

СПб ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

№1 (2)
февраль 2008



Уникальное поколение пьезоэлектрических скальпелей д-ра Гольца системы ENAC фирмы OSADA

Enac IOw Piezoscalpel

Новый подход к хирургическому вмешательству в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии позволяет:

- Минимальное травмирование пациента при препарировании твердых и мягких тканей
- Быстрое заживление ран с минимальными побочными послеоперационными осложнениями

Мультифункциональность ультразвукового скальпеля позволяет специалистам без особых затруднений выполнять как самые простые (удаление остатков сломанных в корнях зубов), так и достаточно сложные процедуры (поднятие перегородки гайморовой пазухи, инсерция имплантатов, расширение и дистракция кости и др.).



Производитель: OSADA ELECTRIC Co. LTD. Токио, Япония

Alpha Bio-Ru

Официальный дистрибутор в России
125124, Россия, г. Москва,
Петровско-Разумовский проезд, 22/11
Тел./факс: +7 (495) 656-43-51
implant@alpha-bio.ru www.alpha-bio.net.

выбирай лучшее,
будь свободен...

- Широкий выбор стоматологических материалов крупнейших мировых производителей
- Послегарантийное сервисное обслуживание
- Консультационный подход к клиентам
- Информационные и практические курсы для врачей-стоматологов и зубных техников

«Медицинский магазин», Россия, 190005, Санкт-Петербург,
Измайловский пр., 4; тел/факс: (812) 251-81-46
e-mail: info@dina-medika.ru www.dina-medika.ru

Полная электронная версия газеты
на сайте www.in stom.ru

Лидер по эргономичности в мире
ШИК В СТОМАТОЛОГИИ

schick



CDR Pan X

Цифровой ортопантомограф.

- не требует фотолаборатории;
- не требует дорогостоящих расходных материалов;
- позволяет снизить дозу облучения пациентов в 2-3 раза по сравнению с пленочным аналогом;
- сразу выводит результаты обследования на монитор компьютера;
- удобное позиционирование пациента по трем лазерным лучам;
- сканирование длится не более 19 секунд;
- имеет 8 программ панорамной съемки.



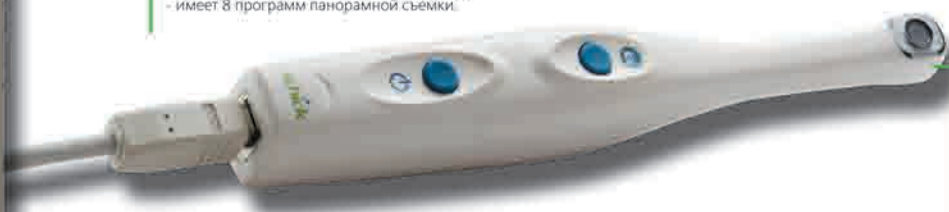
CDR Schick

Цифровой радиовизиограф.

- APS технология!
- Активный электронно-оптический усилитель в каждом пикселе — это:
- больше энергии информативного сигнала;
 - малое энергопотребление;
 - высокая помехозащищенность;
 - компактность;
 - долговечность;
 - доступность по цене.



**Все оборудование подключается
к компьютеру через
стандартный USB порт!**



USBCam

Интраоральная видеокамера.

- Первая автономная камера для получения полноэкранного видео. Камера имеет патентованную шестидиодную подсветку, идеальную для внутриротового применения.
- Фиксированный фокус, позволяющий снимать поверхности с расстояния от 8 до 40 мм.
- Вес камеры — 60 г.



DENTEX

123557, Москва, ул. Климашкина, 8; тел.: +7(495) 974 30 30, факс: +7(495) 255 98 00, info@dentex.ru, www.dentex.ru

SDS SUMMIT DENTAL SYSTEMS

стоматологическая установка
SDS 3000
с верхней подачей

- ★ Более экономичные в эксплуатации модели с верхним подводом рабочего инструмента.
- ★ Высокая функциональность и надежность установки: более 10 лет в эксплуатации, более 100 000 часов работы.
- ★ Электронный контроль скорости вращения рабочего инструмента с датчиком до 250 тыс. оборотов в минуту.
- ★ Возможность установки в гидроблок «Mono-Jet» для подключения к системе вакуумной очистки.
- ★ Отдельное место ассистента с системой фиксации и автоматизированной системой управления.
- ★ Гидроблок с системой очистки и вакуумной очистки.
- ★ Беспроводная система подачи рабочего инструмента в область операции.
- ★ Система подачи рабочего инструмента с датчиком.
- ★ Беспроводная система подачи рабочего инструмента.

На пути к совершенству!

индивидуальная комплектация

LEGRIN

Установки серии «Legrin»
Современно. Экономично. Доступно.

Какое оборудование выбрать?
Предлагаем Вашему вниманию современные стоматологические установки **LEGRIN**.

Все оборудование торговой марки **LEGRIN** отличается высокой функциональностью, надежностью, стильным дизайном и, самое приятное, выгодной стоимостью.

Компания «КОРАЛ» предоставляет Вам прекрасную возможность убедиться в том, что современное, качественное оборудование может быть **доступно** каждому специалисту.

установка Legrin 540
с верхним подводом рабочих модулей врача

Поворотный гидроблок

Три предварительно программируемых рабочих положений кресла

Вращающаяся консоль ассистента с дополнительным пультом управления и гнездами для аспирационных инструментов

Врачебный инструментальный блок с верхним подводом рабочих модулей, система пневматической фиксации блока, выносной пульт управления, поворотный столик для инструментов

Просто позвоните нам! Отличная цена!

SDS SUMMIT DENTAL SYSTEMS

стоматологическая установка
SDS 1750 PBV
в комплекте с вакуумным аспиратором Mono-Jet

НОВИНКА!

График выставок с участием компании «Корал»

Дата	Место проведения	Название выставки/устроитель
12-15 февраля	Москва	«Дентал-Ревю 2008» (Крокус-Экспо), Дентал-Экспо, МЗСР РФ, СтАР
19-22 февраля	Красноярск	«Сибирский стоматологический салон. Красноярск», Дентал-Экспо, ВК «Красноярская ярмарка»
11-13 марта	Челябинск	«Уралстоматология», ВЦ «Восточные ворота», INEP, УЗАО, НИИМС, ЧОООАС
18-21 марта	Кемерово	«Мединтек», МЗСР РФ, Адм. КО, КВК «Экспо-Сибирь»
19-21 марта	Воронеж	«Стоматология», ООО «ВЦ Вета», ТПП ВО, ГУЗ АВО, СтАР
25-27 марта	Волгоград	«Стоматология», Нижневолжский стоматологический форум, ВЦ «Волгоград-Экспо»
27-29 марта	Ставрополь	«Стоматология Ставрополя», МЗ СК, АССК, СтГМА, ВЦ «Прогресс»
22-25 апреля	Москва	«Стоматологический салон 2008», Дентал-Экспо, МЗСР РФ, СтАР, Крокус-Экспо
24-27 апреля	Ташкент (Узбекистан)	"Dental Exhibition", "Stomatology 2008", ITE Uz
14-17 мая	Алматы (Казахстан)	"KIDE 2008", КСА, РНКЦ Стоматология, Дентал-Экспо
20-22 мая	Санкт-Петербург	«Стоматология Санкт-Петербург», ITE-Примэкспо
20-23 мая	Новосибирск	«Сибдент 2008», ВО «Сибирская ярмарка», МА СС, МА ЗС, МН, АНО, РАМН, АСДГ, НТПП
21-23 мая	Краснодар	«Дентима 2008», выставка, симпозиум, Краснодар-Экспо, СтАР, ККООС, КГМУ, КЗТ
май	Омск	«Новые технологии в стоматологии», выставка, симпозиум
27-29 мая	Казань	«Стоматология Татарстана 2008», выставка, симпозиум, конгресс, МЗ РТ, СтАР, ТПП РТ
июнь	Санкт-Петербург	«Стоматологический салон Санкт-Петербург», Норд-Экспо, Дентал-Экспо

КОРАЛ ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР
ООО «Дистрибьюторский и технический центр "Корал"»,
191119, Санкт-Петербург, Звенигородская ул., 2/44-9,
тел./факс: (812) 712-43-04, 327-21-77, (495) 737-09-33
www.coralspb.ru



28–29 АПРЕЛЯ 2008 ГОДА, МОСКВА
КОМПАНИЯ ШТРАУМАНН ПРЕДСТАВЛЯЕТ:
проф. **НИКЛАУС ЛАНГ** и д-р **РОНАЛЬД ЮНГ**

ОТ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ДО УСТАНОВКИ РЕСТАВРАЦИИ НА ИМПЛАНТАТЕ: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ И СРОКИ



НИКЛАУС ЛАНГ. Доктор медицинских наук, профессор университета Берна, декан стоматологического факультета с 1980 г.; главный редактор журнала "Clinical Oral Implants Research"; ответственный редактор "Journal of Clinical Periodontology". Научные интересы: микробиология ротовой полости, профилактика, эпидемиология, патогенез и лечение болезней пародонта, клинические исследования, диагностические процедуры и оценка риска, биология зубных имплантатов.



РОНАЛЬД ЮНГ. Заместитель заведующего кафедрой фиксированного и съемного протезирования и изучения стоматологических материалов университета Цюриха. Доктор Юнг является членом нескольких ассоциаций и автором многочисленных публикаций по работе с мягкими и твердыми тканями и по созданию условий для имплантации.

Организатор:	ООО «Медтек Имплант»
Место проведения:	гостиница Ренессанс, Москва, зал «Театр»
Официальный язык:	английский (с синхронным переводом на русский язык)
Регистрация на симпозиум:	(495) 434 3379 / 433 2534 / 786 6559 e-mail: nadia.kozeleva@straumann.ru , web: www.straumann.ru
Бронирование отеля:	(495) 739 0758, «Турэкспо сервис», e-mail: popov@tour-expo.ru , web: www.tour-expo.ru
Стоимость:	до 1 апреля — 10 000 рублей с 1–27 апреля — 14 000 рублей регистрация на месте — 16 000 рублей

ЗНАКОМЬТЕСЬ — ПРОФЕССИОНАЛ!



**Батюков
Николай Михайлович**

• зав. кафедрой терапевтической стоматологии Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования (СПБИНСТОМ), врач высшей категории, к.м.н., автор более 70 научных работ и 6 изобретений

Николай Михайлович окончил в 1985 году стоматологический факультет Свердловского государственного медицинского института (ныне — УрГМА). После окончания работал врачом-стоматологом-терапевтом в городской поликлинике.

В 1987–1989 гг. призывался на военную службу в качестве врача-стоматолога батальона.

В 1993–1996 гг. прошел обучение в очной аспирантуре на кафедре терапевтической стоматологии УрГМА. После успешной защиты кандидатской диссертации работал ассистентом на той же кафедре.

С 2004 г. работает в Группе компаний МЕДИ, возглавляет кафедру терапевтической стоматологии СПБИНСТОМ. Осуществляет профессиональную переподготовку и повышение квалификации по терапевтической стоматологии, читает краткосрочные курсы по актуальным вопросам терапевтической стоматологии; активно проводит научные исследования, в том числе и по теме докторской диссертации.

Корр.: Николай Михайлович, давайте начнем с вопроса о выборе жизненного пути и Вашем профессиональном становлении?

— Мое детство прошло на Урале. И сколько помню себя ребенком — всегда мечтал только о медицине. Мама работала фельдшером, любила свою профессию самозабвенно — ее увлеченность передавалась мне; впрочем она и не скрывала, что мечтает видеть сына врачом, и всячески поддерживала мой растущий интерес к медицине. Я рано стал читать о врачебной профессии, особенно запомнились книги академиков Амосова и Углова. А вообще, любовь к чтению привил мне отец, который не был медиком, но отличался разносторонними интересами и всегда очень много читал. Ему же я обязан навыкам к системности и последовательности в де-

лах, стремлению доводить все начатое до завершения.

Вот с такой «наследственностью», за которую я бесконечно признателен родителям, я поступил на стоматологический факультет Свердловского государственного медицинского института (ныне — УрГМА). И, положив руку на сердце, скажу, что никогда не жалел о своем выборе, ни разу не усомнился в его правильности.

Корр.: Николай Михайлович, а как произошел выбор специальности?

— Студента Николая Батюкова в стоматологии интересовало все — я был не из тех, кто с первого курса нацелен на узкую специализацию. Поэтому увлеченно занимался на всех стоматологических кафедрах, много читал по всем разделам знаний нашей замечательной науки и про-

фессии. Постепенно, как-то само собой, определился со специализацией по терапевтической стоматологии. Работать стал в городской поликлинике. Мой первый главный врач Тамара Борисовна Чашина — замечательный руководитель, специалист и наставник. Как важно для молодого начинающего врача оказаться рядом с таким профессионалом, когда формируются основы мастерства, умение общаться с пациентом, взаимодействовать с коллегами! И по сей день я благодарен ей, тем более что она всегда поддерживала меня в стремлении к профессиональному росту, в том числе и занятиям наукой.

Корр.: Николай Михайлович, как Вы полагаете, стремление к научным исследованиям — это обязательная черта профессионала?

— Обязателен уровень знаний, соответствующий последним достижениям науки. Но, думаю, со мной согласятся многие профессионалы, наступает такой период в деятельности специалиста, достигшего определенных профессиональных высот, когда хочется самому исследовать интересную проблему, открыть что-то новое, сказать свое слово в стоматологической науке. Во всяком случае, такой момент наступил в моей жизни, когда я уже отслужил в армии стоматологом батальона и несколько лет проработал в городской поликлинике. Обратился за консультативной помощью на родной факультет, к Галине Ивановне Ронь. Встречен был доброжелательно, сразу получил зада-

чу преподавать свой предмет студентам и курсантам ФУВ, одновременно продолжал заниматься научными исследованиями и, конечно же, терапевтической практикой. Работал в хорошо оснащенной клинике, много и с интересом.

Корр.: Николай Михайлович, по законам художественной классики здесь можно завершать повествование, поскольку главный герой состоялся как исследователь, врач и педагог и полностью удовлетворен своей интересной, творческой работой. Но почему-то произошла радикальная перемена места работы и жительства?

— Ну что же, в жизни сегодня (кстати, как и в науке) на смену классическим моделям пришли неклассические и даже постнеклассические. Это к слову. О МЕДИ я впервые узнал от коллеги по УрГМА — профессора Ларисы Петровны Кисельниковой. По ее восторженным отзывам понял, что эта Компания — одна из вершин современной стоматологии. Естественно, возник здоровый профессиональный интерес. И вот весной 2004 года получаю неожиданное предложение возглавить кафедру терапевтической стоматологии Санкт-Петербургского Института Стоматологии от Ларисы Петровны, которая в то время была его ректором. После конструктивной и доброжелательной встречи с руководителем МЕДИ, Тамазом Шалвовичем Мchedлидзе и Мариной Константиновной Касумовой, я принял решение о переезде в северную столицу.



Корр.: Ваши первые впечатления о Группе компаний МЕДИ?

— Скажу честно, я испытал профессиональный шок. Прежде всего — как врач-стоматолог. При знакомстве с клиниками поражает техническое оснащение, а система организации работы — просто потрясающая! С одной стороны, все делается так, как и должно быть, как требует современная стоматологическая наука, но при этом такого нет нигде, это точно. Какие-то отдельные совпадения и сходство, конечно, есть, но в целом такой четкой, идеально функционирующей системы, как в МЕДИ, нет. Впечатляет высочайший профессионализм сотрудников, при этом стремление постоянно совершенствоваться чувствуется и прослеживается во всем. Постоянно учатся врачи, ассистенты и администраторы, причем систематически и

планово, что и дает столь ощутимый результат. Придя в МЕДИ достаточно опытным врачом, я тоже включился в процесс обучения навыкам работы в команде при проведении комплексного лечения пациентов в соответствии с самым высоким уровнем требований. При этом радует отзывчивость коллег, готовность помочь и поделиться опытом. Одним словом, есть все возможности овладеть и пользоваться лучшими из самых современных технологий.

Корр.: А какими впечатлениями поделился Вас Институт?

— На момент моего прихода Институт работал уже несколько лет, и я как преподаватель был поражен прекрасной учебной базой. При этом техническая оснащенность постоянно продолжает улучшаться. Современное мультимедийное оборудование дает возможность использовать презентации любой степени сложности. Фантомным классам может позавидовать любое учебное заведение. Новейшие стоматологические установки и манекены позволяют достоверно имитировать работу врача в

и машинные технологии и современные инструменты в эндодонтии, применение коффердама в терапевтической стоматологии, современные технологии отбеливания зубов, вопросы эстетической стоматологии. Все подробности — в журнале «Институт Стоматологии» и на сайте СПбИНСТОМ в Интернете.

Корр.: Николай Михайлович, хотелось бы услышать от Вас и о научной базе МЕДИ?

— Условия для занятий научно-исследовательской работой здесь самые благоприятные. В клиниках постоянно используются новейшие технологии, результаты применения которых можно оценивать на основании огромной базы данных. Цифровые рентгенограммы всех пациентов, истории болезни за многие годы с полным описанием проведенного лечения — это ценнейшая и уникальнейшая информация для проведения научного анализа (следует отметить, что вся документация содержится в образцовом порядке). В клиниках МЕДИ используются дентальная компьютерная томография, лазер, микроскоп и еще це-

лечения, используемых в соответствии с разработанными алгоритмами и стандартами процесса лечения, позволяет повысить терапевтическую эффективность. В свою очередь, научное обоснование использования определенных технологий поможет стоматологам разобраться в огромном разнообразии предложений рынка и сделать оптимальный выбор в закупках материалов и оборудования для оказания качественной помощи пациентам.

Корр.: Уверен, Николай Михайлович, что Вы убедите в актуальности своего исследования диссертационный совет так же, как, думаю, убедили наших читателей. А мой заключительный вопрос будет касаться хорошей физической формы, столь необходимой для продуктивной многогранной деятельности врача, педагога и ученого. Николай Михайлович, с удовольствием делаю Вам комплимент: Вы всегда подтянуты, стройны, внешне спокойны, но полны внутренней энергии. Как удается поддерживать спортивную форму, работоспособность? Чем увлекаетесь в свободное время?



условиях клинического приема, тем более что для отработки мануальных навыков чаще используются естественные удаленные зубы, закрепленные в манекене с максимальным соответствием реальности. При эндодонтических манипуляциях на манекене применяется коффердам. Имеется возможность делать рентгенограммы зуба на различных этапах учебного «лечения». Слушателям предоставляется возможность поработать пятью-шестью основными видами систем самых современных, наиболее часто используемых эндодонтических инструментов, что очень важно и в плане формирования объективного мнения о достоинствах каждой системы.

Корр.: Николай Михайлович, у заинтересованных читателей наверняка возникнет закономерный вопрос: какие же курсы можно пройти у Вас на этой прекрасной, суперсовременной базе?

— Помимо фундаментальных циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации по терапевтической стоматологии, наша кафедра проводит занятия по 8 краткосрочным курсам по самым актуальным проблемам нашей специальности. Здесь и реставрация зубов с использованием современных пломбировочных материалов, эффективные ручные

и ряд самых новейших и эффективных методик. Меня это особенно радует, так как научные интересы традиционно входят в области эндодонтии.

Корр.: Пожалуйста, подробнее о проблемах Вашего исследования по докторской диссертации.

— В докторской диссертации выполняется несколько задач. Важнейшие из них — проведение сравнительной оценки информативности дентальной компьютерной томографии; создание алгоритма ее применения для диагностики осложнений кариеса зубов и планирования оптимальных методов эндодонтического лечения в различных клинических ситуациях; оценка эффективности применения стоматологического микроскопа для решения задач эндодонтической практики на основе анализа данных многолетнего использования этой технологии; обоснование необходимости приоритетного использования методов высококонусного препарирования корневых каналов машинными никель-титановыми инструментами с последующим их пломбированием вертикальной конденсацией разогретой гуттаперчи. Уже очевидны важные для клинической практики выводы, что комплексное использование определенных групп технологий эндодонтического

— Спортивную конституцию я унаследовал от отца, а форму — долгие годы поддерживал ежедневными пробежками. (Всегда любил бег — от него получаешь и физическое, и психологическое наслаждение.) Сейчас перешел на утренние прогулки. Встаю традиционно рано, и прогулка с собакой дает хороший заряд бодрости на весь трудовой день. Питание — обычное по набору блюд, ем часто, но понемногу. Все свободное время, которого, к сожалению, мало, посвящаю в основном двум любимым занятиям: общению с сыном-семиклассником и чтению. Читаю всю сознательную жизнь, много и с превеликим удовольствием. Мои устойчивые интересы — история, география, природа. Любимые журналы — «Вокруг света», «Всемирный следопыт», «Geo». Художественную литературу читаю в зависимости от настроения: это может быть серьезная классика, а может — детектив или беллетристика легкого жанра.

