

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

ISSN 2221-5042

№6 (37)

декабрь 2013



Великолепный уход за вашими
стоматологическими наконечниками

PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

Вы хотите получить ключ к самым современным способам ухода за вашими стоматологическими наконечниками? Регулярная очистка и смазка в аппарате Assistina 301 предназначена для ухода за прямыми и угловыми наконечниками, турбинами, воздушными моторами и воздушными скалерами ведущих мировых производителей. Assistina осуществляет ротационную смазку стоматологических наконечников. Результат: несомненно – надежность, минимальное трение, сопротивление к износу и бесконечно долгий срок службы.



assistina

Представительство
в Москве:

Тел.: 499/270 48 68

E-mail: info.ru@wh.com

Web-site: www.wh.com/ru_cis

Импортёры
фирмы W&H:

Дентекс, Москва

Тел.: 495/974 30 30

495/269 00 88

ОМТ, Москва

Тел.: 495/223 15 60

495/229 33 75

Эксподент, Москва

Тел.: 495/959 92 92

495/332 03 16

Уралквадромед, Екатеринбург

Тел.: 343/262 87 50

343/262 88 51

Дистрибуция в Санкт-Петербурге –

Алвик-Медэкспресс:

Тел.: 812/326 29 17

www.vladmiva.ru

С Новым Годом и Рождеством!



308023, Россия, г. Белгород, ул. Садовая, 118; (4722) 200-555, 31-35-02

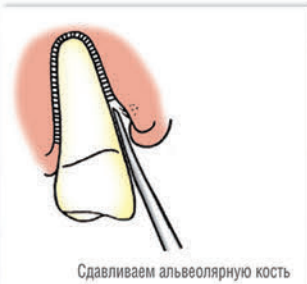
Полная электронная версия газеты
на сайте www.instom.ru

Швеция

DIRECTA
Design by Dentists



Эргономичная ручка.



Сдавливаем альвеолярную кость



... и разрезаем периодонтальную связку.



Освобождаем зуб из лунки.
Минимальное повреждение тканей.

Менее травматичное удаление

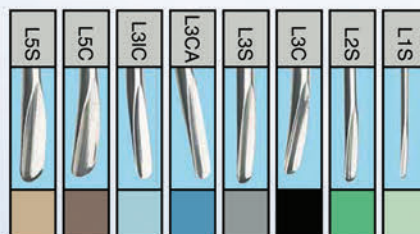
Люксатор®
Инструменты для удаления зубов



Гораздо менее
травматично
для Вас, Ваших
пациентов и их
зубов

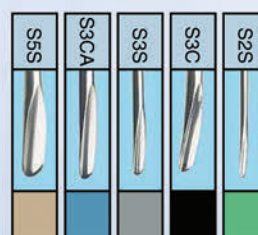
Люксатор®
периотом

Инструменты для разрезания периодонтальной связки и сдвигания окружающей альвеолярной кости. Имеется 8 моделей различных размеров и формы для различных клинических ситуаций. Удлиненные инструменты наиболее востребованы, это знаменитые инструменты для максимального щадящего удаления зубов.



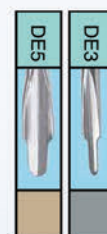
Люксатор®
короткий периотом

Укороченные версии люксаторов-периотомов со схожими свойствами обеспечивают более легкую работу для врачей с миниатюрными ладонями.



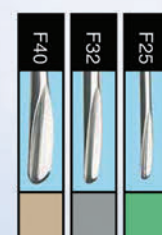
Люксатор®
периотом с двойной кромкой

Инновационная двойная рабочая часть для зондирования и люксации. Эти инструменты объединяют свойства периотома и элеватора. Требуют меньше усилий. Более безопасное поэтапное введение снижает риск соскальзывания. Идеально подходит для зубов с глубокими фактурами и разрушенными корнями. Очень востребованы, получили высокую оценку стоматологов и неоднократно доказали свою функциональность.



Люксатор®
Элеватор Форте

Отличные инструменты с высокопрочной рабочей частью позволяют удалять зубы и корни без риска повреждения или отлома кончика инструмента, имеют очень удобную ручку. Представлены тремя моделями для различных клинических ситуаций.



СВАЙТ

ЗАО "СС ВАЙТ"

119071, Россия, Москва, 2-ой Донской проезд, д. 4, оф. 330

Тел.: (495) 730-51-23, 952-23-51, 952-57-04, 952-01-47; факс: (495) 952-04-80

<http://www.sswwhite.ru>

www.crosstex.ru

e-mail: info@sswhite.ru



CORTEX

dental implants

Полное погружение в практическую дентальную имплантологию на берегах Карибского моря

Открыта запись на май' 2014
и октябрь' 2014



АМИКО-СПБ
рентгенотехника

Эксклюзивный дистрибьютор
имплантационной системы CORTEX в России

Россия, 198099, г. Санкт-Петербург,
ул. Промышленная, 5, литер А, пом. 438-Н

тел./факс: +7 (812) 325-23-57/58; моб.тел.: +7 (911) 089-74-21
сайт: www.amicospb.ru; e-mail: amico-spb@mail.ru

Подробная информация по телефону:
+7 911 089-74-21, Апацкая Мария,
руководитель отдела маркетинга.
<http://vk.com/cortexrussia>



Курс рекомендован
Международным
альянсом
современных
стоматологий



ОДНА СИСТЕМА — ОДИН НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ — ВСЕ ПОКАЗАНИЯ



ПРИОМЕД

Субдистрибьютор по Санкт-Петербургу и Северо-Западному федеральному округу
Тел./факс: 8 (812) 325-0675 | e-mail: priomed@priomed.ru | www.priomed.ru

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «НЕОДЕНТ» ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

ВСЕ ВИДЫ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

- металлокерамика
- безметалловая керамика (вкладки, коронки, виниры, УЛЬТРАНИРЫ)
- конструкции любой протяженности и сложности из **диоксида циркония**, в том числе **Prettay Zirkon**
- съемные протезы (пластиночные, бюгельные, гибкие)
- комбинированные конструкции любой сложности
- CAD/CAM (фрезерованные) конструкции (в том числе Procera®):
 - ✓ коронки, мостовидные протезы из **оксида алюминия, диоксида циркония и кобальтохромового сплава**:
 - ✓ балочные конструкции из **кобальтохромового сплава и титана**
 - ✓ индивидуальные абатменты из **кобальтохромового сплава, титана и диоксида циркония** на различные системы дентальных имплантатов
 - ✓ временные акриловые реставрации

УСЛУГИ ДЛЯ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

- каркасы из диоксида циркония, титана, кобальтохромового сплава (CAD/CAM система сканирования и компьютерного моделирования Nobel Procera 2G (Nobel Biocare))
- инъекция термопластов (нейлон, ацетат, acfi-frt)
- каркасы e.max

195176, Санкт-Петербург,
пр. Металлистов, 58
тел/факс: (812) 321-62-01
моб. тел.: +7 (921) 427-05-89
e-mail: adm@neodentlab.ru
www.neodentlab.ru
skype NeodentLab

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ**
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКА СТОМАТОЛОГОВ БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ГРАФИК ОБУЧЕНИЯ
ФАНТОМНЫЙ КЛАСС
ДИПЛОМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА

(812) 324-0054; 8 (800) 333-0054

www.instom.ru

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ**
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Приглашаем посетить семинары и практические занятия в СПБИНСТОМ

Название курса	Даты	Стоимость (руб.)
Профессиональная переподготовка по всем стоматологическим специальностям	ежемесячно	от 25000
Повышение квалификации по всем стоматологическим специальностям	ежемесячно	от 15000
Современные технологии и материалы в практике детского стоматолога	3-4 февраля, 26-27 февраля	18000
Протезирование культевыми штифтовыми вкладками (коронками)	3 февраля, 24 февраля	10000
Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи	3-4 февраля	10000
Эндодонтия для начинающих	3 февраля	8000
Синус-лифтинг	3-4 февраля	20000
Эффективные технологии эндодонтического лечения, гарантирующие успех. Как быстро овладеть и избежать ошибок	4-6 февраля, 25-27 февраля	25000
Восстановление дефектов твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов металлокерамическими зубными протезами	4-7 февраля	32000
Болевые точки в управлении стоматологической клиникой	5-6 февраля	11000
Экспертиза временной нетрудоспособности	5 февраля	10000
Зубная имплантология (усложненный курс)	5-6 февраля	18000
Применение коффердама в терапевтической стоматологии	7 февраля	8000
Радиационная безопасность и противорадиационная защита персонала и пациентов при проведении рентгенодиагностических исследований в лечебно-профилактических учреждениях	10-11 февраля	10000
Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры, коронки, мостовидные протезы)	10-13 февраля, 25-28 февраля	32000
Реставрация зубов с использованием современных пломбирочных материалов	10-11 февраля	15000
Методы активной продажи стоматологических услуг (для руководителей и врачей клиники)	11-12 февраля	11000
Цифровая и пленочная рентгенография в современной стоматологии	12-14 февраля	15000
Особенности протезирования на имплантатах	12-14 февраля	20000
Отбеливание зубов — от теории к практике	12 февраля, 28 февраля	12000
Современные волоконные адгезивные системы в комплексном лечении заболеваний пародонта и эстетической коррекции зубов	13 февраля	10000
Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим пациенткам	13 февраля	5000
Амбулаторная хирургическая стоматология в повседневной практике	13-14 февраля	14000
Клинические показания и противопоказания к эндодонтическому лечению	14 февраля	5000
Радиовизиография — гарантия качества проведения стоматологического лечения	14 февраля	9000
Прямое восстановление передней группы зубов композиционными материалами с применением красок	14 февраля	10000
Обработка корневых каналов инструментами ProTaper, K3 и Mtwo	17 февраля	10000
Основы клинической гнатологии	17-18 февраля	20000
Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике	17 февраля	5000
Рентгеноцефалометрическая диагностика	17-18 февраля	16000
Планирование и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий	17-18 февраля	12000
Особенности работы с детьми на хирургическом стоматологическом приеме	18 февраля	10000
Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи	18 февраля	5000
Фармакотерапия в амбулаторной стоматологии	18 февраля	5000
Бюгельные протезы с использованием кламмерных, замковых и фрезерных конструкций	19-21 февраля	22000
Особенности исправления зубочелюстных аномалий у взрослых	19-20 февраля	16000
Аппаратурно-хирургическое лечение	19 февраля	10000
Повторное лечение корневых каналов	19 февраля	10000
Пародонтальная терапия	19-20 февраля	15000

(812) 324-0054; 8 (800) 333-0054

www.instom.ru

СИНДРОМ ПСИХО-СЕНСОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.М.Соловьев

• з.д.н. РФ, д.м.н., профессор, кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Адрес: СПб., ул. Л.Толстого, д. 6-8, корп. 5
Тел.: 8 (812) 499-71-21

Р.А.Фадеев

• д.м.н., профессор, ректор, зав. кафедрой ортодонтии, СПБИНСТОМ; профессор кафедры стоматологии, НовГУ; профессор кафедры детской стоматологии с курсом челюстно-лицевой хирургии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Адрес: 195176, СПб., пр. Металлистов, д. 58
Тел.: 8 (812) 324-00-44
E-mail: Doc375@medi.spb.ru

Е.Р.Исаева

• д.пс.н., профессор, кафедра психиатрии и наркологии с курсом психологии, ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Адрес: СПб., ул. Л.Толстого, д. 6-8, корп. 5
Тел.: 8 (812) 499-71-21

Алекс Клемент

• врач-стоматолог, челюстно-лицевой хирург
Адрес: Франция, г. Париж

Резюме. В статье рассматривается предложенный авторами синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации и применение его в стоматологической практике, включая количественную оценку степени выраженности синдрома.

Ключевые слова: синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации, количественная оценка степени выраженности нарушений.

Syndrome of psycho-sensory-functional deadaptation in a dental practice (M.M.Solovyev, R.A.Fadeyev, E.R.Isayeva, Alex Clement).

Summary. The article considers the syndrome of psycho-sensory-functional deadaptation and its application to a dental practice proposed by the authors, including a quantitative assessment of expression level of the syndrome.

Key words: Syndrome of psycho-sensory-functional deadaptation, quantitative assessment of expression level of disorders.

Здоровье, согласно определению ВОЗ, — это состояние полного физического, психического и социального благополучия. Болезнь — нарушение нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, ... при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов (Википедия).

Морфологические и функциональные нарушения со стороны жизненно важных систем и отдельных органов больного человека находят своё отражение на психическом уровне в виде ощущений, эмоций, которые могут оказывать существенное влияние на течение заболевания. Поэтому каждое заболевание можно рассматривать как психосоматический процесс, требующий соответствующего индивидуального подхода к исследованию и лечению больного. Такой психосоматический подход, по Franz Alexander, заключается в одновременном и скоординированном исполь-

зовании соматических (клинических, физиологических, морфологических, биохимических, иммунологических) и психологических методов исследования.

Особенностью заболеваний, повреждений, аномалий развития лицевого отдела головы является то, что большинство из них проявляется в виде деформаций, воспринимаемых пациентом и окружающими как эстетический дефект, как признак тяжести заболевания. Даже непродолжительная деформация лица в виде его асимметрии при острых воспалительных заболеваниях, травме у многих пациентов вызывает беспокойство, тревогу, негативно влияет на их социально полезную деятельность. Длительно существующие дефекты и деформации лица эстетического характера могут оказывать существенное влияние на психику пациента и, по самооценке пациентом значимости их в картине заболевания, преобладать над функциональными проявлениями заболевания. Это обстоятельство обосновывает необходимость психосоматического подхода к обследованию и планированию лечения больных стоматологического и челюстно-лицевого профиля.

