6 пациентов переднюю петлю канала нижней челюсти не удалось обнаружить с обеих сторон, что составило 12 случаев (6%). Еще в 7 случаях (3,5%) передняя петля не определялась с одной стороны (3 случая слева и 4 случая справа). Таким образом, передняя петля не обнаружена на компьютерных томограммах в 19 случаях (9,5%).

У 8 пациентов передняя петля была слабо выражена, что отмечалось у 2 пациентов с обеих сторон (4 случая) и у 6 пациентов — с одной стороны (6 случаев). Следовательно, передняя петля канала нижней челюсти недостаточно выражена в 10 случаях (5%). Данный показатель весьма субъективен, поэтому он показывает только то, что в некоторых случаях при оценке компьютерных томограмм переднюю петлю трудно заметить.

В 171 случае (85,5%) передняя петля канала нижней челюсти хорошо визуализировалась.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования показывают, что при планировании дентальной имплантации в подбородочном отделе по данным компьютерной томографии передняя петля канала нижней челюсти в 9,5% случаев не определяется. Наши результаты не противоречат данным Arzouman и соавт. [5], полученным при изучении секционного материала. Передняя петля канала нижней челюсти существует в 100% случаев, но возможности компьютерной томографии как метода исследования не всегда позволяют ее обнаружить.

Таким образом, знание и учет расположения передней петли канала нижней челюсти в предоперационном планировании и операции дентальной имплантации позволят предупредить возможные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альфаро Ф. Э. Костная пластика в стоматологической имплантологии. Описание методик и их клиническое применение / Ф. Э. Альфаро; издатель А. Островский; пер. Е. Ханин, Р. Кононов. — М.: Азбука, 2006. — 235 с.
2. Архипов В. Д., Архипов А. В. Конусно-лучевая компьютерная томография при планировании дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2012. — №2. — С. 42–44.
3. Бер М., Патрик М., Джованьоли Ж.-Л. Устранение осложнений имплантологического лечения. — М.: Издательский дом «Азбука», 2007. — С. 214.
4. Иванов А. С. Основы дентальной имплантологии: Учебное пособие. — 2-е изд., стер. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 63 с.
5. Какачи К. Справочник по дентальной имплантологии. — М., 2009. — 272 с.
6. Серова Н. С. Лучевая диагностика в стоматологической имплантологии // Автореф. дис. док. мед. наук. — М., 2010. — 47 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (СтГМУ), кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Ставрополь
 Бураева Илона Сафаровна, e-mail: buraeva.ilona@mail.ru;
 Шарипов Евгений Миндигалимович — кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: sharipovem@mail.ru;
 Гандылян Кристина Семеновна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой, e-mail: gandylyanks@mail.ru;
 Шарипова Татьяна Валерьевна, e-mail: sharipovem@mail.ru.

СТОМАТОЛОГИЯ:

БОРЬБА С ПОТРЕБИТЕЛЬСКИМ ЭКСТРЕМИЗМОМ

Ю. Клоуда, А. Григорьянц, Д. Левин

Аннотация. Статья освещает тему потребительского экстремизма в стоматологии, то есть недобросовестного поведения пациентов с целью заработать на лечении зубов, подав на клинику

в суд, и предлагает решения для защиты от подобных действий.

Ключевые слова: потребительский экстремизм; юридическое

оформление клиник; конфликты с пациентами; причины конфликтов; претензии пациентов стоматологии; методы борьбы с недобросовестными пациентами.

DENTISTRY: OPPOSE THE CONSUMER EXTREMISM

Yu. Klouda, A. Grigoryants, D. Levin

Annotation. This article refers to consumer extremism in the field of dentistry

meaning unfair purchaser who comes to a dental clinic to earn money by applying to a court. The article also suggests some measures against those actions.

Keywords: consumer extremism; legalities of dental clinics; conflicts with patients; causes of conflicts; dental patients' claims; methods of controlling the unfair clients.

Закон №2300—1 «О защите прав потребителей» принят в Российской Федерации 7 февраля 1992 года, и мало кто сомневается в его необходимости. Но иногда недобросовестные потребители пытаются, и нередко успешно, выжать с помощью этого закона из стоматологии компенсацию за уже оплаченное и при том качественное лечение. Как клинике защитить свою репутацию и доброе имя врачей? Ответы на эти вопросы дает Юлия Клоуда, руководитель экспертного журнала о стоматологии Startsmile.ru и агентства стоматологического маркетинга Skydental.