Корр.: Николай Михайлович, спасибо за открытый содержательный диалог. Позвольте пожелать Вам успехов в Вашей многогранной деятельности и семейной жизни.

(Беседу вел Анатолий Иванов.)



Приглашает к сотрудничеству стоматологические клиники, частные стоматологические кабинеты, зуботехнические лаборатории Санкт-Петербурга, области и других регионов России.

CAD/CAM центр

- изготовление индивидуальных абатментов
- проводит сканирование и компьютерное моделирование (сканер и программное обеспечение Procera® Forte) конструкций на уровне имплантатов, абатментов, опорных зубов
- используемый материал: диоксид циркония, оксид алюминия, титан

Зуботехническая лаборатория

- металлокерамика
- безметалловая керамика (вкладки, виниры, коронки)
- съемные протезы (пластиночные и бюгельные)
- комбинированные конструкции любой сложности
- работы на драгметаллах

Бесплатная доставка по Санкт-Петербургу



Наш адрес:
195176, Санкт-Петербург,
пр. Металлистов, 58
тел./факс: (812) 321-62-01;
e-mail: toothadm@medi.spb.ru

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛИМФАНГИОМОЙ ЛИЦА И ШЕИ



В.С.Агапов

• д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, МГМСУ, академик РАЕН



В.Н.Царев

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, МГМСУ

И.И.Гришкина

• к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФПКС, МГМСУ

Лимфангиома — доброкачественное образование из лимфатических сосудов, являющееся пороком развития лимфатической системы. Проблема лимфангиом челюстно-лицевой области является актуальной в связи со своеобразием клинической картины и патоморфологии, а также сложностью диагностики и лечения лимфангиом.

По данным разных авторов, частота встречаемости лимфангиом среди сосудистых новообразований составляет от 1,3 до 10,6% [1, 4, 15]. В 61-80% лимфангиома является врожденной и проявляется в первые годы жизни, медленно увеличиваясь. Активный рост лимфангиомы наблюдается во время интенсивной гормональной перестройки организма: детский возраст, период полового созревания и беременность [7].

Формирование лимфангиомы во внутриутробном периоде как порока развития подтверждает наличие у таких больных других аномалий: врожденной расщелины губы и неба, болезни Дауна, пролапса митрального клапана, удвоения почки, нарушения свертывающей системы крови, гемангиомы, врожденной катаракты, нижней макродантии, отсутствия зачатков постоянных зубов, гипоплазии эмали зубов, нарушения речи центральной этиологии, синдрома Бехчета [6]. Нередко у больных с лимфангиомами наблюдаются нарушения иммунной системы, забо-

левания желудочно-кишечного тракта, такие, как гастрит, колит, язвенная болезнь. У ряда больных с лимфангиомами челюстно-лицевой области выявлен системный лимфангиоматоз кишечника, брыжейки, средостения [10, 11].

Одной из особенностей лимфангиом является их способность воспаляться [6], а также склонность к повторам воспаления, исходом которых становится фиброматоз пораженного органа [4]. Воспалению лимфангиомы способствует переохлаждение, инфекции верхних дыхательных путей (например, хронический тонзиллит, наличие в организме хронических воспалительных очагов, в том числе и в полости рта). Однако, по данным наблюдений [10], в ряде случаев лимфангиомы воспаляются без видимой причины. Остается неизученным вопрос этиологии воспаления тканей лимфангиомы: является ли оно асептическим, бактериальным или вирусным. Нельзя исключить ни одного из этих вариантов, т.к. бактерии и вирусы могут заноситься током лимфы или крови, тем более, что лимфоидная ткань активно участвует в воспалительном процессе. При воспалении

относится к лимфатическому бассейну головы и верхних конечностей. Отмечается, что лимфангиомы встречаются особенно часто соответственно зонам сращения зародышевых отростков на волосистой части головы, на лице, шее, языке и слизистой оболочке полости рта, а также в области естественных отверстий лица и тканей щеки. Локализуясь на шее, лимфангиома нередко распространяется в сторону дна полости рта [12], в средостение. Ряд авторов [6, 13] отмечает локализацию лимфангиомы в области орбиты, у височно-нижнечелюстного сустава [9]. Описан случай внутрикостной лимфангиомы нижней челюсти с явлениями остеопороза [14].

Располагаясь на лице, шее, в полости рта, лимфангиома вызывает функциональные и эстетические нарушения, что связано со сложностью анатомического строения челюстно-лицевой области [4].

Актуальность нашей работы связана с выявлением этиологических факторов воспаления лимфангиом, изучения характера и направленности иммунных нарушений при данной патологии

в стадии ремиссии с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Для уточнения локализации и распространения лимфангиомы пациентам проводили ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию.

Капиллярно-кавернозная и кавернозная лимфангиома проявлялись в виде увеличения мягких тканей в объеме, без четких границ, переходящего в здоровые ткани. Отмечали сглаженность носогубной складки, опущение угла рта. Кожа в цвете не изменена. Вследствие поражения тканей на всю толщину на слизистой оболочке полости рта наблюдали прозрачные пузырьки диаметром 0,2-0,3 см, заполненные лимфой и сгруппированные в участки площадью 1,5-3,0 см². В наших наблюдениях кавернозные и капиллярно-кавернозные лимфангиомы располагались изолированно в области верхней и нижней губ, щечной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной областях. У 1 пациента наблюдали сочетанное поражение данных областей (рис. 1). При проведении магнитно-резонансной томографии выявлено диффузное поражение лимфангиомой окружающих тканей (рис. 2).

При локализации лимфангиомы в околоушно-жевательной области она располагалась под кожей, под фасцией и в толще околоушной слюнной железы. В последнем случае образование достигало значительных размеров, т.к. не сразу было замечено пациентом.

При кавернозной лимфангиоме языка также наблюдались пузырьковые высыпания. В случае ограниченной лимфангиомы они были сгруппированы и возвышались над поверхностью языка (рис. 3, 4). При диффузной лимфангиоме высыпания рассеяны по всей поверхности языка, распространяясь на слизистую оболочку подъязычной области. Диффузная капиллярно-кавернозная лимфангиома языка сочеталась с обширным поражением дна полости рта (рис. 5).

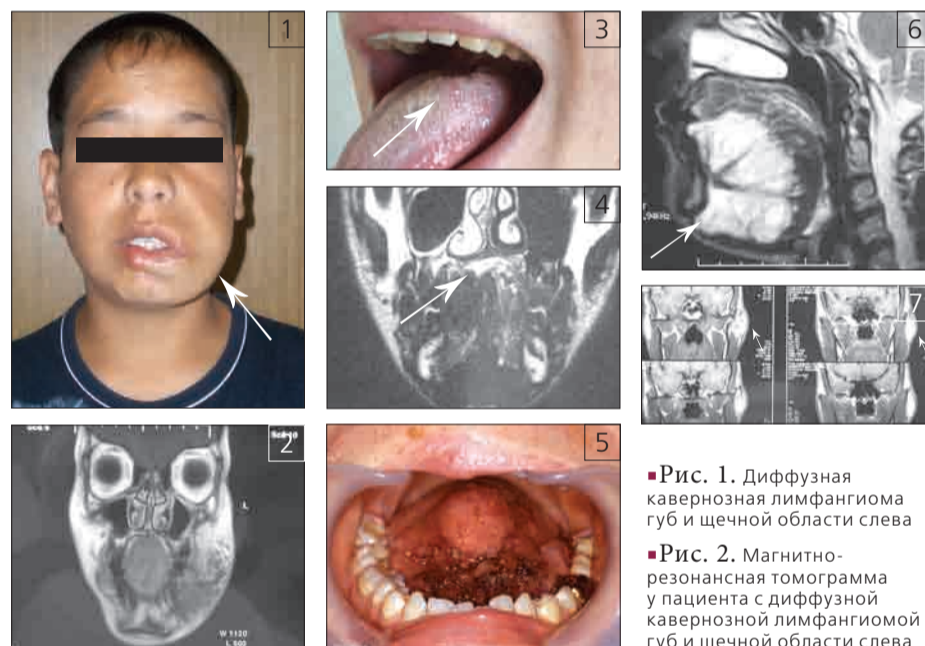
Магнитно-резонансная томография показывает распространение лимфангиомы в межмышечные пространства (рис. 6).

Кистозная лимфангиома представляет собой ограниченное образование мягкой эластической консистенции, покрытое неизменной кожей, не спаянное с окружающими тканями, определяется симптомом флюктуации. При пункции в шприц поступает желтоватая, вязкая жидкость. Пациент отмечает медленный рост образования или появление и резкое увеличение при воспалении.

В нашей работе мы наблюдали больных с кистозной формой лимфангиомы околоушно-жевательной (рис. 7), поднижнечелюстной областей, дна полости рта (рис. 8, 9), боковой поверхности шеи (рис. 10).

Воспаление лимфангиомы клинически сопровождается увеличением образования в объеме, уплотнением, повышением температуры тела. Пузырьки на слизистой оболочке полости рта наполняются сукровичным содержимым. При воспалении лимфангиомы происходят изменения в иммунной системе. В литературе эти изменения описаны у детей [6]: лейкоцитоз, повышение количества Т-лимфоцитов-супрессоров, снижение количества эозинофилов, повышение фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови. Систематизированных данных об изменениях иммунной системы у взрослых больных с лимфангиомами в литературе не встречается.

При обследовании группы больных, у которых лимфангиомы челюстно-лицевой области никогда не воспалялись, значительных отклонений таких показателей иммунного статуса, как содержание лимфоцитов, различных видов иммуноглобулинов не выявлено. При иммуноферментном анализе сыворотки крови наблюдается небольшое повышение титра иммуноглобулина G к вирусам простого герпеса (1:6400, норма — 1:100) и цитомегаловируса (1:200, норма — 1:100). В одном случае резко повышено содержание антител к ядерному ан-



■Рис. 1. Диффузная кавернозная лимфангиома губ и щечной области слева

■Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма у пациента с диффузной кавернозной лимфангиомой губ и щечной области слева

■Рис. 3. Ограниченная кавернозная лимфангиома языка

■Рис. 4. Магнитно-резонансная томограмма у пациента с ограниченной кавернозной лимфангиомой языка

■Рис. 5. Диффузная капиллярно-кавернозная лимфангиома дна полости рта и языка

■Рис. 6. Магнитно-резонансная томограмма у пациентки с диффузной капиллярно-кавернозной лимфангиомой дна полости рта и языка

■Рис. 7. Магнитно-резонансная томограмма у пациента с диффузной кистозной лимфангиомой околоушно-жевательной области

гии и разработкой обоснованных с точки зрения этиологии и патогенеза схем лечения.

В процессе работы нами было обследовано 30 больных с лимфангиомами челюстно-лицевой области, разделенных на 3 группы. В первую группу вошли пациенты, не имеющие в анамнезе воспаления лимфангиомы, во вторую — пациенты с воспалением лимфангиомы, в третью — пациенты с лимфангиомой в периоде ремиссии.

Нами изучались особенности клинической картины лимфангиом и их взаимосвязь с иммунологическими показателями, изменения этих показателей при воспалении новообразования и в стадии ремиссии, выявление содержания антимикробных антител в периферической крови (иммуноферментный анализ), определение бактериальной обсемененности тканей лимфангиомы при воспалении, вне воспаления и

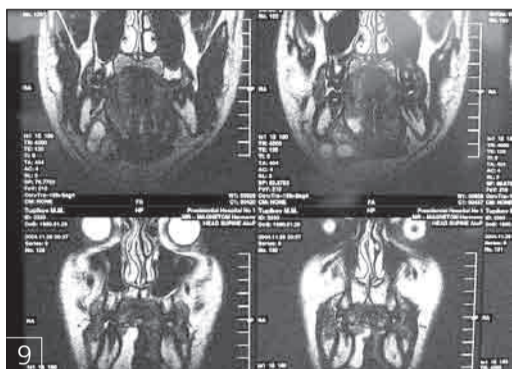
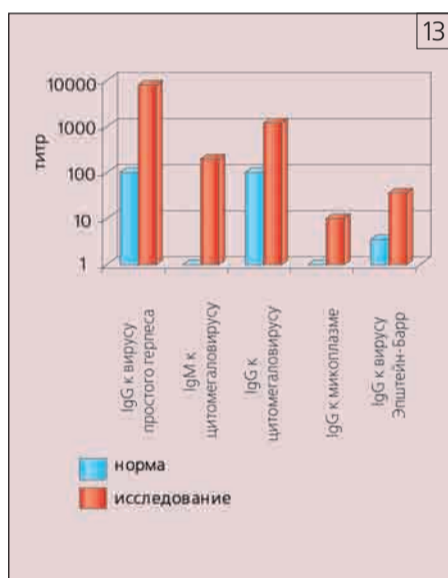
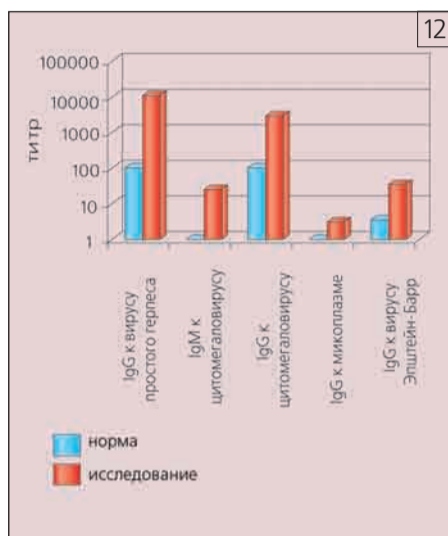
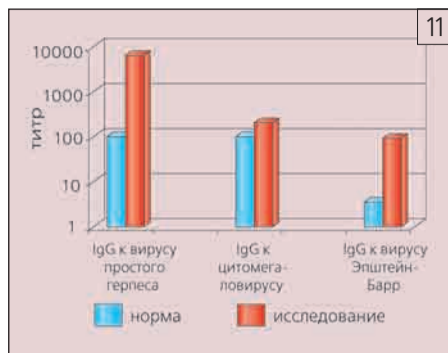
лимфангиомы больному назначается противовоспалительная терапия по общепринятой схеме: антибактериальные, обезболивающие, десенсибилизирующие, симптоматические препараты [2, 3, 4, 5, 8, 10, 15].

Различают следующие формы лимфангиом [6]:

- 1) По гистологическому строению:
 - 1) капиллярная;
 - 2) кавернозная;
 - 3) кистозная;
 - 4) смешанная — капиллярно-кавернозная и кистозно-кавернозная.
- 2) По степени роста:
 - 1) поверхностная (ограниченная, распространенная);
 - 2) глубокая (диффузная).
- 3) По локализации (с учетом изолированных анатомических областей):
 - 1) области лица;
 - 2) полость рта (язык);
 - 3) области шеи.

Мы в своих наблюдениях выделяем также гемлимфангиому. Отмечено, что капиллярная лимфангиома в изолированной форме встречается крайне редко [10]. Мы в процессе нашей работы также с ней практически не сталкивались.

Клиническая картина лимфангиомы зависит от ее вида, размера, локализации, наличия воспалительного процесса. Лимфангиомы могут располагаться в любых частях тела и во внутренних органах [11]: средостении, миокарде, тонком и толстом кишечнике, брыжейке, печени, клапанах сердца. Но около 75% случаев



- Рис. 8. Обширная кистозная лимфангиома дна полости рта справа
- Рис. 9. Магнитно-резонансная томограмма у пациента с обширной кистозной лимфангиомой дна полости рта справа
- Рис. 10. Кистозная лимфангиома боковой поверхности шеи справа
- Рис. 11. Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови у больных с лимфангиомами вне воспаления
- Рис. 12. Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови у больных с лимфангиомами в стадии ремиссии
- Рис. 13. Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови у больных с лимфангиомами в стадии воспаления/ремиссии

тигену вируса Эпштейн-Барр: более 90 (при норме до 3,5 единиц) (рис. 11).

При обследовании группы больных с лимфангиомами челюстно-лицевой области в стадии ремиссии также не выявлено значительных отклонений содержания лимфоцитов и различных видов иммуноглобулинов в крови. Однако при иммуноферментном анализе сыворотки крови обнаружен значительно повышенный уровень антител к ряду вирусов, особенно — простого герпеса: титр иммуноглобулина G к вирусу простого герпеса — от 1:6400 до 1:25600 (при норме менее 1:100). Титр Ig M к цитомегаловирусу — 1:200, в норме данный вид иммуноглобулинов присутствовать в сыворотке крови не должен. Титр Ig G к цитомегаловирусу — от 1:400 до 1:12800, норма — менее 1:100. В трех случаях наблюдали значительное повышение содержания в сыворотке крови Ig G к ядерному антигену вируса Эпштейн-Барр: до 78 (при норме до 3,5 единиц) (рис. 12). Данные показатели свидетельствуют о снижении иммунитета.

При обследовании группы больных с лимфангиомами в стадии воспаления количество лимфоцитов на нижней границе нормы или снижено. Возможно, это связано со снижением иммунной реактивности при наличии хронических очагов воспаления в организме и неоднократным воспалением лимфангиомы. Иммуноферментный анализ сыворотки крови

показал повышение уровня иммуноглобулинов к различным вирусам, а также Ig G к микроплазме — 1:10 (при норме 1:5) (рис. 13).

В пункте лимфангиом в стадии воспаления методом полимеразно-цепной реакции выявлены микробы группы пародонтопатогенов (*Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium nucleatum*).

Таким образом, у больных с лимфангиомами как в стадии воспаления, так и в стадии ремиссии, а также у больных с лимфангиомами, которые никогда не воспалялись, выявлены достоверные иммунологические изменения. Такие пациенты нуждаются в комплексном обследовании и лечении. Применение антибиотиков в период воспаления лимфангиом обосновано с точки зрения этиологии. Подбор антибиотика осуществляется в кратчайшие сроки (через 2-3 часа) с момента обращения путем выявления возбудителя с помощью полимеразно-цепной реакции. В период ремиссии с целью его удлинения у больных с лимфангиомой, по нашему мнению, целесообразно применение иммуномодулятора под контролем иммунограммы. Магнитно-резонансная томография позволяет оценить величину и распространенность образования и определить объем хирургического вмешательства.

(Список литературы находится в редакции.)



28–29 АПРЕЛЯ 2008 ГОДА, МОСКВА
КОМПАНИЯ ШТРАУМАНН ПРЕДСТАВЛЯЕТ:

проф. **НИКЛАУС ЛАНГ** и д-р **РОНАЛЬД ЮНГ**

ПРОГРАММА

28 апреля	Время	Тема
	09:00-10:30	Десять золотых правил лечения пациентов с заболеваниями пародонта
	10:30-11:00	Перерыв на кофе
	11:00-12:30	Достижение качественного результата при ведении пародонтологических пациентов
	12:30-14:00	Перерыв на обед
	14:00-15:00	Использование научно обоснованного подхода при планировании лечения
	15:00-15:30	Перерыв на кофе
	15:30-16:30	Новые концепции в остеointegrации: факты и вымыслы
	16:30-17:30	Морфогенез мягких тканей и формирование слизистого барьера
	17:30-18:00	Дискуссия

Никлаус Ланг

Д.м.н., профессор университета Берна, декан стоматологического факультета с 1980 г.; главный редактор журнала "Clinical Oral Implants Research"; ответственный редактор "Journal of Clinical Periodontology".