Для оценки соматического статуса пациента, выявления у него морфологических и функциональных нарушений существуют прецизионные методы исследования, которые постоянно совершенствуются. То же можно сказать о возможностях регистрации состояния защитно-компенсаторно-приспособительных реакций организма. Методы психологического исследования — это интервьюирование, анкетирование.

Декларация о необходимости комплексного подхода к обследованию пациентов и призыв использовать полученные данные исследования при их лечении содержатся практически в каждом учебном издании для студентов и врачей по всем разделам медицины. К сожалению, практикующему врачу трудно реализовать психосоматический подход, основанный на одновременном и скоординированном использовании соматических и психологических методов исследования, особенно если он работает в режиме амбулаторного приёма, ограничен во времени общения с больным, в быстром проведении комплексного соматического и психологического исследования больного. В таком амбулаторном режиме работают стоматологи.

В стоматологии, как и в других разделах медицины, болезнь проявляется симптомами, которые принято подразделять на объективные и субъективные. Объективные симптомы, выявляемые и измеряемые физикальными, инструментальными, лабораторными, аппаратурными методами, используются для диагностики и прогнозирования течения заболевания. Они играют ведущую роль при решении вопросов топической, дифференциальной диагностики, при прогнозировании заболевания, при решении вопросов трудовой экспертизы. Сложность их использования в качестве критерия оценки тяжести заболевания определяется тем, что одни и те же объективные симптомы могут указывать как на повреждение, нарушение функции органа, аппарата, системы, так и характеризовать состояние защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов организма больного. Например, лихорадка — повышение температуры тела до 38,0°-38,5°, сопровождающаяся угнетением жизнедеятельности микроорганизмов и вирусов, активизируются обменные процессы, наблюдается мобилизация защитных факторов организма — увеличение содержания нормальных иммуноглобулинов, лизоцима, бета-лизинов, комплемента, пропердина, лактоферрина, повышение фагоцитарной активности лейкоцитов. Отсутствие повышения температуры тела (лихорадка) у больного с признаками прогрессирования местного инфекционно-воспалительного процесса, как и отсутствие других объективных симптомов

в виде нейтрофильного лейкоцитоза, свидетельствует о неспособности включить эту защитно-приспособительную реакцию и может расцениваться как неблагоприятный прогностический признак. В то же время известно, что повышение температуры тела расценивается как один из самых главных аргументов при решении вопроса о выдаче больному документа о его временной нетрудоспособности. Кстати, приём больными с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями обезболивающих лекарственных препаратов, обладающих антипирогенным действием, искусственно тормозит эту защитно-приспособительную реакцию организма. В таких случаях объективный, с точки зрения возможной метрической оценки, симптом — лихорадка не является объективным критерием оценки тяжести течения инфекционно-воспалительного процесса.

Симптомы, которые содержатся в жалобах пациентов, квалифицируют как субъективные. Ввиду сложности оценки их выраженности, отсутствия стандартных, общепринятых методов исследования, они обычно играют меньшую роль в диагностике заболевания, оценке тяжести больного и решении вопросов трудовой экспертизы. Субъективные симптомы — это ощущения, испытываемые больными. Например, боль в покое, боль при откусывании и разжёвывании пищи, открывании рта, глотании, повышенная утомляемость, раздражительность, тревожность, подавленность и т.д. Субъективные симптомы могут ощущаться и описываться по-разному в зависимости от личности больного, от адекватности «инструмента» их регистрации и оценки. Такими «инструментами» являются стандартизированные методы интервьюирования, вопросники. Результаты оценки субъективных симптомов зависят также от ситуации, в которой проходит интервьюирование, и от особенностей человека, проводящего интервьюирование. Поэтому не всегда оценка общего состояния больного врачом, основанная на учёте перечисленных выше объективных симптомов, совпадает с оценкой своего состояния больным, основанной на анализе им своих ощущений.

При острых одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой локализации объективные классические местные симптомы воспаления: tumor, dolor, rubor, calor, functio laesa — используются для определения локализации и распространённости воспалительного процесса. Симптомы синдрома системной воспалительной реакции (выраженность лихорадки, частота пульса, количественные и качественные изменения клеточного и биохимического состава периферической крови) — для оценки тяжести и прогноза заболевания.

■ **Таблица 1.** Симптомы, ощущения, состояния, влияющие на формирование дезадаптации человека при стоматологических заболеваниях, повреждениях и аномалиях лицевого отдела головы

I. Сенсорные*	II. Сенсорно*-функциональные
1. Боль в покое 2. Жжение 3. Парестезии 4. Гипостезии 5. Анестезии 6. Нарушение вкуса 7. Нарушение обоняния 8. Неприятный запах 9. Шум в суставе 10. Щелчки (чмоканье) в суставе	1. Боль при открывании рта 2. Боль при жевании 3. Боль при глотании 4. Боль при разговоре 5. Боль от кислого 6. Боль от сладкого 7. Боль от горячего 8. Боль от холодного
III. Функциональные	
1. Ограничение открывания рта (без боли) при рубцовых, костных контрактурах 2. Нарушение откусывания и разжёвывания пищи из-за недостаточного количества или полного отсутствия зубов 3. Нарушение откусывания и разжёвывания пищи из-за нарушения прикуса (окклюзии) 4. Нарушение глотания из-за врождённых, приобретённых дефектов, деформаций нёба, ротоглотки 5. Нарушение приёма жидкости из-за наличия ороантрального сообщения 6. Нарушение носового дыхания 7. Слёзотечение 8. Лагофthalm (при параличе лицевого нерва, врождённой недостаточности век, их рубцевом вывороте) 9. Вывихи нижней челюсти 10. Нарушение зрения — диплопия	
IV. Морфологические (эстетического характера)	
1. Дефекты: зубов, челюстей, отдельных частей лица, «комбинированные» дефекты 2. Деформации: зубов, челюстей, отдельных частей лица 3. Несоразмерность: челюстей, отдельных частей лица	
V. Неадекватная информация, полученная от врача, среднего и младшего медицинского персонала через интернет, от знакомых и т.д.	

Примечание: Сенсорный — (от латин sensus — чувство) — чувствующий; ощущающий, воспринимающий (Толковый словарь Д.Н.Ушакова, 1940)

■Таблица 2. Базовая шкала для регистрации результатов эмоциональной самооценки пациентом выраженности отдельных симптомов и ощущений, способствующих развитию состояния дезадаптации (в баллах)

Симптом / баллы	Временные точки исследования	1 сут.	2 сут.	3 сут.	4 сут.	5 сут.	6 сут.	7 сут.
Выражен очень (чрезвычайно)	9							
	8							
Выражен отчётливо	7							
	6							
Выражен умеренно	5							
	4							
Выражен слабо	3							
	2							
Отсутствует	1							
Сутки		1 сут.	2 сут.	3 сут.	4 сут.	5 сут.	6 сут.	7 сут.

том, что у него поздняя стадия рака с наличием метастазов, «превращает его в онкологического больного». На фоне повышенной тревожности, истощения антиноцицептивной системы выраженность более по самооценке пациента возрастает; нарушается сон, снижается работоспособность, а из-за боли при глотании нарушается питание. Следствием этого является нарушение нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, которые можно рассматривать как дезадаптацию личности.

Такова одна из моделей возникновения у человека психосоматического заболевания на фоне канцерофобии.

В формировании собственного отношения человека к болезни важную роль играют характер испытываемых им ощущений (субъективных симптомов) и субъективная оценка их выраженности, которая во многом определяется личностными особенностями пациента.

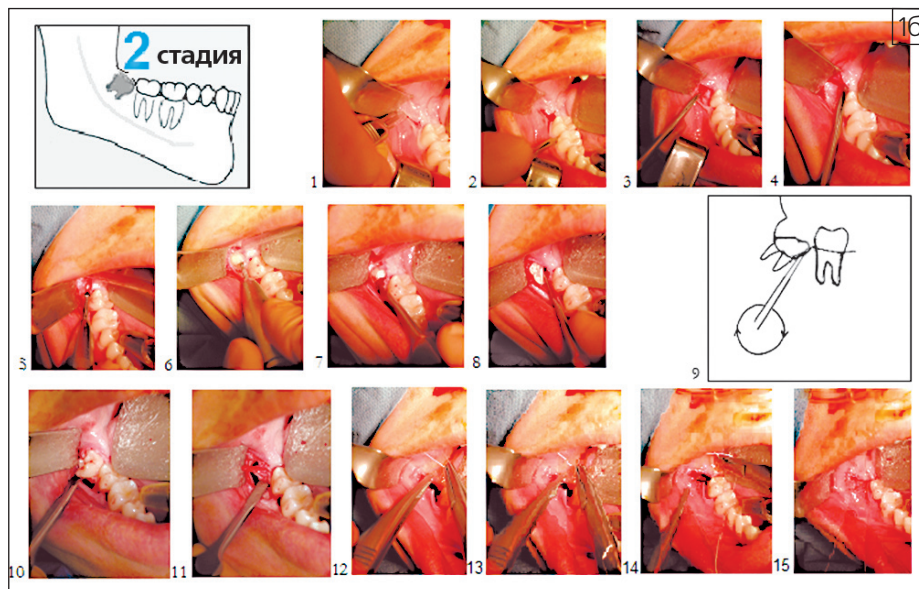
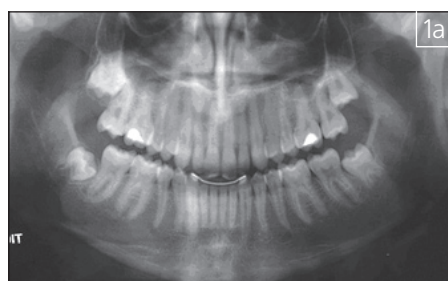
Личностные особенности, характер общественно-профессиональной деятельности пациента существенно влияют на его самооценку объективных симптомов заболевания. В стоматологии и челюстно-лицевой хирургии к таким симптомам относятся врождённые и приобретённые деформации лица, отклонения от общепринятых стандартов архитектоники лица. Обусловлено это тем, что лицо выполняет важную и достаточно специфическую коммуникационную функцию в межличностном общении людей.

Так, умеренно выраженная деформация лица в виде коллатерального отёка мягких тканей подглазничной области при остром одонтогенном периостите, с позиций врача, не является показателем тяжести состояния больного. Она не может быть основанием для выдачи документа о временной нетрудоспособности при отсутствии других объективных симптомов, характеризующих выраженность синдрома системной воспалительной реакции, тенденции к дальнейшему распространению инфекционно-воспалительного процесса. Иную субъективную оценку дают этому симптому пациенты, у которых успех их профессиональной, общественной и политической деятельности во многом определяется привлекательностью лица: актёры, дипломаты, врачи, учителя, менеджеры. Для них отказ выдачи документа о временной нетрудоспособности может быть причиной возникновения экстремальной ситуации, способствующей дальнейшему углублению дезадаптации личности. Другие симптомы периостита — боль и повышение температуры тела; их можно устранить приёмом обезболивающих и жаропонижающих лекарственных средств.

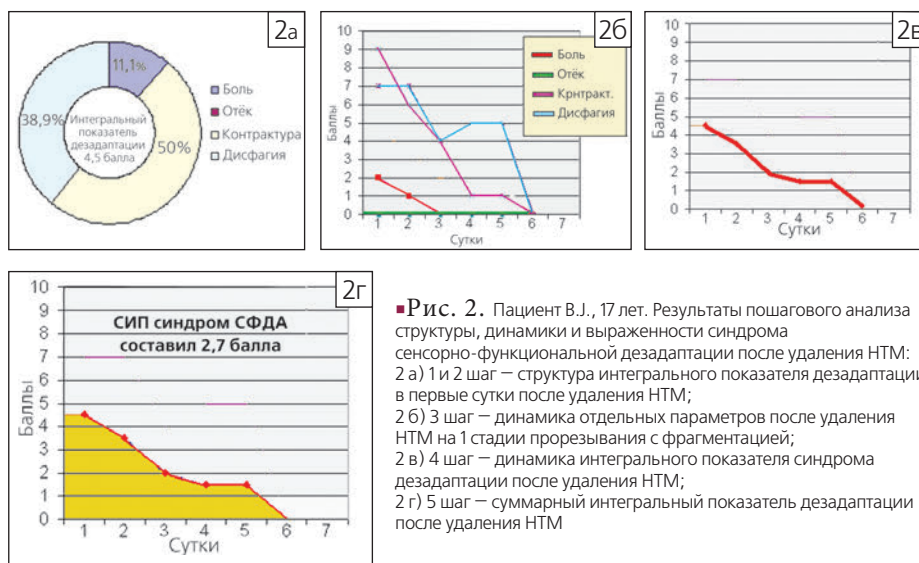
Такие ситуации могут возникать и в быту. Например, появление у женщины умеренно выраженной припухлости мягких тканей в подглазничной области в день посещения театра, светского приёма, бала, банкета могут вызывать у неё состояние дезадаптации с отказом участвовать в запланированном мероприятии.