ДЕНЬГИ — ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА

Вышеупомянутая компенсация на самом деле является очень лакомым кусочком, поскольку состоит из нескольких частей. Фактически это пятикратное возмещение расходов пациента: суд вменяет клинике вернуть стоимость лечения, выплатить неустойку (до 100% стоимости лечения), штраф в пользу пациента, штраф в пользу государства (и тот, и другой — до 100% от цены услуги), возместить судебные расходы, а порой — еще и перелечивание клиента в другой, более дорогой стоматологии. Например, пациент судится с клиникой эконом-класса, а перелечиваться намерен в стоматологии премиум-сегмента. Так что выгода налицо.

КАК ВЫЯВИТЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ-ЭКСТРЕМИСТА?

Вопрос отнюдь не праздный, более того — подрывающий доверительные отношения между врачом и пациентом, что негативно сказывается на ходе лечения. Особое

подозрение у докторов вызывают клиенты, которые пришли перелечиваться после недавнего лечения. Как же узнать угрозу заранее?

Увы, практически никак: разве что внимательно отнестись к жалобам пациента и тщательно провести диагностику. Так можно выяснить, действительно ли работа предыдущего врача выполнена ненадлежащим образом, или же клиент недоволен лишь потому, что хочет сменить цвет виниров. То же самое касается и жалоб на боль, кровоточивость десен, невозможность привыкнуть к конструкции. Однако юридического способа оградить себя от аферы потребителя-экстремиста нет: взятые заранее расписки не имеют юридической силы и к тому же ущемляют права пациента.

Андрей Григорьянц, руководитель Научно-клинического центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Sanabilis, полагает, что один из способов избежать проблем — подробное информирование и открытое общение между врачом и пациентом: «Основная причина конфликтов — исключительно недоинформирование пациента о сроках, о результатах, о том, как выглядит процесс, о том, что человек испытывает во время лечения, какую ответственность несет пациент и что он должен делать сам в процессе лечения. Это все должно быть очень подробно донесено до пациента».

Так как же бороться с потребительским экстремизмом?

ТЩАТЕЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ

Дабы избежать обвинений в навязывании беспочвенно дорого лечения, врач должен подробно и тщательно информировать пациента о ходе и результатах

диагностики, методах лечения выявленных проблем, объяснять, что лечение должно соответствовать современным стандартам, дабы обеспечить долговечный и эстетичный результат.

Также обязательно предоставление пациенту выбора между несколькими альтернативными планами лечения, включая и бюджетные варианты. Все это предоставляется пациенту в письменном виде, с указанием, что он согласился на вариант лечения №xxx. Этот документ называется «информированное добровольное согласие», и пациент должен его подписать собственноручно.

СПЛОЧЕННОСТЬ ВРАЧЕБНОГО СООБЩЕСТВА

Если пациент приходит на перелечивание, имеет смысл связаться с его прошлым врачом, выяснить, почему был выбран определенный план лечения, и какие действия нужно предпринять в сложившейся ситуации, а также чего ждать от самого пациента. Лишь только при полной невозможности установить контакт с прошлым врачом можно сразу переходить к новому лечению. Если врач не видит изъянов в работе коллеги, стоит предложить клиенту немного подождать — возможно, к новым реставрациям или конструкциям он попросту привыкнет со временем. При этом категорически нельзя отрицательно высказываться о работе своего коллеги — это снизит риск оказаться втянутым в судебное разбирательство.

СТРОГИЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ

Договоры, акты, чеки и информированные согласия — вот что может защитить клинику в суде, при этом все рекомендации по уходу после лечения лучше выдавать в письменном виде, а пациент должен расписываться за их получение в журнале. В совокупности все эти документы составляют антипретензионную систему, в которую также входят подробно записанная информация об ожидаемом результате лечения, о всех необходимых манипуляциях и использованных материалах, письменно зафиксированный режим ухода самого пациента за полостью рта и установленными конструкциями. Альтернативный план лечения с пометкой об отказе пациента, Положение о врачебной комиссии, медицинская карта с подписью пациента, удостоверяющей, что он принял результат лечения — все это также включено в данную систему.

ВЕДЕНИЕ ФОТО- И ВИДЕОАРХИВА

Также важны записи всех телефонных переговоров, видеозапись, ведущаяся в кабинетах и помещениях клиники, фотоархив, собранный до, после и в ходе лечения. Помните, что эти действия законны только в том случае, если пациент о них предупрежден и дал свое согласие. При этом подобные архивы помогают в объективной оценке работы клиники и улучшении методов обслуживания клиентов.

