

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

№2 (9)
апрель 2009



PEOPLE HAVE PRIORITY



Встроенный в наконечник генератор снабжает электропитанием светодиод. Благодаря этой инновации прямые и угловые наконечники серии Alegra совместимы со всеми воздушными и электрическими моторами с разъемами ISO, представленными на рынке.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В МОСКВЕ:
Тел.: 495/229 3375
Факс: 495/933 2757
E-mail: info@whdental.ru
Web-site: www.whdental.ru

НОВЫЕ УГЛОВЫЕ И ПРЯМЫЕ НАКОНЕЧНИКИ СЕРИИ

ALEGRA

с подсветкой по диодной технологии LED и без подсветки ОТ АВСТРИЙСКОЙ КОМПАНИИ W&H DENTALWERK



ДИЛЕРЫ ФИРМЫ W&H:

Эксподент, Москва — 495/334 4808
Дентекс, Москва — 495/974 3030
Уралквадромед, Екатеринбург — 343/262 7160
Дистрибуция в С.-Петербурге — Алвик-Медэкспресс: 812/567 2065

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ СВЕТОДИОД ПОДАРИТ ВАМ СИЯНИЕ ДНЕВНОГО СВЕТА!

Москва,
Лихоборская наб., д. 11
тел./факс: (495) 737 60 89
(495) 737 38 52; (495) 923 10 20
www.protocodent.ru
tokuyama@protocodent.ru



PROTECO

Санкт-Петербург,
Варшавская ул., д. 19, к. 2
тел./факс: (812) 370 77 61
(812) 370 88 37; 8 (911) 144 97 23
www.protocodent.ru
tokuyama@protocodent.ru

ESTELITE Σ QUICK

QUICK-CURE

Новый ESTELITE SIGMA
Полимеризуется за 10 секунд!!!

Tokuyama Dental



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

Принципиальное партнерство.
Made by DMG.



DMG

Универсальная система
для восстановления зубов
после эндодонтического лечения

LuxaCore Z-Dual, премиум-композит для восстановления сильно разрушенных зубов и фиксации интраканальных штифтов, первый материал в своей категории, произведенный с применением нанотехнологий и диоксида циркония в качестве наполнителя. Усиленные стекловолокном и предварительно силанизированные композитные штифты LuxaPost эффективно сочетаются с LuxaCore Z-Dual. Дополняет это партнерство новая адгезивная система двойного отверждения LuxaBond-Total Etch.



Отличное партнерство:
LuxaCore Z
LuxaPost
LuxaBond

Эксклюзивный дистрибутор в России «Валлекс М»
Старокалужское шоссе, 62, тел./факс: (495) 784-71-24, e-mail: stom@vallexm.ru, www.vallexm.ru

SAREMCO



els | extra low shrinkage®

жемчужина среди композитов

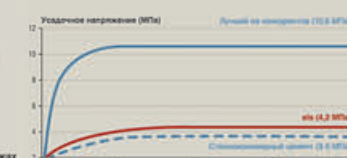
Несравненно низкое усадочное напряжение композита els extra low shrinkage позволит Вам решить все проблемы, связанные с полимеризационной усадкой и напряжениями, возникающими в ее результате.

- [плотное краевое прилегание
- [значительно сниженный риск возникновения микротрещин
- [великолепные эстетические результаты даже по прошествии нескольких лет
- [непревзойденно высокая устойчивость к свету стоматологического светового источника — более 5-ти минут
- [прекрасно и легко полируется до блеска
- [превосходная биологическая совместимость — не содержит вредных в токсикологическом плане мономеров

els extra low shrinkage оправдает все Ваши ожидания в отношении качества и надежности.



Поставляется в шприцах или картриджах



При сравнении усадочных напряжений els extra low shrinkage® и самого лучшего из материалов, задействованных в исследовании (10,6 МПа), els extra low shrinkage® показал превосходный результат, являющийся прорывом в истории развития композитов. Это подтверждается измерениями, проведенными Амстердамским Академическим Центром Стоматологии ACTA (2005) и различными университетами Швейцарии.

Saremco Dental AG | Rohacker | 9445 Rebstein | Switzerland | Phone +41 71 775 80 90 | Fax +41 71 777 31 92
Administration | Rosengartenstrasse 27 | 9000 St. Gallen | Switzerland | Phone +41 71 278 27 73 | Fax +41 71 278 26 73 | info@saremco.ch | www.saremco.ch
Дистрибуция в России: ООО «Юнимед-стоматология» | 129301, Москва | ул. Касаткина, д. 3А | Тел.: (495) 937-40-27 | Факс: (495) 564-86-41 | denta@unimedao.ru | www.unistom.ru

Статья о материале на стр. 9



Planmeca ProMax *all volume sizes*

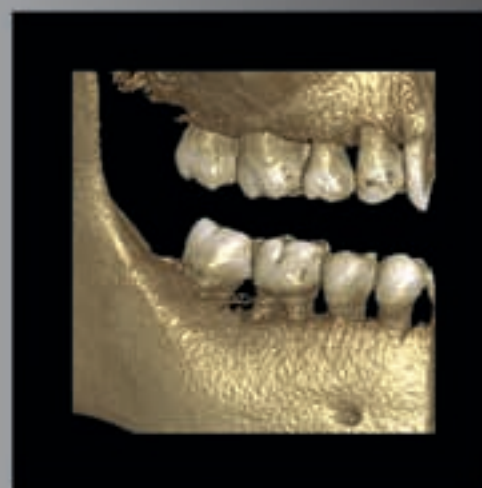
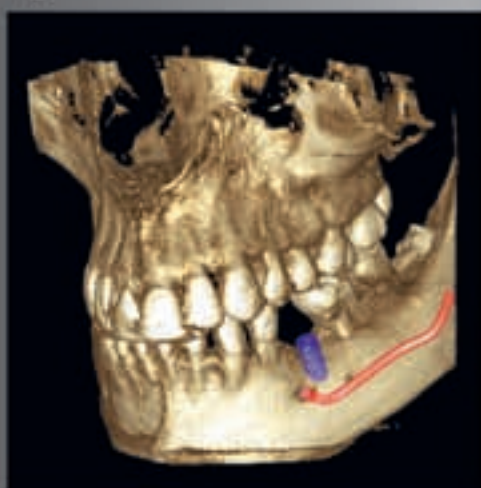
The Planmeca ProMax concept offers a full range of imaging volumes providing detailed information on patient anatomy. The comprehensive Planmeca ProMax platform complies with every need in dental radiology, offering digital panoramic, cephalometric, and 3D imaging together with advanced imaging software. At the heart of the concept is the robotic SCARA technology: the unique robotic arm enables any movement pattern required by existing or future program, eliminating all imaging restrictions. With the Planmeca ProMax concept superior maxillofacial radiography can be performed with a single platform, today and in the decades to come.



PLANMECA

www.planmeca.com

Perfect field size for all needs



Москва:
ООО "Компания ЮСТУС Сервис"
Тел./факс: +7495 7753225 (многоканальный)
e-mail: alex@justus-service.ru, www.idental.ru

Санкт-Петербург:
ООО «Рауденталл»
Тел.: (812) 710-88-52, факс: (812) 710-88-51
e-mail: info@raudentall.ru, www.raudentall.ru

Казань:
ООО «Рокада Мед»
Тел.: (843) 570-68-80, факс: (843) 570-68-82
e-mail: mail@rocadamed.ru, www.rocadamed.ru

Ополаскиватели для полости рта - решение индивидуальных проблем пациентов



Ополаскиватель для полости рта элмекс® ЗАЩИТА ОТ КАРИЕСА

Клинически доказанная высокая эффективность для пациентов с повышенным риском заболевания кариесом*

* Источник: Van Strijp A.J.P., Buijs M.J., ten Cate J.M.

In situ fluoride retention in enamel and dentine after the use of an amine fluoride dentifrice and amine fluoride/sodium fluoride mouthrinse. Caries Res 33 (1999), 61–65

Предотвращение кариеса



Ополаскиватель для полости рта элмекс® СЕНСИТИВ ПЛЮС

Клинически доказанная эффективность в дополнительном снижении повышенной чувствительности зубов**

** Источник: Investigation on the dentine remineralising potential of elmex® SENSITIVE PLUS toothpaste and dental rinse *in vitro*. Petersson LG, Lynch E. J. Dent Res 80 (2001)

Investigation on the dentine remineralising potential of elmex® SENSITIVE rinse *in vitro*. L. Petersson, OHRC (Oral Health Research Center), Halmstad, Sweden (scientific report 1999)

Уход за зубами с повышенной чувствительностью



Ополаскиватель для полости рта Colgate Plax

Антибактериальная защита для предотвращения заболеваний пародонта***

*** Источник: T. Boyd, J. Vazquez and M. Williams

Reduction of VSC and salivary bacteria by multibenefit mouthrinse. J. Breath Res. 2 (2008) 017013 (3pp)

Защита и укрепление десен



Colgate

**Ваш партнер
в здоровье полости рта**

СПБИНСТОМ – ВАШ ГИД К ВЕРШИНАМ МАСТЕРСТВА В СТОМАТОЛОГИИ!



М.Г.Ступин

• проректор по коммерческой деятельности Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования (СПБИНСТОМ)

По мнению представителей стоматологического сообщества, давняя болезнь под названием “последипломное образование специалистов” в условиях кризиса обострилась. Всем известные ее “симптомы” — отстающие от требований времени, громоздкие программы обучения, отсутствие доступа к современной клинической базе, плохое материальное обеспечение занятий, косность подхода к обучению и пр. — сегодня ощущаются намного острее. Многие стоматологи и руководители клиник обращают внимание на уменьшение числа пациентов и сокращение объемов лечения. Есть ли варианты лечения этой болезни? “Да”, — отвечают руководители

Все это, безусловно, справедливо. Но самое интересное, что модель, которая описана как перспектива, к которой нужно стремиться, уже более 10 лет успешно функционирует в СПБИНСТОМ.

Еще на стадии создания Института посылом была как раз идея организации такой системы обучения, которая необходима стоматологу для повышения качества его ежедневной работы.

То есть изначально Вы ориентировались на практический результат?

— Да. Сегодня у стоматологов, слушателей наших программ, есть возможность осваивать технологии, которые используются в самых современных клиниках и

по программе без отрыва от основной работы. Такой формат обучения, по нашему опыту, наиболее оптимален — взрослому человеку трудно “погрузиться” в учебу, забыв обо всем на длительный период времени.

По завершении обучения специалисты получают документы государственного образца — дипломы, сертификаты и удостоверения. Институт вправе выдавать их, поскольку имеет государственный аккредитационный статус.

Что Вы скажете о профессорско-преподавательском составе?

— Каждый преподаватель института — это кладезь знаний, причем не только



Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования (СПБИНСТОМ). И предлагают решения, дающие и врачу-стоматологу, и стоматологическому бизнесу в целом возможность становиться более эффективными и успешными как в клиническом, так и в экономическом аспектах.

Подробности — в интервью с проректором по коммерческой деятельности Института Максимом Геннадьевичем Ступиным.

Проблема последипломного образования врачей-стоматологов обсуждается в медицинском мире регулярно. Существует ли какая-то консолидированная позиция?