Другая ситуация, встречающаяся в жизни. У невесты или жениха накануне или в день свадьбы, в связи с обострением хронического периодонтита или развитием одонтогенного периостита, возникает припухлость мягких тканей подглазничной области, отёк нижней губы. В таких случаях может наблюдаться гиперболизация субъективной самооценки одного из симптомов заболевания с развитием глубокой дезадаптации и даже депрессии пациента.

Разную оценку выраженности и значимости других симптомов острого воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации может давать врач, пытающийся максимально объективизировать результаты исследования пациента. Например, на основании анализа своих ощущений и действий, пациент сообщает вра-



■Рис. 1. Клиническое наблюдение. Пациент В.Л., 17 лет, направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии города Перпиньяна (Франция) для удаления ретенционных верхних и нижних третьих моляров по ортодонтическим показаниям



чу, что из-за боли он не может открывать рот, глотать, принимать жидкую пищу, лекарства и воду. Врач, измеряя величину открывания рта, говорит больному: «Откройте рот! Шире! Ещё шире!». Тот, выполняя приказ и преодолевая боль и страх, открывает рот настолько, что врач может сделать обоснованное заключение — у больного слабо выражена или отсутствует контрактура жевательных мышц. То же может происходить и с оценкой выраженности нарушения глотания врачом и пациентом. По приказу врача пациент, преодолевая боль и страх, осуществляет глотание, но оставшись один на один с болезнью, со своими ощущениями, он ограничивает или прекращает приём пищи, жидкости. Разнообразие патологических процессов челюстно-лицевой локализации определяет то многообразие симптомов, ощущений, которые вызывают у больных дезадаптацию — нарушение нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности и служат основанием для обращения за помощью к стоматологам, челюстно-лицевым хирургам. Симптомы, ощущения, состояния, влияющие на формирование дезадаптации человека при стоматологических заболеваниях,

повреждениях и аномалиях лицевого отдела головы, представлены в табл. 1.

Каждый из этих симптомов не является заболеванием, включёнными в МКБ-10. Однако совокупность этих симптомов, патогенетически связанных с травмой, воспалением, дефектами и деформациями лица, воспринимаемыми больным как эстетический изъян, и приводящих к нарушению физиологических функций, снижению социально-профессиональной активности больного, которые вынуждают его обращаться за медицинской помощью к стоматологу или челюстно-лицевому хирургу, укладываются в понятие синдром.

Синдром — (syndromom, греч. syndrom — стечение, скопление) — устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом (Медицинская энциклопедия).

Мы предлагаем называть этот синдром «синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (синдром П-С-Ф ДА). Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации личности пациента в стоматологии и челюстно-

А.Н.Александров, А.Э.Шахназаров, 2012; J.Savin, G.R.Ogden, 1997; C.Phillips et al., 2003).

Нами разработана методика единой эмоционально-балльной самооценки пациентом выраженности отдельных симптомов, ощущений, способствующих развитию состояния дезадаптации. Для регистрации результатов такой самооценки предложена шкала балльной оценки. В качестве критериев выраженности симптомов и ощущений она содержит пять понятий, расположенных по степени нарастающей аверсивности:

- отсутствие проявлений;
- слабая выраженность;
- умеренная выраженность;
- отчётливая выраженность;
- психосоматическое состояние человека, фиксируемое в определённые временные отрезки на основании его личностной эмоционально-критериальной оценки отдельных симптомов, ощущений и других проявлений заболевания, повреждения, аномалий развития лицевого отдела головы в возрастающей последовательности их негативного (аверсивного) влияния на физическое, психическое и социальное благополучие человека.

На основании анализа нашего опыта по использованию различных шкал балльной оценки при проведении исследований медицинского, социального, образовательного характера мы наблюдали, что респонденту, эксперту часто было трудно дать однозначную оценку. Для облегчения принятия решения респондентами, экспертами при оценке изучаемого явления мы ввели в шкалу балльной оценки промежуточный интервал. Так делают педагоги в образовательных учреждениях, где принята 5-балльная оценка знаний, умений учащихся. Испытывая затруднение при однозначной оценке знаний, умений учащегося, они используют промежуточные оценки: 5; 5+; 5-; 4+; 4-; 3; 3- и т.д.

Выражение в целых числах основных и промежуточных оценок облегчает математическую обработку результатов исследования. Ниже приведена табл. 2 с базовой шкалой для регистрации результатов эмоциональной самооценки пациентами выраженности отдельных симптомов, ощущений и других проявлений заболевания, способствующих развитию состояния дезадаптации.

Предложенные нами единые по смысловому значению и по масштабу шкалы оценки выраженности отдельных симптомов и ощущений (табл. 2) позволяют дать количественную и структурную характеристику синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации у больных с заболеваниями, аномалиями развития, повреждениями челюстно-лицевой локализации. Они позволяют проследить динамику интегрального показателя синдрома П-С-Ф ДА на отдельных этапах исследования, в динамике заболевания и в целом за весь период наблюдения — суммарный интегральный показатель выраженности синдрома П-С-Ф ДА.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Алгоритм анализа результатов эмоциональной самооценки пациентами выраженности симптомов, формирующих синдром сенсорно-функциональной дезадаптации (С-Ф ДА), включал (рис. 1. 2):

- расчёт суммарного интегрального показателя выраженности синдрома С-Ф ДА;
- анализ структуры суммарного интегрального показателя выраженности синдрома С-Ф ДА;
- анализ динамики интегрального показателя синдрома С-Ф ДА на протяжении 7 суток после операции;
- анализ динамики выраженности каждого из четырёх изучаемых симптомов на протяжении 7 суток после операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): Дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2005. - 274 с.
2. Александров А.Н., Шахназаров А.Э. Сравнительная оценка эффективности применения фторхинолонов в лечении одонтогенных синуситов // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratorae. - Volume 18. - №3, 2012. - P. 60-65.
3. Воскобойникова Ю.А. Совершенствование методики удаления зуба с разрушенной коронковой частью: Дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 176 с.
4. Соловьев М.М. Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов. / Соловьев М.М., Alex Clement, Соловьев М.М. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratorae. - Volume 19. - №1, 2013. - P. 25-28.

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ИНКЛИНАЦИИ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

А.В.Силин

• д.м.н., зав. кафедрой стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00, факс: 8 (812) 303-50-35

Е.В.Кирсанова

• к.м.н., доц. кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00, факс: 8 (812) 303-50-35

Е.Ю.Медведева

• ассистент кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00, факс: 8 (812) 303-50-35
E-mail: medvedeva2004@list.ru

А.С.Головко

• врач-ортодонт, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: (812) 303-50-00, факс: (812) 303-50-35

Резюме. Рецессия десны — это апикальная миграция десневого края. К причинам возникновения рецессии относят тонкий десневой биотип и костные дефекты. Избыточный наклон зубов приводит к возникновению дефектов кортикальной кости. На 3D компьютерных томограммах исследовали наклон 330 зубов (150 моляров и 180 премоляров), из них 160 зубов имели рецессию десны (48,5%), а 170 зубов рецессии не имели (51,5%). В группе зубов, имеющих рецессию десны, показатель наклона премоляров составил 75 ± 20 , а моляров — 690 ± 2 . При этом толщина кортикальной пластинки была $0,1 \pm 0,01$ мм.

Ключевые слова: рецессия десны, зубочелюстная аномалия, инклинация, ортодонтическое лечение.

The influence of excessive root inclination of molars and premolars on the development of gingival recession (A.V.Silin, E.V.Kirsanova, E.Y.Medvedeva, A.S.Golovko).

Summary. Gingival recession is the apical migration of the gingival margin. The reasons for the occurrence of gingival recession include thin gingival biotype and bone defects. Excessive root inclination leads to a cortical bone defects. At the 3-D CBCT investigated 330 roots inclinations (150 molars and premolars 180), 160 teeth had gingival recession (48,5%), and 170 teeth without recession (51,5%). In the group of teeth with gingival recession root inclination premolars was 75 ± 20 , and the molars — 690 ± 2 . The thickness of the cortical plate was $0,1 \pm 0,01$ mm.

Key words: gingival recession, malocclusion, root inclination, orthodontic treatment.

Согласно современным представлениям о невоспалительных заболеваниях пародонта, рецессия десны — это апикальная миграция десневого края, приводящая к оголению поверхности корня зуба.

Основная причина развития рецессии десны связана с генетическими предпосылками в виде несоответствия размера корня и объема окружающей его кости при прорезывании зуба, что приводит к формированию костных дефектов [1, 2]. Вторым по значимости фактором является толщина прикрепленной кератинизированной десны [3]. При недостаточной толщине альвеолярной кости дефекты кортикальной кости образуются при избыточном инклинационном наклоне зубов. Согласно исследованиям ряда авторов [4, 5], в 1,3-10% случаев развитие рецессии десны связано с ортодонтическим перемещением зубов. По мнению J.Artun с соавт., 1987, K.F.Yared с соавт., 2006, избыточный наклон зубов передней группы (как протрузионный, так и ретрузионный) является фактором риска резорбции кости и, как следствие, апикальной миграции десневого края [6, 7]. Однако все исследования по измерению наклона зубов проводились по

подверглось 330 зубов (150 моляров и 180 премоляров), из них 160 зубов имели рецессию десны (48,5%), 170 зубов рецессии не имели (51,5%). Изучались зубы с рецессией десневого края по I классу Миллера (I класс по Миллеру — узкая или широкая рецессия десны, не переходящая за слизисто-десневое соединение и без потери интерпроксимальной кости и десны). Изучено 78 компьютерных томограмм, выполненных на дентальном компьютерном томографе Galileos (Sirona, Германия).

При анализе компьютерных томограмм рассчитывались исследуемые показатели:

1. Для премоляров верхней челюсти рассчитывался внутренний угол наклона продольной оси корня к истинной горизонтали (рис. 1 а). Для первых верхних моляров верхней челюсти рассчитывался внутренний угол наклона продольной оси небного корня к истинной горизонтали (рис. 1 б). Для моляров и премоляров нижней челюсти рассчитывался наружный угол наклона продольной оси корня к истинной горизонтали.
2. Измерение величины расстояния от эмалево-цементной границы до уровня кости оценивали на вестибулярной и небной

во всех случаях было по первому классу Энгля. Толщина десны составляла $1,5 \pm 0,5$ мм.

Во второй группе показатель наклона премоляров составил 75 ± 20 , а моляров — 69 ± 20 . При этом толщина кортикальной пластинки была $0,1 \pm 0,01$ мм. Сужение апикального базиса наблюдалось во всех случаях (I степень — 71,4%, II степень — 19,6%). При этом соотношение моляров во всех случаях было по первому классу Энгля. Толщина десны составляла $1 \pm 0,5$ мм. Чаще всего РД — в области первых премоляров верхней и нижней челюстей (44 и 42,1% соответственно), затем вторых премоляров верхней и нижней челюстей (32,2 и 30,2% соответственно). Выявлено, что в 75% наблюдений у пациентов, имеющих рецессию десны, ранее проводилось ортодонтическое лечение.

Различия в наклоне корней зубов первой и второй групп для премоляров составило в 7 ± 10 , для моляров — 5 ± 10 . При этом как в первой, так и во второй группе встречаются данные, соответствующие средним значениям. Однако различия в толщине десны более четкие, и в группе с рецессией десны этот параметр составил $1 \pm 0,5$ мм.

ВЫВОДЫ

При сужении апикального базиса челюсти достоверно чаще происходит увеличение угла наклона корня, и толщина костной ткани кортикальной пластинки по данным компьютерной томограммы уменьшается, вплоть до ее полного истончения. Клинически это проявляется в виде рецессии десны в области зубов, имеющих избыточную инклинацию. При воздействии экзогенных факторов, в частности — ортодонтическом перемещении зубов в условиях дефицита костной ткани, рецессия десны развивается достоверно чаще. Кроме того, нельзя исключать факта развития избыточной нагрузки по силе и направлению, превышающей возможности опорного аппарата зуба, как в случае зубочелюстной аномалии, так и в период ортодонтического лечения, что также может приводить к резорбции костной ткани. Таким образом, избыточный наклон (для премоляров — $75 \pm 20^\circ$, а для моляров — $69 \pm 20^\circ$) корней моляров и премоляров, в сочетании с толщиной десны 1 мм и менее, увеличивает вероятность развития рецессии десны, что важно для планирования лечения и определения его прогноза.