«Нечистые намерения пациента невозможно определить сразу на консультации, но при подозрении можно защититься, подробно протоколируя каждый этап лечения, каждое посещение пациента, — полагает Андрей Григорьянц. — Доктору важно четко отслеживать каждый этап и каждый шаг, ничего не упускать, не пускать на самотек, не делегировать, и что еще очень важно — все это протоколировать, весь клинический случай, от самого

начала до самого конца. На каждом приеме, в каждое посещение нужно создавать фотопротокол: фотографировать, фиксировать всю информацию о процессе, о том, доволен пациент или нет.

Конечно, чтобы защититься врачу или клинике, требуется целый ряд действий. Прежде всего, следует убедиться в грамотности юридической документации, удостовериться, что контракты, договоры, информированные добровольные согласия составлены правильно. Также своеобразной защитой можно назвать внесение предоплаты. Обязательно должны быть предоставлены планы лечения, которые в том числе знакомят пациента со стоимостью еще до начала лечения».

Дмитрий Левин, главный врач Центра частной стоматологии «Доктор Левин», описывает текущую ситуацию с точки зрения практика: «При детальном изучении подобных событий очень часто выясняется, что эмоциональный резонанс огромен, но доказательной базы, свидетельствующей о грубых врачебных ошибках, нет. Печально, что в настоящем журналистами демонизируется целая отрасль медицины. В стране медицина давно предоставлена сама себе, равно как и другие не менее важные отрасли, а формирующийся рынок медицинских услуг России должен переболеть всеми болезнями, давно пройденными в других странах. Гиперзащита интересов пациентов адвокатами, кроме обогащения адвокатов, приводит еще и к самоорганизации и появлению агентств по защите интересов медработников. А это всегда заканчивается одинаково: огромными объемами документов и повышением цен, включающих в себя юридическую поддержку. Крупные клиники, обладающие собственными юристами, уже давно защищены, но эту защиту оплачивают добросовестные пациенты, не имеющие к подобным случаям никакого отношения.

Меня огорчает, что конечному потребителю медицинских услуг через некоторое время придется привыкать к дополнительным комплектам инфосогласий на любые проводимые манипуляции, составленным опытными адвокатами, что фактически сделает пациентов еще более бесправными. И не надо забывать, что процент сутяжничества будет только расти, а судьи, сейчас часто выносящие решения в пользу пациентов даже без рассмотрения, могут столкнуться с огромным давлением со стороны лиц, использующих суды как источник личного обогащения.

Но в этой истории есть и позитивный момент. Все осознают, что в стоматологии работает огромное количество врачей с сомнительной компетенцией, однако пока это всех устраивает. Возможно, руководители клиник в свете последних событий станут серьезнее относиться к подбору и обучению врачебного персонала.

Я верю в ценность врачебных команд клиник, а не в изворотливость адвокатов. У нас и в наших партнерских клиниках мы много лет назад ввели многоступенчатую систему контроля качества работы врачей, собирая комплексный отзыв пациента сразу после окончания каждого посещения. На сегодняшний день, на мой взгляд, это единственный достоверный инструмент для непрерывного контроля соблюдения плана лечения, восприятия качества сервиса и подтверждение полного взаимопонимания для избегания любых ситуаций».

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Григорьянц Андрей — кандидат медицинских наук, руководитель Научно-клинического центра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Sanabilis;

Левин Дмитрий Валерьевич — кандидат медицинских наук, главный врач Центра частной стоматологии;

Клоуда Юлия — руководитель экспертного журнала о стоматологии Startsmile.ru и агентства стоматологического маркетинга Skydental.

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕКЛОВОЛОКОННЫХ ШТИФТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. Д. Садаева, Е. Г. Тонкоглаз

Аннотация. Техника реставрации с помощью стекловолоконных штифтов является оптимальной методикой для восстановления зубов после эндо-

донтического лечения. Незначительное количество неудач связано, в основном, с расцементировкой штифта и не приводит к фрактуре корня.

Ключевые слова: стекловолоконные штифты, реставрация зубов, результат эндодонтического лечения, фрактура корня.

APPLICATION OF FIBER-GLASS PINS IN THE DENTAL PRACTICE

A. Sadaeva, E. Tonkoglaz

Annotation. Restoration technique using fiber-glass pins is the best technique for restoration of teeth after endodontic treatment. A

small number of failures associated with the pin decementation and does not fracture root.