— Конечно, все понимают, что надо делать. На недавнем совещании профильной комиссии по стоматологии и деканов стоматологических факультетов рассматривался вариант организации учебных центров, которые могли бы быть созданы при поддержке стоматологических факультетов ВУЗов, крупных стоматологических поликлиник, фирм-производителей стоматологического оборудования и материалов, а также региональных подразделений Стоматологической Ассоциации России. Подобные центры должны дать всё необходимое для повышения уровня квалификации стоматологов: теоретическую подготовку, подкрепленную отработкой практических навыков, клиническую практику, а также возможность приобретения необходимого для работы современного оборудования и материалов.

дают наилучший результат в диагностике и лечении стоматологических заболеваний. Причем основной упор делается именно на практику: большая часть занятий проходит в фантомных классах. Очень важно своими руками отработать все этапы, из которых состоит данная технология. Это позволит врачу более успешно и уверенно работать непосредственно на клиническом приеме. К слову сказать, оборудование фантомных классов у нас лучшее в стране.

Среди недостатков существующей системы последипломного образования нередко называют отсутствие гибкого подхода к обучению. А какой формат обучения предлагает специалистам СПБИНСТОМ?

— Во главу угла мы ставим индивидуальный подход.

Врач выбирает необходимую ему программу обучения — повышение квалификации, профессиональную переподготовку или краткосрочный цикл. Должен сказать, что какая бы программа ни была выбрана, она составлена с учетом современного состояния стоматологии. Если ситуация изменилась, это обязательно учитывается, и в программы вносятся необходимые коррективы. Так что можно сказать: наши слушатели всегда на пике прогресса. Это тоже часть гибкого подхода к обучению.

В рамках выбранной программы для каждого слушателя индивидуально составляется расписание занятий. Очно-заочная (или, как ее иначе называют, модульная форма обучения) позволяет заниматься

теоретических, но и практических. Наши преподаватели — постоянные участники российских и зарубежных научно-практических конференций и, конечно, всегда в курсе всего нового, что появляется на рынке стоматологии. Именно они первыми осваивают самые лучшие и передовые технологии и методики. Их знания системны — поэтому даже во время краткосрочных курсов информация передается слушателям не только в нужном объеме, но и в логичной последовательности, с соблюдением всех причинно-следственных связей. Что немаловажно, все преподаватели института являются практикующими врачами, ведущими приём в клиниках бизнес-класса, а значит, всегда в курсе всех потребностей пациента.

Замечу, что после обучения каждый специалист может обращаться к нашим преподавателям за консультацией, в том числе и по поводу сложных клинических ситуаций.

Очевидно, что в период кризиса профессиональная конкуренция и среди врачей, и среди стоматологических клиник возрастает. Как Вы считаете, могут ли помочь в такой ситуации программы, которые предлагает СПБИНСТОМ?

— Да, разумеется. Врачи-стоматологи могут повысить свою востребованность, овладев новыми технологиями и методами или освоив дополнительно смежные стоматологические специальности, например: терапия и ортодонтия, ортодонтия и ортопедия, хирургия и терапия и пр. Сейчас в условиях кризиса эта те-

ма особенно актуальна. Отлучиться на 4,5 месяца, в течение которых обычно длятся курсы профессиональной переподготовки с отрывом от производства, решится далеко не каждый, ведь пациенты за это время могут найти другого доктора. Иное дело — СПБИНСТОМ. Мы предлагаем краткосрочные циклы, которые можно проходить в любое удобное время, как я уже говорил выше. Система — накопительная. Набрав определенное количество циклов, можно сдать экзамен и получить диплом о профессиональной переподготовке по выбранной дополнительной специальности. Таким образом, Вы продолжаете принимать своих постоянных пациентов и осваиваете новое направление работы. Теперь во многих случаях нет необходимости перенаправлять пациентов к другому врачу. Выгода очевидна. Кстати, Ваши преподаватели будут курировать Вас и после обучения, поэтому в сложных клинических ситуациях всегда можно напрямую обратиться к ним. Такая форма обучения сегодня — это настоящий подарок российским стоматологам.

Что касается клиник — здесь повышение конкурентоспособности может рассматриваться через повышение качества лечения в целом, освоение навыков активных продаж, внедрение экономически более эффективных технологий, уменьшение издержек за счёт применения менее дорогих расходных материалов без потери качества. Многие из этих решений можно получить, обратившись в СПБИНСТОМ.

А есть ли у специалиста возможность в данный момент стать участником обучающей программы?

— Безусловно, приступить к занятиям можно в любой день. Необходимо просто сделать звонок менеджеру Института или заполнить форму для записи на нашем сайте. Кроме того, сегодня СПБИНСТОМ — это больше, чем прос-

то место обучения. Здесь есть возможность приобретать стоматологическую литературу и периодические издания для стоматологов в интернет-магазине на сайте www.instom.ru, бесплатно скачивать научные статьи о результатах использования современных подходов к диагностике и лечению. Таким образом, даже заочно можно существенно повысить свою профессиональную квалификацию и, как минимум, быть в курсе всего того, что происходит в мире современной стоматологии.

СПБИНСТОМ сотрудничает с ведущими медицинскими учреждениями города. Открывает ли такое партнерство дополнительные возможности для специалистов, которые прошли обучение; для клиник, которые поддерживают связь с Институтом?

— Безусловно. Сегодня у фирм-партнёров, предлагающих выгодные условия для слушателей СПБИНСТОМ, можно заказывать изготовление протетических конструкций, в том числе и с применением современных CAD-CAM технологий, приобретать системы имплантации. Также для лечебных учреждений и частнопрактикующих врачей СПБИНСТОМ предоставляет уникальную возможность воспользоваться ультрасовременной диагностической базой клиник-партнёров, в частности Дентальной объёмной томографией. СПБИНСТОМ первым в России начал активную работу по внедрению в стоматологическую практику Дентальной объёмной томографии. На сегодняшний день этот метод зарекомендовал себя как наиболее мощный и современный диагностический инструмент, позволяющий поднять качество лечения на совершенно новый уровень. Особенно актуальны новые возможности этого метода в имплантологии, ортодонтии, эндодонтии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. Воспользоваться этим диагностическим



потенциалом может любой стоматолог Санкт-Петербурга и Москвы. Причём в Санкт-Петербурге есть возможность выбора между двумя томографами разных фирм: Sirona и Morita.

А если случится так, что интересные идеи и предложения будут инициированы, скажем, лечебными учреждениями или производителями стоматологического оборудования? Могут ли их руководители выходить на СПБИНСТОМ со своими предложениями?

— Мы открыты для сотрудничества с компаниями-производителями стоматологического оборудования и материалов и всегда рады включить свежую, интересную информацию о новых технологиях, предлагаемых для использования в лечении и диагностике. Сотрудники Института не раз участвовали в апробации подобных технологий, которые сегодня получили широкое применение в повседневной стоматологической практике.

Так что — добро пожаловать!

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
 СТОМАТОЛОГИИ**
 ПОСЛЕДИПУЛСНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

СПБИНСТОМ – Ваш гид к вершинам
 мастерства в стоматологии!

45 курсов для стоматологов. Поднимись на следующий уровень!

Краткосрочные курсы

Повышение квалификации по терапевтической стоматологии

Профессиональная переподготовка по ортодонтии


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

www.instom.ru


 САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
 СТОМАТОЛОГИИ**
 ПОСЛЕДУПОРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Приглашаем посетить семинары
 и практические занятия в СПБИНСТОМ

Дата начала	Дата окончания	Тема занятий
Ежегодно	индивидуально	Профессиональная переподготовка по ортодонтии
Ежегодно	индивидуально	Профессиональная переподготовка по терапевтической стоматологии
Ежегодно	индивидуально	Профессиональная переподготовка по хирургической стоматологии
Ежегодно	индивидуально	Профессиональная переподготовка по ортопедической стоматологии
Ежегодно	индивидуально	Повышение квалификации по ортопедической стоматологии
Ежегодно	индивидуально	Повышение квалификации по терапевтической стоматологии
Ежегодно	индивидуально	Повышение квалификации по ортодонтии
Ежегодно	индивидуально	Повышение квалификации по хирургической стоматологии
01.06.2009	01.06.2009	Современный волоконный светодиодный системы в комплексном лечении зубокариозной пародонто и эстетической коррекции зубов
01.06.2009	04.06.2009	Возрастные конструкции зубных протезов при нарушении жевания, дефектах передних зубов и зубных рядов (заклады, виниры, коронки, искусственные протезы)
01.06.2009	02.06.2009	Синус-лифтинг
01.06.2009	02.06.2009	Радиационная безопасность и радиационная защита персонала и пациентов при проведении рентгенодиагностических исследований
02.06.2009	02.06.2009	Применение кифферидов в терапевтической стоматологии
03.06.2009	05.06.2009	Эффективные ручные и машинные технологии в эндодонтии, гарантирующие успех. Как быстро овладеть и избежать ошибок
03.06.2009	05.06.2009	Цифровая и пленочная рентгенография в современной стоматологии
04.06.2009	05.06.2009	Зубная имплантология (усложненный курс)
05.06.2009	05.06.2009	Цифровая рентгенография в практической стоматологии
06.06.2009	08.06.2009	Обработка корневых каналов инструментами PRO TAPER и K3
08.06.2009	09.06.2009	Особенности протезирования на имплантатах (для врачей-стоматологов-ортопедов)
08.06.2009	09.06.2009	Пародонтальная терапия
09.06.2009	10.06.2009	Методы активной продажи стоматологических услуг (для руководителей и врачей клиник)
09.06.2009	09.06.2009	Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи
10.06.2009	10.06.2009	Повторное лечение корневых каналов

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

www.in stom.ru

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ

В.Д.Ландинова

• д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста, РМАПО, Москва

О.В.Мацкиева

• к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста, ОМГМА

В.П.Конев

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой судебной медицины, ОМГМА

В структуре различных форм пульпита преобладают хронические формы (76-83%), особенно хронический фиброзный пульпит [1]. Превалирование хронических процессов обусловлено особенностями строения челюстно-лицевой области у детей, а именно: морфологической незрелостью дентина, становлением защитно-приспособительных реакций формирующейся пульпы, в основном за счет клеточных элементов [2].

Как правило, в детском возрасте хронический фиброзный пульпит протекает бессимптомно, в связи с чем для проведения дифференциальной диагностики, наряду с клиническими исследованиями, изучают электровозбудимость пульпы (ЭВП) и электропроводность дентина (ЭПД).

В результате ряда исследований выявлена прямая коррелятивная зависимость между этими параметрами, что позволило создать шкалу комплексной электрометрической диагностики стадий кариозного процесса [3,4].

Согласно шкале электрометрической диагностики кариеса у детей, значения ЭВП при хроническом пульпите варьируют от 19 до 32 мкА, что обусловлено различной степенью сформированности корней, причем средние значения электрометрических параметров зубов со сформированными корнями накладываются на шкалу на средние значения электрометрических параметров зубов с несформированными корнями.

В связи с этим целью нашего исследования явилось сравнение морфологической картины воспаления с данными комплексной электрометрии.

Материалы и методы

В основу работы легли морфологические исследования ампутированной коронковой пульпы при лечении постоянных премоляров и моляров с различной степенью сформированности корней методом витальной ампутации по поводу хронического пульпита. После ампутации материал фиксировали в 10% растворе нейтрального буферного формалина.

В дальнейшем производились обычная холодная заливка материала в парафин и изготовление серийных срезов толщиной 10-15 мкм. Затем срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Препараты просматривали в световом микроскопе и подвергали фотографированию на пленку "Kodak".

Исследуемый морфологический материал был разделен на две группы: I группу составили биоптаты коронковой пульпы 29 зубов с несформированными корнями и незакрытыми верхушками корней, во II группу вошли биоптаты коронковой пульпы 26 постоянных зубов со сформированными корнями.