29 апреля	Время	Тема
	09:10-9:30	Введение, оценка риска в эстетически значимой зоне
	9:30-10:00	Ведение лунок после удаления зубов
	10:00-10:30	Выбор сроков для имплантации
	10:30-11:00	Перерыв на кофе
	11:00-11:30	Предоперационная подготовка мягких тканей
	11:30-12:00	Концепции костной регенерации
	12:00-12:30	Презентация клинических случаев
	12:30-14:00	Перерыв на обед
	14:00-14:30	Соединение имплантата и абатмента; моделирование мягких тканей
	14:30-15:00	Временные реставрации на имплантатах
	15:00-15:30	Выбор абатментов
	15:30-16:00	Перерыв на кофе
	16:00-16:30	Варианты выбора при протезировании на имплантатах
	16:30-17:30	Какова ценность зуба?
	17:30-18:00	Дискуссия

ООО «МЕДТЕК Имплант»

119526, Россия, Москва, пр. Вернадского, д. 103, корп. 1, оф. 29
тел./факс: +7 (095) 433-25-34, 434-33-79, 786-65-59 • e-mail: medtech-implant@straumann.ru

ОЦЕНКА АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

И.В.Струев

• к.м.н., ассистент кафедры
ортопедической стоматологии,
ОмГМА

В.М.Семенюк

• д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ,
зав. кафедрой ортопедической
стоматологии, ОмГМА

В.Е.Высокогорский

• д.м.н., профессор,
зав. кафедрой биохимии с курсом
клинической биохимии
и лабораторной диагностики,
ОмГМА

Актуальность проблемы разработки диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при реабилитации опиоидзависимых пациентов со стоматологической патологией обусловлена ростом числа наркозависимых субъектов в обществе [8]. Опиоидная наркомания вызывает патологические структурно-метаболические и функциональные изменения практически со стороны всех органов и систем в организме наркотизирующегося больного [4], в том числе и в полости рта [1, 2, 3].

Специфичность личностных, интеллектуальных и аффективных особенностей у опиоидзависимых лиц требует от врача-стоматолога особого внимания при про-

ведении стоматологических манипуляций у таких больных [7]. Особого внимания заслуживает психоэмоциональная сфера пациентов, так как именно она нередко определяет исход всего лечения [5]. Нами проанализировано более 20 различных психологических тестов [6]. Наиболее рациональной для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги у опийных наркоманов (ОН) в условиях амбулаторной стоматологической практики признана госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [10]. Основными ее преимуществами являются простота применения и обработки результатов. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух видов расстройств: тревоги и депрессии, апробирована авторами на большом количестве пациентов амбулаторий. Проведена проверка шкалы на внутреннюю консистентность и дискриминантную валидность. По нашему мнению, использование шкалы HADS на амбулаторном приеме в стоматологической практике не требует проведения дополнительных мероприятий по ее адаптации.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ

явилось изучение психологических проявлений депрессии и тревоги у ОН на стоматологическом приеме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовали группу ОН, состоящую из 54 человек, обратившихся в психиатрические и

наркологические ЛПУ г. Омска и г. Кургана (1998-2004 г.г.) по поводу наркотической зависимости. При оформлении направлений на различные виды стандартных дополнительных исследований больным было предложено пройти осмотр у стоматолога в смотровом кабинете. От посещения данного специалиста под различными предлогами уклонились 24

Таблица 1. Психологические проявления депрессии и тревоги у опийных наркоманов (ОН) и в контрольной группе по данным госпитальной шкалы депрессии и тревоги HADS (M±m)

Группы	Депрессия	Тревога
Группа 1 (ОН), n=30	9,1±1,1* субклинически выраженная депрессия	11,9±1,5* клинически выраженная тревога
Группа 2 (контроль), n=28	4,1±1,9 норма	7,8±1,1 субклинически выраженная тревога

* — p<0,05 по сравнению с контрольной группой

человека (44,4%). Таким образом, основную группу обследуемых составили 30 пациентов с зависимостью от опиоидов (1-я группа). Их возраст колебался в пределах 18-25 лет (среднее значение — 19,4±3,3 лет); соотношение мужчин и женщин составило 2:1. В качестве объекта аддитивной реализации выступал героин (66,7%) и ацелированный опий, известный под жаргонным названием "ханка" (33,3%). Стаж наркотизации — от 1 до 4 лет, тип употребления — эпизодически-постоянный. Уровень социального снижения — средний.

Контрольную группу обследуемых составили 28 обычных пациентов ГКСП №1 г. Омска, включенных в исследование методом случайного выбора и рандомизированные с основной группой по поло-возрастным характеристикам (2-я группа). Всем обследуемым перед посещением стоматологического кабинета было предложено самостоятельно заполнить шкалу HADS по методике [9].

Оценивали достоверность межгрупповых различий средних значений с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости p<0,05.

Результаты тестирования представлены в таблице.

Установлено, что у ОН перед стоматологическим осмотром достоверно больше выраженная тревожная и депрессивная симптоматика по сравнению с контрольной группой. Преобладание тревожного фона над депрессивным можно отнести к следствию постоянного пребывания в стрессовой ситуации, обусловленной наркотизацией.

Для профилактики тревожного компонента аффективной сферы больного в клинической практике проводили премедикацию. Хорошо зарекомендовал себя препарат "Атаракс" (гидроксизин) по 25 мг перорально за 30-40 минут до медицинского вмешательства (желательно до визита к стоматологу проводить недельный курс лечения: по 25 мг 3 раза в день; мы применяли его непосредственно перед врачом приемом — с хорошими результатами).

(Список литературы находится в редакции.)

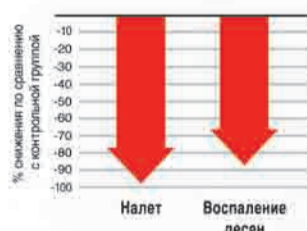
44 клинических исследования, более 100 публикаций,
включающих 58 стендовых докладов и 56 научных статей¹...

Все свидетельствуют об одном ...

Только триклозан, основной активный ингредиент Colgate® Total® 12, позволяет эффективно бороться с воспалением десен, действуя одновременно в двух важных направлениях²⁻⁵

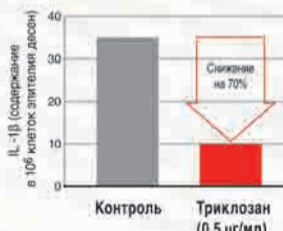
- Обеспечивает 12-часовое антибактериальное действие — помогает предотвратить образование зубного налета, причину возникновения гингивита¹

Уменьшение количества зубного налета на 98%;
уменьшение гингивита на 88%



- Ингибирует выработку медиаторов, вызывающих воспаление десен^{1*}

Снижение активности IL-1β,
ключевого медиатора, на 70%³⁻⁵ !!



Уникальная формула, содержащая триклозан и сополимер, обеспечивает двойное действие: антибактериальное и противовоспалительное. Ни одна другая зубная паста не защищает так, как Colgate® Total® 12.

12-часовая антибактериальная *плюс* противовоспалительная защита

* гингивит

¹ по сравнению с обычной пастой, содержащей соединения фтора

¹¹ тест in vitro

¹ по данным Colgate-Palmolive Technology Center, Piscataway, N.J.: 2. Volpe AR et al. J. Clin. Dent., 1996; 7 (suppl): S. 1-S. 14.
³ Mustafa N et al. Eur. J. Oral Sci. 1998; 106: 637-643. 4. Gaffar A. et al. J. Clin. Periodontol. 1995; 22: 480-484. 5. Modéer T. et al. J. Clin. Periodontol. 1996; 23: 927-933.

© Colgate-Palmolive Company



Одобрено Стоматологической Ассоциацией России



Навигатор

!!!

10 раз мощнее ...



ZOOM!®

45-минутная
Клиническая Отбеливающая
Система Зубов

Амфодент
Санкт-Петербург
т.: (812) 373-4970, 373-5159
Москва
т.: (495) 334-4119, 334-4868
e-mail: amfodent@amfodent.ru

Геософт
Москва
т.: (495) 681-9941, 681-9046
e-mail: mail@geosoft.ru

Денталь
Москва
т.: (495) 251-4589, 251-9029
e-mail: bizcenter@mail.ru
dental-ltd@mail.ru

Чикагский Центр
Современной Стоматологии
Москва
т.: (495) 988-7652
e-mail: yatkova@chicagocentre.com

или

Представительство: Дискус Дентал Ист
Москва
т.: (495) 795-0621
www.discusdental.ru e-mail: info@discusdental.ru

DISCUS DENTAL

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПАРЕСТЕЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

“ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ” №1(2) 2008



Б.Т.Мороз

• д.м.н., профессор,
зав. кафедрой терапевтической
стоматологии №2, СПбМАПО,
главный стоматолог Санкт-
Петербурга

Б.В.Андреев

• д.м.н., профессор, кафедра
фармакологии медицинского
факультета, Санкт-Петербургский
государственный университет

Л.В.Миргородская

• к.м.н., доцент кафедры
терапевтической стоматологии
№2, СПбМАПО

И.В.Кулик

• к.м.н., ассистент кафедры
терапевтической стоматологии
№2, СПбМАПО

Е.Ю.Пономарева

• аспирант кафедры
фармакологии медицинского
факультета, СПбГУ

Парестезия — это хронически протекающее заболевание, сопровождающееся нарушением чувствительности слизистой оболочки языка и полости рта, характеризующееся как соматическая сенестопатия [24]. Распространенность этого заболевания

в общей популяции взрослых, по данным T.Tammiala-Salonen, T.Hiidenkari (1993), составляет от 5 до 18%, J.Ship (1995) — от 1,5 до 5%. Парестезия относится к наиболее распространенным заболеваниям слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста, имеющих большое количество фоновых заболеваний [1, 24]. Полиморбидность — множественность заболеваний у одного человека, формирующаяся, как правило, к 60-летнему возрасту, — одна из самых сложных проблем, с которой сталкиваются врачи при работе с больными старших возрастных групп. Взаимовлияние различных заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, нередко ухудшает жизненный прогноз.

Парестезия сопровождается рядом болезней различного характера [9, 23]. В.А.-Э.Пярни (1988), Л.Д.Гожая (2001), Л.Н.Казарина (1999, 2001) отмечали развитие симптомов парестезии на фоне патологии желудочно-кишечного тракта у 80-90% больных, несколько реже — при анемиях, на фоне климактерических расстройств, на фоне патологии сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Однако в последние годы всё больше исследователей склоняются к мысли о ведущей роли в патогенезе данного синдрома функциональных нарушений нервной системы. В.Е.Гречко и Е.А.Орлова; В.Д.Винокурова (1974); В.А.-Э.Пярни (1988), P.L.Lamey et M.A.Lewis (1989) отмечали среди причин, вызывающих парестетические нарушения, функциональные расстройства нервной системы, такие как неврозы, неврастении, астено-невротические состояния; поражения центральной и периферической нервной системы (арахно-энцефалиты, невралгии тройничного нерва, нарушения мозгового кровообращения); сосудистые расстройства (атеросклероз, гипертоническая болезнь). В.А.Карлов (1991); В.Е.Гречко (1994), М.Н.Пузин (1992, 1997); Л.Н.Казарина (2001); Л.Д.Гожая (2001); P.L.Lamey et M.A.Lewis (1989) важную роль в развитии этого нейростоматологического заболевания отводят психоэмоциональному стрессу. По общепризнанным представлениям, как эмоционально-стрессовая реакция, так и невротическое состояние связаны, главным образом,

с отрицательными эмоциями, при которых снижается функциональная активность барьера психической адаптации. Это проявляется функциональной неполноценностью процессов восприятия, поиска и переработки информации, изменения личностного отношения к получаемой информации, нарушением социально-психических контактов [7, 10]. По мнению Е.Д.Кучумовой, Т.Д.Кыткиной, Э.П.Дегтяревой и т.д. (1988), синдром парестезии следует рассматривать не изолированно, а в ряду других патологических проявлений хронического эмоционального стресса, сопровождаемого глубокой дезорганизацией деятельности головного мозга с переходом на неоптимальный режим работы. Это мнение согласуется с клиническими наблюдениями по систематизации «сопутствующей» парестезии патологии, где на первый план выступают нарушения психоэмоциональной сферы в сочетании с различными церебровисцеральными и вегето-соматическими расстройствами.

Однако по этому вопросу нет единого мнения. Так, большинство авторов сходятся во мнении, что важную роль в развитии парестезии играют психологические особенности больного. По мнению Н.В.Гришиной (1999), M.Grosky и Silverman (1991); J.B.Epstein, J.N.Marcoc (1994), эмоциональные изменения (особенно тревога и депрессия), изменение личностных характеристик при данном заболевании выражены в такой степени, что патологию можно рассматривать как психогенную (J.B.Epstein, M.Grosky, M.Grushka, 1987). В исследованиях Р.Г.Марулиди (2001) отмечается, что психоэмоциональные нарушения, выявленные при парестезии, не являются следствием болевого синдрома, парестезия относится к соматоформным болевым расстройствам, представляющим собой психопатологическое проявление прогрессирующего процесса в головном мозгу, проявляющимся как соматизация аффекта (тревоги, депрессии). Однако Л.Н.Казарина (2001) считает, что заболевание вызывает психоэмоциональный стресс на фоне соматической патологии, а затем уже из-за длительного физического и эмоционального страдания у таких пациентов развивается явно выраженное депрессивное состояние.

У данной группы больных отмечалась разнообразная фоновая патология — в 93% случаев — заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, хронические колиты и энтероколиты, хронические холециститы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей). В 84% встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (наиболее часто — гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца, атеросклеротические изменения сосудов сердца и головного мозга). Эндокринные расстройства наблюдались у 12% пациентов, заболевания почек и мочевыводящих путей — у 11%. Более 78% страдали остеохондрозом различных отделов позвоночника.

Для изучения психоэмоционального статуса пациентов, страдающих парестезией слизистой оболочки полости рта, был применен комплекс психодиагностических методик, включавших в себя: 1. Опросник депрессии Бека; 2. Шкалу личностной тревожности Спилберга-Ханина; 3. Торонтскую Алекситимическую Шкалу (TAS); 4. Тест Люшера; 5. Методику САН; 6. Методику «субъективное время». Психологические методики позволили получить характеристику личностного статуса пациента, оценить личностную тревожность, высокий уровень которой прямо коррелирует с наличием невротического конфликта и психосоматическими заболеваниями, являясь неблагоприятным прогностическим признаком возможности возникновения или наличия скрытой депрессии.

Опросник депрессии Бека позволил оценить тяжесть депрессивного состояния, определенный уровень которого является клинически значимым признаком депрессии и свидетельствует о необходимости применения медикаментозного лечения.

У 14 пациентов (40%) по результатам тестирования имелся клинически значимый уровень депрессии (суммарный балл по шкале Бека равен 19 и более баллов), высокий уровень личностной тревожности (более 45 баллов по шкале Спилберга-Ханина), высокий уровень алекситимии (более 75 баллов по Торонтской Алекситимической Шкале).

У 9 (26%) пациентов клинически значимый уровень депрессии сочетался с высоким уровнем тревожности.

8 пациентов (23%) продемонстрировали высокий уровень алекситимии и/или личностной тревожности. У 2 пациентов (6%) был выявлен высокий уровень алекситимии. Высокий уровень личностной тревожности был выявлен у 33 из 35 пациентов, т.е. у 94% больных, страдающих парестезией слизистой оболочки полости рта.

Интегральный показатель, полученный обобщением результатов обследования методиками 2, 4, 5, 6, свидетельствовал о неблагоприятном нервно-психическом состоянии 33 из 35 пациентов.

Для лечения пациентов применяли переменное магнитное поле (АМТ-01 «Магнитер») со следующими характеристиками: синусоидальная форма тока частотой 50 Гц (в непрерывном режиме с амплитудой магнитной индукции $10 \pm 2,5$ мТл.). Процедуры проводились контактно. Область воздействия — проекция внеротовой точки выхода язычного нерва (соответственно стороне поражения — слева и/или справа) и на область, охваченную парестетическими ощущениями. Время воздействия — 20 минут. Терапевтический курс составлял 10-15 процедур.

Выбор магнитного поля в качестве лечебного фактора был обусловлен следующими достоинствами. Оно действует мягко, дистантно и без повреждений. Магнитное поле обладает трофическим, регенераторным, противовоспалительным, гипо-

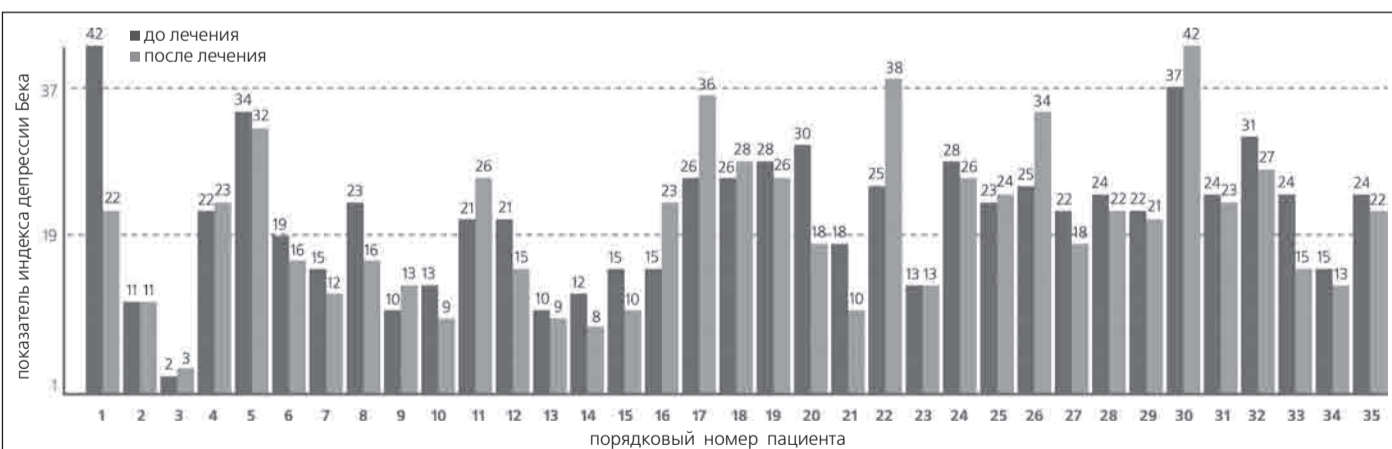
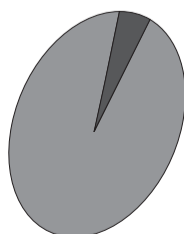


Рис. 1. Изменение показателей индекса депрессии Бека в результате лечения

Уровень личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина у пациентов до лечения

■ процент пациентов с нормальным уровнем личностной тревожности (94%)
■ процент пациентов с высоким уровнем личностной тревожности (6%)



Уровень личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина у пациентов после лечения

■ процент пациентов с нормальным уровнем личностной тревожности (74%)
■ процент пациентов с высоким уровнем личностной тревожности (26%)

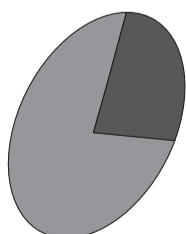


Рис. 2. Изменение уровня личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина в результате лечения

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ

явилось изучение изменения психоэмоционального статуса пациентов до и после лечения парестезии слизистой оболочки рта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Была обследована группа больных парестезией слизистой оболочки полости рта (35 женщин в возрасте от 60 до 82 лет с давностью заболевания от 2 недель до 27 лет).

аллергенным, обезболивающим эффектами. Использование физиотерапии позволяет наряду с уменьшением выраженности патологического процесса повысить компенсаторные возможности организма и избежать побочных реакций, свойственных медикаментозной терапии. Лицами старших возрастных групп легче всего переносится аппаратная физиотерапия, особенно — переменное магнитное поле и магнито-лазерная терапия [20]. После применения переменного магнитного поля наблюдается повышение защитных сил организма, связанное с увеличением содержания Т-лимфоцитов и уменьшением содержания Ig G в 96% случаев [20]. Кроме того, магнитное поле имеет минимальное количество противопоказаний к использованию, позволяет наряду с уменьшением выраженности патологического процесса повысить компенсаторные возможности организма и избежать побочных реакций, свойственных медикаментозной терапии, что особенно ценно в лечении пациентов старших возрастных групп, требующих особого подхода к проведению терапии в связи с полиморбидностью и ограничением их приспособительных возможностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

После проведенного лечения у 16 больных отмечалось полное исчезновение парестезии, у 22 — улучшение состояния, у 2 — без изменений.