Keywords: fiber-glass pins, restoration of teeth, the result of endodontic treatment, fracture root.

После эндодонтического лечения, потери твердых тканей зуба, необратимых биохимических и биомеханических изменений, определяющих большую хрупкость зуба, укрепление корня, а также восстановление разрушенной коронковой части осуществляется корневыми штифтами.

Различают корневые штифты по материалу, из которого их изготавливают (эластичные и неэластичные), и способу фиксации. Неэластичные (активные и пассивные) металлические штифты применяются, но имеют ряд недостатков: коррозия металла, отсутствие прочности соединения на границе металл-дентин-цемент, неэстетичность выполняемых реставраций фронтальных зубов и т. д. К эластичным корневым штифтам относятся стекловолоконные и углеродные. Стекловолоконные штифты, в отличие от углеродных, имеют ряд преимуществ: их физико-механические свойства, в первую очередь, модуль эластичности, очень близки к показателям эластичности дентина, а компоненты восстановления образуют единый морфофункциональный блок с тканями зуба.

Использование стекловолоконных штифтов значительно изменило критерии постэндодонтического восстановления. Ткани зуба и стекловолоконный штифт образуют единую структуру, которая выдерживает вертикальные и боковые нагрузки за счет эластичности стекловолокна, близко к эластичности дентина. Создается однородный, с точки зрения механики, комплекс, облегчающий распространение жевательной нагрузки вдоль оси корня зуба. При использовании стекловолоконных штифтов

снижается передача стресса на стенки корня, уменьшается возможность его фрактуры. Прозрачность и эстетичность позволяют использовать их во фронтальной группе зубов, физиологичность и эластичность исключают вероятность возникновения коррозии. Кроме того, стекловолоконные штифты пассивно фиксируются в канале на композит. Получается конструкция, целиком имеющая матрицу на основе смолы с прочной химической связью между элементами: штифт, состоящий из волокон в органической матрице, композитный цемент для фиксации и композит для реставрации. Важно, чтобы механические и физические свойства, модуль эластичности были сходными с показателями дентина не только у штифта, но и у цемента для его фиксации и у композита для реставрации коронковой части.

Показания к применению стекловолоконных штифтов:

1. Усиление культи зуба после эндодонтического лечения и при наличии наддесневого дефекта одной из стенок зуба.

2. Для усиления реставрации зуба из композита, при частичном наддесневом дефекте стенок.

3. При аллергии на металлы или проявления гальванизма в полости рта.

Противопоказания к применению стекловолоконных штифтов:

1. Поддесневые дефекты твердых тканей зуба, так как применение адгезивной техники будет затруднено.

2. Использование корня в качестве опоры для фиксации перекрывающих протезов.

На протяжении многих лет использование стекловолоконных штифтов широко применяется в каждодневной



Фото 1.

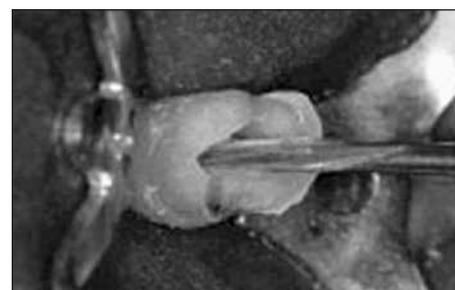


Фото 2.

практике врачей-стоматологов на терапевтическом приеме в ГУП РО «ОХСП». Реставрации, выполненные с помощью стекловолоконных штифтов, имеют высокую клиническую надежность. Нами на примере клинического случая представляется материал по восстановлению коронковой части 12 зуба с использованием стекловолоконного штифта и последующей реставрацией композитным материалом.

- После эндодонтического лечения необходимо создать культи с помощью стекловолоконного штифта. Для этого необходимо изолировать зуб от ротовой жидкости с помощью коффердама (фото 1).

- Выполняется препарирование ложа калибровочной фрезой. Затем распломбировываем obturированный корневым канал на глубину 2/3 длины канала, используя соответствующую размеру штифта калибровочную фрезу (фото 2).
- Следующий этап — припасовка стекловолоконного штифта: необходимо отмерить длину стекловолоконного штифта, обрезать избыток, используя алмазный диск.
- Внести в канал протравочный гель на 15 секунд, затем промыть канал и просушить бумажными штифтами.
- После этого нанести на стенки канала адгезивную систему двойного отверждения, удалить избыток материала с помощью бумажного штифта.
- Просушить струей воздуха в течение 5 секунд.
- Замешать композитный цемент двойного отверждения, перенести в канал, используя каналонаполнитель.