Результаты и обсуждение

Проведенное морфологическое исследование ампутированной коронковой пульпы 55 постоянных зубов выявило значительные изменения общей структуры пульпы при хроническом воспалении. Прежде всего в наружных слоях пульпы отмечалось значительное увеличение содержания не клеточного вещества

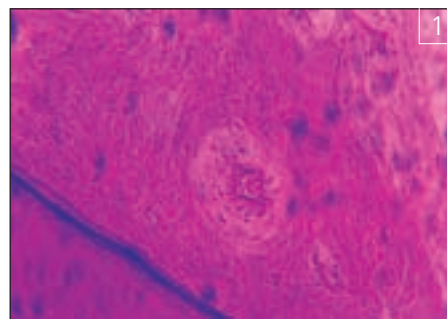
Изменения в одонтобластах и клетках вейлевского слоя выражены, в основном, в участке пульпы, расположенном близко к месту разрушения дентина. При этом наблюдается нарушение компактности расположения клеток, дистрофические и некробиотические их изменения. Одонтобласты выглядят резко набухшими, отростки их практически не просматриваются. Клетки в большинстве своем имеют звездчатый вид и соединяются друг с другом длинными цитоплазматическими отростками.

Микроскопически отмечался резкий отек пульпы, значительное полнокровие всех сосудов, расширение их просвета. Вокруг сосудов отмечались скопления лейкоцитов. Они встречались в большем или меньшем количестве в отечной ткани пульпы, а также в большом количестве в просвете самих сосудов в виде краевого стояния.

Нередки для хронического пульпита точечные кровоизлияния, возникающие частью вследствие разрывов сосудов, частью в результате прохождения кровяных элементов путем диапедеза через стенки растянутых капилляров. Количественная оценка признаков воспаления в I и II группах не имела достоверных различий.

Таким образом, во всех наблюдениях, проведенных нами, отмечались воспалительные изменения пульпы, имеющие характерные для этого тканевого элемента особенности, что подтверждает высокую степень объективности комплексной электрометрической диагностики.

(Список литературы находится в редакции.)



ва в виде ШИК-позитивной субстанции, коллагеновые волокна выглядели набухшими (рис. 1). Пульпарные сосуды поверхностных слоев пульпы выглядели несколько суженными, в части их наблюдались престазы и стазы. В собственно ткани пульпы в большом количестве наблюдались различные макрофагальные и микрофагальные элементы с небольшим числом лимфоидных клеток.

QUINTESSENCE International
Congress & Exhibition Services AG

Под патронатом
Quintessence International Congress & Exhibition Services AG, Швейцария

международный симпозиум
Квинтэссенция
ИМПЛАНТОЛОГИЯ ЭНДОДОНТИЯ

Конгресс и Выставка, 13-14 июня 2009 г.
ЦВЗ "Манеж", Москва

Организатор: ИД Квинтэссенция, Россия
Место проведения: Центральный выставочный зал "Манеж", Москва
Официальный язык: английский (с синхронным переводом на русский язык)

Регистрация: Конгресс — тел.: +7 (495) 781-0630 e-mail: congress@doctour.ru
тел.: +7 (495) 781-0630 congress@quintessence-inter.com
Выставка — тел.: +7 (495) 781-0630 e-mail: expo@quintessence-inter.com

Ведущий спонсор
Nobel Biocare

Партнеры:
Moscow **QUINTESSENCE** **Doctour** **Quintessence**

Министерство здравоохранения РТ
Стоматологическая ассоциация Республики Татарстан

ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА РТ ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА "ТАТЭКСПО"

ПРИГЛАШАЕМ

ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В VIII
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСТАВКЕ
"Стоматология Татарстана"
и
Международном
стоматологическом форуме

26-28 мая 2009

ГТРК Корстон
ул.Ершова, 1
г.Казань

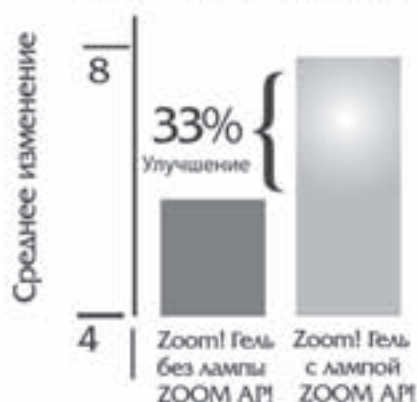
ОРГКОМИТЕТ:
ТПП РТ, выставочная фирма «Татэкспо»
г. Казань, ул. Пушкина, 18, здание ТПП РТ, оф.1
тел./факс: (843) 264-62-61, 264-59-25, 264-59-35
e-mail: tatexpo@mail.ru, http://www.tatexpo.com



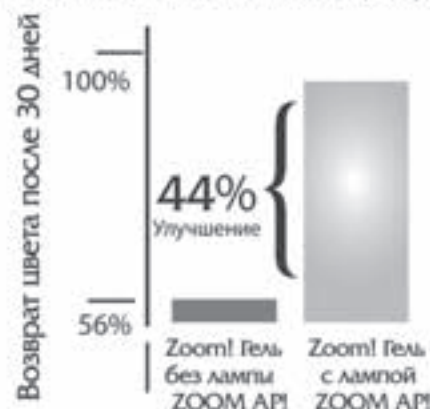
Такие результаты возможны **ТОЛЬКО**
при использовании лампы

Zoom!®

Факт: больше оттенков



Факт: больше стабильности результатов



Факт: 50% населения достигают оттенок В1 или лучше
после 45-мин. процедуры.

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

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

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

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

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

DISCUS DENTAL®

КОМФОРТ И БЕЗОПАСНОСТЬ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ



С.А.Комченков

• врач-анестезиолог-реаниматолог
Группы компаний MEDI,
ассистент курса
внутренних болезней,
СПБИНСТОМ

Проблема боли и обезбоживания с давних времен привлекала внимание людей. В последние годы резко возрос интерес к применению обезбоживания при одной из наиболее массовых форм медицинского обслуживания — лечении зубов.

В связи с возникновением болевого синдрома и психоэмоционального дискомфорта при выполнении стоматологических вмешательств пациенты отказываются от своевременной стоматологической помощи, что способствует превращению этой медицинской проблемы в социальную. Хорошо известно, что у подавляющего большинства пациентов посещение стоматолога ассоциируется с чувствами страха и боли.

Повышение эффективности стоматологической помощи является постоянным объектом поиска новых методов и средств обезбоживания.

Сегодня врач-стоматолог использует в своей практике карпульные шприцы, высокоэффективные и низкотоксичные анестетики. Однако иногда местная анестезия не дает ожидаемой высокой эффективности, а как крайний вариант — вообще никакого обезболивающего действия. В таких случаях стоматологу приходится проводить лечение за счет волевых усилий врача и пациента, у которого при этом возникают вегетативно-сосудистые расстройства и страх перед стоматологическим лечением. Анализ такой клинической ситуации показывает, что пациентам проводится только местная анестезия без учета и коррекции психоэмоционального статуса.

Известно, что любое стоматологическое вмешательство предполагает нарушение психического равновесия пациента, степень выраженности которого во многом зависит от личностных особенностей пациента. Поэтому, как правило, у пациентов во время ожидания стоматологического приема наблюдаются те или иные психоэмоциональные изменения: у одних появляется необоснованная эйфория, у других — замкнутость, тоска, депрессия; чаще всего отмечаются выраженное

беспокойство, волнение, страх, тревога, нарушающие гомеостаз и препятствующие эффективному проведению местного обезболивания. Все эти изменения психики обычно обратимы и в данном случае характеризуют степень проявления психоэмоционального стресса.

По данным литературы, исследования эмоционального стресса на амбулаторном стоматологическом приеме показали, что выброс катехоламинов в кровь возрастает почти в 3 раза. Влияние катехоламинов стимулирует процессы метаболизма, а это приводит к отрицательному течению обезболивания и объясняет недостаточную эффективность применения местных анестетиков. Именно в этот момент возникают такие психоэмоциональные осложнения различной степени проявления и опасности, как обморок, гипертонический криз, истерическая слепота, аритмии, неврологические расстройства, обострение сопутствующих заболеваний, что может стать причиной серьезных нарушений жизнедеятельности организма и даже внезапной смерти.

Одним из самых распространенных неотложных состояний на амбулаторном стоматологическом приеме являются, пожалуй, вегетативные кризы, особенно для пациентов с негативным опытом стоматологического лечения.

Симптомо-адреналовый криз характеризуется неприятными ощущениями в области грудной клетки и головы, подъемом АД, тахикардией до 120-140 уд./мин, ознобом, похолоданием и онемением конечностей, бледностью кожных покровов, мидриазом, экзофтальмом, ощущением страха, тревоги, сухостью во рту. Завершается приступ полиурией с выделением светлой мочи.

Вагоинсулярный криз проявляется головокружением, ощущением удушья, тошнотой, снижением АД, иногда брадикардией, экстрасистолией, покраснением лица, гипергидрозом, слюнотечением, желудочно-кишечными дискинезиями.

Чаще, однако, вегетативные кризы носят смешанный характер, когда признаки симпатической и парасимпатической активации возникают одновременно или следуют один за другим. В зарубежных исследованиях эти состояния обозначают как «панические атаки».

В качестве примера можно привести клиническую ситуацию, которая нередко встречается на стоматологическом приеме: пациент еще до приглашения в кабинет к врачу-стоматологу «уходит в себя», становится замкнутым, а при приглашении пройти на прием на его лице можно увидеть натянутую улыбку; в стоматологическом кресле бросается в глаза бледность кожных покровов и испарина на лбу. В этот момент у пациента частота сердечных сокращений может достигать 140 ударов в минуту и выше, показатели артериального давления выше обычных для пациента на 30 мм рт.ст. и более. Появляется повышенная потребность организма в кислороде. Компенсаторно возрастает частота дыхательных движений, пациент предъявляет жалобы на чувство нехватки воздуха, удушье, тошноту, появление чувства страха. Тахипноэ приводит к спазму сосудов головного мозга, что может привести к потере сознания пациента и развитию критической ситуации.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости прогнозирования психоэмоциональных осложнений путем эффективной коррекции эмоционального стресса с учетом физиологического состояния пациента, особенностей его нервной деятельности, психоэмоционального напряжения и степени выраженности вегетативных реакций организма.

Проведенными исследованиями было выявлено достоверное различие восприятия болевого раздражения при различных психоэмоциональных реакциях пациентов перед стоматологическим лечением. Это послужило обоснованием необходимости создания методики экспресс-оценки психоэмоционального состояния пациентов, нуждающихся в стоматологическом лечении. Эта методика позволяет не только определить степень выраженности нервно-психического напряжения, но и представить его структуру с целью прогнозирования возможных психоэмоциональных осложнений и необходимости медикаментозной подготовки (премедикации).

Под премедикацией следует понимать однократное введение одного или нескольких препаратов перед проведением стоматологического лечения, премедикация преследует несколько важнейших задач:

- предотвращение эмоционального стресса;
- достижение нейровегетативной стабилизации;
- снижение реакции на внешние раздражители;
- уменьшение секреции желез;
- создание оптимальных условий для проявления действия местных анестетиков (усиление и продление их действия);
- профилактика аллергических реакций в ответ на применение местных анестетиков и стоматологических материалов.

Основу премедикации составляет надежная защита пациента от психоэмоционального стресса перед стоматологическим лечением, неизбежным следствием которого является комплекс соматовегетативных расстройств, именуемых «церебровисцеральный синдром эмоционального стресса».