Проведенное повторное психодиагностическое тестирование (после окончания курса лечения) позволило выявить следующую интересную закономерность:

У 6 пациентов уровень депрессии из клинически значимого (по шкале Бека) изменился до отсутствия признаков депрессивного состояния, у 17 больных продолжал диагностироваться клинически значимый уровень депрессии, однако абсолютные цифры у большинства пациентов указывали на положительную динамику процесса.

Только у одного пациента (16-го) после проведенного курса лечения по шкале Бека отмечалось ухудшение психоэмоционального состояния до цифр клинически значимой депрессии. Это было связано с полученной тяжелой психологической травмой личного характера (рис. 1).

Высокий уровень личностной тревожности (более 45 баллов по шкале Спилбергера-Ханина) продолжал регистрироваться у 26 (74%) пациентов (рис. 2).

У 34 пациентов после проведенного лечения отмечалось значительное стойкое улучшение нервно-психического состояния (данные интегрального показателя, полученного обобщением результатов обследования методиками 2, 4, 5.6).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, выявлено, что проведенное лечение, уменьшая (или прекращая) субъективные ощущения больных, приводит к нормализации психоэмоционального состояния. Можно предположить, что у части пациентов, страдающих парестезией слизистой оболочки полости рта, неблагоприятное нервно-психическое состояние развивалось на фоне мучительных парестетических ощущений: после проведенного лечения и облегчения страдания обнаружено, что у 26% больных, имевших признаки депрессии, уровень показателей снизился. Вероятно, депрессивное состояние имело нозогенное происхождение вследствие длительного страдания от болевого синдрома (можно предположить, что депрессивное состояние было вторично, оно вызывалось парестетическими явлениями). У 17 больных после проведенного курса лечения показатели депрессии сохранились. Длительность заболевания, относительная резистентность к проводимому лечению и выявление синдрома скрытой депрессии у таких пациентов делают возможным предположение о психосоматической природе наблюдаемого болевого синдрома. У этих пациентов парестезия, вероятно, являлась соматическим проявлением маскированной депрессии. Этой группе больных предполагается в дальнейшем проведение фармакотерапии антидепрессантами с контролем динамики парестетических ощущений.

(Список литературы находится в редакции.)

ВЗГЛЯД НА ГРАНИЦЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В.Н.Трезубов

• засл. деятель наук РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

С.Д.Арутюнов

• засл. врач РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии общей практики с курсом подготовки зубных техников, ФСМО МГМСУ

Р.А.Фадеев

• д.м.н., зав. кафедрой ортодонтии, ректор СПбИНСТОМ

Е.У.Бржезовская

• к.м.н., Москва

И.В.Рижинашвили

• к.м.н., СПб

Д.Л.Гинзбург

• к.м.н., Германия

Сегодня аксиомой является целесообразность проведения ортодонтического лечения аномалий, начиная с молочного прикуса (А.С.Щербаков; В.Н.Трезубов с соавт. и др.). Эта врачебная тактика вытекает из основного принципа медицины — профилактики и раннего лечения. Данное положение справедливо не только с общих принципиальных позиций, но и в его конкретном приложении. Бесспорно, что аномалии молочного прикуса не являются изолированным явлением. Нарушая обычные взаимоотношения зубных рядов, они оказывают влияние на формирование всего жевательно-речевого аппарата, в том числе лицевого скелета, височно-нижнечелюстного сустава, жевательных и мимических мышц и т. д.

Известно также, что аномалии раннего детского возраста закрепляются в сменном и постоянном прикусах, иногда в более тяжелой форме. Как показали наблюдения Л.В. Ильиной-Маркосян, А.С.Щербакова, З.Ф.Василевской, Л.М.Гвоздевой, Готца, Дитриха и др., саморегуляции аномалий не являются закономерностью, поэтому будет ошибкой отказываться от лечения в период молочного прикуса, полагаясь на их самопроизвольное исчезновение. После лечения аномалий молочного прикуса возможны рецидивы, однако нарушения бывают менее выражены, а дальнейшее исправление их менее сложно.

Многие взрослые пациенты являются носителями зубочелюстных аномалий с характерными для них морфологическими и функциональными нарушениями. При сохранившихся зубных рядах у большинства больных с аномалиями прикуса наблюдается достаточно хорошее пережевывание пищи. По этой причине взрослые пациенты не всегда обращаются за ортопедической помощью.

Положение резко изменяется при потере зубов. Появление дефектов зубных дуг, особенно в их боковых отделах, резко изменяет клиническую картину, поскольку на патологию, свойственную аномалиям, наслаивается сложная симптоматика, сопутствующая частичной потере зубов. При этом происходит не простое суммирование симптомов, а появляются новые, качественно отличные признаки. Например, глубокий прикус при потере боковых зубов переходит в травмирующий. Потеря моляров при нижней макрогнатии ведет к образованию первичного травматического синдрома в области зубов, удерживающих межальвеолярную высоту. Перемещение зубов, потерявших своих антагонистов или соседей, обуславливает дополнительную деформацию окклюзионной поверхности зубных рядов. Это в свою очередь изменяет характер движений нижней челюсти, нарушает множественность контактов при различных окклюзиях и, наконец, ставит височно-нижнечелюстной сустав в новые, необычные в функциональном отношении условия. Приспособительные реак-

ции человека с возрастом ослабевают, и новые функциональные требования не всегда компенсируются перестройкой сустава, что ведет к появлению артропатий.

Протезирование больных, у которых дефекты зубных дуг сочетаются с аномалиями жевательного аппарата, представляет большие трудности и часто невозможно без специальной подготовки, в системе которой большое место отводится ортодонтической терапии. Возможность такой терапии доказана многими работами отечественных ортопедов (Е.И.Гаврилов, И.И.Ужумецкене, Х.А.Каламкаров, Р.А.Фадеев).

Лечение зубочелюстных аномалий у взрослых имеет свои особенности, которые обусловлены рядом факторов:

- 1) ортодонтическое лечение взрослых проводится, когда формирование лицевого скелета уже закончено;
- 2) костная ткань менее податлива и труднее перестраивается под влиянием воздействия ортодонтических аппаратов;
- 3) возможности приспособления к ортодонтическим аппаратам у взрослого меньше, чем у ребенка;
- 4) зубочелюстные аномалии усугубляются дефектами и деформацией зубных рядов;
- 5) ортодонтическое лечение более продолжительное, чем у детей. Этим объясняется тот факт, что после ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у взрослых рецидивы наблюдаются чаще, чем у детей;
- 6) не все виды аномалий жевательно-речевого аппарата у взрослых поддаются лечению, так как в возрасте старше 18-20 лет уже невозможно влиять на рост челюстей.

Показаниями к ортодонтическому лечению взрослых служат:

- аномалии положения отдельных зубов или групп: а) небный, вестибулярный наклон или отвесное положение верхних резцов; б) язычный, вестибулярный наклон или отвесное положение резцов нижней челюсти; в) небольшая диастема (1-1,5 мм); г) незначительно выраженное тесное положение передних зубов; д) поворот зубов по оси не более чем на 90°;
- аномалии зубных рядов при незначительно выраженном сужении зубного ряда или уплощении переднего отдела зубного ряда верхней и нижней челюстей;
- нарушение прикуса, обусловленное дистальным или мезиальным смещением нижней челюсти;
- нормализация положения отдельных зубов при заболеваниях пародонта.

Предел ортодонтическому лечению возникает не только с возрастом, но и с характером аномалии и особенностями ее этиологии и патогенеза. По глубине распространения аномалии можно условно разделить на зубоальвеолярные, челюстные (скелетные) и комбинированные. Каждая из этих форм имеет свою морфологическую и клиническую характеристику, и стандартного решения при выборе метода лечения здесь быть не может.

Ортодонтическими аппаратами можно устранить неправильное положение зубов, аномалии зубных рядов, аномалии смыкания, обусловленные нарушением развития альвеолярного отростка и альвеолярной части, а также смещением нижней челюсти. На рост челюстей можно влиять лишь во время формирования жевательно-речевого аппарата в детском возрасте (период сменного и молочного прикуса), причем только в тех пределах, в которых он был нарушен под влиянием неблагоприятных условий развития ребенка в постнатальном периоде. При помощи ортодонтической аппаратуры можно также устранить механические факторы, мешающие нормальному развитию челюстей, альвеолярного отростка альвеолярной части и расположению зубов. В старшем возрасте, когда закончится формирование гнатического отдела лицевого скелета, изменить форму челюсти чрезвычайно трудно. Поэтому после смены зубов подлежат лечению аномалии, вызванные нарушением развития зубов, альвеолярного отростка, альвеолярной части и смещением нижней челюсти, и не устраняются скелетные формы (нижняя макрогнатия и др.).

Наследственные и тяжелые приобретенные аномалии развития челюстей не могут быть устранены ортодонтическим лечением даже у детей, а подлежат хирургическому или аппаратурно-хирургическому лечению (Х.А.Каламкаров, Н.Г.Аболмасов, М.М.Соловьев).

Основным препятствием к изменению формы зубных дуг, положения зубов является компактная пластинка челюстей и альвеолярной их части.

Для ее ослабления производят компактостеотомию или другое хирургическое вмешательство, после чего следует аппаратурное воздействие. Оперативное пособие в таких случаях играет вспомогательную роль.

Показаниями к проведению компактостеотомии перед ортодонтическим лечением являются:

- дистопия или ретенция клыков;
- выраженное сужение зубных рядов (в том числе вызванное врожденной расщелиной неба или как результат уранопластики);
- заметное тесное положение передних зубов;
- широкая диастема, тремы (более 1,5-2 мм);
- вертикальная межрезцовая щель при глубоком прикусе (0,5-1 мм);
- деформации окклюзионной поверхности зубных рядов (зубоальвеолярное удлинение, дистальный наклон зуба).

Аппаратурно-хирургический метод исправления аномалий жевательно-речевого аппарата рекомендуется применять у взрослых, то есть в возрасте, когда сроки аппаратурного лечения затягиваются либо оно неэффективно.

Хирургические методы показаны, если необходима реконструкция органа, часто с рассечением его, пластикой, чего с помощью ортодонтических аппаратов сделать не удастся. На практике применяется остеотомия челюстей. Используются различные варианты реконструктивных и костнопластических операций: от старых методик Куннингама, Тальбота, Кон-Штока и А.А.Лимберга до более современных — Даль-Пона, Обвегезера, Кёле, Гофера, Траунера.

Наиболее распространены горизонтальная остеотомия верхней челюсти с перемещением отсеченного фрагмента, а также операции на теле нижней челюсти или ее ветви. По общепринятому мнению, хирургическое вмешательство можно применять только после того, как закончился рост челюстей. Однако, в отношении возрастных показаний к хирургическому лечению аномалий, это не единственная точка зрения.

Так, одни ученые (Н.А.Астахов, А.Я.Катц, А.А.Лимберг, Б.Н. Бынин, Аксгаузен, Штейнгард, Бетман, Розенталь) считали, что в связи с достижениями современной ортодонтии к операциям следует прибегать только в старшем возрасте (после 18 или даже 25 лет), когда закончены развитие и рост лицевого скелета. Более раннее вмешательство, по их мнению, не дает успеха и ведет к рецидиву аномалии.

Другие клиницисты (М.М.Соловьев, В.А.Богатский, Герлах, Кёле, Траунер, Обвегезер) высказываются за возможность и целесообразность хирургического лечения ряда аномалий, в частности — нижней макрогнатии, в возрасте 12-15 лет. Это дает шанс задержать рост нижней челюсти, предотвратить развитие деформации и исключить психическую травму.

Сторонники ранних операций считают также, что не столько возраст больного, сколько метод операции может быть причиной рецидива. Последний провоцируется нарушением динамического стереотипа жевательной мускулатуры, которого при быстром изменении положения фрагментов челюсти не происходит.

Хирургическое лечение эффективно лишь в сочетании с ортодонтическими, а иногда и протетическими методами. Причем ортодонтическое лечение должно предшествовать хирургическому и завершать его. В последние годы формируется мнение о том, что оба типа лечения могут проводится одновременно (А.Р.Андреищев, Е.Ю.Бржезовская).

Аппаратурное лечение после реконструктивной операции на челюстях преследует профилактику рецидива и коррекцию окклюзии с созданием множественных контактов. Дело в том, что окклюзия у многих больных после операции далека от совершенства. Такие больные нуждаются в диспансеризации.

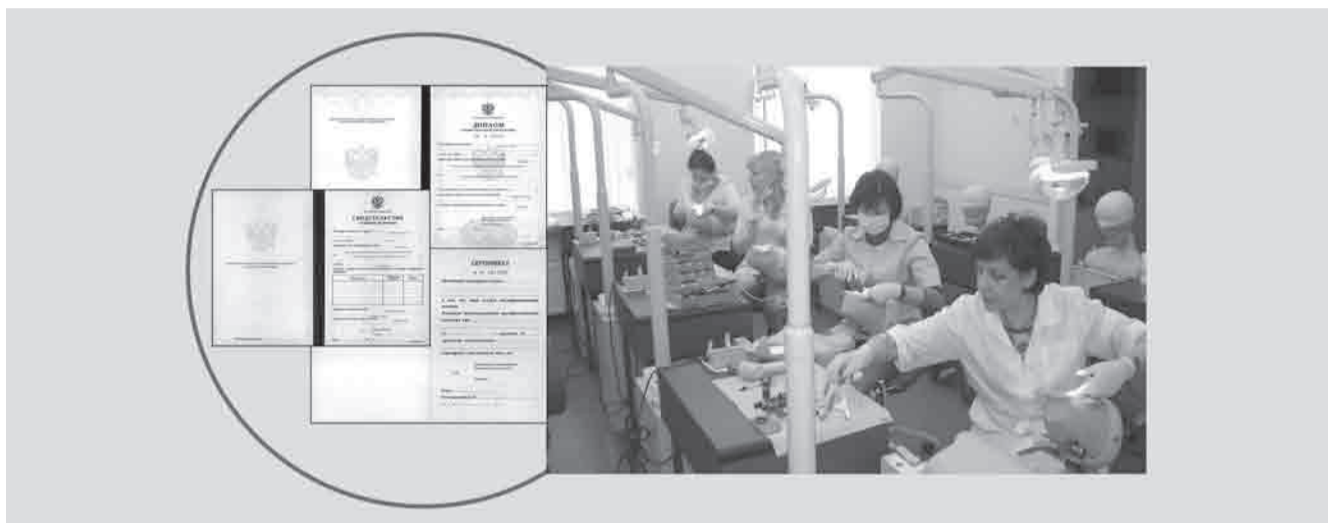
Таким образом, нижняя возрастная граница ортодонтической терапии приходится на возраст от 4 до 6 лет, когда возникает возможность входить в контакт с ребенком и у него появляется первичная самооценка эстетики своего лица. Верхняя граница автономного использования ортодонтических аппаратов приходится на возраст полового созревания. Этот предел возможно увеличить до 35-40 лет и, может быть, более, используя комбинированный аппаратурно-хирургический способ устранения аномалии. Однако появление после 40 лет сопутствующих заболеваний пародонта и прогрессирующая потеря зубов ограничивают дальнейший рост верхней возрастной границы ортодонтической терапии.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ ПРОФЕССИОНАЛОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Предлагаем:

- Получение второй специальности в стоматологии без отрыва от практики (переподготовка с выдачей диплома и сертификата государственного образца)
- Повышение квалификации (продление сертификата государственного образца)
- Получение навыков работы с передовыми, эксклюзивными технологиями (краткосрочные курсы)



ВАША НОВАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ — БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ!

При прохождении профессиональной переподготовки в СПБИНСТОМ (Санкт-Петербургском институте стоматологии последипломного образования):

- Вы получаете диплом и сертификат государственного образца, дающие Вам право официально работать по новой специальности.
- Вы обучаетесь фактически без отрыва от своей практики: обучение состоит из краткосрочных, независимых друг от друга блоков (курсов), которые Вы можете проходить в любое удобное для Вас время, с учетом загрузки на основной работе.
- Вы получаете навыки практической работы с передовыми, эксклюзивными технологиями, приобретаете именно те знания, которые особенно актуальны в ежедневной практической деятельности.
- Вас будут курировать преподаватели СПБИНСТОМ — ведущие практикующие специалисты Системы клиник MEDI.
- On-line общение на сайте Института позволит Вам всегда проконсультироваться с куратором по поводу любых вопросов, касающихся клинической практики.

**СПБИНСТОМ — Ваш гид
к вершинам мастерства в стоматологии!**



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА:

1. Ортодонтия — 60 000 руб.
2. Стоматология хирургическая — 54 000 руб.
3. Стоматология терапевтическая — 54 000 руб.
4. Стоматология ортопедическая — 65 000 руб.
5. Стоматология детская — 44 000 руб.
6. Лабораторное дело в рентгенологии — 19 000 руб.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ:

1. Сестринское дело в стоматологии — 10 000 руб.
2. Современные аспекты профилактической стоматологии — 12 000 руб.
3. Стоматология терапевтическая — 38 000 руб.
4. Ортодонтия — 38 000 руб.
5. Стоматология хирургическая — 38 000 руб.
6. Стоматология ортопедическая — 38 000 руб.
7. Стоматология детская — 30 000 руб.
8. Социальная гигиена и организация здравоохранения — 15 000 руб.
9. Современная лучевая диагностика — 15 000 руб.
10. Цифровая и плёночная рентгенография в современной стоматологии — 15 000 руб.
11. Лабораторное дело в рентгенологии (усовершенствование) — 10 000 руб.
12. Радиационная безопасность и противорадиационная защита — 5 000 руб.



www.instom.ru

(812) 324 00 44; 324 64 04

КРАТКОСРОЧНЫЕ КУРСЫ В СПБИНСТОМ

Кафедра ортодонтии



Р.А.Фадеев

ректор, зав. кафедрой ортодонтии, д.м.н.

- Рентгеноцефалометрическая диагностика. Планирование и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий — 11 500 руб.
- Особенности диагностики и лечения зубочелюстных аномалий у взрослых. Аппаратурно-хирургическое лечение — 11 500 руб.
- Современные несъемные ортодонтические аппараты. Диагностика зубочелюстных аномалий. Лечение зубочелюстных аномалий по методу Alexander (занятие на типодонте) — 8 900 руб.
- Систематизированная механика ортодонтического лечения MBT. Диагностика зубочелюстных аномалий — 4 500 руб.

- Ретенционные аппараты и ретенционный период ортодонтического лечения — 4 500 руб.
- Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава — 4 500 руб.
- Особенности исправления зубочелюстных аномалий с использованием внутриоральных (лингвальных) аппаратов — 5 900 руб.
- Съемные ортодонтические аппараты — 4 500 руб.
- Цифровая фотография в практике врача-стоматолога — 5 900 руб.
- Диагностика и лечение мезиального прикуса (С.Н.Герасимов) — 9 900 руб.
- Эффективное использование биологических законов челюстного роста в ортодонтическом лечении скелетных аномалий (С.Н.Герасимов) — 9 900 руб.
- Диагностика и лечение дистального прикуса (С.Н.Герасимов) — 9 900 руб.
- Самолигируемые брекет-системы — 6 500 руб.

Занятия проходят в фантомных классах (типодонт-курсы) и на клиническом приёме в современной стоматологической клинике.
После прохождения обучения на кафедре ортодонтии Вы сможете получать консультации по составлению плана лечения ортодонтических пациентов.

Кафедра терапевтической стоматологии



Н.М.Батюков

зав. кафедрой терапевтической стоматологии, к.м.н.

- Реставрация зубов с использованием современных пломбировочных материалов — 12 500 руб.
- Эффективные ручные и машинные технологии в эндодонтии, гарантирующие успех. Как быстро овладеть технологиями и избежать ошибок — 16 900 руб.
- Применение коффердама в терапевтической стоматологии — 5 900 руб.
- Современные технологии отбеливания зубов — 7 900 руб.
- Современные волоконные адгезивные системы в комплексном лечении заболеваний пародонта и эстетической коррекции зубов — 8 900 руб.

- Эстетическая стоматология: декоративные зубные украшения (накладки) — 5 900 руб.
- Обработка корневых каналов инструментами Pro Taper, K3 — 6 900 руб.
- Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи — 6 900 руб.
- Повторное лечение корневых каналов — 6 900 руб.
- Эстетическая стоматология. Как добиться успеха в реставрации зубов — 11 500 руб.