Фото 3.

Нанести небольшое количество цемента на поверхность штифта и ввести в канал штифт (фото 3). Удалить излишки цемента.

- В течение 40 секунд полимеризовать цемент светом с окклюзионной стороны (стекловолоконные штифты передают часть световой энергии апикально, но в области, куда не проникает свет, должна произойти самополимеризация адгезивного цемента).
- После снятия коффердама вид культи с небной стороны. Оцениваем проделанную работу.

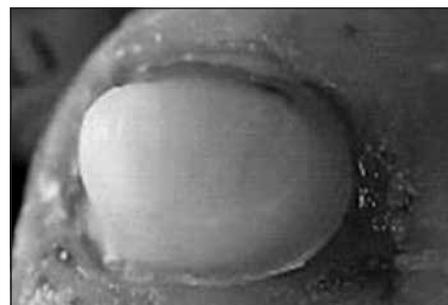


Фото 4.

Мягкие ткани восстановятся за несколько дней (фото 4).

- Завершить восстановление коронковой части зуба светоотверждаемым реставрационным композитом.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что незначительное количество неудач связано в основном с расцементировкой штифта и не приводит к фрактуре корня. Техника реставрации с помощью стекловолоконных штифтов является оптимальной методикой для восстановления зубов после эндодонтического лечения.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону
Садаева Анна Давидовна — врач — стоматолог-терапевт высшей квалификационной категории, e-mail: gup.ohsp@gmail.com;
Тонкоглаз Евгения Геннадьевна — врач — стоматолог-терапевт.

ЭНДОДОНТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ЗУБОВ СО СЛОЖНОЙ АНАТОМИЕЙ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

А. Д. Садаева, Д. И. Писаренко

Аннотация. Строение корневых каналов, нетипичное для данной группы зубов, встречается довольно часто и во многом определяет дальнейший прогноз при лечении зуба. Врач-стоматолог всегда должен уделять достаточно внимания диагностике, проводить лечение при хорошем освещении под зрительным контролем с использованием микроскопа или бинокулярной лупы. Важный момент успешного лечения — знание возможных вариантов внутренней анатомии

зуба, правильное формирование доступа к корневым каналам, использование бинокулярной лупы, что позволяет более качественно обследовать, сформировать и obturировать систему корневых каналов и прийти к положительному результату.

Ключевые слова: корневые каналы, эндодонтическое лечение, obtурация, микроскоп, бинокулярная лупа, анатомия зуба.

ENDODONTIC TREATMENT OF TEETH WITH COMPLEX ANATOMY OF ROOT CANALS

A. Sadaeva, D. Pisarenko

Annotation. Structure of root canals, atypical for this group of teeth, is quite often and in many ways defines the further prognosis in treatment of a tooth. A dentist must conduct the treatment with good lighting under visual control using a microscope or binocular loupes. In the reported clinical cases of successful treatment of an

important point was the knowledge of the possible options for the internal anatomy of the tooth, the proper formation of root access channels, use the binocular loupe, allowing better exploration, creation and obturation of root canal system, which led to a positive result.

Keywords: root canals, endodontic treatment, obturation, microscope, binocular loupe, tooth anatomy.

Эндодонтия является одним из наиболее сложных разделов стоматологии, а лечение корневых каналов — одна из самых сложных процедур. Даже самый опытный эндодонтист, использующий передовые методики лечения и высокотехнологичную аппаратуру, в своей

работе сталкивается с определенными трудностями. Наиболее часто это связано с особенностями строения корневых каналов: их искривлениями, облитерациями, значительно усложняющими проходные и инструментальную обработку, а также наличием дополнительных

каналов и отсутствием адекватного эндодонтического доступа и обзора рабочего поля. Эти факторы затрудняют обработку каналов и значительно увеличивают риск возникновения осложнений после проведенного лечения. Поэтому, для определения истинного

количества каналов, помимо досконального знания анатомии каналов всех групп зубов и их возможных вариаций, врачу необходимо много внимания уделять диагностике, прежде всего рентгенологической. Для получения полной информации следует сделать рентгенограмму в двух проекциях.