С этой целью создана методика, названная «Шкала клиническая стоматологическая» (ШКС), представляющая усовершенствованный способ определения психофизиологического состояния пациентов перед стоматологическим лечением. С помощью этой методики объективно обосновывается необходимость применения премедикации перед стоматологическим лечением и индивидуальный подход к пациенту при выборе лекарственных препаратов для премедикации.

В условиях амбулаторных стоматологических вмешательств эффект премедикации должен быть ограничен во времени, что дает возможность пациенту самостоятельно покинуть клинику. Отсюда возникает необходимость дифференцировать, в каких случаях необходимо усилить седативный компонент премедикации, а в каких — анагетический или центральный холинолитический для коррекции вагусных реакций.

Наибольшее распространение в амбулаторной стоматологической практике по причине эффективности, предсказуемости действия и безопасности применения получили лекарственные препараты, относящиеся к группе транквилизаторов и ненаркотических анагетиков (нестероидных противовоспалительных препаратов). После определенного курса подготовки эти лекарственные препараты могут с успехом применяться врачами-стоматологами в качестве медикаментозной подготовки пациентов перед стоматологическим лечением.

Ненаркотические анагетики широко используются в стоматологии, так как эффективны при болях воспалительного и неврологического характера, возникающих в области зубочелюстной системы. Механизм противовоспалительного эффекта ненаркотических анагетиков состоит в ингибировании ими простагландин-синтазы, в результате чего нарушается синтез простагландинов, их количество уменьшается, что приводит к снижению процессов экссудации. Уменьшение воспаления ограничивает отечность тканей, их инфильтрацию и снижает давление на рецепторные окончания, что приводит к ослаблению болевых ощущений. Одновременно происходит угнетение болевой импульсации в области таламуса (центральный эффект обезболивания). Нарушение проведения болевого ощущения в афферентных путях происходит без изменения психических компонентов боли. Поэтому в стоматологической практике ненаркотические анагетики сочетают с транквилизаторами для премедикации перед болезненными вмешательствами в полости рта.

Основные эффекты транквилизаторов позволяют рассчитывать на их максимальную эффективность при проведении стоматологического лечения:

1. Транквилизирующий, или анксиолитический (уменьшение тревоги, страха, эмоциональной напряженности).
2. Седативный (психомоторная заторможенность).
3. Снотворный (в зависимости от применяемой дозы характерен для всех бензодиазепинов).
4. Вегетостабилизирующий (регуляция деятельности вегетативной нервной системы).

Во всех критических ситуациях в практической деятельности врача-стоматолога, ведущего амбулаторный прием, важное значение имеет умение своевременно распознать состояния, угрожающие жизни пациента, не паниковать и незамедлительно оказать ему эффективную помощь. В подобных случаях быстрая ориентация врача и его опыт, наряду с хорошей организацией рабочего места, позволяют избежать тяжелых осложнений и спасти пациента.

Однако самый лучший способ борьбы с неприятными ситуациями — это, как известно, не попадать в них. Поэтому традиционным подтверждением высокого класса специалиста остается умение предвидеть возможное развитие событий и убедить пациента в необходимости применения профилактических мероприятий, основываясь на концепции предоставления стоматологических услуг в максимально комфортных и безопасных для здоровья пациента условиях.

БОЛЕЕ 15 ЛЕТ МЫ ПРОИЗВОДИМ ИМПЛАНТАТЫ ИЗ ЦИРКОНИЯ. КРУГЛЫЙ СТОЛ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ. В ПОИСКАХ СОВЕРШЕНСТВА



И.А.Воронин

В декабре 2008 г. состоялось 7 заседание круглого стола по стоматологической имплантологии, проводимое компанией ДИВА. Открыл его по традиции президент компании Воронин Илья Александрович. Постоянный ведущий круглого стола д.м.н., директор клиники реконструктивно-восстановительной, пластической хирургии и косметологии Кулаков Олег Борисович, предложил начать научно-практическую часть заседания с доклада к.м.н., заместителя главного врача клиники “Крафт-вэй” Супрунова Сергея Николаевича на тему: “Роль индивидуальных абатментов при ортопедическом лечении с применением дентальных имплантатов у пациентов во фронтальном отделе верхней челюсти”.

Сегодня уже никого не удивит ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты, а более полное приближение к естественной форме зуба и сочетание ортопедической конструкции с десневым контуром — один из важных вопросов эстетики в полости рта.

С.Н.Супрунов



Сергеем Николаевичем накоплен значительный опыт в области моделирования контура десны и индивидуальных абатментов во фронтальном отделе зубного ряда. Разговор об этом он предложил начать с традиционных аспектов. Устанавливаемый имплантат должен располагаться по оси отсутствующего зуба, а расстояние между имплантатами должно быть строго регламентированным (не менее 3 мм). Если дефект ограничен зубами, то создание десневых сосочков не представляется сложным, а вот реконструкция мягких тканей между имплантатами — вопрос открытый, так как уровень костной ткани не позволяет создавать треугольные пространства для размещения десневого сосочка. Еще недавно мы говорили о том, что промывные пространства между коронками должны быть достаточными, но практика показала, что чем больше мы создаем эти пространства, тем сложнее пациенту совершать гигиенические мероприятия. Сегодня ортопедические конструкции должны быть самоочищающимися.

Прорывом в этой области, на хирургическом этапе, при дефиците костной ткани должна быть реконструкция альвеолярного отростка с применением костно-пластических материалов. Альвеолярный отросток должен быть восстановлен, поверхность коронки должна плавно переходить и согласовываться с поверхностью слизистой и таким образом обеспечивать правильную работу мышц.

На этапе ортопедического лечения решение этой проблемы докладчик видит в применении индивидуальных абатментов. В связи с этим рассмотрены конструкции абатментов, которые должны обеспечить условия для хорошего вымывания пищевых остатков и желаемый эстетический результат. На клинических примерах докладчик изложил технологию изготовления ортопедических конструкций с применением индивидуальных абатментов и методы формирования десневого контура. В сравнении показал формирование контура десны при использовании стандартных и индивидуальных абатментов при одинаковом расположении имплантатов. Остановился на этапах формирования преимплантационной десны, с точки зрения врача-ортопеда, а не хирурга, как принято. Сегодня нет сложностей в проведении коррекции околоимплантационной десны, но актуальным остается вопрос создания полноценных десневых сосочков при включенном дефекте в межимплантационной зоне.

Тема оказалась злободневной, вызвала огромное количество вопросов, а клинический и практический опыт докладчика заслуживает пристального внимания и заимствования в повседневной практике стоматологов-ортопедов.

На заседании круглого стола в декабре 2007 года мы начали рассмотрение темы использования аутоотрансплантатов при замещении дефектов альвеолярного отростка челюстей.

Я.В.Шорстов



“Показания для применения трансплантата из подбородочного отдела нижней челюсти при замещении дефектов альвеолярного отростка челюстей” — такую тему предложил для рассмотрения к.м.н., доцент кафедры детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Я.В. Шорстов. Докладчик остановился на двух основных методиках реконструкции верхней и нижней челюстей. В частности, он сказал, что, по нашим данным, каждый пятый пациент, обращающийся по поводу имплантации, нуждается в проведении синус-лифтинга, наиболее часто используемой методики реконструкции альвеолярного отростка в лабораторной практике. Второй по значимости является костная пластика альвеолярного отростка при помощи аутоотрансплантата, а именно

трансплантата, взятого из ветви нижней челюсти. При проведении костной пластики сегодня на первый план выходит аутоотрансплантат, и в большей степени интересует неvascularизированный трансплантат, применяемый в лабораторной практике.

Коснувшись анатомических видов резорбций, напомнил о формах дефектов зубных рядов и параметрах, на которые надо ориентироваться при заборе трансплантата. Далее докладчик остановился на клинических случаях, демонстрирующих место забора и пересадки трансплантата, а также сказал о важности соблюдения следующих условий: забора и хранения трансплантата,

формирования воспринимающего ложа, прикрепления и изоляции трансплантата, сроков установки имплантатов. Напомнил об осложнениях, которые могут возникнуть при костной пластике. При заборе трансплантата из подбородочного отдела нижней челюсти, можно наблюдать потерю чувствительности зубов и мягких тканей. И тем не менее, ранее отказавшись, мы вновь вернулись к использованию этого трансплантата, но не забирая его общим блоком, а деля его на два фрагмента, давая возможность сохранить васкуляризацию места забора.

Поскольку все специалисты в процессе практической деятельности сталкиваются с необходимостью применения вышеуказанных методик, то в дискуссии по данной теме коснулись новых видов оборудования, облегчающего забор трансплантатов; использования костнозамещающих материалов, способов избежания осложнений. В заключение еще раз сделали акцент на диагностике области забора трансплантата.

Л.В.Чиликин



Далее было предоставлено слово челюстно-лицевому хирургу клиники реконструктивно-восстановительной, пластической хирургии и косметологии Л.В. Чиликину.

Доклады Льва Владимировича Чиликина всегда отличаются глубоким философским смыслом и порой заставляют нас пересматривать взгляды на вопросы, которые требуют ответа в повседневной работе.

В предложенном сообщении на тему: “Что правит миром?” была произведена попытка в научно-популярной форме изложить сущность взаимодействия живой и неживой природы. Знания о Вселенной всегда сталкивались с религиозными и философскими представлениями различных национальных культур. Реальность, пространство, время — основополагающие понятия, которые обсуждались человеком во все времена. Бог создал Вселенную и ученых, которые хотят знать, что является первичной материей. Элементарные частицы в сущности своей состоят из энергии. Следовательно, энергия — основная субстанция.

В практической деятельности врач-стоматолог-хирург, устанавливая стоматологические имплантаты из сплава металлов, керамических соединений или кристаллов, должен учитывать их энергетический потенциал, взаимодействие их с металлическими включениями в полости рта и в организме пациента.

А.С.Мовсесян



Следующее слово было предоставлено стоматологу-хирургу Федерального Медицинского Центра Росимущества А.С.Мовсесяну, который поделился результатами своей практической работы по использованию имплантационной системы ДИВАДЕНТАЛ, компании ДИВА. На примере различных клинических случаев Арсен Сергеевич показал, как были решены проблемы, с которыми к ним обращались пациенты. Рассказал о применяемых методах реконструкции альвеолярного отростка; о предпочтениях по использованию костно-пластических материалов; о сложностях, с которыми сталкивались в работе, как с ними справлялись; о тех ортопедических конструкциях, которые моделировали с опорой на имплантаты.

О.А.Кулаков



“Одномоментная имплантация. Преимущества и недостатки”. Доклад представлен ведущим круглого стола О.Б.Кулаковым.

Эта тема будоражит, так как существует ряд преимуществ, которые побуждают нас к проведению одномоментной имплантации. Но в то же время для успешного проведения одномоментной имплантации должны быть необходимые условия. Подробнее докладчик остановился на случаях, когда можно проводить одномоментную имплантацию, а когда от нее необходимо воздержаться. Это прежде всего протяженность дефекта, возможность правильного позиционирования имплантатов при множественном дефекте зубного ряда, так как мы привязаны к оси лунки. Необходимо воздержаться от проведения одномоментной имплантации при нарушении или недостаточной толщине вестибулярной стенки, так как могут возникнуть сложности для создания эстетики в полном объеме.

Если имеются явления пародонтита или тремы между зубами, то, устанавливая имплантаты, мы можем не добиться желаемой эстетики. Желательно заблаговременно проанализировать вид ортопедической конструкции.