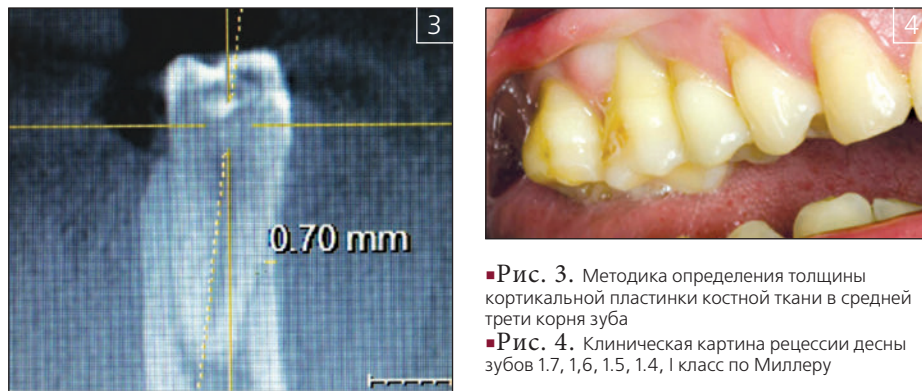
ЛИТЕРАТУРА:

1. Ганжа И.П. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения [Текст]: учебное пособие для врачей / И.П.Ганжа, Т.Н.Модина, А.М.Хамадеева. - Самара: Содружество, 2007. - 84 с.
2. Жданов Е.В. Влияние этиологических факторов развития рецессии на выбор тактики и результаты хирургического лечения [Текст] / Е.В.Жданов, А.Ю.Федоралева, О.В.Савич // Новое в стоматологии: Научно-практический журнал. - 2005. - №5. - 21-ил. - С. 46-55.
3. Денисова Ю.Л. Современные ортодонтические мероприятия в комплексном лечении рецессии десны у пациентов с зубочелюстными аномалиями [Текст] / Ю.Л.Денисова // Пародонтология. - 2008. - № 4. - С. 74-79.
4. Alstad S. Longitudinal study of periodontal condition associated with orthodontic treatment in adolescents [Text] / S.Alstad, B.U.Zachrisson // Am.J.Orthod. - 1979. - №76. - P. 277-286.
5. Dorfman H.S. Orthodontic aspects of occlusion [Text] / H.S. Dorfman // J.Ala Dent. Assoc. - 1978. - №62. - P. 58-63.
6. Artun J. Periodontal status of mandibular incisors following excessive proclination: a study in adults with surgically mandibular prognathism [Text] / J.Artun, O.Krogstad // Am. J.Orthod. Dentofacial Orthop. - 1987. - №91. - P. 225-232.
7. Yared K.F. Periodontal status of mandibular central incisors after orthodontic proclination in adults [Text] / K.F.Yared, E.G.Zenobio, W.Pacheco // Am.J.Orthod. Dentofacial Orthop. - 2006. - №130. - P. 61-68.
8. Patcas R. Accuracy of cone-beam computed tomography at different resolutions assessed on the bony covering of the mandibular anterior teeth [Text] / R.Patcas, L.Muller, O.Ullrich, T.Peltomaki // Am.J.Orthod. Dentofacial Orthop. - 2012. - №141. - P. 41-50.
9. Timock A.M. Accuracy and reliability of buccal bone height and thickness measurements from cone-beam computed tomography imaging [Text] / A.M.Timock, V.Cook, T.McDonald et al. // Am.J.Orthod. Dentofacial Orthop. - 2011. - №140. - P. 734-744.



■Рис. 1. Методика определения угла инклинационного наклона зубов (премоляров и моляров) на компьютерной томограмме (а — премоляр нижней челюсти, б — моляр верхней челюсти)

■Рис. 2. Методика измерения расстояния от эмалево-цементной границы до уровня кости на вестибулярной и небной поверхностях корня зуба



■Рис. 3. Методика определения толщины кортикальной пластинки костной ткани в средней трети корня зуба

■Рис. 4. Клиническая картина рецессии десны зубов 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, I класс по Миллеру

стандартному протоколу цефалометрического анализа телерентгенограммы в боковой проекции, и получаемые данные были применимы только к наклону резцов. Новые рентгенологические методы диагностики в стоматологии сделали возможной оценку состояния костной ткани в области всех зубов (в том числе моляров и премоляров) с высокой точностью и в трехмерном режиме [8, 9], в том числе для планирования ортодонтического лечения и определения его прогноза.

Цель исследования: определить особенности морфологии десневого края и толщины кортикальной пластинки премоляров и моляров в зависимости от их инклинационного наклона.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено у 10 (12,8%) мужчин и 68 (87,2%) женщин в возрасте от 21 до 27 лет. У 26,9% обследуемых ранее проводилось ортодонтическое лечение. Исследованию

поверхностям. Определяли объем дефектов наружной и внутренней кортикальной пластинки (рис. 2).

3. Толщина кортикальной пластинки определялась между точками, образованными пересечением перпендикуляра к длинной оси зуба в средней трети корня наружной поверхности кортикальной пластинки и контуром периодонтальной щели (рис. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было исследовано 330 зубов. Все исследованные зубы были разделены на 2 группы:

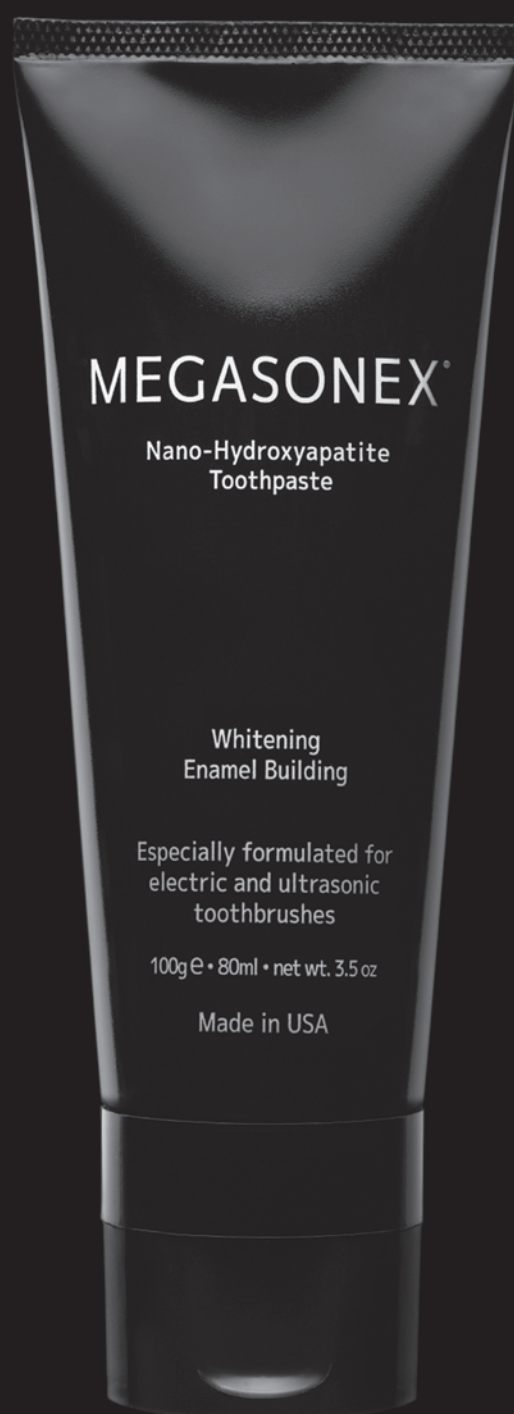
Группа I — 170 (51,5%) зубов без рецессии десны.

Группа II — 160 (48,5%) зубов имели рецессию десны, I класс по Миллеру.

В первой группе показатель наклона премоляров — 68 ± 20 , а моляров — 64 ± 20 . При этом толщина кортикальной пластинки была 2 мм и более. Сужение апикального базиса наблюдалось в 57,2% случаев (I степень — 95%, II степень — 5%). При этом соотношение моляров

MEGASONEX[®]

Зубная паста с нано-гидроксиапатитом



Специально разработана для электрических
и ультразвуковых зубных щёток

Продается пациентам в лидирующих стоматологических клиниках страны
www.megasonex.com

Чтобы найти ближайшего поставщика MEGASONEX,
звоните по телефону (495) 795-0621

О САМОРЕГУЛИРОВАНИИ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ — РЕАЛЬНОСТЬ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА



С.Ю.Остренко

• исполнительный директор, СРО НП «Медпалата Санкт-Петербурга»; преподаватель кафедры организации здравоохранения и медицинского менеджмента, СПбИНСТОМ
Адрес: 191025, СПб., Невский пр., д. 82
Тел.: +7 (812) 984-10-79
E-mail: medpalata@medpalata.spb.ru



С.В.Лазарев

• к.м.н., исполнительный директор, СРО НП «Объединение частных медицинских клиник и центров»
Адрес: Москва, Кожевническая ул., д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (916) 611-22-02
E-mail: selasik@mail.ru

Резюме. В статье приведен пример работы саморегулируемых организаций в сфере оказания медицинских услуг по выполнению одной из основных функций.

Ключевые слова: саморегулирование медицинской деятельности, саморегулирование в здравоохранении.

On self-regulation of medical services — reality, perspectives, advantages (S.Yu. Ostrenko, S.V. Lazarev).

Summary. The article presents an example of self-regulation of providers of medical services in fulfilling one of the main functions.

Key words: self-regulation of medical services, self-regulation in health care.

В прошлом номере мы начали разговор о саморегулировании в сфере оказания медицинских услуг по предпринимательскому типу, которое развивается в России в течение двух лет и набирает обороты. На сегодняшний день зарегистрировано уже 10 саморегулируемых организаций (СРО), для которых ясно, что саморегулирование является необходимым условием развития частной системы здравоохранения и которые поддерживают основную идею введения саморегулирования — распределение функций контроля и надзора за деятельностью субъектов и распределение ответственности за их действия между государством и самими участниками рынка, для реализации возможности минимизировать участие государства в деятельности по надзору за субъектами предпринимательской деятельности, при сохранении ответственности бизнеса перед потребителями.

20-21 ноября 2013 г. на II Национальном Конгрессе частных медицинских организаций представители СРО выступили с инициативой о развитии саморегулирования, предусматривающего систему самоконтроля и ответственности медицинского бизнеса за оказание медицинских услуг, статус приоритетной государственной задачи.

На сегодняшний момент реализация функций СРО набирает практический опыт, предоставляет все новые инструменты для развития бизнеса членов Партнерства.

Основные функции института саморегулирования:

- разработка и установление условий членства в СРО;
- применение мер дисциплинарного воздействия в отношении своих членов;
- разрешение споров, возникающих между членами СРО, а также между ними и потребителями;
- представление интересов членов СРО в их отношениях с органами государственной власти РФ;
- организация обучения;
- осуществление контроля за предпринимательской деятельностью своих членов в части соблюдения ими требований законодательства, стандартов и правил СРО;
- рассмотрение жалоб на действия членов СРО.

Выполнение функций СРО и определение ответственности организации Партнерства требованиям в регулируемой сфере заставляют СРО, в хорошем смысле, оперативно отслеживать законодательные изменения, которые предоставляются всем членам Партнерства для выполнения уже коммерческой деятельности.

Стремительно меняющееся законодательство и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения не позволяют всем предпринимателям грамотно отслеживать эти изменения, а специалистов, к которым можно обратиться за консультациями по правовым вопросам в здравоохранении, мало. Поэтому СРО берут на себя функцию мониторить нормативно-правовые изменения из различных информационных источников и справочно-правовых систем, тем самым решая несколько задач: объединение усилий через саморегулируемую организацию по выполнению типичной для всех организаций функции по получению и анализу необходимой информации для ведения бизнеса, достижение высокого уровня правовой грамотности организаций Партнерства, приведение деятельности организации Партнерства в соответствие с существующими требованиями.

В последующем уровень правовой грамотности поддерживается путём проведения СРО семинаров и регулярного выпуска информационных бюллетеней в СРО по вопросам нормативно-правового регулирования в здравоохранении.

Информационный бюллетень №12 от 3 декабря 2012 г.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Федеральный закон от 25.11.2013 N 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Закон вносит изменения в ряд федеральных законов, регулирующих сферу охраны здоровья граждан.

Приводятся к единообразию употребляемые терминология и понятия; уточняется организационно-правовая форма медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь; конкретизируются права медицинских работников, а также права граждан при обращении в медицинские организации. Установлены размеры государственной пошлины, взимаемой при осуществлении государственной регистрации медицинских изделий и экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий.

Закон вступил в силу со дня его официального опубликования, т.е. с 25.11.2013 г. (кроме отдельных статей, дата вступления в силу которых регулируется ст. 64 настоящего закона).

В законе огромное количество изменений; СРО обращает внимание на поправки, внесенные в КоАП, которые устанавливают административную ответственность за нарушения в сфере обращения медицинских изделий.

Кодекс об административных правонарушениях:

1) Дополнен ст. 6.28. об установлении санкций за нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий.

Статья 6.28. Нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий.

Нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий влечет наложение административного штрафа:

- на граждан — в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей;
- на должностных лиц — от пяти тысяч до десяти тысяч рублей;
- на юридических лиц — от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей.

2) Дополнен ст. 6.29., которая вводит санкции за невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности.

Статья 6.29. Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности.

1. Непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает, либо фармацевтическим работником информации о возникновении конфликта интересов руководителя аптечной организации, в которой он работает, — влечет наложение административного штрафа в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей.

2. Непредставление или несвоевременное представление руководителем медицинской организации уведомления о возникновении конфликта интересов медицинского работника или руководителя аптечной организации уведомления о возникновении конфликта интересов фармацевтического работника в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

3. Непредставление индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность, информации о возникновении конфликта интересов в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти — влечет наложение административного штрафа в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей.

4. Совершение административного правонарушения, предусмотренного частями 1, 2 и 3 настоящей статьи, лицом, ранее подвергнутым административному наказанию за аналогичное административное правонарушение, — влечет наложение административного штрафа в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей либо дисквалификацию на срок до шести месяцев.

3) Дополнен ст. 6.30. о санкциях за невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Статья 6.30. Невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи — влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от пяти тысяч до семи тысяч рублей;
- на юридических лиц — от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей.

Невыполнение медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязанности о предоставлении пациентам информации о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи — влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от десяти тысяч до пятнадцати тысяч рублей;
- на юридических лиц — от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей.