Существует ряд рентгенологических признаков, которые позволяют точно определить наличие сверхкомплектных каналов и их морфологию:

- наличие рентгенопрозрачных линий, располагающихся вдоль корня;
- исчезновение или сужение изображения канала на каком-либо участке (свидетельствует о разделении одного канала на несколько);
- децентрализация рентгеновского изображения корневого канала.

Мы предлагаем рассмотреть конкретные клинические случаи и надеемся, что опубликованный в данной статье материал заинтересует специалистов и поможет им в подобных практических ситуациях добиваться наилучшего результата.

Пациентка Р., 62 года, обратилась в ГУП РО «ОХСП» с жалобами на периодическую ноющую боль на нижней челюсти в области 32 зуба. В анамнезе отмечается неоднократное лечение 32 зуба по поводу глубокого кариеса. При объективном осмотре: наличие пломбы больших размеров на вестибулярной поверхности в пришеечной области и на режущем крае, также у пациентки наблюдается патологическая стираемость твердых тканей зубов. На диагностической рентгенограмме было выявлено наличие дополнительного канала 32 зуба (рентгенологическая проекция канала прерывается ниже средней трети длины корня), а также отсутствие четкости рисунка корневых каналов ввиду их облитерации (фото 1). Проанализировав клиническую и рентгенологическую картину, пациентке был поставлен диагноз: «хронический пульпит», и только после этого мы приступили к лечению 32 зуба. Под местной анестезией были удалены пломбы и проведено раскрытие полости зуба. Исследование дна пульпарной камеры выявило два отдельных устья корневого канала. В ходе эндодонтической

обработки было выявлено наличие двух каналов, имеющих общий апекс. Обработка проводилась согласно протоколу ведения пульпита, с применением средств химической и механической резорбции (прохождение и формирование каналов ручным способом с помощью К- и Н-файлов до №35 по ISO, ирригация 3% раствором гипохлорита натрия с ультразвуковой активацией, удаление смазанного слоя 17% раствором ЭДТА). Каналы были высушены и obturированы методом латеральной конденсации препаратом AN+ с гуттаперчевыми штифтами. На контрольной рентгенограмме четко видны два корневых канала и их obturация до физиологической верхушки (фото 2). Далее была проведена реставрация 32 зуба пломбировочным материалом.

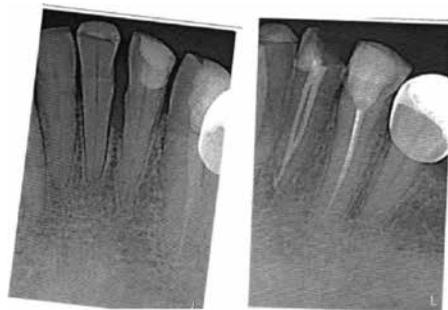


Фото 1.

Фото 2.

Рассмотрим еще один клинический случай.

Пациент С., 29 лет, обратился в нашу поликлинику с целью протезирования и был направлен врачом-ортопедом для депульпирования 16 зуба и восстановления его коронковой части. Клинический осмотр: на медиально-окклюзионно-щечной поверхности 16 зуба имеется глубокая кариозная полость. Даже при таком значительном разрушении коронковой части 16 зуба отмечается увеличение ее ширины по сравнению со средними размерами данных зубов в норме. Увеличение размера или изменение формы зуба — еще один признак наличия дополнительных корней и каналов. На диагностическом рентгеновском снимке (в двух проекциях) отмечается атипичное строение корневой системы (фото 3, 4). В ходе лечения, после раскрытия полости зуба, визуализируются устья пяти корневых каналов: одного небного и по два медиальных

и дистальных щечных, при обработке которых была выявлена их облитерация и значительная кривизна дополнительного дистального щечного канала, соединение медиальных щечных каналов на уровне средней трети корня. Обработка каналов производилась согласно протоколу, с применением средств резорбции (инструментальная обработка К-, Н-файлами ручным способом в технике Step Down до №40 по ISO, медикаментозная обработка 3% р-ром гипохлорита натрия, 17% р-ром ЭДТА, активация растворов ультразвуком). В качестве силера был выбран AN+ с гуттаперчевыми штифтами (латеральная конденсация). На рентген-контроле: каналы запломбированы до верхушек, имеется незначительное выведение силера за верхушки корней (фото 5), прослеживается количество и структура пяти корневых каналов. Далее зуб был восстановлен пломбировочным материалом с использованием титановых штифтов.



Фото 3.

Фото 4.

Фото 5.