Далее рассмотрели различные клинические случаи, где была применена методика одномоментной имплантации.

Далее Олег Борисович ответил на вопросы коллег.

В заключение поговорили о стоматологической имплантационной системе ДИВАДЕНТАЛ. Система развивается, имплантаты и элементы системы совершенствуются. С 2009 года начинается выпуск имплантатов диаметром 4,2 и 5,0 мм серии ДИВАТОН, имеющих лепестковое соединение внутренней части и опорного элемента. Следующий год будет посвящен дальнейшему развитию ортопедической составляющей системы.

До встречи на следующем заседании круглого стола!

О нас: ООО “СЧПК-ДИВА”

115304, Москва, ул. Луганская, 9; тел.: (495) 321-44-65, 321-48-10
e-mail: voronina@niiit.ru www.divadent.ru

ПРИГЛАШАЕМ

Вас 20-23 апреля 2009 г. посетить наш стенд G.53.2. в зале №8 на выставке “СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ САЛОН 2009”, познакомиться с имплантационной системой ДИВАДЕНТАЛ и получить информацию по циклу тематического усовершенствования “СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ”

ООО “СЧПК-ДИВА”, Россия, 115304, Москва, ул. Луганская, 9
тел.: (495) 321 44 65, 321 48 10; e-mail: voronina@niiit.ru www.divadent.ru



АНАЛИЗ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ И КАЧЕСТВО ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А.К.Иорданишвили

• д.м.н., профессор, заслуженный рационализатор Российской Федерации, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, СПб

И.А.Толмачев

• д.м.н., профессор, начальник кафедры судебной медицины, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

А.М.Сагалатый

• врач

Операция удаления зуба является самым распространенным хирургическим вмешательством. Именно с этой операцией связаны основные претензии пациентов в хирургической стоматологии. Известно, что осложнения при удалении зуба могут быть связаны как с проведением местной анестезии (осложнения аллергического и токсического происхождения, обусловленные повреждением во время инъекции кровеносных сосудов и нервных стволов, крыловидной мышцы и т.п.), так и непосредственно с самим хирургическим вмешательством. Принято различать осложнения во время удаления зуба в виде нарушений общего состояния больного и осложнение местного характера. К первым относят: обморок, коллапс, нарушение внешнего дыхания. К осложнениям местного характера относят: перелом зуба, перелом альвеолярного отростка, перелом и вывих нижней челюсти, попадание зуба или его корня в окологлоточные мягкие ткани, перфорация дна верхнечелюстной пазухи, повреждение мягких тканей, кровотечения. Частыми осложнениями после операции удаления зуба являются альвеолит (боль в области лунки) и альвеолит. Указанные осложнения могут быть обусловлены многими факторами, которые зависят как от анатомо-физиологических особенностей организма пациента, так и от знаний, внимательности и мануальных навыков врача-стоматолога-хирурга и других факторов.

Целью настоящего исследования было изучение причин удаления зубов в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники и оценка качества ведения амбулаторных стоматологических карт (форма 043/У) в аспекте работы хирурга-стоматолога.

Известно, что с целью выявления дефектов при оказании хирургической стоматологической помощи после операции удаления зуба обычно достаточно использовать клини-

ко-рентгенологическое обследование. При осмотре выявляют признаки грубой травмы лунки при ранее проведенной экстракции зуба, разрывы слизистой оболочки десны, выступающие из-под слизистой оболочки края альвеолы, межкорневой перегородки, свободно лежащие в лунке или на кровяном сгустке осколки твердых тканей зуба или альвеолы, признаки нарушения трофики тканей десны, ее гематомы и т.п. На рентгенограммах удаленных зубов выявляют очаги деструкции костной ткани с округлыми очертаниями в области дна лунки, свободной от корня зуба, что может соответствовать гранулемам, кистогранулемам или радикулярной кисте. Также диагностируют наличие осколков кости, зуба, пломбировочного материала, зубного камня, верхушки корней, сломанные и оставленные после удаления зуба. Кроме этого, определяют наличие дефектов края и стенок альвеолы (острые края альвеолы), признаки воспаления костной ткани — остеомиелит (А.К.Иорданишвили, И.А.Толмачев, С.И.Толмачев, 2006).

Однако анализ амбулаторных карт стоматологических больных показывает, что эта первичная медицинская документация имеет много недостатков, что оставляет за пациентами хирургических кабинетов стоматологических поликлиник возможность объективных и обоснованных претензий к лечебно-профилактическим учреждениям по качеству оказанной им хирургической стоматологической помощи.

Изучены показатели работы трех врачей-стоматологов-хирургов различных стоматологических поликлиник за месяц, а также записи этих врачей в первичной медицинской документации.

В ходе исследования было установлено, что за исследуемый период стоматологи-хирурги приняли для проведения операции удаления зуба 1865 человек (737 мужчин и 1128 женщин) в возрасте от 17 до 89 лет, которым удалили 2160 зубов. Операция удаления зуба была осуществлена по поводу: хронического периодонтита — в 578 случаях (26,8%); обострения хронического периодонтита — в 393 случаях (18,2%); острого гнойного периостита — в 225 случаях (10,4%); «пародонтита» — в 936 случаях (43,3%); острого ограниченного одонтогенного остеомиелита — в 28 случаях (1,3%).

В 23 случаях (1,23%) пациенты были направлены для удаления зуба в специализированный стационар. Причинами госпитализации больных явились одонтогенные воспалительные процессы, которые развились в области ретенированных зубов мудрости (9 чел. — 0,48%), а также при осложнении одонтогенного периостита острым регионарным лимфаденитом (4 чел. — 0,21%) или абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой локализации (10 чел. — 0,53%).

Интересно заметить, что у 112 пациентов (6%) причиной удаления зуба при хроническом периодонтите было неэффективное и некачественное ранее проведенное терапевтическое стоматологическое лечение, а именно: неоднократное выпадение пломбы в срок не более двух лет с момента пломбирования, прогрессирование кариозного процесса под пломбой с последующим ее выпадением, а также развитие осложнений после эндодонтического лечения пульпита (9 чел. — 0,48%) или периодонтита (17 чел. — 0,91%) в срок до 6 месяцев после его завершения.

17 пациентов (0,91%), у которых зубы были удалены по поводу пародонтита, также в течение предыдущих 6 месяцев прошли лечение у пародонтолога.

В амбулаторных стоматологических картах были зафиксированы лишь те осложнения операции удаления зуба, которые возникли не ранее суток. Медицинская помощь по поводу луночкового кровотечения оказывалась 27 чел. (1,44%), по поводу альвеолита — 65 чел. (3,48%).

Анализируя первичную медицинскую документацию (ПМД), установили, что при удалении зубов по поводу хронического периодонтита в 312 (14,4%) амбулаторных стоматологических картах было написано: «Жалоб нет. Причинный зуб — корни. Диагноз: хр. периодонтит причинного зуба». Далее указывалось о проведении анестезии и операции удаления зуба.

При удалении зубов по поводу обострения хронического периодонтита в 186 (8,6%) ПМД указывалось: «Жалобы на боль в причинном зубе. Причинный зуб разрушен, перкуссия болезненна. Диагноз: об. хр. периодонтита причинного зуба», далее была запись об анестезии и операции удаления зуба.

При удалении зубов по поводу пародонтита в 507 (23,5%) амбулаторных стоматологических картах была сделана следующая запись: «Причинный зуб подвижен (III степень). Диагноз: пародонтит», далее указывалось о проведении анестезии и операции удаления зуба.

У больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами (периостит, остеомиелит) в 114 ПМД (5,3%) не было отмечено общее состояние больного, температура тела, пульс, весьма кратко описан местный статус, а также рекомендуемое медикаментозное лечение и другие рекомендации.

В подавляющем количестве ПМД при обосновании необходимости выполнения операции удаления зуба отсутствовали сведения о величине разрушения коронковой части зуба, состоянии десны и переходной складки в области проекции верхушки корня зуба, степени атрофии альвеолярного отростка на уровне причинного зуба и глубине пародонтального кармана, наличии пломби-

ровочного материала в канале корня зуба и степени его обтурации и т.п., что, безусловно, имеет значение в выборе метода лечения причинного зуба и решении вопроса о возможности использования зубосохраняющих методов лечения. Кроме того, в большинстве ПМД отсутствовали сведения о наличии на верхушке корня зуба гранулемы или кисты, гноетечения из лунки удаленного зуба, проведенном кюретаже лунки, осуществленном гемостазе и т.п., что может иметь значение при обосновании причинно-следственных связей в случае возникновения осложнений операции удаления зуба — луночковом кровотечении, альвеолите и др. Записи при возникновении указанных осложнений (луночковое кровотечение, альвеолит) во всех случаях также были выполнены весьма кратко (как в аспекте указания жалоб и объективной клинической симптоматики, так и при описании выполненных процедур).

Таким образом, проведенное исследование показало, что в повседневной стоматологической практике на хирургическом приеме часто выявляются случаи некачественного заполнения медицинской карты стоматологического больного, в которой наиболее частые ошибки сводились к неполному сбору анамнеза, объективных данных, несоответствию поставленного диагноза общепринятой классификации, необоснованности диагноза, а следовательно, и необоснованности планируемой операции удаления зуба. При возникновении у пациентов каких-либо жалоб по поводу работы врача-стоматолога-хирурга при указанном ведении первичных медицинских документов, когда последние неинформативны и не позволяют проводить углубленный анализ разбираемой клинической ситуации, претензии пациентов к лечебно-профилактическим учреждениям по качеству оказанной им хирургической стоматологической помощи можно считать обоснованными в подавляющем большинстве случаев.

В заключение следует сказать, что врачам-стоматологам-хирургам поликлиники, наряду с выполнением профильной работы, имеют возможность активно и существенно помогать администрации лечебно-профилактического учреждения в выявлении дефектов медицинской стоматологической помощи, что важно при изыскании дополнительных внутриполиклинических резервов для повышения качества лечебно-профилактической работы и своевременного выявления недочетов в организационном и лечебном плане.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иорданишвили А.К., Толмачев И.А., Толмачев С.И. Способ выявления дефектов медицинской помощи после операции удаления зуба // Сборник изобретений и рац.предложений. Вып.37. - СПб., 2006. - С. 37-38.



Компания PROTECO, эксклюзивный поставщик продукции Tokuyama Dental (Япония) и Stick Tech (Финляндия), имеет честь пригласить Вас на наши лекции, семинары и мастер-классы

Возможны изменения тематики и дат мероприятий

МОСКВА, "Стом-Арт", ул. Малая Дмитровка, д. 8, стр. 1.
Мастер-классы проводит Елена Мендоса, врач-консультант Tokuyama Dental.
27.04, 28.05 — Мастер-класс: "Эстетика фронтальных реставраций. Законы восприятия. Идеальные пропорции. Форма. Цвет. Текстура. Подходы и концепции воспроизведения — биомиметика (полное восстановление, техника стратификации) или опалесцентные возможности субмикрочастиц материалов".
06.05 — Мастер-класс: "Современные подходы к лечению кариеса. Препарирование полостей. Беспрокладочные методики. Адгезивная техника. Нюансы работы с самопротравливающими адгезивными системами. Способы компенсации усадки композитов. Наиболее распространенные ошибки при выполнении прямых реставраций".
29.04, 20.05 — Мастер-класс: "Адгезивное шинирование при патологической подвижности зубов. Волоконно-армированные прямые композитные мостовидные протезы как способ решения проблемы включенного дефекта зубного ряда малой протяженности. Показания и ограничения. Методики изготовления".
04.05 — Мастер-класс: "Восстановление коронковой части зуба после эндодонтического лечения с использованием стекловолоконных штифтов. Внутривитовое восстановление сколов металлокерамики".
27.05 — Мастер-класс: "Ортопедические материалы компании Tokuyama Dental (Япония) — новые возможности. Цементы для постоянной фиксации — Ionotite F, Bistite II. Внутривитовая перебазировка съемных протезов — Rebase II. Мягкие подкладки в съемном протезировании Sofreliner. Компромисс — внутривитовое восстановление сколов металлокерамики Bistite II DC".
Программа, условия участия и предварительная запись по тел. в Москве: 923 1020.