Занятия проходят в фантомных классах и на клиническом приёме в современной стоматологической клинике. Используются фантомы с натуральными зубами.

Кафедра рентгенологии в стоматологии



М.А.Чибисова

зав. кафедрой рентгенологии в стоматологии, д.м.н., профессор

- Цифровая рентгенография в практической стоматологии — 5 900 руб.
- Лучевая диагностика в амбулаторной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии — 7 500 руб.
- Рентгеновская компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в амбулаторной стоматологии — 5 900 руб.

Занятия проходят с использованием цифровых радиовизиографов, цифрового ортопантомографа и трёхмерного дентального томографа.

Курс внутренних болезней



В.Ф.Дмитриева

зав. курсом внутренних болезней, действительный член Белорусской академии экологической антропологии, к.м.н., доцент

- Общая терапия в амбулаторной практике стоматолога — 4 900 руб.
- Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим пациенткам — 4 900 руб.
- Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике — 3 900 руб.
- Методы альтернативной медицины в комплексном лечении стоматологических заболеваний — 3 900 руб.

Кафедра ортопедической стоматологии



С.И.Козицына

зав. кафедрой ортопедической стоматологии, к.м.н., доцент

- Восстановление дефектов твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов металлокерамическими зубными протезами (для стоматологов-ортопедов) — 18 500 руб.
- Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры, коронки, мостовидные протезы) (для стоматологов-ортопедов) — 18 500 руб.
- Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры) (для стоматологов-терапевтов) — 14 500 руб.

- Технология изготовления вкладок, виниров, одиночных коронок, мостовидных протезов из материалов Empress и Empress-2 (для зубных техников) — 18 500 руб.
- Бюгельные протезы с использованием замковых и фрезерных конструкций (для стоматологов-ортопедов) — 12 500 руб.
- Особенности протезирования на имплантатах (для стоматологов-ортопедов) — 12 500 руб.
- Протезирование культевыми штифтовыми вкладками (коронками) — 6 900 руб.
- Основы клинической гнатологии — 9 900 руб.

Занятия проходят в фантомных классах, зуботехнической лаборатории и на клиническом приёме в современной стоматологической клинике.

Кафедра хирургической стоматологии



Е.В.Гольдштейн

зав. кафедрой хирургической стоматологии, к.м.н.

- Современные методы комплексного лечения заболеваний пародонта — 17 900 руб.
- Современные технологии в пластической хирургии полости рта: осте- и вестибулопластика — 13 900 руб.
- Зубная имплантология — 16 900 руб.

Занятия проходят в фантомных классах и на клиническом приёме в современной стоматологической клинике.

Кафедра медицинского менеджмента



Е.О.Данилов

зав. кафедрой медицинского менеджмента, к.м.н., доцент

- Контроль (экспертиза) качества стоматологической помощи — 9 900 руб.
- Экспертиза временной нетрудоспособности — 9 900 руб.
- Основы медицинского менеджмента — 9 900 руб.

Кафедра психологии и медицинской деонтологии



В.В.Бойко

зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии, д.пс.н., профессор, академик БПА

- Взаимодействие врача-стоматолога с пациентом на платном приеме — 9 900 руб.
- Методы активной продажи стоматологических услуг (для руководителей и врачей) — 9 900 руб.
- Методы активной продажи стоматологических услуг (экспресс-курс) — 4 900 руб.
- Управление качеством лечения, персонала и сервиса в системе внутреннего маркетинга (для руководителей стоматологических учреждений) — 9 900 руб.

- Психология в работе администраторов коммерческих клиник — 7 900 руб.
- Управление отношениями персонала клиники с пациентами. Пациент от “входа” до “выхода” (для руководителей и врачей, офис-менеджеров) — 9 900 руб.
- Офис-менеджер в коммерческой клинике: организация работы персонала и взаимодействия с пациентами (для руководителей и претендентов на должность) — 10 900 руб.
- Методики отбора врачей, ассистентов и администраторов стоматологических клиник (для руководителей, главных врачей, старших администраторов и медицинских сестер, офис-менеджеров, сотрудников отдела персонала, психологов) — 10 900 руб.
- Экспресс-диагностика личности пациента в практике стоматолога — 7 900 руб.
- Психологические аспекты работы ассистента врача-стоматолога при оказании платных стоматологических услуг — 7 900 руб.
- Убеждающее воздействие администратора на пациента в непосредственном и телефонном общении — 7 900 руб.
- Аспекты управления, контроля, обучения, аттестации персонала (для старших администраторов) — 9 900 руб.
- Взаимодействие гигиениста с пациентом на профилактическом приеме (для гигиенистов стоматологических) — 7 900 руб.
- Персонал клиники как единая команда (для руководителей, врачей, ассистентов, офис-менеджеров, администраторов) — 9 900 руб.
- Сервис в стоматологии (для руководителей, главных врачей, старших администраторов, офис-менеджеров, старших ассистентов-супервайзеров) — 9 900 руб.
- Взаимодействие врача-стоматолога и его ассистента с пациентом на платном приеме (для руководителей, врачей и ассистентов) — 9 900 руб.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

П.И.Ивасенко

• засл. врач РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ОмГМА

А.В.Чекин

• к.м.н., челюстно-лицевой хирург, Калининград

А.К.Попов

• к.м.н., профессор АЕ, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ОмГМА

Хронический травматический остеомиелит является одним из наиболее частых инфекционно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти и составляет, по данным различных авторов, от 25% до 41%. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы всестороннего изучения патогенеза, клиники, профилактики и усовершенствования методов лечения данной патологии. Причины возникновения осложнений переломов нижней челюсти изучены недостаточно. В частности, большинством исследователей недооценивается роль лимфатической системы в генезе этого заболевания. Вместе с тем недостаточное знание патогенеза гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти и участия в нем регионарного лимфатического аппарата в определенной мере сдерживает разработку новых методов насыщения лимфатической системы медикаментами является регионарная лимфотропная терапия, обеспечивающая высокие и длительно сохраняющиеся концентрации в патологическом очаге.

Имея положительный опыт применения регионарной лимфотропной терапии для профилактики гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти, мы включили её в комплексное лечение больных с травматическим остеомиелитом нижней челюсти.

Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с переломами нижней челюсти, осложненных травматическим остеомиелитом. Сроки поступления пациентов в клинику от момента травмы были различными и колебались от 3 до 20 суток. У всех пациентов имелись проявления воспалительного процесса в костной ране с развитием абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области, признаков консолидации не отмечалось.

Для сравнительной оценки эффективности различных методов введения антибиотика все больные были разделены на 2 группы:

1 группа (контрольная) — 14 человек, с использованием традиционных методов.

2 группа (опытная) — 18 человек, в комплексное лечение которых включен метод регионарной лимфотропной терапии.

При поступлении больным обеих групп проводилось вскрытие абсцесса либо флегмоны. Периоперационная антибиотикопрофилактика заключалась в лимфотропном или внутримышечном введении линкомицина в указанных ниже дозировках. Фиксация отломков проводилась в ближайшие сроки от момента госпитализации и включала как консервативные методы с использованием на зубных проволочных шин, так и оперативные методы фиксации (остеосинтез фиксаторами с памятью формы, спицевой остеосинтез по методу Донского в модификации ОмГМА и фиксация внеочаговым аппаратом Дюрягина-Попова). Зубы, находящиеся в линии перелома, удалялись.

Всем больным проводилось медикаментозное комплексное лечение (антибактериальное, гипосенсибилизирующее, общеукрепляющее), физиотерапия. В качестве антибактериального препарата использовали 30% раствор линкомицина гидрохлорид. Пациентам первой группы его введение осуществляли по общепринятой схеме лечения: по 60 мг 3 раза внутримышечно в течение 7-10 дней. Больным второй группы для введения антибиотика использовали метод регионарной лимфотропной терапии. Лимфотропное введение проводилось по методике Ю.М.Левина (1983). Суть методики заключалась в следующем: после обработки точки вкола (при переломах в области угла и тела нижней челюсти — на 1 см ниже и латеральнее сосцевидного отростка на стороне поражения, а при переломах фронтального отдела челюсти — в области подбородка) подкожно вводили 16 ЕД лидазы на 2% растворе лидокаина. Затем, не вынимая иглы, через 2-3 минуты вводили 30 мг линкомицина при односторонних и по 30 мг с каждой стороны — при двусторонних переломах. На место инъекции накладывали полуспиртовой компресс на 6 часов. Длительность курса составляла 5-7 дней.

Для изучения этиологии травматического остеомиелита нижней челюсти исследовались микробный спектр возбудителей и их чувствительность к антибиотикам. Забор материала проводился непосредственно в момент операции вскрытия гнойника.

Клиническую эффективность оценивали по данным объективного наблюдения за пациентом в послеоперационном периоде. Учитывали следующие основные симптомы: улучшение общего состояния, нормализацию температуры тела, динамику заживления послеоперационной раны (отсутствие отделяемого из раны, сроки купирования воспалительных явлений), подвижность отломков.

Лабораторные методы исследования включали в себя: общий анализ крови и мочи на 1, 5, 10 сутки от момента поступления. Биохимический анализ крови проводили однократно на 1 сутки, при необходимости его повторяли. Для оценки интенсивности воспалительного процесса были изучены величины С-реактивного белка и концентрации альбумина и глобулиновых фракций. Кровь забирали утром натощак из локтевой вены. В качестве стабилизатора использовали 1% раствор гепарина. Кровь исследовали трехкратно: при поступлении, на 5-е и на 10-е сутки от начатого лечения. Контролем служила кровь 15 здоровых доноров того же возраста, которая забиралась в те же временные промежутки.

Для оценки активности процессов остеointеграции измерялась оптическая плотность костной ткани на рентгенограммах методом денситометрии на модифицированном микрофотометре МФ-4. Степень минеральной насыщенности на рентгеновских снимках изучали на 1 сутки после иммобилизации челюстей и через 30 суток. Определяли относительные показатели деструкции (ПД) и относительные показатели редукции (ОПР). При сравнительном анализе рентгенограмм из двух групп отбирались больные, идентичные по локализации, характеру и числу переломов.

Исследование микрофлоры при воспалительных осложнениях переломов нижней челюсти показало преимущественно полимикробный характер. Ассоциации микроорганизмов были разнообразны: аэробные — в 3,5%; анаэробные — в 9,5%; смешанные анаэробно-аэробные бактерии — в 14,8% случаев. Наибольший процент составили стафилококки, бактероиды, пептострептококки. Встречались бациллы и фузобактерии. Среди микробных ассоциаций от 10 до 15% выделялись анаэробные актиномицеты. Это соответствует литературным данным и подтверждает этиологическую роль резидентной микрофлоры полости рта в развитии воспалительного процесса.

Анализ антибиотикограмм показал, что были устойчивы к оксациллину 13 штаммов, линкомицину — 10 штаммов, цефуроксиму — 4 штамма микроорганизмов.

Сравнительный анализ клинической эффективности регионарной лимфотропной терапии выявил ее положительное влияние

на течение травматического остеомиелита нижней челюсти. Так, в группе с внутримышечным введением антибиотика отмечалось медленное клиническое улучшение: отечность и инфильтрация мягких тканей в области послеоперационной раны сохранялись в среднем в течение 10 дней, тогда как у пациентов основной группы исследования указанные симптомы купировались в течение 5 дней после операции. Гнойное отделяемое из раны у больных первой группы сохранялось на протяжении 5-7 суток, в то время как у пациентов второй группы гнойное отделяемое из раны прекращалось на 3-4 сутки после операции. Появление грануляций зафиксировано у пациентов первой группы на 7-9 сутки, а у пациентов основной группы — на 5-6 день. Соответственно в эти же сроки накладывали ранние вторичные швы. Консолидация перелома на фоне применения регионарной лимфотропной терапии шла достаточно активно, и спустя 25 суток от момента фиксации определялась тугоподвижность отломков, тогда как при внутримышечном введении линкомицина данный клинический признак определялся лишь к 30 суткам. Спустя 30 суток от момента иммобилизации у больных первой группы с явлениями консолидации перелома рентге-

■Таблица 1. Относительные показатели деструкции и редукции по данным денситометрии рентгенограмм больных с переломами нижней челюсти, осложненных травматическим остеомиелитом, с использованием традиционных способов лечения и с применением регионарной лимфотропной терапии

Изучаемые показатели	Название группы	
	Контрольная группа (традиционное лечение) N = 14	Основная группа (регионарная лимфотропная терапия) N = 18
ПД1	57,31±2,94	56,76±2,76
ПД2	26,48±1,32	17,6±0,9*
ОПР	51,52±2,61	63,25±3,15*

Примечание:
ПД1 — относительный показатель деструкции на 1 сутки после иммобилизации;
ПД2 — относительный показатель деструкции через 30 суток от момента фиксации отломков;
* — отличие достоверно в сравнении с аналогичными показателями между группами

■Таблица 2. Показатели белков сыворотки крови в зависимости от метода лечения

Показатели	Общий белок г/л	Альбуми-ны %	α_1 -глобу-лины %	α_2 -глобу-лины %	β -глобу-лины %	γ -глобу-лины %	Козфф. А/Г
Норма	71,09±1,46	58,94±1,35	2,56±0,09	8,15±0,30	11,66±0,32	18,64±0,76	1,45±0,04
Контрольная группа (14 человек)	1-е сут	70,93±1,51	59,01±1,42	2,68±0,07	8,55±0,32	11,84±0,44	1,44±0,04
	5-е сут	69,53±1,86	51,33±1,82*	2,84±0,12	11,44±0,41*	12,15±0,47	22,07±0,82*
	10-е сут	69,28±1,37	53,77±1,22	2,74±0,07	9,04±0,39^	12,03±0,41	20,95±0,94
Основная группа (18 человек)	1-е сут	71,10±1,56	58,79±1,23	2,62±0,07	8,49±0,27	11,79±0,38	18,28±0,58
	5-е сут	69,53±1,58	56,45±1,31!	2,73±0,07	9,07±0,36!	11,96±0,4	19,67±0,84!
	10-е сут	69,45±1,46	57,36±1,36	2,58±0,07	8,52±0,25	11,72±0,39	19,70±0,85

Примечание:
* — отличие достоверно в сравнении с аналогичными показателями нормы (p<0,05);
^ — отличие достоверно в сравнении с аналогичными показателями предыдущего срока наблюдения (p<0,05);
! — отличие достоверно в сравнении с аналогичными показателями в традиционной группе (p<0,05)

нологически определялся остеопороз краев костных отломков, их нечеткость. Линия перелома становилась шире. В группе больных с применением регионарной лимфотропной терапии явления остеопороза оказались менее выраженными, тень первичной костной мозоли более интенсивная.

Данные, полученные при денситометрии рентгенограмм, также подтверждают оптимизирующее действие регионарной лимфотропной терапии на процессы репаративной регенерации костной ткани. Как следует из табл. 1, различий в относительных показателях де-

струкции на 1-е сутки после фиксации отломков между группами не обнаружено. Однако на 30-е сутки после иммобилизации имеются статистически достоверные отличия этих параметров при различных способах введения антибактериального препарата. Так, в первой группе он равнялся 26,48±1,32, в то время как в основной группе его значение составило 17,6±0,9 (p<0,05). При сравнительном анализе относительных показателей редукции (ОПР) находим, что в группе с применением метода регионарной лимфотропной терапии этот параметр достоверно выше показателя контрольной группы. Из сказанного следует, что процессы консолидации в условиях применения регионарной лимфотропной терапии протекают быстрее, поскольку ОПР является объективным критерием, характеризующим степень минерализации костной мозоли, то есть чем активнее протекает оксификация первичной костной мозоли, тем выше ОПР и тем ниже показатель деструкции костной ткани.

Полученные лабораторные данные подтверждают результаты клинического исследования. Снижение альбуминов с увеличением содержания глобулиновых фракций, наличие С-реактивного белка у значительной части обследуемых больных на 10-е сутки свидетельствуют о наличии воспалительной реакции. Отсутствие вышеназванных изменений у пациентов основной группы свидетельствует о более быстром купировании воспалительного процесса в линии перелома (табл. 2).

Воспалительный процесс в линии перелома удалось купировать у значительной части больных основной группы, и лишь у двух пострадавших (11,1%) он перешел в хроническую стадию. Однако у обоих пострадавших процесс носил локализованный характер. У одного пациента отмечено сращение отломков, проявления остеомиелита ограничили формирование абсцесса. Во втором случае процесс удалось прекратить однократной секвестрэктомией и внеочаговым остеосинтезом. Тогда как у шести пациентов первой группы течение травматического остеомиелита характеризовалось вялым течением, прерываемым обострениями в виде абсцессов и флегмон. Эти осложнения послужили причиной для их повторной госпитализации в стационар. У 3-х больных процесс удалось купировать лишь после секвестрэктомии, причем у одного пострадавшего операцию проводили дважды с интервалом в 40 дней. Отсутствие консолидации зафиксировано у двух пациентов, что потребовало в дальнейшем повторного

оперативного вмешательства с применением внеочагового остеосинтеза.

Таким образом, предлагаемая нами методика лечения травматического остеомиелита нижней челюсти существенно сокращает сроки лечения данной категории больных и позволяет снизить курсовые дозы антибиотиков в 2-3 раза. Метод прост в применении, не требует специального оборудования и может быть рекомендован для широкого практического применения.

(Список литературы находится в редакции.)

ТРЕБОВАНИЯ К ОБОРУДОВАНИЮ И ОСНАЩЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ РАЗРЯДА ПРИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ"



В.Д.Вагнер

• засл. врач РФ, д.м.н., профессор, зам. директора ЦНИИС по научно-методической работе, президент СтАР, Москва

О.В.Чекунков

• к.м.н., врач-стоматолог поликлиники №2 Минэкономразвития и торговли России, Москва

03.060.2) может быть оказана путем изготовления «бюгельного протеза» (код 03.060.2.2), фиксирующим элементом которого являются металлические литые кламмеры из неблагородных сплавов (код 03.060.2.2.01.01), базис которого изготовлен методом литья (код 03.060.2.2.05) с пластмассовыми зубами (код 03.060.2.2.11).

В целях ранжирования лечебно-профилактических учреждений Советом СтАР в сентябре 2003 года утверждены «Разряды стоматологических учреждений в зависимости от объема оказываемой ими медицинской помощи при виде деятельности по специальности *стоматология ортопедическая*», которые присваиваются им во время аккредитации от I (самого низкого) до V (самого высокого). Услуга, приведенная нами выше в качестве примера, может оказываться в лечебно-профилактических учреждениях III-V разрядов.

Система оценки по разрядам была взята за основу при составлении «Табеля оснащения», который был утвержден Советом СтАР в апреле 2003 года.

«Табель оснащения рабочего места врача-стоматолога для оказания медицинской помощи при виде деятельности по специальности *стоматология ортопедическая*» предполагает базовое оснащение ортопедического кабинета (отделения), независимо от разряда учреждения, и дополнительное оборудование, аппараты, инструменты и материалы в соответствии с технологиями, применяемыми при оказании отдельных услуг и выполнении определенных работ.

Согласно «Табеля оснащения рабочего места при оказании медицинской помощи» в каждом ортопедическом кабинете предполагается следующее базовое оснащение:

I. Оборудование и мебель:

1. Кресло стоматологическое.
2. Бормашина электрическая.
3. Бормашина передвижная с компрессором.
4. Столик стоматологический.
5. Стул для врача.
6. Светильник стоматологический.
7. Стол гипсовочный.

II Аппараты и приборы:

1. Диатермокоагулятор стоматологический.
2. Коронкосниматель.
3. Камера для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»).
4. Стерилизатор сухо-воздушный.
5. Лампа бактерицидная.
6. Негатоскоп.
7. Горелка (спиртовая, газовая, пьезо).

III. Инструменты и аксессуары:

1. Набор инструментов для осмотра полости рта (базовый):
 - тазик почкообразный или лоток;
 - зеркало стоматологическое;

- зонд стоматологический;
- пинцет стоматологический;
- шпатель стоматологический;
- экскаваторы зубные;
- гладилки.

2. Наконечник прямой для микромотора.
3. Наконечник угловой для микромотора.
4. Набор инструментов для одонтопрепарирования (боры, фрезы, диски).
5. Набор для шлифования и полирования.
6. Ложки оттисковые.
7. Чашки резиновые.
8. Наковальня и молоточек.
9. Щипцы крампонные.
10. Ножницы для обрезания коронок.