4) Ст. 19.4. дополнена частью 5, а именно — устанавливает штраф за невыполнение законных требований должностного лица федерального

органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа, а равно воспрепятствование осуществлению этим должностным лицом служебных обязанностей:

Часть 5. Невыполнение законных требований должностного лица федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа, а равно воспрепятствование осуществлению этим должностным лицом служебных обязанностей — влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей;
- на юридических лиц — от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей.

5) Ст. 19.5. дополнена частью 21, а именно — устанавливает штраф за невыполнение в установленный срок законного предписания, решения федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа:

Часть 21. Невыполнение в установленный срок законного предписания, решения федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа — влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей;
- на юридических лиц — от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей.

6) Дополнен ст. 19.7.8. о непредставлении сведений или представлении заведомо недостоверных сведений в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и санкциях за это правонарушение.

Непредставление или несвоевременное представление в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа, если представление таких сведений является обязательным в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, за исключением случаев, предусмотренных частями 2 и 3 статьи 6.29 настоящей Кодекса, либо представление заведомо недостоверных сведений — влечет наложение административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от десяти тысяч до пятнадцати тысяч рублей;
- на юридических лиц — в размере от тридцати тысяч до семидесяти тысяч рублей.

7) Ст. 6.2. увеличивает штраф за незаконное занятие народной медициной.

Статья 6.2. Незаконное занятие народной медициной.

Занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом, влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до четырех тысяч рублей (вместо одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей).

Объединение усилий сообщества в подборе и анализе нормативно-правовых изменений позволяет как самим СРО, так и членам Партнерства находиться в одном информационном поле, получать оперативно необходимые знания, разрабатывать внутренние правила и стандарты, которые имеют такую же юридическую силу, как постановления Правительства или приказы Минздрава, самостоятельно регулировать процесс оказания медицинских услуг.

СРО — это состоявшаяся технология, которая дает конкретные результаты и предоставляет частному здравоохранению жизненно необходимые возможности для полноценной работы и объединения разрозненных субъектов частного здравоохранения в сильную и отлаженную систему.



Приглашаем медицинские организации Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа вступить в СРО

Участие в СРО «Медицинская Палата Санкт-Петербурга» это:

- защита собственных профессиональных интересов частных компаний медицинского сектора;
- расширение возможностей для эффективного взаимодействия с органами законодательной и исполнительной власти;
- снижение административного давления;
- возможность оспаривать любые акты, решения, действия органов государственной власти.

Подробная информация о деятельности «Медицинской Палаты Санкт-Петербурга», условия вступления — на сайте www.medpalata.spb.ru или по телефону +7 (812) 984-10-79

191025, Россия, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 82, Литер А, пом. 18 Н
тел./факс: +7 (812) 275 00 59; e-mail: medpalata@medpalata.spb.ru

О НОРМИРОВАНИИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА



Е.О.Данилов

• к.м.н., доцент, профессор
кафедры организации
здравоохранения и медицинского
менеджмента, СПбИНСТОМ,
президент Стоматологической
ассоциации Санкт-Петербурга,
вице-президент СтАР
Адрес: СПб., Невский пр., 82
Тел.: 8 (812) 324-00-44
E-mail: danilov@stom.ru

Резюме. В прошлом веке Советское правительство провело огосударствление не только всех служб медицинской помощи, но и самой врачебной профессии. В процессе такого огосударствления врачи постепенно утратили права свободной профессии и превратились в наемных работников государственной бюрократии.

Сегодня в России не решены многие проблемы правового статуса врача-стоматолога и использования его труда. Одна из таких проблем — неопределенность режима рабочего времени врача-стоматолога-хирурга. В связи с ошибкой, допущенной в постановлении Правительства РФ в 2003 году, в перечень специалистов стоматологического профиля с правом на сокращенную 33-часовую рабочую неделю не был включен врач-стоматолог-хирург. Поэтому складывается представление, что продолжительность рабочего времени врача-стоматолога-хирурга, ведущего амбулаторный прием пациентов, должна составлять 39 часов в неделю. Это не имеет никаких разумных объяснений и должно быть исправлено.

Ключевые слова: правовой статус врача-стоматолога, трудовые отношения в стоматологии, рабочее время врача-стоматолога-хирурга.

About rationing of working time of the dentist-surgeon (E.O. Danilov).

Summary. In last century the Soviet government has nationalized not only all services of medical aid, but also doctors. During such nationalization of the doctor have gradually lost the status of liberal profession and became the employed workers of the state bureaucracy.

Today in Russia is not solved many problems of the legal status of a dentist and use of his work. One of such problems is the uncertainty in the work schedule of the dentist-surgeon. Due to errors in the government decree in 2003, the list of dental specialists with the right to shorter 33-hour week, was not included dentist-surgeon. Therefore there is a view that the duration of working time dentist-surgeon, receiving ambulatory patients should be 39 hours per week. It has no reasonable explanation and must be corrected.

Key words: legal status of a dentist, labour relations in dentistry, working time, working hours of the dentist-surgeon.

Наряду с бесспорно позитивными достижениями прежней советской системы здравоохранения, ее явным недостатком было практически полное огосударствление не только всех служб медицинской помощи, но и самой врачебной профессии. В процессе такого огосударствления врачи постепенно утратили права свободной профессии и превратились в наемных работников государственной бюрократии [1, 2]. Однако и после развала Советского Союза государство, декларируя свои намерения реформировать отечественное здравоохранение, в реальности не способствовало изменению положения врачей. Поэтому и в современной России не решены многие проблемы определения правового статуса врача-стоматолога и регулирования использования его труда. Одна из таких проблем — неопределенность режима рабочего времени врача-стоматолога-хирурга.

Согласно статье 350 Трудового Кодекса РФ для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени — не более 39 часов в неделю. Там же указано, что в зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации.

Сокращенная продолжительность рабочего времени медицинских работников регламентирована постановлением Правительства РФ от 14.03.2003 №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» (опубликовано в «Российской газете» 20.02.2003). В приложении № 2 к данному постановлению приводится Перечень должностей и (или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, работа в которых дает право на сокращенную 33-часовую рабочую неделю. В п. 3 указанного перечня перечислены: врач-стоматолог, врач-стоматолог-ортопед, врач-стоматолог-ортодонт, врач-стоматолог детский, врач-стоматолог-терапевт, зубной врач, зубной техник (кроме врача-стоматолога-хирурга, врача-челюстно-лицевого хирурга). Почему там была сделана приведенная в скобках оговорка, вряд ли сможет разъяснить кто-нибудь, кроме чиновников, готовивших в свое время этот документ. При этом в другие приложения к постановлению Правительства РФ от 14.02.2003 №101, устанавливающие иную сокращенную продолжительность рабочего времени, врачи-стоматологи-хирурги и врачи-челюстно-лицевые хирурги не включены. В связи с этим складывается представление, что продолжительность рабочего времени врача-стоматолога-хирурга, ведущего амбулаторный прием пациентов, должна составлять 39 часов в неделю. Такому положению нет никаких разумных объяснений.

Как известно, работа врачей стоматологического профиля отличается высокой нагрузкой [3, 5]. Перегрузки от профессиональной деятельности относятся к числу основных причин, способствующих развитию стресса у стоматологов. При этом установлено, что у врачей, работающих в государственных учреждениях, уровень профессионального стресса достоверно выше, чем у врачей частных стоматологических организаций [4].

В настоящее время в России работают около 5 тысяч врачей-стоматологов-хирургов. Их труд достаточно интенсивен и требует значительного физического и нервно-психического напряжения, что обусловлено высокой ответственностью за жизнь и здоровье пациентов. Поэтому продолжительность

рабочего времени для указанной категории специалистов должна быть установлена не больше, чем для других врачей, ведущих амбулаторный прием.

Ранее действующие нормативные акты (постановление Совета Народных Комиссаров СССР от 11.12.1940 №2499 и приказ Наркомздрава СССР от 12.12.1940 №584 «О продолжительности рабочего дня медицинских работников») устанавливали врачам-стоматологам, зубным врачам и зубным врачам-протезистам продолжительность рабочего времени, равную 5,5 часов в день, что в расчете на шестидневную рабочую неделю составляет продолжительность рабочего времени, равную 33 часам.

При этом необходимо учесть, что в 1940 году в составе врачей-стоматологов как отдельной группы медицинских работников официально не были выделены врачи-стоматологи-хирурги, и на амбулаторном хирургическом приеме работали специалисты, имеющие квалификацию врача-стоматолога. Впервые официально наименование специалиста «врач-стоматолог-хирург» было введено приказом Минздрава СССР от 04.05.1970 №280 «О номенклатуре врачебных специальностей и номенклатуре врачебных должностей в учреждениях здравоохранения». Весьма вероятно, что именно по этой причине в 2003 году при подготовке постановления Правительства РФ в число специалистов стоматологического профиля, имеющих право на сокращенную 33-часовую рабочую неделю, ошибочно не был включен врач-стоматолог-хирург.

В письме ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ от 27.05.2003 №0414-204/106 сообщалось, что в приложении №2 (раздел III) постановления Правительства РФ от 14.02.2003 №101 была допущена техническая ошибка, которая «будет исправлена путем внесения изменений в указанное постановление». Там также сообщалось, что по данному вопросу Минздрав России готовит проект постановления Правительства РФ и абзац соответствующего раздела будет изложен в следующей редакции: «(кроме зубного техника, врача-стоматолога-хирурга стационара, врача-челюстно-лицевого хирурга)».

Однако это не было сделано, и проблема неопределенности режима рабочего времени врача-стоматолога-хирурга не решена до сих пор. В этих условиях сохраняются противоречия в организации амбулаторного стоматологического хирургического приема, поскольку рабочая неделя медицинской сестры, например, составляет 38,5 часов, что на 30 минут меньше рабочего дня врача. Кроме того, нередко возникают проблемы при проведении проверок целевого и рационального использования средств в системе обязательного медицинского страхования (далее — ОМС). Так, например, известны случаи, когда выплата заработной платы врачам-стоматологам-хирургам, работающим на амбулаторном приеме менее 39 часов, признавалась нецелевым использованием средств ОМС.

В связи с этим важно учесть, что, согласно Положению о контроле за использованием средств ОМС медицинскими организациями (приказ Федерального фонда ОМС от 16.04.2012 №73), при проведении работниками контрольно-ревизионных подразделений территориального фонда ОМС проверок осуществления расходов на оплату труда может проверяться правильность начисления и выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками, должностными окладами и фактически отработанным временем. При этом отражаются случаи расходования средств ОМС на выплаты (зарплата, премии, доплаты, поощрения, материальная

помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы ОМС. Также следует учесть, что в системе ОМС должна проводиться оплата фактически оказанной стоматологической помощи застрахованным гражданам, а не отработанного специалистами времени. Поэтому попытки признать выплату заработной платы врачам, участвовавшим в реализации территориальной программы ОМС, использованием средств ОМС не по целевому назначению представляются необоснованными.

В настоящее время давать разъяснения по вопросам применения постановления Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 поручено Министерству здравоохранения РФ совместно с Министерством труда и социальной защиты РФ. До недавнего времени этим должно было заниматься Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

В письме Минздравсоцразвития РФ от 08.08.2011 №22-4-3569 (в адрес Профсоюза работников здравоохранения РФ) о постановлении Правительства РФ от 14.02.2003 №101 сказано дословно следующее: «Данным постановлением врачу-стоматологу-хирургу устанавливается 33-часовая рабочая неделя в том случае, если он занят исключительно амбулаторным приемом. В случае если должностные (функциональные) обязанности врача-стоматолога-хирурга, врача-челюстно-лицевого хирурга предусматривают проведение иной работы, а именно: проведение занятий по повышению квалификации медицинского персонала, участие в проведении диспансеризации, занятия другой санитарно-профилактической работы, ему устанавливается рабочая неделя продолжительностью не более 39 часов».

Вместе с тем следует учесть, что письма органов власти не являются нормативными актами, и поэтому данное разъяснение Минздравсоцразвития РФ не может дать полной и окончательной определенности по вопросу регулирования продолжительности рабочего времени врача-стоматолога-хирурга.

Таким образом, на основании вышеизложенного очевидно, что нормативная база, определяющая использование труда врача-стоматолога-хирурга, имеет существенный недостаток, который необходимо устранить путем внесения в приложение № 2 постановления Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 соответствующего изменения по исправлению допущенной технической ошибки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Данилов Е.О. О правовом положении врача в российской стоматологии // Актуальные проблемы, пути сотрудничества стран Балтии в области стоматологии: мат-лы Международного конгресса стоматологов стран Балтийского региона - Калининград: Изд-во РГУ им. И.Канта, 2009. - С. 8-16.
2. Данилов Е.О. О правовом положении врачебной профессии // Проблемы городского здравоохранения. - Сб. науч. тр. - СПб., 2009. - Вып. 14. - С. 414-417.
3. Данилов Е.О., Мороз Б.Т., Цимбалитов А.В. Кадровое обеспечение и проблемы использования трудовых ресурсов стоматологической службы // Институт Стоматологии - 2005. - №4. - С. 12-19.
4. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М. Изучение профессионального стресса у врачей-стоматологов // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2005, №1(15). - С. 66-70.
5. Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев К.Г. Медицинские кадры в стоматологии. - М.: Медицина, 2006. - 256 с.