МУРМАНСК, 18.05. — Лекция-демонстрация: "Материалы компании Tokuyama Dental (Япония) для терапевтической стоматологии — новые клинические возможности. Стекловолоконные армирующие материалы компании Stick Tech (Финляндия). Адгезивное шинирование зубов при патологической подвижности зубов. Волоконно-армированные прямые композитные мостовидные протезы как способ решения проблемы включенного дефекта зубного ряда малой протяженности". Е.Ю.Мендоса, врач-консультант Tokuyama Dental.
Лекция-демонстрация: "Ортопедическая программа компании Tokuyama Dental (Япония). Цементы для постоянной фиксации — Ionotite F, Bistite II DC. Внутривитовая перебазировка съемных протезов — Rebase II. Подкладочные силиконовые материалы Sofreliner. Внутривитовое восстановление сколов металлокерамики Bistite II DC". Е.Ю.Мендоса, врач-консультант Tokuyama Dental.
Программа, условия участия и предварительная запись по тел.: 8 (985) 923 1020



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, Учебный центр "Вероника", Савушкина, 36.
Лекторы: Т.С.Дворникова, к.м.н, доцент; Т.Б.Ткаченко, к.м.н, доцент.
27.05. — Лекция-демонстрация: "Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике на примере материалов Tokuyama Dental и Stick Tech".
Вход свободный. Программа и предварительная запись по тел. в СПб: 8 (911) 144 9723.

Учебный центр "Аэлита-Дент", ул. Варшавская, д. 23, к. 1.
30.04., 15.05. — Мастер-класс: "Стекловолоконное армирование в повседневной клинической практике. Создание стекловолоконных мостовидных протезов, шинирующих и штифтовых конструкций волоконным everStick (Stick Tech)". Т.С.Дворникова, к.м.н, доцент; Е.Ю.Мендоса, врач-консультант Tokuyama Dental.
24.04., 19.05. — Мастер-класс: "Построение эстетической реставрации. Цвет и форма. Особенности работы с реставрационной системой Estelite". Т.С.Дворникова, к.м.н, доцент, гл. врач клиники "Леге Артис".
Выдаются сертификаты. Программа, условия участия и предварительная запись по тел. в СПб: 8 (911) 144 97 23.

12.05.-14.05. Будем рады видеть Вас гостями нашего стенда на выставке "Стоматология 2009" в Гавани.

ВОЛГОГРАД, при поддержке ООО "Дентал".
22-23.05. — Лекция-демонстрация: "Композитная реставрация и волоконное армирование. Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике на примере материалов Tokuyama Dental и Stick Tech".
Лекция-демонстрация: "Перебазировка и починка съемных протезов — зачем, как и чем. Мягкие силиконовые подкладочные материалы Sofreliner от Tokuyama Dental. Фиксация металлокерамики — преимущества самоадгезивного гибридного стеклономера Ionotite F. Волоконное армирование непрямыми конструкциями".
Мастер-класс: "Стекловолоконное армирование в повседневной клинической практике. Создание стекловолоконных мостовидных протезов, шинирующих и штифтовых конструкций волоконным everStick (Stick Tech)".
Мастер-класс: "Построение эстетической реставрации. Цвет и форма. Особенности работы с реставрационной системой Estelite". Е.Ю.Мендоса, врач-консультант Tokuyama Dental.
Выдаются сертификаты. Условия участия и предварительная запись по тел.: (8442) 23 8899, 24 3724.

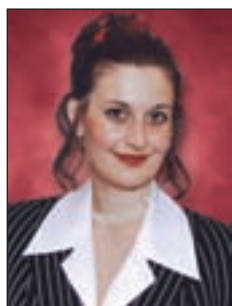
КРАСНОДАР, 21.05.-23.05. Будем рады видеть Вас гостями нашего стенда на выставке "Дентима 2009".

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО БЕЗУСАДОЧНОГО МОНОПОРЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ELS ДЛЯ РЕСТАВРАЦИЙ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП



М.Н.Мусин

• к.м.н., врач высшей квалификационной категории, помощник депутата Государственной Думы ФС РФ



Л.В.Мусина

к.м.н., врач высшей квалификационной категории

Статья построена на основе доклада, сделанного согласно плану научно-практических мероприятий, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российской академии медицинских наук, Российской академии наук, в рамках конференции 10-летия Российский НИИ геронтологии Росздрава "Общество, медицина и государство для пожилых".

С 2004 года на российском стоматологическом рынке занял прочные позиции композиционный материал ELS (аббревиатура происходит от словосочетания Extra Low Shrinkage) фирмы Saremco®. Положительным качеством материала ELS является комплекс высокотехнологичных решений технологий фирмы, создавших материал традиционного швейцарского качества практически без усадочного стресса [6].

Как известно, стеклоиономерные цементы имеют возрастные показания — особенно для лиц пожилого (60-74 лет) и преклонного возраста (75 и более лет), когда твердые ткани зубов становятся особенно хрупкими [5, 9, 10, 11]. С одной стороны, данный реставрационный материал впитал свойства, идентичные модифицированным стеклоиономерным цементам, имеющим показатели усадочного стресса 4,6 МПа; с другой стороны, он обладает всеми свойствами композитов (график 1).

В то же время как композиционный материал ELS полимеризуется под воздействием видимого света и представляет собой непроницаемый для излучения, микрогибридный композиционный пломбировочный материал с высоким содержанием наполнителя при хорошо сбалансированных физико-химических свойствах.

Материал представлен в 11 цветовых оттенках, соответствующих шкале "Vita".

Положительными особенностями материала являются следующие его свойства:

- ELS хорошо конденсируется, не прилипает к моделировочным инструментам, допустимость длительного операционного (моделировочного) периода около 5 минут (устойчив к операционному свету на протяжении 5 минут);
- минимизированное водопоглощение (гидрофобность);
- крайне незначительная водорастворимость;
- высокая прочность на изгиб;
- легко достигаемый, естественный блеск после полировки;
- длительная водостойкость;
- естественность красок и оттенков.

Данный материал имеет показания для реставраций I, II, III, IV и V классов по Блеку, инлеев и онлеев, изготовленных как прямым, так и непрямым способами, фасеток для коронок, фасеток (ви-

ниров), косметической коррекции диастем, гипоплазии эмали, изменения ее цвета, клиновидных дефектов, повреждения и переломов как коронковой части естественного зуба, так и искусственной коронки [4, 5, 6].

Клинический пример. Прямая реставрация (с применением транспарентной матрицы) у пациента, 47 лет (период старения). После постановки диагноза клиновидного дефекта на основе морфологической классификации М.Н.Мусина [7, 8], применялся материал ELS нормальной консистенции (в ассортименте материала имеется также жидкотекучий материал).

Saremco ELS — материал практически идеальный для применения в эстетической стоматологии.

К оригинальным свойствам ELS, выгодно отличающим его от других материалов, относится активная маргинальная адаптация, сочетающаяся со способностью образовывать прочное соединение с зубом и обеспечивать активное герметичное прилегание к стенкам полости, что облегчает изготовление герметичных пломб (а также радует стоматологов свойством материала образовывать как самовыравнивающиеся поверхности, так и хорошо адаптироваться под контурными матрицами). Это позволяет получать сразу гладкую и ровную поверх-

ность пломбы с сохранением контура во время ее формирования до полимеризации (рис. 3). После препарирования полости (рис. 1) приступают к протравливанию протравочным гелем Saremco® Microcid Etchant Gel, одной из особенностей применения которого является визуализированный тест [1, 2, 3].

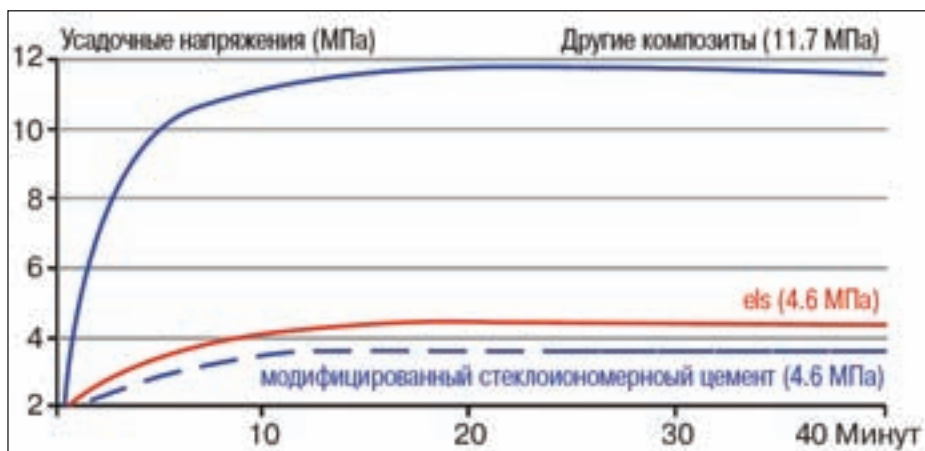
Поскольку химические характеристики эмали зубов индивидуальны, при небольших порциях прозрачность геля (она зависит от включенных пузырьков) позволяет производить контроль над процессом протравливания применительно к эмали данного пациента и данного зуба, выбирается при этом оптимальный режим. Появление мелких пузырьков воздуха говорит о происходящем химическом процессе, а протравливание считается завершенным, когда новые пузырьки воздуха не появляются и нанесенный прозрачный гель становится "мутным" (рис. 2).

После нанесения бонда и его полимеризации можно вносить материал ELS монопорцией (единой порцией). В данном клиническом случае использованы транспарентные матрицы (рис. 3), по размеру адаптированные к форме зубов. И при этом для получения хорошего эффекта (рис. 4) необходимо использовать одну лампу большой мощности или две полимеризационные лампы. До использования данной технологии in vivo (в полости рта) имеет смысл попрактиковаться in vitro — на удаленных зубах. Данный материал поставляется в 4-граммовых и 2-граммовых шприцах в виде жидкотекучего композита, такое сочетание позволяет получить хороший и стабильный клинический результат (на рис. 6 приведен вид реставраций через 3 года по окончании лечения).