ВЫВОД

Строение корневых каналов, нетипичное для данной группы зубов, встречается довольно часто и во многом определяет дальнейший прогноз при лечении зуба. Врач-стоматолог всегда должен уделять достаточно внимания диагностике, проводить лечение при хорошем освещении под зрительным контролем с использованием микроскопа или бинокулярной лупы. В представленных клинических случаях важным моментом успешного лечения было знание возможных вариантов внутренней анатомии зуба, правильное формирование доступа к корневым каналам, использование бинокулярной лупы, что позволило более качественно обследовать, сформировать и obturировать систему корневых каналов, что и привело к положительному результату.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону
Садаева Анна Давидовна — врач — стоматолог-терапевт высшей квалификационной категории, e-mail: gup.ohsp@gmail.com;
Писаренко Дарья Ивановна — врач — стоматолог-терапевт.



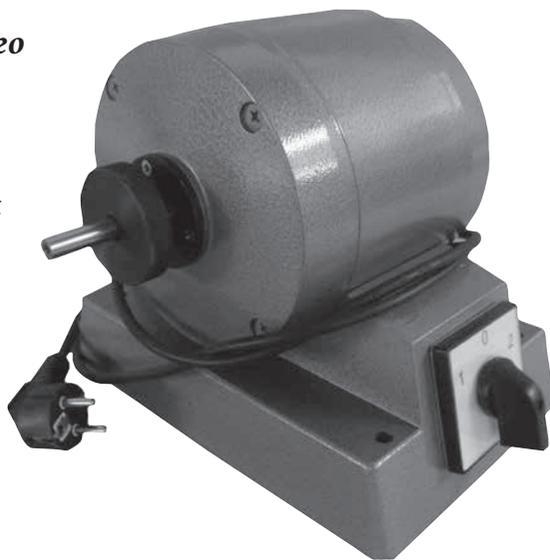
ООО «ТехПромМед»

ООО «ТехПромМед» организовано на базе Старорусского медико-инструментального завода, который ранее осуществлял выпуск и поставку изделий медицинского назначения. Мы являемся не просто продавцами и перекупщиками шлифмашин, а их непосредственным производителем.

Наша компания осуществляет изготовление и поставку продукции медицинского назначения:

Шлифмашина стоматологическая ШМ-1 модели 677 с комплектацией по лицензии ПАО «Красногвардеец» и в соответствии с ТУ 9452-036-07618878-2009.

Изделие имеет регистрационное удостоверение и декларацию о соответствии.



Мы производим гарантийный ремонт и сервисное обслуживание данных изделий. Гарантия на новые изделия составляет 18 месяцев с даты поставки. Двигатели выпускаются постоянно, срок изготовления зависит от выхода партии, все двигатели проходят технологические испытания под нагрузкой не менее 36 часов непрерывной работы.

Шлифмашина ШМ-1 предназначена для шлифования и полирования зубных протезов из пластмассы и металла в стоматологических кабинетах, хорошо зарекомендовала себя при обработке драгоценных камней и металлов в ювелирной промышленности.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ТУ:

- | | |
|---|-------------------------|
| — напряжение питающей сети частоты тока 50 Гц | — 220 В; |
| — номинальная мощность | — 180 Вт; |
| — потребляемый ток | — 1,8 А; |
| — скорости вращения (двух скоростная) | — 1500 и 3000 об./мин.; |
| — габаритные размеры | — 310x300x230 мм; |
| — режим работы, непрерывный | — 8 ч.; |
| — масса, не более – | — 16 кг. |

Также в настоящее время нашей компанией ведутся работы по изготовлению новых образцов продукции, таких как рабочее место для установки шлифмоторов в трех вариантах: Эконом, Бизнес и Премиум, а также защитный бокс для улавливания продуктов обработки с возможностью применения с данными шлифмоторами.