КУЛЬТУРНАЯ СРЕДА В КЛИНИКЕ КАК КОНКУРЕНТНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО



А.А.Кураскуа

• к.м.н., врач-стоматолог,
генеральный директор компании
«Северная Синица»

Успешная работа стоматологической клиники определяется многими факторами.

Эти факторы становятся значимыми и имеют конкурентное преимущество, если сотрудники опираются на профессиональные культурные традиции, понятные и полезные как для персонала, так и для пациентов.

Сотрудников стоматологической клиники прежде всего объединяют профессиональные интересы, и естественно, что руководитель клиники уделяет больше внимания профессиональному мастерству персонала, освоению новых лечебных технологий. При этом меньше внимания уделяется формированию культурной среды в коллективе, которая в первую очередь «сканируется» пациентом и формирует у него представление о клинике. Культура персонала клиники характеризуется совокупностью конкретных поступков, отношений как между собой, так и с пациентами. Культура работы персонала становится тогда конкурентным преимуществом, когда логика и вектор этой работы направлены только на одну цель — на создание блага пациентам и сотрудникам. В целом, определенными критериями уровня культуры сотрудников являются: количество пациентов, желающих лечиться в клинике по установленным ценам, количество хороших и отличных отзывов, а также количество профессиональных сотрудников, желающих работать в клинике.

Как правило, в большинстве клиник имеются документы, которые отражают миссию, корпоративные правила работы персонала с пациентами. Но порой эти правила не обладают свойством постоянного действующего процесса, которым также необходимо управлять. Любая заявленная корпоративная культура работы персонала должна иметь конкретную цель и маршрутную схему, видимые и полезные пациентам маркеры, их конкретные ежедневные проявления. Только тогда культурная среда клиники становится конкурентным преимуществом, когда она является неотъемлемой частью каждой стоматологической услуги, когда культура работы сотрудников напрямую или косвенно влияет на принятие решения со стороны пациента.

Многие стоматологи за последние годы получили хороший опыт работы в коммерческих клиниках и выработали свою культуру отношений и продуктивные принципы работы с пациентами. Но, будучи наемным персоналом, такие врачи, попадая

под корпоративные правила и моральные принципы некоторых клиник, созданные 20 лет назад, испытывают от них определенное торможение своего профессионального роста, дискомфорт. Существующие в некоторых клиниках трудовые отношения «руководитель — стоматолог» никак не стыкуются с наработанными принципами взаимоотношений таких врачей с пациентами. Большинство руководителей клиник пока опасаются устанавливать повышенный уровень прав, свобод, ответственности, гарантий врачам в их работе с пациентами. Врачам не разрешают самостоятельно делать скидки на услуги, устанавливать индивидуальные гарантийные сроки на проведенную работу, формировать индивидуальные программы профилактики для пациентов, формировать бригады с коллегами, ассистентами по уровню профессионального мастерства и т.п.

Для многих руководителей определение баланса между представлением полномочий врачу при продаже стоматологических услуг и контролем за его работой представляется неразрешимой задачей. Кроме этого, в некоторых клиниках существующие отношения «руководитель — сотрудник» сильно отстают от декларируемых в клинике отношений сотрудников к пациентам. В таких клиниках существует высокий уровень требований к отношениям между персоналом и пациентами. Но такой уровень отношений не может быть достигнут, если так же высоко не подняты правовые, организационные и нравственные отношения руководителя с персоналом клиники.

Какой менталитет у руководителя и как он относится к персоналу, так персонал относится к пациентам.

На занятиях и других встречах с врачами, работающими в коммерческих клиниках более 10 лет, сотрудники нашей компании обратили внимание, что многие стоматологи выработали принципы, которые вызывают как профессиональное, так и человеческое уважение, понимание, что медицина — это их правильный выбор. Эти врачи имеют профессиональный авторитет среди пациентов и коллег, постоянно загружены работой и не нуждаются в затратах на привлечение новых пациентов и на рекламу. Такие врачи — это всегда большая удача для клиники. Хотя на наших встречах были и врачи, у которых отношения с пациентами и с сотрудниками имели симптомы цинизма, коррозии этики, и это была их большая неосознанная беда и беда клиники, где они работают.

Хорошие профессиональные и моральные качества, которые демонстрируют врачи при работе с пациентами и с коллегами, отражаются в следующих основных принципах и убеждениях:

1. Трудовая дисциплина, аккуратность в технологиях, выбор лечения только по медицинским показаниям, а не по коммерческим, личная ответственность за выполненную работу, постоянная учеба — основа профессионализма и качества оказания стоматологических услуг.
2. Я работаю только в коллективе профессионалов, которым доверяю и которые доверяют мне. Я не работаю сомнительными материалами, технологиями, инструментами и дорожу доверием коллег и пациентов.
3. С каждым пациентом выстраиваю отношения как с близким человеком. Лечу как самого себя.
4. При оказании стоматологических услуг я не продаю пломбы, анестетики, слепки, имплантаты, протезы, брекет-системы и т.п. Я своими профессиональными навыками создаю ценность для пациента — восстанавливаю здоровье, функцию зубов.

5. Я могу признать свои неудачи в лечении и за них извиниться как перед коллегами, так и перед пациентом. При возникновении неудач в лечении, повторно бесплатно провожу лечение или возвращаю деньги.
6. Мне не безразличны клинические неудачи моих коллег, и я готов помочь им в их решении.
7. Я рад, если сотрудники у меня учатся. У меня нет профессиональных секретов от коллег.
8. Поссориться со мной сотрудникам не удастся (если не будет подлости с их стороны). Никогда не «дружу против кого-то».
9. Ментальная модель любого коллектива в первую очередь отражает культуру и принципы работы руководителя.
10. Ментальная модель коллектива, его корпоративная культура могут быть как конкурентным преимуществом, так и причиной непродуктивной работы клиники.

С этими принципами, убеждениями можно спорить. Но вызывает уважение то, что эти врачи самостоятельно подняли себе планку профессионального и нравственного уровня работы в коллективе и с пациентами. Постоянная учеба и совершенство в своей работе с ориентацией на качество оказания стоматологических услуг, на меняющиеся запросы пациентов, постоянная работа над собой являются для них ежедневной нормой и хорошим условием поддержания своей профессиональной формы.

Если в клинике существуют хорошие традиции в работе между сотрудниками и с пациентами, то они превращаются в осязаемую субстанцию — культуру клиники, которая привлекает пациентов. Культурная среда успешно формируется, если в клинике созданы условия, поощряющие соблюдение хороших профессиональных традиций, соблюдение законов оказания медицинских услуг, когда сотрудники демонстрируют свою заботу о пациенте, совесть и личную ответственность за выполненную работу. Если в клинике нет возможности для реализации хотя бы одного из этих условий, то никакими прекрасно написанными корпоративными правилами добиться новых заметных успехов невозможно.

Для создания культурной среды, формирующей конкурентные преимущества клиники, можно отметить следующие базовые условия:

1. Договор между руководителем и сотрудником, который отражает индивидуальные партнерские отношения, с конкретными полномочиями, с конкретной ответственностью, с понятными критериями оценки выполненной работы и индивидуальной договоренностью материального и других возможных форм поощрения, с учетом профессионального мастерства.
2. Документы на оказание стоматологических услуг, в которых полно и понятно отражены законы, правила оказания медицинских услуг, а сотрудники умеют эти документы грамотно комментировать пациентам и строго соблюдать правила работы с ними.
3. Персонал, который понимает, что культурные отношения между собой и с пациентами являются неотделимой частью каждой стоматологической услуги.
4. Постоянно действующие учебные программы для персонала, формирующие навыки культурных отношений между собой и с пациентами.
5. Руководитель, менеджеры клиники своей работой постоянно демонстрируют культурные и нравственные принципы в отношениях с персоналом и пациентами, являются хорошим примером для всего персонала клиники.

6. Хорошее оснащение и эргономика рабочего места персонала.

Кроме этого, на формирование культуры и менталитета персонала клиники влияют еще два важных обстоятельства. Существует ли идеология запретов, жесткого контроля за работой персонала (признаки определенного недоверия) или существует идеология делегирования разумных полномочий, ответственности (признаки доверия).

Где преобладает идеология запретов и жесткого контроля, там возникает благодатная почва для бюрократических принципов работы, для формирования среды недоверия, подозрительности и формализма, что только тормозит развитие культурных традиций сотрудников. Можно описать культуру работы персонала с пациентами в стандартах, инструкциях и строго требовать их выполнения. Но знакомство с огромным количеством таких документов в разных клиниках показывает, что в них больше деклараций и призывов к персоналу работать с пациентами культурно. Кроме того, эти документы в разных клиниках порой подозрительно похожи друг на друга, так как, возможно, имеют один источник для копирования. Но скопированные алгоритмы и инструкции работы персонала с пациентами по правилам одной клиники не всегда гарантируют успех другой. В каждой клинике формируется своя ментальная модель коллектива, и это необходимо учитывать.

Там же, где преобладают понятные полномочия и личная ответственность сотрудника, налажена обратная связь с руководителем, имеются понятные критерии качества выполненной работы, соблюдаются нравственные принципы, принятые в клинике, там рост культуры работы с пациентами наиболее заметен.

Условия, формирующие культуру работы с пациентами и между сотрудниками, должны распространяться на весь персонал. Многие директора, бухгалтера, менеджеры клиник, которые не общаются с пациентами, считают, что эти условия и принципы их не касаются. Но порой эти руководители своими непродуманными требованиями, инструкциями и распоряжениями настолько «забалачивают» культурную среду клиники, что сотрудники с вышеописанными принципами вынуждены искать другую работу или совмещать ее в другой клинике. Кроме этого, о формировании культурной среды как конкурентном преимуществе клиники можно «забыть», если директор, главный врач, другой управленческий персонал демонстрируют грубые или формальные отношения с подчиненными, не соблюдают этику общения с персоналом, а также если сотрудникам не выплачивается вовремя зарплата или им непонятно, ка она рассчитывается. Если рабочее место плохо оснащено, а его плохая эргономика порождает ошибки персонала в работе с приборами, с материалами, инструментами, нарушается асептика и антисептика.

Таким образом, если клиника рассчитывает на постоянный маркетинговый успех, то отношения между руководителем и персоналом, между персоналом и пациентами уже не могут основываться на прежних организационных принципах, иметь разную культуру взаимоотношений. Их тесная организационная взаимосвязь и нравственная составляющая становятся реальной необходимостью в формировании культурной среды клиники как конкурентного преимущества.

Даже при хорошем материальном оснащении клиники, но при организационных и нравственных застоях в отношениях между руководителем и персоналом, между персоналом и пациентами, ожидать постоянный маркетинговый успех вряд ли возможно.

ДЕНТАЛ-ЭКСПО ОМСК



4-6 марта 2014

ОМСК

XX Научно-практическая конференция:
Новые материалы и оборудование, технологии их применения в стоматологической практике

ОМСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
Тел.: (3812) 23-46-15

DENTALEXPO®
Тел./факс: (495) 921-40-69
www.dental-expo.com/omsk

При поддержке:



Министерство здравоохранения Омской области




КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСТАВКА



12-14 марта 2014

КРУПНЕЙШИЙ КОНГРЕССНО-ВЫСТАВОЧНЫЙ ПРОЕКТ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ ЗА УРАЛОМ!

СИБИРСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

Красноярск

DENTAL SALON КРАСНОЯРСК



DENTALEXPO®

В 2013 году форум посетило 11636 человек (одновременно с выставкой «ЕнисейМедика»), среди которых 48 % – специалисты отрасли

Организатор – ВК «Красноярская ярмарка»



МВДЦ «Сибирь», ул. Авиаторов, 19
тел.: (391) 22-88-608, 22-88-611 – круглосуточно
e-mail: stom@krasfair.ru
www.krasfair.ru

17-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА



СТОМАТОЛОГИЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



ИТОГИ 2013:
Стоматологическое оборудование, инструменты и материалы из 24 стран мира
2 этажа павильона №4, ВК «Ленэкспо»
Экспозиция 2 776 м²
130 компаний-участниц
3 210 уникальных посетителей

Организаторы:




0+

+7 (812) 380 6006/00
med@primexpo.ru
<http://stomatology.primexpo.ru>

DENTALEXPO®
+7 (495) 921 4069
region@dental-expo.com
www.dental-expo.com/stomatology

Генеральный информационный партнер:




Запросите условия участия на сайте
<http://stomatology.primexpo.ru>

4-6 ИЮНЯ 2014 МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: **ЛЕНЭКСПО, ПАВИЛЬОН 4**

ОСТЕОТОМИЯ СРЕДИННОГО НЁБНОГО ШВА (ЩАДЯЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ)

А.Р.Андреищев

• к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербургский Институт Красоты
Адрес: СПб., ул. Савушкина, 8, к. 2
Тел.: 8 (812) 430-44-41

Ю.В.Мишустина

• врач-стоматолог-хирург отделения пластической хирургии, Санкт-Петербургский Институт Красоты; клинический ординатор кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Адрес: СПб., ул. Савушкина, 8, к. 2
Тел.: 8 (812) 430-44-41

Резюме. В данной статье представлена методика хирургически ассоциированного расширения верхней челюсти у взрослых пациентов. Этапы комплексного лечения проиллюстрированы клиническим примером.

Ключевые слова: остеотомия, верхняя челюсть, шов.

Osteotomy of the median palatine suture (sparing osteotomy in the maxilla) (A.R.Andreishchev, J.V.Mishustina).