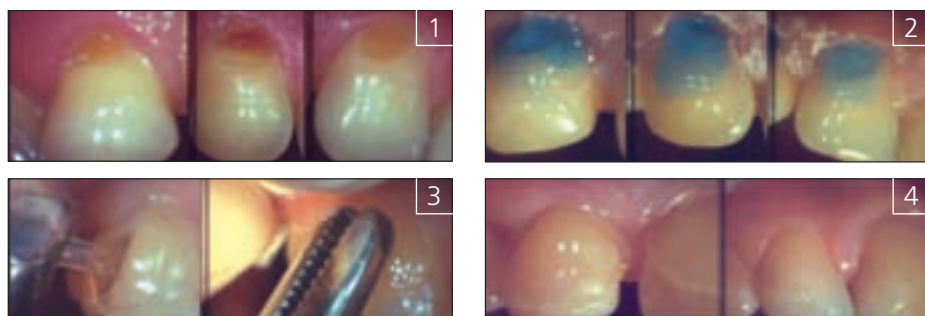
При этом, если сравнить отдаленные результаты и состояние 11, 12 и 13 зубов (применен реставрационный материал ELS) и 44, 45 зубы, реставрированные другим реставрационным материалом, можно сделать клинически обоснованное заключение о том, что реставрации ELS 11, 12 и 13 зубов сохранили свою форму, цвет, краевое прилегание, в то же время реставрации 34 и 35 зубов через 4 года претерпели те изменения, которые явились показателями для их замены — видны множественные трещины, сколы, изменения цвета, нарушения краевого прилегания.

Таким образом, композиционный реставрационный материал ELS положительно зарекомендовал себя на протяжении, как минимум, 4 лет применения в клиниках Российской Федерации. Его использование актуально у пациентов различных возрастных групп, в том числе пожилого возраста, имеющих полиморфизм минерального состава твердых тканей зубов даже в пределах одного зубного ряда.

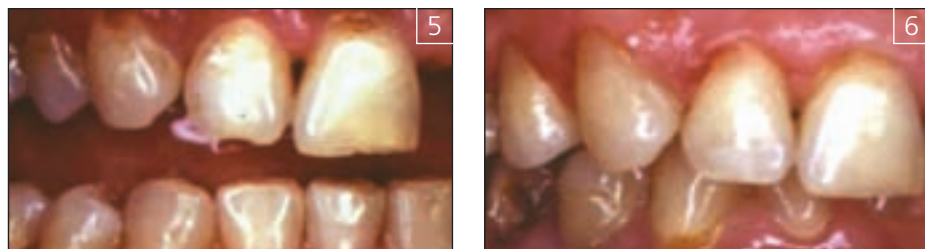
Эксклюзивный дистрибьютор в России:
ООО "Юнимед-стоматология"
129301, Москва, ул. Касаткина, 3а
Тел.: (495) 937-40-27; доб.: 216
Факс: (495) 564-86-41
e-mail: denta@unimedao.ru
http://www.unistom.ru



■График 1. Сравнительная оценка усадочного стресса ELS и других реставрационных материалов



- Рис. 1. Состояние 11,12 и 13 зубов после механической обработки
- Рис. 2. Ситуация в процессе протравливания твердых тканей с помощью Saremco® Microcid Etchant Gel
- Рис. 3. Формирование при помощи контурных матриц и иглодержателя
- Рис. 4. Состояние 11,12 и 13 зубов после контурного формирования с полимеризацией реставраций Saremco® ELS



■Рис. 5-6. Состояние 11,12 и 13 зубов до лечения и через 3 года после выполнения реставрации



■График 2. Взаимосвязь между усадкой и усадочным стрессом в процессе полимеризации. Для 21 из протестированных материалов (♦) наблюдается высокая корреляция ($r^2=0,81$) между усадкой и возникающими напряжениями; — низкая усадка вызывает значительные напряжения и, наоборот, 9 материалов (● и ▲) не следуют этому закону. Расположенные ниже линии корреляции (●) имеют более низкие значения усадки, или стресса, чем находящиеся на линии (♦) или выше нее (▲)

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мусин М.Н. Повышение эффективности процесса обучения стоматологическим дисциплинам путем визуализации с применением 3-D графики и анимации // Cathedra - кафедра стоматологического образования в России. - 2005. - № 1(13). - С. 39-42.
2. Мусин М.Н. Селективная обработка твердых тканей зубов при помощи Saremco® Microcid Etchant Gel как этап прямых реставраций и профилактики постреставрационных осложнений // Dental Market. - 2005. - № 1. - С. 56-57.
3. Мусин М.Н. Повышение эффективности процесса изучения возрастных изменений челюстей путем визуализации с применением 3-D графики. // Пародонтология. - 2005. - № 2(35). - С. 70-73.
4. Мусин М.Н. Возможности применения нового безусадочного монопорционного материала ELS для прямых и непрямых реставраций у лиц различных возрастных групп // Dental Market. - 2005. - № 2. - С. 50-51.
5. Мусин М.Н., Бабаян А.О. Новые стандарты в ортопедической стоматологии и проблемы образовательной политики. Вопросы антропологии и геронтологии // Dental Market. - 2005. - № 5. - С. 32-35.
6. Мусин М.Н., Говьян А.Г. Применение монопорционного материала ELS для прямых косметических реставраций // Dental Market. - 2005. - № 4. - С. 42-43.
7. Мусин М.Н., Мусина Л.В., Иванова Е.В. Морфологическая классификация клиновидных дефектов твердых тканей зубов. Некоторые клинические подходы к лечению // Dental Market. - 2006. - № 3. - С. 32-33.
8. Мусин М.Н., Мусина Л.В., Тьянских Д.А., Кочаров П.Г. Морфологическая классификация клиновидных дефектов твердых тканей зубов // Пародонтология. - 2006. - № 4(41). - С. 37-39.
9. Мусин М.Н., Мусина Л.В., Бабаян А.О., Цуканов С.Е., Белокурова Е.О. Концепция лазерной курации в амбулаторной стоматологической практике // Dental Market. - 2006. - № 5. - С. 32-34.
10. Мусин М.Н. Современная концепция геростоматологии (некоторые аспекты стоматологической имплантации) // Материалы IV научно-практической конференции. "Общество, государство и медицина для пожилых и инвалидов". (В соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздрава России на 2007 г.). сб. науч. ст. - Москва, 2007. - С. 74.
11. Мусин М.Н. Современная концепция и фундаментальные основы геростоматологии (некоторые аспекты стоматологической имплантации) // Альманах "Геронтология и гериатрия". Выпуск 7. - М. - 2007. - С. 57-66.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СКЕЛЕТНЫХ ФОРМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Д.Ш.Девдариани

• к.м.н., заведующий отделением восстановительной и реконструктивной хирургии больницы №15, Санкт-Петербург

Е.В.Кулагина

• к.м.н., ассистент кафедры общей практики, СПбМАПО

Реконструктивное лечение стойких скелетных аномалий и деформаций челюстно-лицевой области является актуальной проблемой современной медицины в связи с их значительной распространенностью и большим разнообразием нозологических форм [1].

Обращаемость пациентов с аномалиями окклюзии, обусловленными скелетными нарушениями, за ортодонтическим лечением в последние годы значительно возросла, что объясняется, с одной стороны, внедрением в стоматологическую практику новейшей техники и, следовательно, большими возможностями врача-ортодонта, с другой — ростом культурного уровня населения и требований, предъявляемых к внешнему виду человека в социальной сфере [8].

Независимо от причин возникновения, аномалии и деформации челюстно-лицевой области вызывают нарушения речи и дыхания, функциональные изменения в работе жизненно важных органов, в частности желудочно-кишечного тракта, осложняются вторично развивающимися заболеваниями, приводят к нарушению эстетических пропорций лица, что оказывает негативное влияние на психику пациента и существенно снижает качество жизни [2, 3, 7, 10].

За последние десятилетия накоплен достаточный материал клинических наблюдений, свидетельствующих о том, что представления о неограниченных технических возможностях ортодонтического лечения необоснованны. По мнению ряда авторов, генетически обусловленные аномалии и вторично развившиеся деформации окклюзии могут быть исправлены, как правило, только путем комплексного лечения и, прежде всего, на основе применения оперативного вмешательства. Взрослые пациенты с выраженными аномалиями челюстно-лицевой области, как правило, все являются потенциальными пациентами клиники челюстно-лицевой хирургии, т.к. эффективное ортодонтическое воздействие на костные структуры может быть оказано в ограниченных пределах (на зубоальвеолярном уровне) и только в период, пока рост не закончен — до 13-14 лет [4, 5, 9, 13, 14, 16].

Многие авторы подчеркивают, что результат сочетанного ортодонтического-хирургического лечения скелетных форм зубочелюстных аномалий более эстетичный и стабильный, что немаловажно в оценке отдаленных результатов лечения [3, 12, 15, 17].

Почти все исследователи сходятся во мнении, что при использовании методов ортогнатической хирургии всегда необходимо предварительное ортодонтическое лечение, включающее ряд мероприятий с целью нормализации положения отдельных зубов или их групп, исправления формы и размеров зубных дуг, устранения зубоальвеолярного удлинения и, по возможности, — нормализации положения языка. Коррекция положения отдельных зубов с учетом послеоперационного положения челюстей делает возможным достижение множественных фиссурно-бугорковых контактов. Восстановление формы зубных дуг дает хирургу возможность сразу

произвести сопоставление фрагментов челюстей в правильное положение при восстановлении конструктивного прикуса. Таким образом, предоперационное ортодонтическое лечение служит основным моментом профилактики рецидива аномалии окклюзии, что является таким же важным вопросом, как и сама коррекция аномалии [2, 4, 6, 7].

Несмотря на то что подавляющее большинство авторов настаивают на предоперационном этапе нивелирования и преимуществ такой последовательности комплексного лечения аномалий и деформаций челюстно-лицевой области очевидны, в последние годы появились публикации, авторы которых предлагают совмещать ортодонтическое и хирургическое лечение во времени. В этом случае оперативное вмешательство проводится непосредственно после фиксации ортодонтической аппаратуры в полости рта пациента, межчелюстная фиксация в раннем послеоперационном периоде соответственно проводится с использованием инициальной ортодонтической дуги из никелид-титанового сплава [1].

Нам такой подход к комплексному лечению аномалий и деформаций челюстно-лицевой области представляется необоснованным по ряду причин.

Во-первых, при проведении оперативного вмешательства на челюстях с неправильной формой зубных дуг, возможным их сужением, аномалиями положения отдельных зубов или групп зубов хирург не имеет возможности сопоставить фрагменты челюстей в правильное положение, а делает это лишь в предполагаемом их соотношении, что может оказывать существенное негативное влияние на окончательный результат лечения, поставить под сомнение вероятность поло-

жительного исхода и, в любом случае, увеличивать объем ортодонтической коррекции в послеоперационном периоде. Кроме того, достижение полноценной окклюзии на этапе оперативного вмешательства представляет собой естественный ретенционный аппарат, препятствующий развитию рецидива устраненной зубочелюстной деформации.

Во-вторых, подвижность зубов, почти всегда имеющая место на начальных этапах ортодонтического лечения, при одновременном проведении хирургического вмешательства имеет тенденцию к увеличению, на что обращают внимание авторы предложенной методики. Учитывая тот факт, что пациенты, подвергающиеся ортогнатической хирургии, — более старших возрастных групп, чем подростки и молодые люди, нельзя исключить, что такая неизменно возникающая у них выраженная подвижность зубов полностью исчезнет на более поздних этапах лечения. В любом случае, устранение подвижности и ретенционный период, в целях избежания рецидива, потребуют значительного времени, более продолжительного, чем при традиционно используемой схеме ортодонтического лечения.

В-третьих, использование никелид-титановых ортодонтических дуг в качестве фиксирующего элемента в раннем послеоперационном периоде не обосновано, т.к. одним из основных требований, предъявляемых к шинирующим конструкциям в челюстно-лицевой хирургии, является жесткость системы. Именно это создает оптимальные условия для заживления костной раны и консолидации отломков в достигнутом в ходе операции положении. Никелид-титановая дуга жесткостью не обладает и, следовательно, для фиксации использована быть не может.