**ВЫСОКАЯ НАДЕЖНОСТЬ И КАЧЕСТВО
ШЛИФМОТОРОВ ШМ-1 ПОДТВЕРЖДЕНЫ ВЕДУЩИМИ
ОРТОПЕДАМИ РОССИИ!**

✉ **Юридический адрес:** 175201, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Красных Командиров, д. 69
✉ **Почтовый адрес завода:** 175202, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Степана Разина, 4
ИНН 5322014769 ☎ **Тел./факс:** (81652) 5-73-11 **E-mail:** techprommed@yandex.ru

ART LINE

медицинская одежда

Ростов-на-Дону,

ул. Большая Садовая, д. 186,
тел.: +7 (863) 263-30-54
моб.: +7 (960) 448-33-50

Краснодар,

ул. 1 Мая, д. 186,
тел.: +7 (861) 205-03-68
моб.: +7 (918) 938-67-01

Москва, метро Савеловская,

ул. Новослободская, д.62, корп. 1,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-4)

Москва, метро Каширская,

Каширское шоссе, д. 26, корп. 2,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-2)

Москва, метро Беляево,

ул. Профсоюзная, д. 88/20,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-1)

Москва, метро Полежаевская,

Хорошевское шоссе, д. 90,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-3)

Москва, метро Семеновская,

Семеновский переулок, д. 18,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-5)

Москва, метро Крылатское,

Осенний бульвар, д. 10, корп. 1,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-7)

Москва, метро Новогиреево,

Свободный проспект, д. 16,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-6)

Москва, метро Сухаревская,

проспект Мира, д. 5, корп. 1
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-9)

Москва, метро Речной вокзал,

ул. Фестивальная, д. 11,
тел.: +7 (495) 215-55-24 (доб. 1-8)

Санкт-Петербург, метро Садовая,

наб. реки Фонтанки, д. 121,
тел.: +7 (812) 407-27-39 (доб. 1-3)

Санкт-Петербург, метро Академическая,

Гражданский пр., д. 36,
тел.: +7 (812) 407-27-39 (доб. 1-1)

Санкт-Петербург, метро Парк Победы,

площадь Чернышевского, д. 3,
тел.: +7 (812) 407-27-39 (доб. 1-2)

Самара, метро Московская,

ул. Гагарина, д. 6,
тел.: +7 (846) 260-07-04

Екатеринбург,

ул. Малышева, д. 1,
тел.: +7 (343) 376-50-89

Интернет-магазин: www.medpodium.ru,

тел.: +7 (495) 215-55-24, WhatsApp +7 (903) 755-13-46

mail to: sale@medpodium.ru



ОСТОРОЖНО!
КОМФОРТ ВЫЗЫВАЕТ
ПРИВЫКАНИЕ

МЕД-ТЕКС.РФ

ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ

стоматологические матрасы



с памятью формы



СЕРТИФИКАТ СООТВЕТСТВИЯ
РОСС RUAG70.N00105

- ☑ Защита кресла
- ☑ Комфорт пациента
- ☑ Удобство врача
- ☑ 5 различных моделей
- ☑ 6 доступных цветов



ПАМЯТЬ
ФОРМЫ



80 КГ/М³



ВЫСОКАЯ
ТЕМПЕРАТУРА
СТИРКИ



ЗАЩИЩАЕТ
ОТ ВОДЫ
ПРОПУСКАЕТ
ВОЗДУХ



САНИТАРНАЯ
ОБРАБОТКА



СР185
BS7175

СКИДКА ПО ПРОМОКОДУ: GVRF17

Подробная информация на сайте www.med-teks.com

ВЫБОР БОЛЬШИНСТВА СТОМАТОЛОГОВ МИРА

TheraCal™ LC



КАЛЬЦИЕВАЯ ВЫСТИЛКА для ЗАЩИТЫ ПУЛЬПЫ



- Улучшенная герметизация и связка к глубокому влажному дентину
- Значительное выделение кальция
- Формирование вторичных дентинных мостиков в течение 28 дней
- Прямое и не прямое покрытие пульпы
- Световое отверждение
- Нерастворимость
- Высокая рентгеноконтрастность
- Выстилка модифицированная смолой

НЕТ АНАЛОГОВ

Сохраните живой зуб пациенту



Denco

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
Официальный дистрибьютор BISCO (США)

8 (800) 333 72 80
(бесплатный звонок по России)

denco@denco.pro
www.denco.pro

TRIHAWK

для ценителей боров

Можете ли вы снять 6 коронок менее чем за 2 минуты?
С НАШИМ БОРОМ TALON 12 ЭТО ВОЗМОЖНО!

TALON 10

TALON 12

Talon 10

специально
создан
для высокого
искусства
стоматологии

Talon 12

лучший бор в мире
для резки коронок.
Способен резать
и керамику, и металл
одновременно

TALON



ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В РОССИИ:

Тел.: +7 985 647 99 98 (MTC)
+7 985 854 57 35 (MTC)

www.trihawk.ru
www.facebook.com/BelgoRusse
e-mail: belgo.russe@gmail.com