IV. Материалы и медикаменты:

1. Оттисковые массы.
2. Набор реактивов для контроля дезинфекции и стерилизации.
3. Набор восков.
4. Материалы для временной и постоянной фиксации ортопедических конструкций, дентин-герметизирующий ликвид.
5. Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях.
6. Набор медикаментов для профилактики инфицирования (аптечка «Анти-СПИД»).
7. Массы самотвердеющие.
8. Пломбировочные материалы.

В учреждениях II разряда и выше вместо бормашин должна быть стоматологическая установка и, соответственно, кроме обычных наконечников, еще и турбинные. При отсутствии в комплекте стоматологической установки пылесоса и слюноотсоса они устанавливаются отдельно. Для работы в «четыре руки» следует иметь стул для ассистента врача. По технологиям выполнения определенных работ необходимо наличие лампы для фотополимеризации материалов. Для проведения обезболивания могут использоваться только карпульные шприцы.

Стоматологические учреждения III и IV разрядов — это те учреждения, которые включают в себя не только объем помощи, оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) I и II разрядов, а также применение современных технологий ортопедического лечения, которое, на наш взгляд, является основным направлением для этих учреждений. Отличие этих разрядов друг от друга состоит в применении более высокоточных технологий и наличии благородных сплавов в некоторых видах работ, например, услуга «ортопедическое лечение дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов» может быть оказана путем изготовления искусственной коронки из любого материала методом литья — этот вид работ мы относим к учреждениям III разряда, а изготовление искусственной коронки из любого материала методом фрезерования или методом спекания — к учреждениям IV

разряда. В связи с этим дополнительное оснащение стоматологического кабинета должно соответствовать применяемым видам услуг и работ. Обычные турбинные наконечники должны быть заменены на турбинные наконечники с фиброоптикой. Применение современных технологий предполагает обязательное наличие коффердама, параллелометра и артикулятора с лицевой дугой, аппарата для диагностики жизнеспособности пульпы (ЭОД, Одонтометр, Диджитест), аппарата для определения глубины корневого канала (Апекс-локатор, Формотрон), матричной системы и дополнительных аксессуаров (ретракционные нити, кольца, материалы для регистрации окклюзии). Для проведения дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов следует иметь ультразвуковой очиститель («Серьга», «Флюкса»), гласперленовый стерилизатор, упаковочную машину.

Лечебно-профилактические учреждения V разряда оказывают ортопедическую помощь в полном объеме. Они должны быть оснащены самым функциональным и современным оборудованием и материалами, включая, в отличие от предыдущих разрядов, набор инструментов для протезирования на имплантатах, арамидные нити для шинирования, а также приборы и аппараты, которые должны иметься в одном из крупных ЛПУ в каждом административном центре субъекта Российской Федерации (республиканская, областная, краевая, клиническая стоматологическая поликлиника), а именно:

- прибор для определения выносливости пародонта (Гнатодинамометр);
- прибор для определения мышечного тонуса (Миотонометр, Электромиограф);
- аппарат для определения центрального соотношения челюстей;
- прибор для определения степени подвижности зубов (Периотест).

Таким образом, при лицензировании лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь при виде деятельности по специальности *стоматология ортопедическая*, следует иметь в виду, что они могут оказывать услуги и выполнять работы по технологиям, включенным в «Классификатор услуг, работ и технологий для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности *стоматология ортопедическая*», о чем необходимо указывать в протоколе к лицензии. Соответственно, ортопедические кабинеты должны быть оснащены оборудованием, аппаратами, инструментами и материалами, позволяющими применять заявленные лицензиатами технологии. При аккредитации ортопедических отделений (кабинетов) им могут присваиваться разряды в зависимости от применяемых технологий и материально-технического обеспечения.

В соответствии с постановлением Правительства РФ «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» от 04.07.02 г. №499 одним из лицензионных требований является наличие у лицензиата «соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных Министерством здравоохранения Российской Федерации» (п.4.5).

Стоматологической Ассоциацией России разработан и в апреле 2003 года утвержден Советом «Классификатор услуг, работ и технологий для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности *стоматология ортопедическая*», в котором каждая услуга представлена определенной работой и технологиями ее выполнения. Например, услуга «ортопедическое лечение дефектов зубных рядов съемными конструкциями протезов» (код

Полная электронная версия газеты «Институт Стоматологии. Газета для профессионалов» — на сайте www.instom.ru

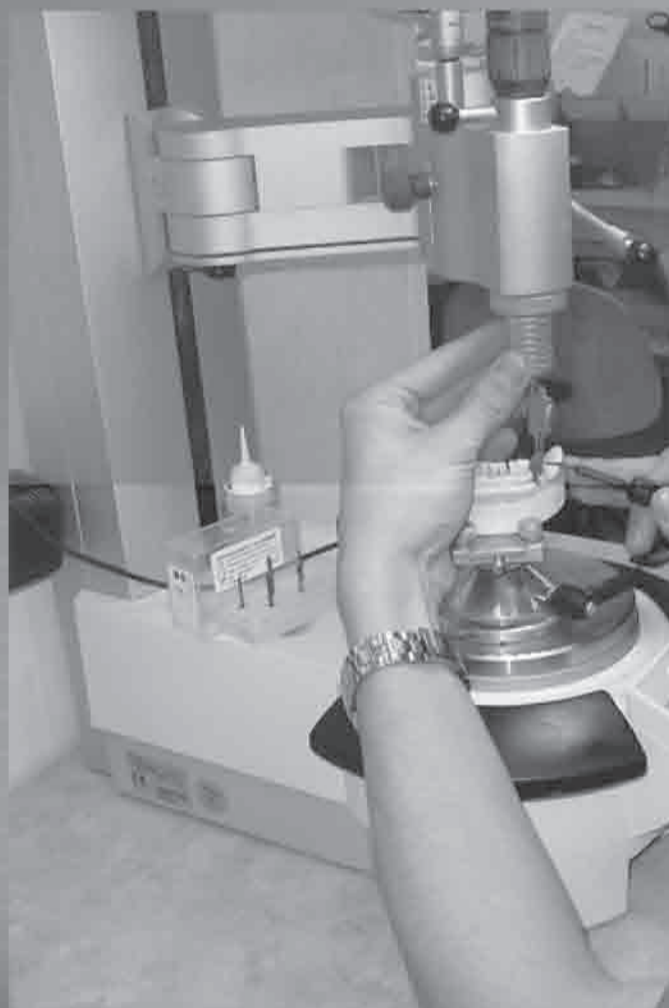


(812) 324 00 22

*Наша лаборатория —
залог Вашей успешной практики!*

Зуботехническая лаборатория

ГАРАНТИЯ
НА ВЫПОЛНЕННЫЕ
РАБОТЫ —
2 ГОДА



металлокерамика
на основе титана,
никелевых, кобальтовых
и других сплавов

бюгельные протезы
любой сложности
на титане,
кобальто-хромовых
и других сплавах

безметалловая керамика

CAD/CAM технология
конструкции из оксида
циркония
от одиночной коронки
до мостовидного протеза
любой протяженности

Адрес:

Санкт-Петербург,
Басков переулок, 41/29
(ст. м. "Пл. Восстания")

тел.: +7 (812) 716-9727

факс: +7 (812) 579-5621

www.maximed.ru

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Л.М.Ломиашвили

• д.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, ОмГМА

М.А.Борисенко

• ассистент кафедры терапевтической стоматологии, ОмГМА

Стремительное развитие научно-технического прогресса привело к всеобщей компьютеризации. Увеличивается количество специалистов, работающих с персональным компьютером (ПК). ПК стал привычным не только в производстве, научных лабораториях, но и в студенческих аудиториях, школьных классах.

Однако длительное пребывание у экранов компьютеров небезопасно для здоровья человека. Одним из вредных факторов является электромагнитное излучение, исходящее как от монитора, так и от процессорного блока [1,3].

В последние годы стоматологи отмечают различные проявления негативного воздействия электромагнитных полей на органы и ткани полости рта [5]. При клиническом обследовании пациентов отмечаются нарушения структуры твёрдых тканей зубов, поражения тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также явления гипосаливации. Изменения твёрдых тканей зубов наблюдаются в виде гиперестезии различной степени тяжести, эрозий, клиновидных дефектов, некрозов эмали, очагов деминерализации, множественного кариеса. В клинико-лабораторном обследовании принимали участие 64 человека, в возрасте от 18 до 40 лет; их профессиональная деятельность была связана с работой на персональном компьютере. Стаж работы по специальности составлял от 5 до 10 лет, средняя продолжительность времени, проводимого у экрана монитора, — 7 часов в сутки. Клиническое обследование включало в себя опрос пациентов, осмотр полости рта, определение состояния твёрдых тканей зубов, пародонта. Интенсивность кариозного поражения оценивали с помощью индексов КПУ, КПУ; гигиеническое состояние зубов — по методике Green-Wermillion. Состояние тканей пародонта определяли с

помощью индекса РМА, в модификации Parma. Очаги деминерализации эмали зубов выявляли методом окрашивания 2% раствором метиленового синего по Л.А.Аксамит. Стираемость зубов оценивалась по классификации М.И.Грошикова, 1985 г. Материалом лабораторного исследования служила смешанная слюна тех же пациентов. В ротовой жидкости определяли следующие показатели: pH, pK, pNa; общую

■ Таблица 1. Показатели смешанной слюны лиц, работающих с электромагнитным излучением

Показатели	Параметры у лиц, работающих с электромагнитным воздействием (M±m)
pH	6,7±0,113
a _{K⁺} , г/л	0,794±0,099
a _{Na⁺} , г/л	0,309±0,047
C _{белок} , г/л	1,85±0,407
C _{Ca⁺⁺} , г/л	0,050±0,04
C _p , г/л	0,156±0,019
Скорость секреции, мл/мин	0,346±0,07

концентрацию кальция, фосфора; белок и микрокристаллизацию; скорость секреции. pH, pK, pNa слюны определяли прямой потенциометрией с помощью ионселективных электродов на иономере ЭВ-74. В качестве электрода сравнения использовался хлорсеребряный электрод. Белок определяли фотометрически биуретовой реакцией, неорганический фосфор в слюне определяли по методу Больша и Льюка, в модификации В.Д.Конвая, В.К.Леонтьева [2]; общую концентрацию кальция — по методике В.К.Леонтьева, Ю.А.Петровича [2]. Для исследования ротовой жидкости под микроскопом использовали метод П.А.Леуса, в модификации О.Ю.Пузиковой, В.Г.Сунцова, А.П.Коршунова, А.Н.Питаевой [4]. В качестве контрольной группы была исследована ротовая жидкость 15 кариесрезистентных лиц, в возрасте 18-21 лет, не имеющих отношения к работе с электромагнитным воздействием.

Результаты клинического обследования выявили нарушения состояния твёрдых тканей зубов. Так, у 40 обследуемых лиц были выявлены вертикальная и смешанная формы истирания эмали. Эрозии

эмали были диагностированы у 15 пациентов, гиперестезия эмали — у 19 пациентов, клиновидные дефекты — у 8 пациентов. Очаги деминерализации зубов определялись у 13 человек. Индекс КПУ в группе обследуемых лиц составил в среднем 11,2; индекс КПУ — 16,9.

Так называемый "компьютерный некроз твёрдых тканей зубов" [6] был выявлен у 3 пациентов



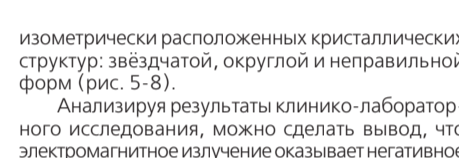
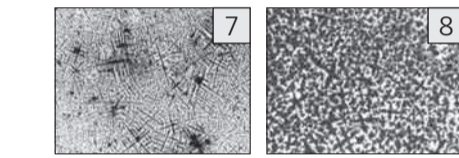
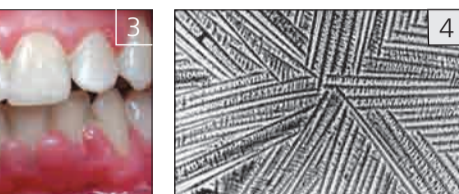
- Рис. 1. Компьютерный некроз зубов, пациентка К., 25 лет
- Рис. 1а. Компьютерный некроз зубов, пациентка К., 25 лет, 11,12,13 зубы
- Рис. 2. Катаральный гингивит
- Рис. 3. Гиперпластический гингивит
- Рис. 4. Первый тип МКС (2х6)
- Рис. 5, 6. Второй тип МКС (2х6)
- Рис. 7, 8. Третий тип МКС (2х6)

(рис. 1). Время их профессиональной деятельности у компьютера составляло в среднем 10 часов в сутки, в течение 7 лет, в присутствии нескольких источников электромагнитного излучения.

Катаральный гингивит (рис. 2) выявлен у 21 человека, гиперпластический гингивит (рис. 3) — у 4 человек, атрофический — у 11 наблюдаемых. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести обнаружен у 2 пациентов, средней тяжести — у 1 пациента.

Результаты лабораторного исследования ротовой жидкости представлены в таблице №1.

При оценке результатов микрокристаллизации ротовой жидкости кариесрезистентных лиц отмечается четкий рисунок крупных удлиненных кристаллопризматических структур, идущих от центра капли, имеющих папоротникообразную форму (рис. 4). При оценке результатов микрокристаллизации ротовой жидкости лиц, работающих с электромагнитным излучением, отмечается разрушение четкой структуры кристаллов. По всей площади капли определяется большое количество



изометрически расположенных кристаллических структур: звездчатой, округлой и неправильной форм (рис. 5-8).

Анализируя результаты клинико-лабораторного исследования, можно сделать вывод, что электромагнитное излучение оказывает негативное влияние на состояние органов и тканей полости рта человека. Своевременная диагностика негативного влияния электромагнитного излучения ПК и разработка эффективных мер защиты от его воздействия позволит выработать индивидуальный подход к профилактике и лечению соответствующей патологии полости рта.

(Список литературы находится в редакции.)

HEMOSTASYL™

Просто, как раз, два, три.

NEW

Гемостаз благодаря физическому действию

Hemostasyl используется для остановки любых видов кровотечений, которые могут возникнуть при лечении. Действие продукта происходит благодаря его реологическим свойствам и вязущей способности хлорида алюминия, которые обеспечивают остановку кровотечения.

Практика

Hemostasyl наносится на место кровотечения очень точно с помощью одноразовых канюль. Идеальный состав Hemostasyl гарантирует прилипаемость к слизистой, несмотря на кровотечение. Не нужно оказывать давление. Бирюзовый цвет пасты помогает определять её местонахождение при удалении.

Быстрое действие

Остановка кровотечения достигается менее чем за 2 минуты. В большинстве случаев оно останавливается в течение нескольких секунд. Hemostasyl смывается слабой струей воды.

Эффективность

Обработанная поверхность очищена от крови и выделений. Вы можете продолжить лечение в идеальных условиях.

PIERRE ROLLAND

ACTEON Pharma

Acteon Russia. 125445, Москва, Валдайский проезд, д.16, офис 243

тел/факс: +7(499) 7671316; сайт: www.acteongroup.ru; эл. почта: info@acteongroup.ru

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ НА ОТДАЛЕННЫХ ЭТАПАХ НАБЛЮДЕНИЯ



В.А.Козлов

• чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, СПбМАПО

О.А.Егорова

• к.м.н., челюстно-лицевой хирург городской больницы №15, СПб

В доступной специальной литературе мы не встретили работ, в которых были бы отражены результаты анализа наблюдений за больными, перенесшими одонтогенный медиастинит, не только в отдаленные, но и в ближайшие сроки постгоспитального периода. С целью изучения этого вопроса нами были вызваны и обследованы в различные сроки наблюдений 48 пациентов. Первую группу составили 36 больных, находившихся на лечении в стационаре по поводу одонтогенного медиастинита в период с 1994 по 2001 годы (рис. 1, 2). Вторую группу (архивную) составили 12 больных, лечение которых осуществлялось в 1967-1993 годы.

Распределение этих групп пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таким образом, из числа больных I группы были вызваны и осмотрены 36 больных, то есть 60% от общего числа, находившихся в клинике под нашим наблюдением, что позволило проследить результаты их лечения на протяжении первых 5 лет после его завершения.

Обследование 12 больных II группы позволило судить о более отдаленных результатах со сроком наблюдения более 15 лет.

Анализ историй болезни осматриваемых пациентов показал, что у 37 из них медиастинит развился на фоне имеющегося соматического заболевания. У 11 — сопутствующих заболеваний выявлено не было.

Распределение обследованных групп больных в зависимости от имеющегося фонового соматического заболевания представлено в таблице 2.

Как видно из представленных данных, основными фоновыми заболеваниями у обследованных больных, перенесших ранее медиастинит, были сердечно-сосудистая недостаточность и легочная недостаточность, сахарный диабет и хронический алкоголизм, что составило 68,7% и вполне коррелирует с аналогичным показателем в общей группе 133 больных с медиастинитом, находившихся на лечении в клинике за весь период наблюдений — 1967-2001 г.г.

В группе собственных клинических наблюдений за больными в период с 1994 по

2001 годы мы проследили судьбу 36 человек, перенесших одонтогенный медиастинит. Их распределение по временным периодам после выписки из стационара, в зависимости от механизма развития медиастинита и наличия фонового заболевания, представлено в таблице 3.

Как видно из анализа представленных в таблице данных, развитие медиастинита на фоне сепсиса у 12 больных, несмотря на благоприятный исход заболевания, уже в течение ближайших 3 лет постгоспитального периода, усугубив имеющееся заболевание, привело к трагическому исходу в 3 наблюдениях.

Аналогичные исходы наблюдались и у 3-х других больных в более поздние сроки, от 3-х до 5 лет.

Причиной смерти у всех больных этой подгруппы явилась декомпенсация имевшегося соматического заболевания, на фоне которого развилась сердечно-сосудистая недостаточность.

Шесть пациентов этой группы при их обследовании в сроки более 6 лет после выписки из стационара предъявляли различные жалобы. Важно отметить, что в их числе было только 2 больных, из 8, перенесших медиастинит и сепсис на фоне имевшегося у них соматического заболевания.

Остальные 6 — умерли в сроки от 6 месяцев до 6 лет постгоспитального периода. Все четверо больных, перенесших медиастинит на фоне сепсиса, но не имевших сопутствующих соматических заболеваний, спустя 6 лет после их выписки из стационара, были живы.

У 24 пациентов I группы развитие медиастинита явилось результатом затека гнойного экссудата из первичных очагов воспаления — клетчаточных окологлоточных пространств по сосудисто-нервному пучку шеи в средостение.

У 15 из них заболевание развилось на фоне имевшейся соматической патологии.

У 9 пациентов фоновых заболеваний не было выявлено.

Как видно из представленных в таблице данных, двое больных, развитие медиастинита у которых произошло на фоне имевшегося соматического заболевания, умерли в течение первых 3-х лет постгоспитального периода. В сроки от 3-х до 5 лет умерли еще 4 больных, перенесших медиастинит в результате декомпенсации соматических заболеваний, на фоне которых у них ранее развился острый воспалительный процесс в средостении.

18 пациентов при их обследовании в сроки наблюдений свыше 6 лет после выписки из стационара были живы.

У 9 из них медиастинит развился на фоне имевшегося соматического заболевания, у 9 других фонового заболевания выявлено не было.

Таким образом, в течение первых 5 лет постгоспитального периода умерло, в общей сложности, 12 больных, развитие медиастинита у которых произошло на фоне имевшихся у них соматических заболеваний. В группе умерших больных за этот срок наблюдений не оказалось ни одного пациента, перенесшего медиастинит, развившийся на фоне соматического здоровья. Все они были живы, но при осмотре предъявляли различные жалобы: на парез возвратного гортанного и подъязычного нервов, на развитие пневмонии, обострение бронхиальной астмы; у одного больного 28-летнего возраста, страдавшего хроническим алкоголизмом, хроническим вирусным гепатитом «С» и наркоманией, спустя 5 месяцев после выписки из стационара гнойной челюстно-лицевой хирургии, наблюдалось обострение хронического вирусного гепатита «С».