Summary. In our article we described surgically assisted extension of maxilla in adults. Every stage of treatment is illustrated by clinical example.

Key words: osteotomy, maxilla, suture.

В связи с широким распространением аномалий прикуса, затрагивающих основание челюстей [1], возникает необходимость совершенствования методов лечения для большей эффективности комплексной реабилитации пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями. В настоящее время существует несколько общепринятых схем лечения:

1. Трёхэтапная схема (ортодонтическая подготовка зубных рядов, доведение до этапа полноразмерных стальных дуг — хирургический этап — этап создания множественных плотных окклюзионных контактов). Схема лечения на сегментарных дугах (по Arnett).
2. Двухэтапная схема (хирургическая коррекция нарушения соотношения челюстей — ортодонтический этап).
3. Оперативно-протетическая схема.
4. Хирургическая схема.

Но у значительного количества пациентов, помимо нарушения соотношения челюстей в сагитальной и/или вертикальной плоскостях, наблюдается и сужение

верхней челюсти. У детей и подростков до завершения роста скелета верхнюю челюсть можно расширить «консервативно», т.е. путём применения съёмных пластинок с винтами, аппарата Дерихсвайлера. Возможность расширения только с помощью ортодонтических аппаратов объясняется тем, что у детей нёбный шов состоит из пяти слоёв: одного фиброзного, двух сосудистых и двух камбиальных. У пациентов с завершённым ростом применение ортодонтических аппаратов не даёт расширения челюсти из-за редукции камбиальных слоёв и костного сращения нёбных отростков по средней линии. Поэтому у взрослых пациентов с сужением верхней челюсти есть два пути решения проблемы несоответствия зубных рядов в трансверсальной плоскости: фрагментация верхней челюсти в ходе проведения остеотомии верхней челюсти по Le Fort I (рис.1, 2) или проведение остеотомии срединного нёбного шва с дистракцией верхней челюсти перед началом ортодонтической коррекции формы верхнего зубного ряда.

Показания к проведению остеотомии нёбного шва:

1. Сужение верхней челюсти у пациентов с завершённым ростом лицевого скелета.
2. Перекрёстный прикус (одно- или двухсторонний).

Операция выполняется в условиях операционной, под общим обезболиванием (эндотрахеальный наркоз).

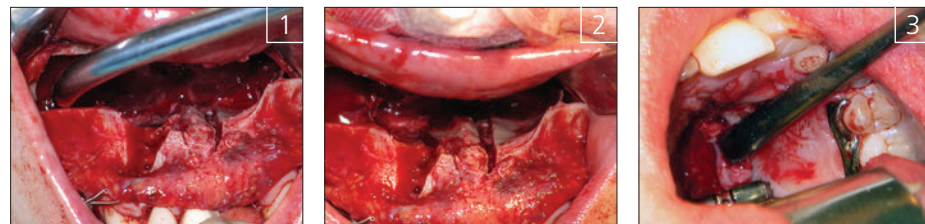
Есть два метода выполнения остеотомии нёбного шва:

1. Внутриротовой (рис. 3, 4).
2. Внутриносовой.

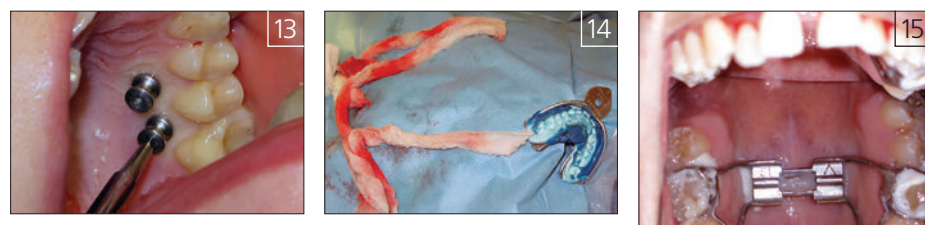
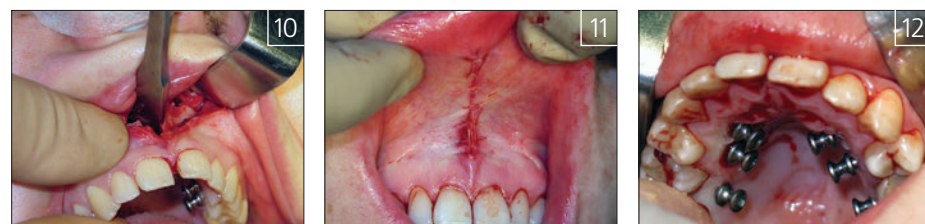
Раньше мы применяли внутриротовой доступ, но у данного метода есть ряд отрицательных сторон: травма слизистой нёба, сложность выполнения остеотомии альвеолярного отростка, долгая реабилитация, плохой обзор, неудовлетворительная гигиена полости рта в послеоперационном периоде. В связи с вышеперечисленными особенностями, мы стали использовать эндоназальный доступ при проведении остеотомии нёбного шва.

Техника операции:

1. Проведение инфильтрационной анестезии мягких тканей: слизистой оболочки преддверия полости рта в области передней группы зубов, слизистой оболочки дна полости носа на всём протяжении (рис. 5). Чем лучше проведена анестезия слизистой дна носа, тем проще и качественнее будет выполнена её отслойка, при этом снижается вероятность разрыва слизистой.
2. V-образный доступ электроножом по уздечке верхней губы (рис. 6).
3. Отслойка мягких тканей, скелетирован участок передней поверхности верхней челюсти до скуло-альвеолярных гребней, в том числе — основание апертюра piriformis и SNA (передняя носовая ось) (рис. 7).
4. При отслойке слизистой дна носа под неё вводится распатор, для защиты от реципрокной пилы.
5. Эндоназально реципрокной пилой выполняется распил нёбных отростков справа и слева, при симметричном расширении, от перегородки носа (рис. 8). При одностороннем расширении — только с соответствующей стороны.
6. Остеотомия скуло-альвеолярных гребней, передней и медиальной стенок верхнечелюстных пазух выполняется реципрокной пилой, устанавливаемой параллельно окклюзионной плоскости (рис. 9).
7. Широким долотом достигается мобилизация костных фрагментов (рис. 10).

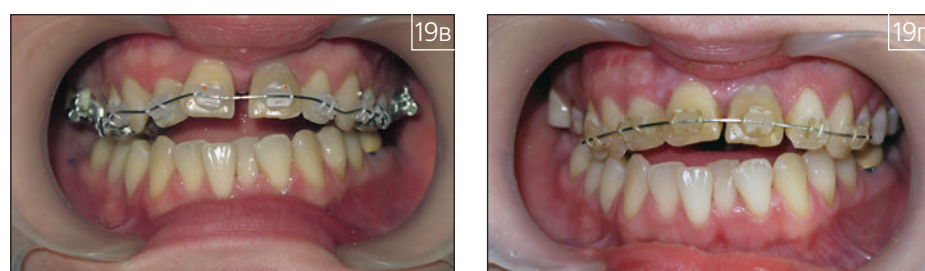


■Рис. 1, 2. Остеотомия верхней челюсти с фрагментацией

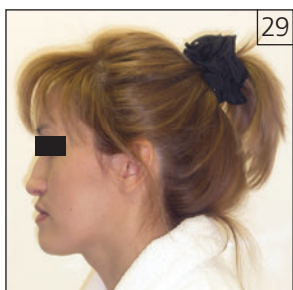


■Рис. 16. Ишемия слизистой оболочки при первой активации аппарата

■Рис. 17-18. Постепенное увеличение диастемы

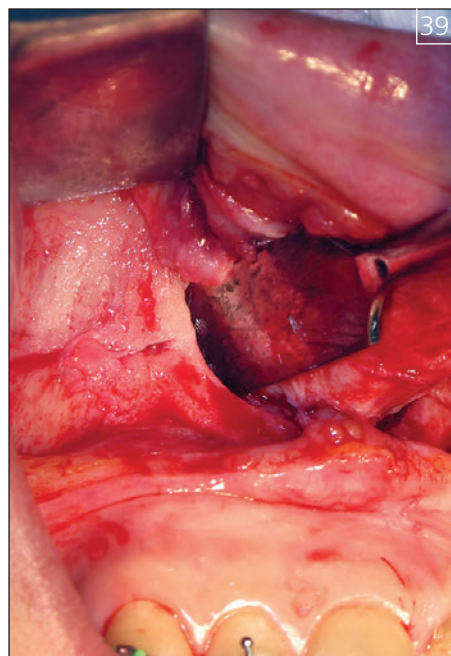
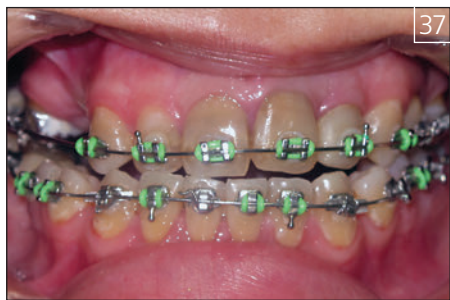
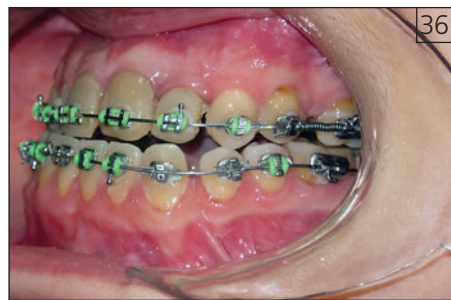


■Рис. 19. Пример динамики изменения размера полученной диастемы: а) зубные ряды перед операцией; б) полученное расширение челюсти; в) установлена вестибулярная брекет-система; г) закрытие диастемы через месяц после установки брекет-системы



■Рис. 20-23. Зубные ряды пациентки при первом обращении

■Рис. 24-29. Внешний вид перед началом лечения



■Рис. 39. Место остеотомии скуло-альвеолярного гребня справа (4 месяца после проведения остеотомии срединного нёбного шва)

■Рис. 40-43. Зубные ряды через 4 месяца после реконструктивной операции (остеотомия верхней челюсти по Le Fort I, остеотомия нижней челюсти по Dal Pont и линейная гениопластика)



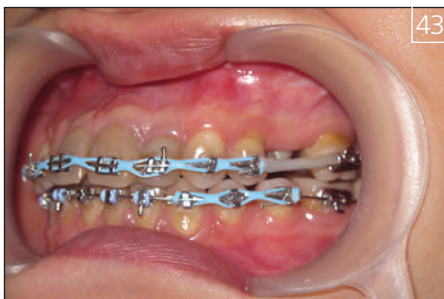
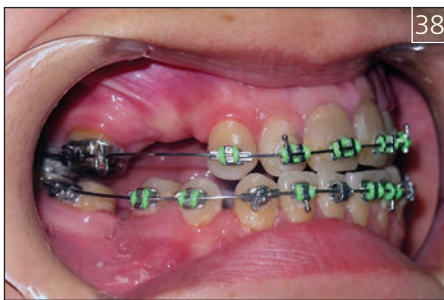
■Рис. 30. В скаты альвеолярных отростков установлены винты-фиксаторы

■Рис. 31. Фиксация на костного аппарата жидкотекучим композитом



■Рис. 32-35. Винт инактивирован. Полученное расширение зубных рядов

■Рис. 36-38. Промежуточный этап, пациентке установлена вестибулярная брекет-система, подготовка к основной реконструктивной операции



■Рис. 40-43. Зубные ряды через 4 месяца после реконструктивной операции (остеотомия верхней челюсти по Le Fort I, остеотомия нижней челюсти по Dal Pont и линейная гениопластика)

8. Операционная рана ушивается викрилом 3/0 (рис. 11).

9. а) На нёбные скаты альвеолярного отростка устанавливаются винты-фиксаторы для закрепления на костного дистракционного аппарата и снимается оттиск с верхней челюсти (рис. 12, 13, 14).

б) Интраоперационная фиксация на зубного аппарата Дерихсвайлера (рис. 15).

У пациентов старше 40 лет мы столкнулись со значительным сопротивлением кости при попытке мобилизации фрагментов. В этом случае через дополнительные разрезы в боковых отделах верхнего свода преддверия выполнялась остеотомия крыловидно-верхнечелюстного шва забугорным остеотомом Obwegeiser.

Дистракция верхней челюсти:

Существуют два вида фиксации дистракционного аппарата (на выбор лечащего ортодонта): на зубный (фиксация на кольцах) и на костный.

На зубный аппарат мы фиксируем ещё на операционном столе, сразу после ушивания операционной раны, и пациент начинает активировать винт через 5-7 дней после вмешательства. Фиксация на костного дистрактора происходит также на 5 сутки после операции, в этот же день пациент начинает самостоятельно раскручивать винт. Показателем эффективности расширения служит побеление десны в области шеек 11 и 21 зубов (рис. 16) и увеличение диастемы (рис. 17-18). Активная стадия лечения занимает от 1 до 4 недель, ретенционный период, как правило, в два раза дольше периода дистракции. С момента прекращения активации винта (винт «запечатывается» жидкотекучим композиционным материалом) можно начинать ортодонтическую коррекцию зубных рядов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка А.Е., 35 лет. Диагноз: СЗЛА, мезиальный прикус, сужение верхней челюсти. Данной пациентке была показана срединная остеотомия нёбного шва и классическая трёхэтапная схема коррекции прикуса.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Приведённый выше алгоритм лечения пациентов с трансверзальными нарушениями верхней челюсти хорошо зарекомендовал себя. Выполняя небольшую, технически несложную операцию, врач получает возможность создать больше места в верхнем зубном ряду. Это существенно расширяет возможности ортодонта, в т.ч. проведение ортодонтического лечения взрослых пациентов без удаления зубов.

В значительном количестве случаев (если сужение челюсти не сопровождается нарушениями в вертикальной плоскости) проведение хирургически ассоциированного расширения нёба позволяет избежать фрагментации верхней челюсти при выполнении основной реконструктивной операции. Это упрощает технику, снижает травматичность операции и существенно облегчает реабилитацию.

Высокая эффективность и незначительное количество осложнений при реабилитации этих пациентов позволяют рекомендовать эту методику для широкого использования в клинической практике.

Примечание:

[1] — По данным И.И.Ужумецкене (1973), она составляет 36,9%; по данным А.А.Гооге (1977), — 40,2%. По Х.А.Каламкаррову, Н.А.Рабухиной, В.М.Безрукову (1981), — 33-41%. По данным ВОЗ (1984), — от 5 до 15 %.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО МИКРОСКОПА ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Н.М.Батюков

• к.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии, СПбИНСТОМ
Адрес: СПб., Невский пр., д. 82
Тел.: 8 (812) 324-00-44, 8 (812) 324-64-04
E-mail: doc333@medi.spb.ru

М.В.Берхман

• к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии, СПбИНСТОМ, главный врач Комплекса клиник "МЕДИ на Туристской"
Адрес: СПб., Комендантский пр., д. 17
Тел.: 8 (812) 324-00-44
E-mail: doc686@medi.spb.ru

С.В.Дмитриев

• врач-стоматолог-терапевт, клиника "МЕДИ на Васильевском"
Адрес: СПб., В.О., 1-я линия, д. 36
Тел.: 8 (812) 324-00-44
E-mail: doc379@medi.spb.ru

Резюме. Представленный клинический пример иллюстрирует возможности повторного эндодонтического лечения с использованием микроскопа. Поэтапно показана последовательность устранения осложнения лечения в виде перфорации корня зуба.

Ключевые слова: перфорация корня зуба, ультразвуковые файлы, применение операционного микроскопа.

Using a Surgical Microscope in Secondary Endodontic Treatment: Clinical Case (N.M.Batyukov, M.V.Berkhman, S.V.Dmitriyev).

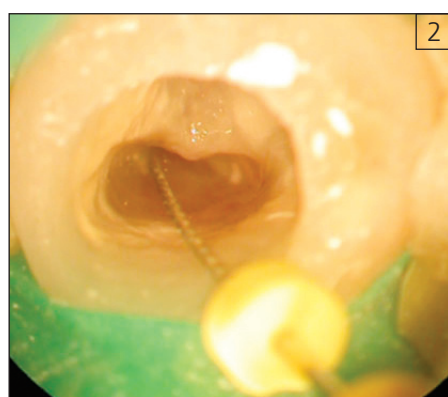
Summary. The presented clinical example illustrates the possibilities of secondary endodontic treatment using a microscope. The succession of eliminating the complication in form of tooth root perforation was shown step by step.

Key words: perforation of tooth root, ultrasound files, use of surgical microscope.

Перфорация определяется как искусственное отверстие в полости зуба или его корне, в результате чего возникает сообщение с тканями пародонта. Различают следующие перфорации зуба: латеральные (через стенки полости коронки); фуркационные (через ее дно); стенки корневого канала и апикального отверстия [1]. Причиной перфораций чаще всего являются: плохое знание топографии полости зуба, недостаточное раскрытие полости зуба, чрезмерное расширение устьев, неправильный выбор инструмента и нарушение методики его применения.

Если у доктора недостаточно навыков и/или нет необходимого инструментария, то при попытке очистить искривленные корневые каналы, нередко формируется уступ (так называемая ступенька), а дальнейшая грубая обработка канала приводит к перфорации корня. Врач теряет направление канала, и часть его остается необработанной, что может стать причиной воспаления в периапикальных тканях.

Клинический пример. Повторное лечение (с использованием микроскопа) каналов зуба 1.6, ранее леченного по поводу пульпита и имеющего перфорацию корневого канала медиального щечного корня в апикальной трети. На момент обращения в клинику пациентка предъявляла жалобы на периодические ноющие боли. Зуб был восстановлен прямой композитной реставрацией. Отмечается нарушение краевого прилегания. Сравнительная перкуссия зуба — слабо болезненна. На рентгенограмме (рис. 1) визуализируются рентгеноконтрастные корневые тени по ходу корневых каналов. У медиального корневого канала в апикальной части — перфорация стен-



■Рис. 1. Рентгенограмма зуба 1.6 на момент начала повторного лечения

■Рис. 2. Инструмент введен в медиальный щечный канал

■Рис. 3. Прицельная рентгенография зуба 1.6

■Рис. 4. Выявленный истинный ход медиального щечного канала

ки корня. Периапикальные деструктивные изменения не выявлены.

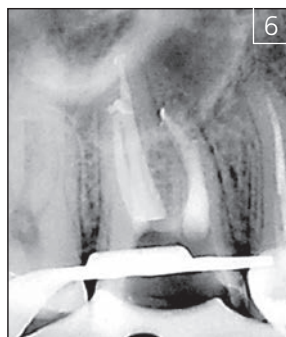
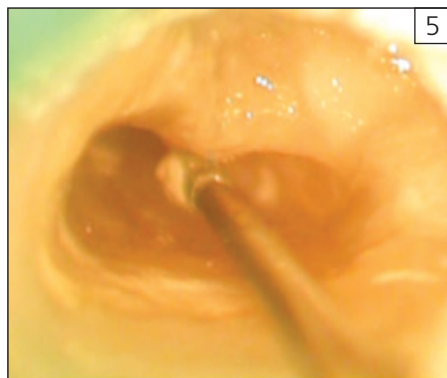
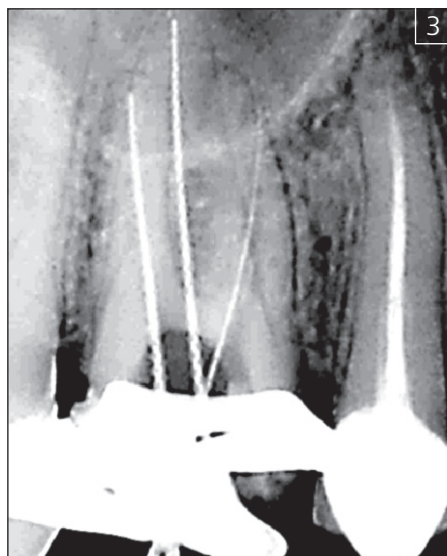
Диагноз: Хронический фиброзный периодонтит зуба 1.6. Перфорация медиального корневого канала в апикальной трети.

Зубы с перфорациями часто удаляются, что в определенных ситуациях — вполне оправданно. Однако при хорошей визуализации, которую дает операционный микроскоп, возможна обработка и пломбирование поврежденного корневого канала. Перед процедурой повторного эндодонтического лечения зуб был изолирован коффердамом, удалена несостоятельная реставрация и кариозный дентин, отсутствующая стенка зуба восстановлена композиционным материалом. После очистки полости зуба от содержимого, выявили устья корневых каналов. С микроскопом становится возможной четкая визуализация перфорации и направления изгиба канала. Распломбирование проводилось ультразвуковыми файлами и Ni-Ti инструментами, формирование каналов было выполнено теми же вращающимися инструментами. Ирригация проведена 3% растворами гипохлорита натрия, с активацией ультразвуком. После обработки в небном и дистальном щечном каналах подобраны мастер-файлы. Продолжена работа с медиальным щечным каналом. Определен истинный ход канала и локализация перфорации (рис. 2, 3).

С помощью микроскопа обнаружен истинный ход медиального щечного канала, канал обработан медикаментозно и механически по описанной выше методике (рис. 4).

Выполнена obturation дистального щечного и небного корневых каналов методом вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи (аппарат Bee Fill) с использованием силера AN+ (Dentsply). Перфорационное отверстие изолировано (рис. 5). В следующей визит, после затвердевания МТА, по вышеуказанной методике запломбирован медиальный щечный канал (рис. 6).

После предварительной очистки полости зуба пескоструйной обработкой (ок-



■Рис. 5. Зкрытие перфорации

■Рис. 6. Рентгенография зуба 1.6 после пломбирования корневых каналов

сид алюминия 50 микрон), устья каналов закрыты AeliteFlo (Bisco). Выполнена временная реставрация стеклоиономерным цементом, пациентка направлена к стоматологу-ортопеду для восстановления зуба 1.6. непрямой реставрацией.

Указанный клинический пример наглядно демонстрирует, что применение операционного микроскопа в случаях сложного повторного лечения каналов делает вмешательство более предсказуемым, а его результат значительно более успешным. В конечном итоге пациент получает возможность сохранить зуб, который еще ранее был признан безнадежным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горячев Н.А. Консервативная эндодонтия: Практ. руководство. - Казань: Медицина, 2002. - 140 с.

«Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов»
№6(37), декабрь 2013 года

Газета является печатным органом
СПБИНСТОМ (Санкт-Петербургского института
стоматологии последипломного образования)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Аврамова О.Г.
д.м.н.

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

Иорданишвили А.К.
д.м.н., профессор

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

Кузьмина Э.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

Олесова 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., профессор

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

Цимбалистов А.В.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Чибисова М.А.
д.м.н., профессор

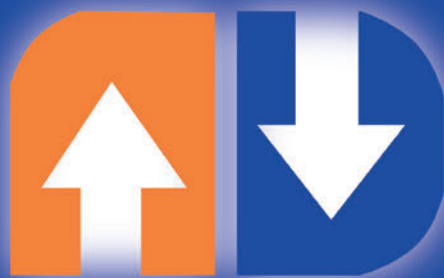
УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «МЕДИ издательство»

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.Пушкарева**
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 №ФС77-47595**
от **02.12.11** (РОСКОМНАДЗОР). (В свидетельстве о
регистрации **ПИ №ФС77-29951** от **19.10.07**
внесены изменения в связи с изменением
юр. адреса учредителя). 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»



ООО "Астроdent"
Москва, Ярославское шоссе, д. 116, стр. 3
Тел.: (499) 188-11-17, 188-64-80, 188-33-01
Факс: (499) 188-50-03
e-mail: info@astrodent.net
www.astrodent.net

Deflex®

The denture of contact



МИКРОИНЖЕКЦИОННАЯ МАШИНА Deflex

- Автоматическая
- Вертикальное исполнение
- Программируемая температура и время инъекции
- Цифровая мембранная панель
- Индикация аварийных ситуаций
- Пневматический инжекционный цилиндр
- Регулятор давления и манометр
- Не требует предварительного нагрева картриджей
- Простая и удобная фиксация муфеля
- Рабочее давление компрессора – 6,5 атм
- Каждая инъекция занимает 15 минут
- Размеры: высота — 65 см x 35 см x 18 см
вес — 25 кг



Полиамид Deflex

Это безмономерный термопластичный полимер повышенной прочности

- Эластичность — высокая
- Стабильность цвета — высокая
- Гигроскопичность — низкая
- Усталость материала — низкая

Упаковка

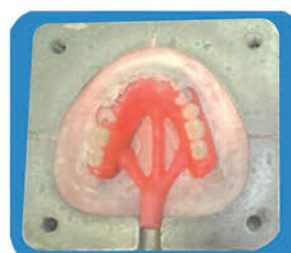
Инжекционный материал представлен в алюминиевых картриджах, которые герметично упакованы, готовы к инъекции, защищены от атмосферной влаги.



Размер картриджа — 22 мм
Маленький — 55 мм
Средний — 85 мм для неполных протезов
Большой — 120 мм для полных протезов

Преимущества для зуботехнических лабораторий

Отсутствуют «мертвые углы» в литьевых моделях
Свободные десневые зоны
Крестообразные ретенционные конструкции внутри зуба
Дублирующая модель
Удобное моделирование литьевых трубок



ASTRODENT

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИЛЬНО РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ



Swiss quality
dental products



SEALACORE DC Bond Арт. 104 71
SEALACORE DC Composite Арт. 104 70

SEALACORE DC – самопротравливающая адгезивная система двойного отверждения для фиксации внутриканальных и парапulpарных штифтов и восстановления культи витальных и девитальных зубов.

Включает самопротравливающий адгезив двойного отверждения **SEALACORE DC Bond** и текучий гибридный рентгеноконтрастный композит двойного отверждения **SEALACORE DC Composite**.

Материалы усилены наночастицами для создания прочной адгезии и предотвращения микроподтекания между структурами зуба и композитными материалами светового, химического или двойного отверждения.

Стекловолоконные штифты **FIBRAPOST Plus** имеют улучшенный состав (уретан диметакрилат на основе матрицы из смолы, не содержат бис-фенол), предварительно силанизированные, высокорентгеноконтрастные, с оптимальной адгезией и улучшенными механическими свойствами, в частности – повышенной прочностью на изгиб.



Набор для восстановления
«ВСЁ-В-ОДНОМ» Арт. 104 75

Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»

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

Филиал ООО «Валлекс М» — г. Санкт-Петербург, Гражданский пр., д. 24, оф. 6; тел.: (812) 240-47-10; e-mail: vallexm-stom@nkl.ru