В этой связи, в различные сроки постгоспитального периода пациенты прошли лечение в соматических лечебных учреждениях.

Все больные предъявляли жалобы на деформирующие рубцы в области передне-боковых поверхностей шеи и ограничение свободных движений головы и нижней челюсти, что являлось результатом образования грубых послеоперационных рубцов в области передне-боковой поверхности шеи (рис. 3).

Возникшая контрактура устранялась назначением комплекса упражнений лечебной

■Таблица 1. Распределение больных, перенесших медиастинит, по полу и возрасту

Возраст, лет	I группа больных		II группа больных		Итого	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
До 30	5	1	1	1	6	2
31-40	6	4	3	0	9	4
41-50	8	3	3	1	11	4
51-60	4	3	2	1	6	4
61-70	0	1	0	0	0	1
71-80	0	0	0	0	0	0
81-90	0	1	0	0	0	1
Всего	23	13	9	3	32 (66,7%)	16 (33,3%)

■Таблица 2. Распределение больных, перенесших медиастинит, с учетом фоновой патологии

Заболевания	I группа больных	II группа больных	Итого
Сердечно-сосудистая недостаточность	5	3	8
Легочная недостаточность	4	1	5
Сахарный диабет	3	3	6
Хронический алкоголизм	9	5	14
Заболевания крови	1	0	1
Психические заболевания	1	0	1
Злокачественные новообразования	1	0	1
Наркомания	1	0	1
Не выявлено сопутствующих заболеваний	11	0	11
Всего больных	36	12	48

■Таблица 3. Распределение первой группы больных по срокам наблюдений после выписки из стационара гнойной челюстно-лицевой хирургии в зависимости от механизма развития острого воспалительного процесса в средостении и наличия фоновой патологии

Продолжительность жизни больных	Сепсис				Затек				Всего больных	
	Есть фон		Нет фона		Есть фон		Нет фона		Абсолютное число больных	%
	Абсолютное число больных	%	Абсолютное число больных	%	Абсолютное число больных	%	Абсолютное число больных	%		
До 3 лет	3	37,5	0	0	2	13,3	0	0	5	14
3-5 лет	3	37,5	0	0	4	26,7	0	0	7	19
Свыше 6 лет	2	25	4	100	9	60	9	100	24	67
Итого больных	8	100	4	100	15	100	9	100	36	100

■Таблица 4. Распределение второй группы больных по продолжительности жизни после их выписки из стационара в зависимости от механизма развития острого воспалительного процесса в средостении и наличия фоновой патологии

Продолжительность жизни больных	Сепсис		Затек		Всего больных	
	Есть фоновые заболевания	Нет фоновых заболеваний	Есть фоновые заболевания	Нет фоновых заболеваний	Есть фоновые заболевания	Нет фоновых заболеваний
До 3 лет	1	0	1	0	2	0
3-5 лет	0	0	2	0	2	0
6-10 лет	0	0	3	0	3	0
Свыше 10 лет	0	2	2	1	2	3
Итого больных	1	2	8	1	9	3



■Рис. 1. Вид больного с одонтогенным медиастинитом на этапе оперативного вмешательства. Раскрыты околичностные клетчаточные пространства, сосудисто-нервный пучок шеи, произведены медиастинотомия, дренирование средостения



■Рис. 2. Вид больного на этапе лечения



■Рис. 3. Послеоперационные рубцы шеи перед выпиской больного из стационара

физкультуры и физиотерапии. Из физиотерапевтических процедур мы назначали курсы электрофореза с раствором йодистого калия и с лидазой по 7-10 процедур. После этого решался вопрос о необходимости проведения корригирующих операций.

Еще более значительный интерес представляла оценка результатов обследования 12 больных, находившихся на лечении по поводу медиастинита в период 1967-1993 гг.,

так как это позволило проследить их судьбу на более отдаленных этапах наблюдений.

Распределение этой группы больных по продолжительности жизни после их выписки из стационара гнойной челюстно-лицевой хирургии в зависимости от механизма развития острого воспалительного процесса в средостении и наличия фоновой патологии представлено в таблице 4.

Анализ результатов обследования второй группы больных, находившихся на лечении по поводу медиастинита в период 1967-1993 гг. показал, что в случае развития одонтогенного медиастинита на фоне сепсиса и сопутствующего заболевания прогноз неблагоприятный: один больной — мужчина 42-летнего возраста, страдавший хроническим алкоголизмом, умер в сроки до 3-х лет наблюдения после выписки из стационара. У двоих мужчин (47 и 54 лет) без фоновой патологии, несмотря на то что течение медиастинита осложнилось сепсисом, наблюдалась 10-летняя выживаемость.

При развитии одонтогенного медиастинита в результате затека гнойного экссудата из глубоких клетчаточных пространств шеи в средостение один больной, мужчина 37 лет, страдавший хроническим алкоголизмом, продолжал жить спустя 20 лет после выписки из стационара; один больной погиб в результате автомобильной травмы в сроки до 5 лет после выписки из стационара.

Двое больных умерли в сроки до 5 лет после выписки из стационара — одна женщина 43-летнего возраста, страдавшая сахарным диабетом, и один мужчина 40-летнего возраста с хроническим алкоголизмом.

В сроки с 6 до 10 лет выписки из стационара умерли трое больных — двое мужчин 41 и 36 лет, страдавшие хроническим алкоголизмом (один из них покончил жизнь самоубийством) и одна женщина 27-летнего возраста, страдавшая сахарным диабетом.

У двоих мужчин наблюдалась выживаемость свыше 10 лет после выписки. Один из них — 51 года, страдавший туберкулезом легких, другой — 23 лет с сахарным диабетом.

Таким образом, анализ результатов обследования 48 больных, перенесших одонтогенный медиастинит, показал, что продолжительность и качество их жизни на различных этапах постгоспитального периода зависит прежде всего от наличия соматического заболевания, на фоне которого развился и протекал медиастинит.

Состояние здоровья обследованных пациентов определялось уровнем компенсации имеющегося у них соматического заболевания и социальными условиями жизни. По мере развития декомпенсации заболевания наступал неблагоприятный исход, что наблюдалось в сроки до 3-х лет у 7 больных (16,6%), от 3-х до 6 лет — у 9 (21,4%), в последующие сроки, до 10 лет, — у 3-х (7%).

У 9 больных (21,4%) имевшееся соматическое заболевание находилось в стадии компенсации.

Все 14 больных, перенесшие одонтогенный медиастинит, но не имевшие сопутствующих соматических заболеваний, при их обследовании в отдаленные сроки постгоспитального периода были живы.

Проведенное обследование пациентов показало, что развитие сепсиса на этапе течения одонтогенного медиастинита усугубляет тяжесть заболевания и является серьезной угрозой жизни больного, но не оказывает выраженного влияния на ее продолжительность в постгоспитальном периоде.

Продолжительность и качество жизни больных, перенесших медиастинит одонтогенной этиологии на этапе постгоспитального периода, определяется степенью декомпенсации имеющегося у них соматического заболевания, на фоне которого произошло развитие медиастинита.

Литература:

1. Егорова О.А. Особенности клинического течения одонтогенного медиастинита, обусловленные механизмом его развития. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2002. — 24 с.

Скоро!
ОТКРЫТИЕ НОВОЙ КЛИНИКИ

СТОМАТОЛОГИЯ
Будовского

**Стоматология
доктора Будовского**

приглашает:

- Врача-стоматолога-ортодонта
- Хирурга-имплантолога
- Старшую медицинскую сестру

Скоро!
ОТКРЫТИЕ НОВОЙ КЛИНИКИ

Большой пр.; П.С.; д. 92; тел.: 346-36-46, 346-44-69
budovsky1@mail.ru www.budovsky.ru

Высокий полет - земные цены

ООО "Проекция"
Беларусь, 220114, г. Минск
ул. Филимонова, 53-264
тел./факс: +375-211 86 57 263 44 73
www.radix.ru
info@radix-implants.ru

Наши представители:

<p>Москва ЗАО "Полистом" (095) 737-68-92 Волгоград ООО "Радикс" (910) 786-39-26</p>	<p>С.-Петербург ООО "Радикс" (812) 764-05-50 961-44-76 www.radix.com.ru ООО "Нордмед Плюс" (812) 275-90-02 nordmed@stom.ru</p>
<p>Украина Черновцы Центр дентальной имплантации (372)-54-51-56 implatec@chv.ukrpack.net</p>	<p>Казахстан Алматы ТОО "СТОМАЛИТ" (3272) 69-51-49 ф.: 69-24-92</p>
<p>Азербайджан Баку Kaspi-Dent +(99412) 40-75-95 ф.: 98-01-22 jab@azerin.com</p>	<p>Таджикистан Душанбе РНЦ "Стоматология" (372) 31-25-47 31-25-86</p>

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ TURKOM-CERA НА ОСНОВЕ ОКСИДА АЛЮМИНИЯ

А.М.Окулов

• врач-ортопед высшей категории

В настоящее время система Turkom-Cera, в основе которой лежит оксид алюминия, находит все более широкое распространение в России. Она используется для изготовления каркасов безметалловых конструкций как для одиночных коронок, так и для мостовидных протезов любой протяженности, а также виниров, вкладок, накладок и индивидуальных абатментов. Уже сейчас можно сказать, что эта система нашла широкое применение у российских зубных техников и врачей-стоматологов.

Ниже вашему вниманию представлены три клинических случая, которые иллюстрируют различные области применения этого материала.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Женщина 65 лет поступила с жалобами на неэстетичный вид и функциональный дискомфорт из-за полного отсутствия зубов на нижней и частичного отсутствия зубов на верхней челюстях.

После определения плана лечения были установлены 4 имплантата на нижней челюсти (рис. 1), все верхние зубы были препарированы под безметалловую конструкцию Turkom-Cera, установлены временные коронки (рис. 2). Затем были сняты оттиски, определен цвет зубов, прикус и соотношение челюстей пациента, далее работа была отправлена в лабораторию для изготовления протезов.

В лаборатории были проведены следующие работы:

1. На верхнюю челюсть был изготовлен мостовидный протез от 15 до 25 зуба (каркас Turkom-Cera, облицованный Vita VM7).
2. На нижней челюсти был изготовлен полный съемный протез с аттачментами (рис. 3).

После установки во рту и шлифовки контактных пунктов пациентка осталась довольна конечным результатом.



■Клинический случай № 1
Применение Turkom-Cera для изготовления протяженной мостовидной конструкции

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2

Мужчина 35 лет обратился в клинику с жалобой на неудовлетворительный внешний вид центральных резцов верхней челюсти.

При первичном осмотре обнаружены дефекты обоих центральных резцов верхней челюсти. Было проведено эндодонтическое лечение и установлена культевая вкладка на 21-й зуб (рис. 4, 5).

Затем было решено изготовить две безметалловые коронки с использованием системы Turkom-Cera. Оттиски были отправлены в лабораторию, где были изготовлены две одиночные коронки (рис. 6).

На рис. 7 изображены готовые коронки после установки во рту у пациента.



■Клинический случай № 2
Применение Turkom-Cera для изготовления одиночных цельнокерамических коронок



■Клинический случай № 3

Применение Turkom-Cera для изготовления безметаллового каркаса мостовидного протеза

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От использования данной системы выигрывают и ортопеды, и зубные техники. Врачи-стоматологи отмечают идеальное краевое прилегание, а также высокий эстетический вид готовых протезов. Зубным техникам нравится простота, скорость изготовления протезов с использованием материала Turkom-Cera и отсутствие необходимости в дополнительном дорогостоящем оборудовании.

Материал предоставлен
ООО «Дентал Групп»

Москва, ул. Грина, д. 3, корп. 2
Тел.: (495) 504-2654, 712-3018,
(903) 507-2020

E-mail: dentalgroup@yandex.ru
www.dental-group.ru

Более 30 лет опыта
Революция в зубном протезировании

99,98% оксида алюминия

**БЫСТРЕЕ
КРЕПЧЕ
ПРОЩЕ
ДЕШЕВЛЕ**

ООО «Дентал Групп» проводит
еженедельные практические курсы
по системе Turkom-Cera

**ЛУЧШИЕ в мире
БЕЗМЕТАЛЛОВЫЕ**
материалы и методики
для создания коронок и мостов

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР В РОССИИ
ООО «Дентал Групп»
113216, Москва, ул. Грина, д. 3, корп. 2
тел.: (495) 504-26-54; 712-30-18;
8-903-507-20-20
e-mail: dentalgroup@yandex.ru

ПАТЕНТ № РСТ/1В2006/011509

Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров

АБСОЛЮТНО ...
НИКАКИХ ПРОБЛЕМ С УСАДКОЙ
НИКАКИХ ПРОБЛЕМ С ГРАНИМИ
НИКАКИХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
НИКАКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
... КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАНО

www.dental-group.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

М.И.Садыков

• д.м.н., профессор, кафедра
ортопедической стоматологии,
СамГМУ, Самара

Целью нашей работы явилась оптимизация ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов путем совершенствования способов построения протетической плоскости и постановки искусственных зубов.

На ортопедическом лечении находились 67 пациентов с полным отсутствием зубов, в возрасте от 45 до 80 лет. В это число вошли 28 пациентов контрольной группы, получивших лечение общепринятыми методами. 39 больным (основная группа) проводилось изготовление полных съемных протезов с использованием усовершенствованных нами методов построения протетической плоскости с использованием боковой телерентгенографии головы и получения протетической плоскости на компьютерной томограмме беззубых челюстей для постановки искусственных боковых зубов.

Для исследования эффективности протезирования больных полными съемными протезами использовали способ определения устойчивости протезов по Б.В. Свирину (1998), определение жевательной эффективности по И.С. Рубинову (1970) и степени атрофии тканей протезного ложа под базисом протеза по М.И. Садыкову, Т.В. Меленберг (2002).

Суть метода построения протетической плоскости с использованием боковой телерентгенографии головы (заявка на изобретение № 2004121768). Припасовывают восковые прикусные валики с базами в полости рта пациента, формируют вестибулярный овал, определяют высоту верхнего прикусного валика. Затем формируют протетическую плоскость на верхнем валике, вначале во фронтальном отделе — по зрачковой линии, потом в боковых отделах — параллельно носоушной линии, контролируя параллельность ученическими линейками или известным аппаратом Ларина. Нижний прикусный валик подгоняют по верхнему с учетом высоты нижнего отдела лица. После этого по середине окклюзионной поверхности верхнего прикусного валика (от клыка до второго моляра) наносят рентгеноконтрастный материал (например, приклеивают стальную проволоку диаметром 0,3–0,6 мм), валики вводят в полость рта пациента и смыкают челюсти в центральном соотношении. Далее проводят боковую телерент-

генографию головы при сомкнутых челюстях. На полученной рентгенограмме (рис. 1) рисуют камперовскую линию (горизонталь) (1) между передней носовой остью (2) и нижним краем слухового прохода (3) и оценивают ее расположение по отношению к протетической линии (рентгеноконтрастного материала) (4) на окклюзионной поверхности верхнего прикусного валика. В случае непараллельности этих двух линий (плоскостей) вносят необходимые коррективы на восковые прикусные валики с учетом угла их расхождения в градусах, добиваясь параллельности между протетической плоскостью и камперовской горизонталью.

По данным наших исследований на 39 больных основной группы, протетическая плоскость, построенная традиционным методом, не была параллельна камперовской горизонтальной в $98 \pm 1,5\%$ случаев. Угол расхождения между камперовской и протетической плоскостями составлял в среднем $8 \pm 2,4^\circ$. При этом сближение указанных плоскостей наблюдалось в переднем направлении в $92 \pm 1,0\%$ случаев, а в $5 \pm 0,5\%$ случаев — в дистальном направлении.


Суть метода получения протетической плоскости на компьютерной томограмме беззубых челюстей (заявка на изобретение № 2004124084). Предполагаемое изобретение может быть использовано для выбора метода постановки боковых искусственных зубов путем биометрии расположения межальвеолярной линии по отношению к протетической плоскости [3]. Припасовывают верхний восковой валик с базисом в полости рта пациента, формируют вестибулярный овал, определяют высоту верхнего валика. Затем формируют протетическую плоскость вначале во фронтальном отделе, ориентируясь на зрачковую линию, потом в боковых отделах — по носоушной линии. Параллельность протетической плоскости вышеуказанным линиям контролируют ученическими линейками, а в боковых отделах уточняют с помощью профильной телерентгенографии головы (см. выше). Далее припасовывают нижний прикусный валик по верхнему, с учетом высоты нижней трети лица. После этого на окклюзионную поверхность верхнего валика наклеивают тонкий слой рентгеноконтрастного материала (например, металлическую пластинку); валики вводят в полость рта пациента, смыкают челюсти в центральном соотношении и проводят компьютерную томографию во фронтальной плоскости в области каждого бокового зуба одновременно справа и слева. На полученных снимках (рис. 2) определяют вершины альвеолярных отростков верхней (1) и нижней (2) челюстей, соединяют их межальвеолярными линиями (3). Межальвеолярные линии пересекаются с протетической плоскостью (рентгеноконтрастной линией) (5) и образуют углы (4). Величину углов определяют в градусах с помощью обычного транспортира. Постановку искусственных боковых зубов производят на гипсовых моделях челюстей с использованием артикуляторов по полученным в градусах углам между межальвеолярными линиями и протетической плоскостью, согласно рекомендациям Гизи.

Способ получения протетической плоскости на компьютерной томограмме беззубых челюстей позволяет более точно определить указанные углы в отличие от метода Гизи (цит. по Н.В. Калининой, 1990), предложившего измерение этих углов на гипсовых моделях.

Все первично протезируемые больные основной группы, получившие ортопедическое лечение с использованием усовершенствованных нами методов получения и построения протетической плоскости, отметили адаптацию к полному съемным протезам через 21–25 дней с момента наложения протезов на челюсти; функция жевания достигла максимальных значений на $22,0 \pm 1,3$ дня с момента наложения полных съемных протезов. Результаты исследования степени атрофии альвеолярных отростков беззубых челюстей под базами съемных протезов у пациентов основной группы через 1 год после протезирования показали почти двукратное замедление атрофических процессов по сравнению с больными контрольной группы. По нашим данным, хорошая устойчивость протезов у больных основной группы наблюдалась в 89% случаев.


Таким образом, анализ результатов научных исследований ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов с использованием усовершенствованных нами методов показал их преимущества перед традиционными, что позволяет рекомендовать эти способы для внедрения в стоматологическую практику.

(Список литературы находится в редакции.)



СТОМАТОЛОГИЯ
Санкт-Петербург

11-я Международная стоматологическая конференция и выставка



20-22 мая

Санкт-Петербург
Ленэкспо

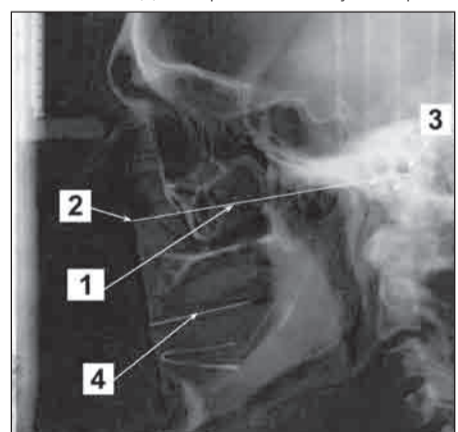
2008

БЕСПЛАТНЫЙ ИМЕННОЙ БЕДЖ
для посещения выставки
Вы можете распечатать его сейчас

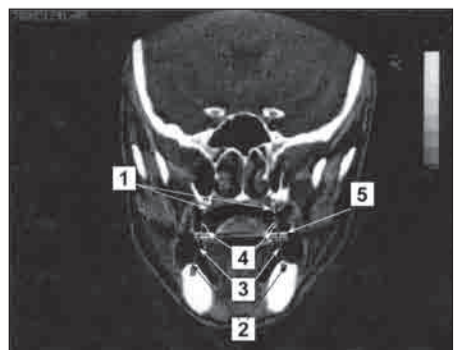
Финансирование:

Партнеры:

Спонсоры:



■Рис. 1. Боковая телерентгенограмма головы: 1 — камперовская линия (горизонталь); 2 — передняя носовая ость; 3 — слуховой проход; 4 — протетическая линия (рентгеноконтрастный материал)



■Рис. 2. Компьютерная томограмма головы (фронтальный срез): 1 — вершина альвеолярного отростка верхней челюсти; 2 — вершина альвеолярной части нижней челюсти; 3 — межальвеолярная линия; 4 — угол, образованный протетической плоскостью и межальвеолярной линией; 5 — протетическая плоскость (рентгеноконтрастный материал)

Стоматология от А до Я

специализированный магазин для стоматологов

пн-пт: с 9:00 до 18:00
сб: с 17:00 до 17:00

(812) 388-13-05 Санкт-Петербург, ул. Кузнецовская, д. 42 (812) 740-18-37
(812) 388-45-38 E-mail: alandepo@alandepo.ru (812) 493-35-43
www.alandepo.ru

Компания Алан Депо специализируется в области продаж стоматологических материалов и материалов инфекционного контроля.

Мы являемся официальным дилером фирм:

SUPERMAX PALMERO HEALTH CARE Sure-endo

латексные и нитриловые перчатки очки защитные и светозащитные штифты бумажные и гуттаперчевые

МЫ ПРЕДЛАГАЕМ:

Перчатки латексные и нитриловые SUPERMAX — от 85 рублей за упаковку

Штифты бумажные и гуттаперчевые различных размеров и конусности — от 53 рублей за упаковку

Очки защитные и светозащитные — от 130 рублей

ВЛИЯНИЕ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

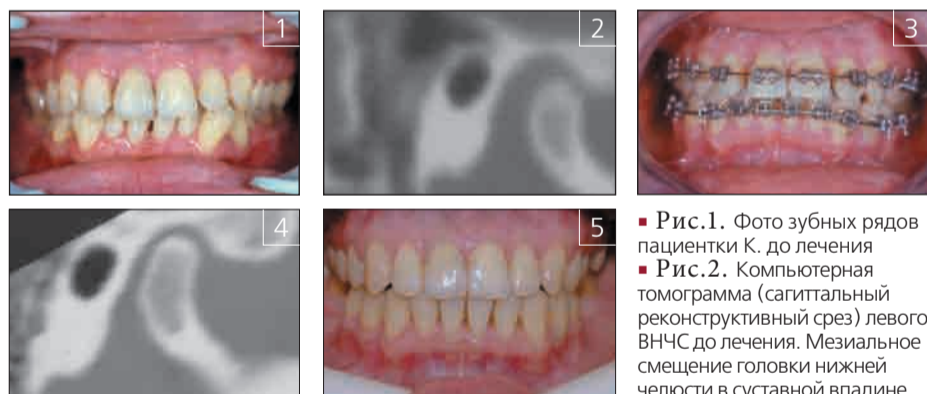
А.В.Силин

• д.м.н., зав. кафедрой общей стоматологии, СПбМАПО

Нередко аномалии прикуса и деформации зубных рядов сопровождаются нарушениями в височно-нижнечелюстных суставах (ВНЧС). В этих случаях многообразие клинических проявлений, различная степень их выраженности объясняются тесной анатомической и функциональной связью отдельных звеньев жевательного аппарата (зубных рядов, жевательных мышц, височно-нижнечелюстных суставов), а также влиянием психоэмоционального состояния личности пациента. Лечение пациентов с сочетанием зубочелюстных аномалий и нарушениями ВНЧС, как правило, длительное и не всегда успешное. Несмотря на активные исследования данной проблемы (В.А.Семкин, Н.А.Рабухина, 2000; В.А.Хватова, 1982, 1996; А.С.Щербаков, 1987; F.Mongini, W.Chmid, 1989, и др.), многие аспекты этиологии и патогенеза остаются нерешенными, отсутствуют диагностические алгоритмы и методические руководства для ведения таких пациентов в клинической практике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности морфологического и функционального состояния ВНЧС при зубочелюстно-лицевых аномалиях (глубоким прикусом и перекрестном прикусом) для определения рационального плана лечения и его прогноза.



- Рис.1. Фото зубных рядов пациентки К. до лечения
- Рис.2. Компьютерная томограмма (сагиттальный реконструктивный срез) левого ВНЧС до лечения. Мезиальное смещение головки нижней челюсти в суставной впадине
- Рис.3. Фото зубных рядов пациентки К. во время ортодонтического лечения несъемной техникой
- Рис.4. Компьютерная томограмма (сагиттальный реконструктивный срез) левого ВНЧС после лечения. Центральное положение головки нижней челюсти в суставной впадине
- Рис.5. Фото зубных рядов пациентки К. после ортодонтического лечения

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 30 пациентов в возрасте от 14 до 40 лет с глубоким прикусом (15 человек) и односторонним перекрестным прикусом (15 человек). Все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты (22 человека — 73% от общего числа обследованных), у которых были выявлены симптомы дисфункции ВНЧС; во вторую группу вошли пациенты (8 человек — 27% от общего числа обследованных) без признаков дисфункции.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено изучение телерентгенограмм головы в прямой и боковой проекциях (36 исследований), ортопантомограмм челюстей (35 исследований), компьютерных томограмм (14 исследований), магнитно-резонансных томограмм ВНЧС (25 исследований). У всех пациентов осуществляли фотометрическое исследование лица, биометрическое изучение диагностических моделей челюстей, определение характера движений нижней челюсти

методом функциографии. Для регистрации и оценки нарушений ВНЧС использовался клинический индекс дисфункции, предложенный M. Helkimo (1974).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У большинства обследованных пациентов I и II групп выявили асимметрию формы зубных рядов, несовпадение межрезцовых линий со средней линией лица и суперконтакты на отдельных зубах. Определены асимметричные контакты зубов на правой и левой сторонах при соответствующих боковых окклюзиях. В I группе достоверно чаще, чем во II группе, выявлялись асимметрия лица относительно средней линии и наклон окклюзионной плоскости (по данным фотометрии и ТРГ в прямой проекции). У пациентов с дисфункцией также выявлялись неровность траектории и уменьшение амплитуды движения нижней челюсти при открывании рта, гипертонус жевательных мышц, наличие в них плотных, болезненных при пальпации участков, бруксизм.

Строение и взаимоположение элементов сустава изучали при максимальном смыкании зубов верхней и нижней челюстей и при открывании рта на величину 35 мм между режущими краями резцов. Установлено, что размер и форма суставной впадины и головки нижней челюсти, наклон и размеры суставного бугорка не имеют строгой корреляции с видом аномалии прикуса. Положение суставных головок в суставных впадинах у 40% обследованных было центральным. У 60% пациентов наблюдалось нецентральное положение суставных головок в суставных впадинах. Чаще всего у пациентов с перекрестным прикусом положение суставных

вправляемый вывих суставного диска в обоих ВНЧС. У 3-х пациентов выявлен передний не-вправляемый вывих суставного диска и у 2-х пациентов — медиальное смещение диска в одном ВНЧС при максимально множественном смыкании зубных рядов.

У двух пациентов II группы было установлено смещение суставных головок нижней челюсти, при этом никаких клинических проявлений нарушения в ВНЧС не было.

Лечение при наличии симптомов дисфункции начинали с коррекции положения нижней челюсти с целью нормализации соотношения элементов ВНЧС.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР (рис. 1)

Пациентка К., 23 года. Жалобы на неправильное положение зубов, подвывих в левом ВНЧС, боли при жевании в правом ВНЧС. Эффективно: дистопия отдельных зубов верхней и нижней челюстей, смещение средней линии зубной дуги нижней челюсти вправо, асимметрия лица. Средняя степень дисфункции ВНЧС. Для оценки состояния ВНЧС использовался компьютерно-томографический метод исследования, с помощью которого определено мезиальное смещение суставной головки в левом ВНЧС (рис. 2). Лечение проводилось несъемной ортодонтической системой "Прямая дуга" (рис. 3) и заключалось в изменении положения нижней челюсти для достижения центрального симметричного положения суставных головок в суставных впадинах при множественных фиссурно-бугорковых контактах зубов (рис. 4, 5).

При выраженной степени дисфункции лечение пациентов проводилось с использованием капповых аппаратов для определения конструктивного соотношения челюстей и устранения симптомов дисфункции суставов.

В I группе у 14 пациентов (74% случаев) удалось устранить симптомы дисфункции. После лечения дисфункция сохранялась у 8 человек (26%). В основном это были пациенты (6 человек) с изменениями в суставах дистрофического характера (артроз), которые не могли быть устранены методами окклюзионной терапии. С помощью последней происходила лишь оптимизация функции ВНЧС, что позволило уменьшить интенсивность дисфункции.

ВЫВОДЫ

При глубоком и перекрестном прикусе симптомы дисфункции ВНЧС определяются у 73% обследуемых. В исследовании не обнаружено строгой зависимости между строением элементов ВНЧС и видом аномалии прикуса. С видом аномалии прикуса коррелировало положение головки нижней челюсти в суставной впадине. Наклон окклюзионной плоскости в трансверзальном направлении всегда сопровождался асимметричным положением суставных головок. Аномалии прикуса в 27% случаев не сопровождаются проявлениями дисфункции ВНЧС, хотя при этом может быть изменено положение элементов ВНЧС.

Изменение положения головки нижней челюсти в суставной впадине свидетельствует об отсутствии компенсаторно-приспособительных реакций в ВНЧС к нарушениям на уровне оснований челюстей и зубных рядов. В этих случаях необходима коррекция положения нижней челюсти и последующая оптимизация смыкания зубных рядов. При морфологических изменениях в суставах исправление аномалий прикуса нормализует артикуляцию зубных рядов, позволяет устранить перегрузку и улучшить функцию ВНЧС, что способствует уменьшению дисфункции.

(Список литературы находится в редакции.)

"Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов"
№1(2), февраль 2008 года

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., проф. **Иванова Г.Г.**
главный редактор (С.-Петербург)
д.м.н. **Мchedлидзе Т.Ш.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)
д.м.н. **Фадеев Р.А.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)

Аврамова О.Г.

д.м.н.

Агапов В.С.

академик РАЕН, д.м.н., профессор

Арсенина О.И.

д.м.н., профессор

Арутюнов С.Д.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Вагнер В.Д.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Вишняков Н.И.

з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Гветадзе Р.Ш.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Григорьянц Л.А.

д.м.н., профессор

Давыдов Б.Н.

чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Данилов Е.О.

к.м.н., доцент

Иванов С.Ю.

д.м.н., профессор

Козлов В.А.

чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Кузьмина И.М.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Леонтьев В.К.

академик РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Макеева И.М.

д.м.н., профессор

Максимовская Л.Н.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Максимовский Ю.М.

засл. врач РФ, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Малый А.Ю.

д.м.н., профессор

Мамедов А.А.

чл.-корр. РАЕН, д.м.н., профессор

Миргазизов М.З.

з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Мороз Б.Т.

д.м.н., профессор

Морозова Н.В.

д.м.н., профессор

Олесева В.Н.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Персин Л.С.

чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор

Рабинович И.М.

д.м.н., профессор

Рабинович С.А.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Ряховский А.Н.

д.м.н., профессор

Семенов М.Г.

д.м.н.

Соловьев М.М.

з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Трезубов В.Н.

з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Хацкевич Г.А.

д.м.н., профессор

Царев В.Н.

д.м.н., профессор

Цимбалитов А.В.

засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Чибисова М.А.

д.м.н., профессор

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО "МЕДИ издательство"

Адрес редакции

191025, Санкт-Петербург, Невский пр., 82
Редакция газеты "Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов"
телефон/факс: (812) 324-00-22
e-mail: is@emedi.ru www.instom.ru

Генеральный директор — к.и.н. **Е.Л.Пушкарёва**
Научный редактор — к.ф.н., доцент **А.Л.Иванов**
Дизайнеры — **С.Г.Земскова, З.Н.Шелгоева**
Менеджер по рекламе — **А.И.Брежнев**
Менеджер по распространению — **Л.В.Алексеева**

Свидетельство о регистрации ПИ №Ф77-29951 от 19.10.07 выдано Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия. Тираж 10000 экз.

Редакция оставляет за собой право сокращения объема публикуемых материалов. Ответственность за достоверность приводимых в опубликованных материалах сведений несут авторы статей. Рекламуемые в газете товары и услуги должны иметь официальное разрешение Российских органов здравоохранения. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Перепечатка — только с письменного разрешения редакции. Эксклюзивные материалы газеты являются собственностью ООО "МЕДИ издательство"

ВНИМАНИЕ! КОНКУРС!



Blend-a-med и Oral-B учреждают Грант на лучшую научную работу в области профилактики стоматологических заболеваний

Авторитетное жюри выберет **3** лучшие работы
в каждой из **3** номинаций

Лучшая студенческая работа

**Лучшая работа среди
практикующих стоматологов**

**Лучшая работа
среди молодых учёных**

(награждаются интерны,
ординаторы, аспиранты)

Грант за **1-е место**
в номинации —
25000 рублей

Грант за **2-е место**
в номинации —
цифровая видеокамера

Грант за **3-е место**
в номинации —
цифровая фотокамера

Конкурсные работы
принимаются
до **10** марта
2008 года
(по почтовому штемпелю).

Присылайте работы по адресу:

115054, г. Москва,
Павелецкая площадь, д. 2, стр. 3,
компания «Procter&Gamble»
с пометкой «На Конкурс».

В письме укажите Ваши контактные
данные: ФИО, телефон, адрес.

Результаты Конкурса будут опубликованы
в сентябрьских номерах журналов
«Стоматология для всех»
и «Институт Стоматологии» за 2008 г.,
а также с 05 апреля 2008 г.
на интернет-сайтах www.oral-b.ru
и www.blendamed.ru

Призы будут вручены **23 апреля**
на выставке **Dental-Expo 2008**
(точное время и место будут сообщены
отдельно) или высланы почтой по адресу,
указанному в письме.
Подробности Конкурса Вы можете
узнать на интернет-сайтах
www.oral-b.ru и www.blendamed.ru
или по телефону горячей линии
8-800-200-20-20.

BIOMET 3i

УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ КОМПАНИЙ BIOMET 3i и КОМ-ДЕНТАЛЬ

Симпозиум по имплантологии на тему: «Усложненные методики в стоматологической имплантологии для более успешного лечения пациентов»

6 июня, Москва
7 июня, Екатеринбург

Д-р Майкл С. Блок, DMD (США) и д-р Паулино Кастеллон, DMD (США)

Лекция: «Сохранение эстетики — одномоментная установка имплантатов после удаления зубов. Протоколы нагрузки: от традиционной до немедленной».

В лекции речь будет идти о протоколах удаления зубов и одномоментной установки имплантатов в эстетически важных зонах верхней и нижней челюстей. Будут в деталях рассмотрены техники отсроченной нагрузки для многокорневых зубов и немедленной нагрузки для однокорневых зубов.

Лекция: «Немедленная нагрузка: временные и окончательные реставрации — практические методики, включающие использование хирургических шаблонов, изготовленных при помощи компьютерных технологий».

Современные методики протезирования зубов при частичной или полной адентии.

Из этой презентации Вы узнаете о различных реконструктивных методиках, таких как временное протезирование, аугментация мягких и твердых тканей, новые методики восстановления костного гребня и синус-лифтинг, использование хирургических шаблонов, изготовленных при помощи компьютерных технологий для более эффективного имплантологического лечения.

Д-р Майкл С. Блок, DMD (США)

Доктор Блок получил ученую степень по биологии и биомедицинской инженерии в Университете Рочестера в 1975 г., а также ученую степень по стоматологии в Гарвардской Медицинской Школе в 1979 г. Затем Майкл Блок окончил программу по челюстно-лицевой хирургии в Новом Орлеане, штат Луизиана, в 1983 г. и остался там работать и преподавать на кафедре челюстно-лицевой хирургии до 2006 г. На этой кафедре доктор Блок получил ученое звание Профессора.

Сейчас Доктор Блок и Доктор Кастеллон создают Центр Дентальной Реконструкции, частную клинику, занимающуюся лечением пациентов.

Доктор Блок — главный редактор четырех книг о дентальных имплантатах: Endosseous Implants for Maxillofacial Reconstruction, Implants in Dentistry, Color Atlas of Dental Implant Surgery — первое издание; Implants in Dentistry, Color Atlas of Dental Implant Surgery — второе издание, вышедшее в 2007 году. Ранее Доктор Майкл Блок был Президентом Академии Остеоинтеграции и председателем на трех ежегодных программах.

Доктор Блок сотрудничает с Американской Ассоциацией Оральных и Челюстно-лицевых Хирургов (AAOMS) по обучающим программам.

Он читает лекции по всему миру, опубликовал много научных работ, посвященных имплантологии, реконструктивной хирургии и регенеративным процедурам.



Доктор Паулино Кастеллон, DMD (США)

Доктор Кастеллон получил ученую степень в области стоматологии в Гвадалахарском Университете, Мексике, также получил Сертификат по ортопедии в Государственном Стоматологическом Университете штата Луизиана, где он прошел курс обучения по эстетической и имплантологической стоматологии. Д-р Кастеллон является членом Американского Колледжа Пародонтологии и Академии Остеоинтеграции. Он является директором Имплантологической Клиники при Государственном Университете штата Луизиана, отвечает за курс имплантологии. Опубликовал научные работы, посвященные стоматологической имплантологии.



Для регистрации участия в программах обращайтесь, пожалуйста, в компанию «Ком-Денталь» — эксклюзивному дистрибьютору BIOMET 3i
в России: +7 (499) 242-95-51, 242-95-67; +7 (906) 700-17-38; 3i@comdental.ru — Ольга Рогачева
в Украине: +38 (044) 501-71-17; +38 (067) 700-76-67; 3i@comdental.com.ua — Тарас Савчук

Ketac™ N100 – первый в мире наноиономер



шаг вперед
в прямых реставрациях!

Дозирующая система Clicker™
была удостоена награды:



Инновационный материал для реставраций от 3M ESPE

Первый гибридный стеклоиономерный реставрационный материал на основе технологии соединенных наполнителей
Высокоэстетичный стеклоиономер с хорошей полируемостью • Активное выделение фтора • Повышенная износостойчивость
Использование продукта более легкое и быстрое благодаря системе замешивания "паста/паста" и дозирующей системе Clicker™

3M Россия, Материалы для стоматологии
Тел.: (495) 784 7479; www.3MRussia.ru/healthcare

3M, ESPE, Clicker и Ketac являются зарегистрированными торговыми марками 3M или 3M ESPE AG.
© 3M 2007. Все права защищены. На правах рекламы.

3M ESPE

Стоматологический компьютерный томограф 3 D
с функцией панорамного рентгена и наивысшей
в мире скоростью получения снимков.

**Pharma
Dental**

**СЕНСАЦИЯ !
95.000\$**



Панорамный рентген
с функцией 3D

PAX 400C2

Восстановление снимка	3 D
Цифровой панорамный	3 сек.
Панорамный снимок	9,1 сек.
Цифловизионный снимок	1,9 сек.
Алгоритм томографии	реконструкция изображения
Градации серого цвета	16 bit
Толщина среза	0,125-3мм

VATECH
Производство Юж. Корея

Адрес: Эксклюзивный представитель в России: ООО "Фарма-дентал"
115419, Москва, ул. Орджоникидзе, 11/9
Тел./факс: (495) 789-67-33, 789-67-55, 730-28-59
e-mail: pharmental@mail.ru www.pharmental.ru

Сертифицировано и зарегистрировано в Минздравсоцразвития РФ

**Pharma
Dental**

**ВАКУУМНЫЕ АВТОКЛАВЫ
RUNYES**

СТОМАТОЛОГ, БУДЬ УВЕРЕН В СТЕРИЛЬНОСТИ ИНСТРУМЕНТОВ!
СТЕРИЛИЗАЦИОННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ RUNYES – 100% ГАРАНТИЯ
БЕЗОПАСНОСТИ ОТ ВИЧ, ГЕПАТИТОВ И ДРУГИХ ИНФЕКЦИЙ!



Адрес: Эксклюзивный представитель в России: ООО "Фарма-дентал"
115419, Москва, ул. Орджоникидзе, 11/9
Тел./факс: (495) 789-67-33, 789-67-55, 730-28-59
e-mail: pharmental@mail.ru www.pharmental.ru

Производство Vatech: зарегистрировано и сертифицировано Минздравсоцразвития РФ
Производство Vatech имеет сертификаты европейских стандартов ISO, TUV