За период с 1988 по 2003 гг. нами было прооперировано 20 пациентов с различными видами аномалий и деформаций челюстно-лицевой области. Все пациенты подвергались предварительной ортодонтической подготовке к операции, которая заключалась в исправлении формы зубных рядов и устранении аномалий положения отдельных зубов. Затем, на этапе хирургического лечения, проводилось шинирование с помощью брекет-системы с использованием полноразмерной стальной дуги и эластической тяги d=3,2 мм. И, наконец, завершающий этап лечения также был ортодонтическим и заключался в финишной коррекции и создании полноценных межокклюзионных контактов. Результаты лечения признаны нами и пациентами удовлетворительными, а предложенная схема лечения — оптимальной.

ВЫВОДЫ:

• Использование ортодонтического лечения в комплексе с хирургическим при коррекции аномалий и деформаций челюстно-лицевой области имеет ряд преимуществ и целесообразно во всех случаях, когда скелетная аномалия или деформация сочетается с нарушениями окклюзии.

• Использование ортодонтических стальных дуг максимального сечения на этапе хирургического лечения пациентов с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области отвечает требованиям, предъявляемым к шинирующим конструкциям, и представляется нам наиболее целесообразным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрищев А.Р. и др. Клиническая оценка результатов использования Ni-Ti дуг при проведении реконструктивных операций на челюстях. // Материалы VIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - 2002.
2. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей. // Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. - М. - 1987.
3. Гунько В.И., Нарциссов А.Т., Занделов В.Л. Оценка результатов комплексного лечения больных с сочетанными деформациями челюстей. // Стоматология. - 1999. - №4.
4. Каламбаров Х.А., Рабухина Н.А., Безруков В.М. Деформации лицевого черепа. - М.: Медицина. - 1981.
5. Козлов В.А. Лечение аномалий челюстно-лицевой области. - Ташкент. - 1982.
6. Лимберг А.А., Тюкалов К.В., Титова А.Т., Часовская З.И. Перспективы развития ортодонтии на основе подготовки кости предварительной компактостеотомией. // Научные труды ЛенГИДУВа. - Л. - 1975.
7. Оспанова Г.Б., Попова О.И., Корнюшин Н.И. Ортодонтические и ортопедические мероприятия на этапах реабилитации детей и подростков с приобретенными дефектами и деформациями нижней челюсти. // Метод. рекоменд. - М. - 1990. - 21 с.
8. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. // Учебное пособие. - М. - 1996.
9. Попов С.А. Диагностика и лечение неправильного положения отдельных зубов у детей с применением современной ортодонтической техники. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1999.
10. Рабухина Н.А. и др. Особенности рентгенологического исследования при врожденных и приобретенных деформациях лицевого и мозгового черепа. // Метод. рекоменд. - М. - 1987.
11. Alexander R.G. The Alexander discipline contemporary concepts and philosophies «Wick Alexander» D.D.S. MSD // 1986.
12. Artun J. Long-term prognosis of patients with an open-bite malocclusion. // 79th EOS Congress materials. - 2003.
13. Bell W.H., Turvey T.A. Surgical correction of posterior crossbite. // J. Oral Surg. - 1974. - V. 32.
14. Brown R.E., Jacobson A. Surgery or heroic orthodontics? // Amer. J. Orthod. - 1989. - V. 11.
15. Douma E., Kufteinec M.M., Moshiri F. A comparative study of stability after mandibular advancement surgery. // Amer. J. Orthod. - 1991. - №8.
16. Pahlavani A., Showkatbakhah R. Orthodontic treatment failure in orthognathic surgery. // 79th EOS Congress materials. - 2003.
17. Worms F.M., Spiedel T.M., Bevis R.R., Waite D.E. Posttreatment stability and esthetics of orthognathic surgery. // Angle Orthod. - 1980. - V. 50.



■Рис. 1. Внешний вид пациента А., 18 лет, до лечения

■Рис. 2. Окклюзия до лечения

■Рис. 3. Окклюзия после ортодонтического лечения

■Рис. 4. Внешний вид пациента А., 18 лет, после оперативного лечения

■Рис. 5. Окклюзия после оперативного лечения

ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЕЕ НАРУШЕНИЙ

А.А.Матчин

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

При проведении лучевого этапа комбинированного лечения злокачественных опухолей в окружающих их тканях существенно нарушается кровоснабжение (М.С.Бардычев, А.Ф.Цыб, 1985; И.В.Решетов и соавт., 2004). Недостаток мягких тканей после электроиссечения злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта (СОПР), широкое сообщение ротовой полости с раной в подчелюстной области, а также нарушения микрогемодициркуляции, обусловленные предоперационным лучевым воздействием, способствуют возникновению большого числа местных послеоперационных осложнений в ранах (А.И.Пачес и соавт. 1988).

В этой связи с клинической точки зрения особый интерес представляет попытка обосновать и разработать схемы медикаментозной коррекции микрогемодициркуляции с целью профилактики послеоперационных осложнений при комбинированном лечении пациентов с местно-распространенными опухолями челюстно-лицевой области.

Схемы профилактики и комплексной терапии последствий нарушений микрогемодициркуляции при комбинированном лечении больных раком слизистой оболочки органов полости рта (СОПР) в литературе не представлены. Между тем, анализ и коррекция репаративных и микроциркуляторных нарушений в облученных тканях больных раком СОПР и рациональная терапия выявленных расстройств являются перспективными направлениями любого исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки функционального состояния сосудистого кровотока в тканях, входящих в зону дистанционного гамма-облучения, прогнозирования исходов хирургических вмешательств и коррекции микрогемодициркуляции изучено местное кровообращение в коже шеи у 125 больных раком СОПР Т3-4N0-1M0 в возрасте от 47 до 68 лет. Суммарная очаговая доза (СОД) у 86 больных составила 40-46 Гр (в среднем $42,3 \pm 3,8$ Гр), а 39 человек получили лечение в СОД 56-70 Гр (в среднем $63,8 \pm 5,2$ Гр).

Больные были разделены на две группы. В основную группу (80 чел.) вошли пациенты, которым в до- и послеоперационном периодах проводилось традиционное медикаментозное лечение. В контрольную группу (45 чел.) объединены больные, которым проводилась медикаментозная корректирующая терапия по разработанной нами схеме.

Параметры местного кровообращения определяли тетраполярным реоплетизмографом РПГ-2-02 с синхронной регистрацией реограммы и электрокардиограммы во II стандартном отведении на электрокардиографе "Элкар". Исследовали кровообращение в коже верхнебоковых отделов шеи на обеих сторонах, входящей в зону облучения.

При каждом измерении для повышения достоверности регистрировалось не менее 7-10 комплексов на уровне задержки

дыхания на полувыдохе. Использовались специальные ленточные электроды для исследования кровообращения в коже. Электроды изготавливались из алюминиевой фольги в виде 4 полосок размером 0,5 x 2 см и фиксировались клеем к резиновой основе. Расстояние между наружными и внутренними электродами равнялось 0,5 см, а между внутренними (потенциальными) — 12 мм. С помощью лейкопластыря электроды фиксировались к коже. Размеры электродов и расстояние между ними в процессе проведения всех исследований оставались строго постоянными.

После проведения реографического обследования больным выполнены расширенно-комбинированные операции.

Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение определялись индивидуально. Они зависели от предполагаемого объема вмешательства, наличия сопутствующих заболеваний, дозы лучевого лечения.

Коррекция микрогемодициркуляции по разработанной нами инфузионной программе проведена 45 больным. Последняя включала назначение антиоксидантов и трентала. Антиоксидантная терапия препаратами с многофакторным антиоксидантным и прямым антирадикальным действием была направлена на нормализацию перекисного окисления липидов в тканях, входящих в зону облучения, создание определенного "антиоксидантного резерва" в преддверии операции и компенсацию истощенных антиоксидантных ресурсов в послеоперационном периоде.

Антиоксидантную терапию (токоферол ацетат, никотиновая кислота, аскорбиновая

кислота, аевит, солкосерил) и коррекцию микроциркуляции тренталом начинали за 5-7 дней до операции и продолжали в течение 10-12 дней после операции.

Больные получали внутримышечно токоферол ацетат по 1,0 мл 5%, 10% или 30% раствора (50, 100 или 300 мг) или внутрь в капсулах по 0,1 или 0,2 мл 50% раствора (0,05 или 0,1 г токоферол ацетата) по 100 мг в сутки. Иногда назначали аевит по 1 мл внутримышечно ежедневно.

Солкосерил вводили внутривенно в виде обычных инъекций (1-2 ампулы) или капельно (3-5 ампул) в 200-300 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида в течение 2-3 недель ежедневно или через день.

Трентал (пентоксифиллин) вводили внутривенно по 0,1 г (1 ампула) в 200-400 мл изотонического раствора натрия хлорида или в 5% растворе глюкозы в течение 90-180 минут. Некоторым больным трентал назначался внутрь по 0,2 г (2 драже) 3 раза в день с уменьшением дозы через 1-2 недели до 0,1 г (1 драже) 3 раза в день. Улучшение процессов микроциркуляции достигалось путем введения плазмозамещающих растворов реологического действия.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели микроциркуляции у больных основной и контрольной групп представлены в табл. 1.

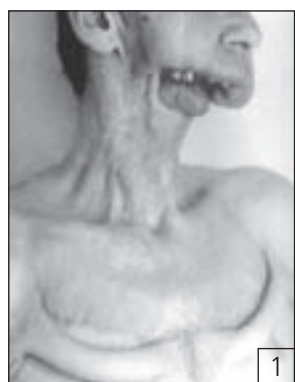
Установлено, что после проведения медикаментозной корректирующей терапии у больных раком СОПР существенно увеличился систолический индекс (до

лечения — $0,04 \pm 0,004$; после лечения — $0,05 \pm 0,002$). Статистически достоверно улучшились показатели, характеризующие прохождение крови через сосуды. Так, отношение длительности периода анакроты к продолжительности диакроты снизилось после лечения с $42,0 \pm 1,2\%$ до $35,0 \pm 1,2\%$, а показатель тонуса сосудов уменьшился с $29,0 \pm 0,6\%$ до $25,0 \pm 1,0\%$. Об улучшении кровотока свидетельствовала положительная динамика таких показателей, как растяжимость сосудистой стенки, относительный объемный пульс, ударный пульсовый объем, индекс периферического сопротивления.

Об улучшении функционального состояния сосудов свидетельствовали и качественные характеристики реограмм.

Реографическое обследование состояния микроциркуляторного русла у больных раком СОПР после лучевого лечения выявило значительные нарушения микрогемодициркуляции в облученной коже, последняя улучшалась после целенаправленной медикаментозной коррекции.

Для определения эффективности предлагаемой нами методики коррекции нарушений микрогемодициркуляции для профилактики местных послеоперационных осложнений была проанализирована зависимость между частотой и структурой осложнений в группе оперированных больных с применением медикаментозной коррекции (45 больных) в сравнении с основной группой (80 больных) без специальной подготовки. По всем параметрам, характеризующим опухолевый процесс, включая дозы предоперационного лучевого воздействия, объем резецированных тканей, локализацию



■Рис. 1. Послеоперационный дефект нижней трети лица после расширеннокомбинированной операции по поводу рака СОПР Т4N0M0. На передней грудной клетке заготовлены два филатовских стебля

■Рис. 2. Тот же больной. Этап пластики филатовским стеблем

■Рис. 3. Тот же больной. Этап пластики филатовским стеблем



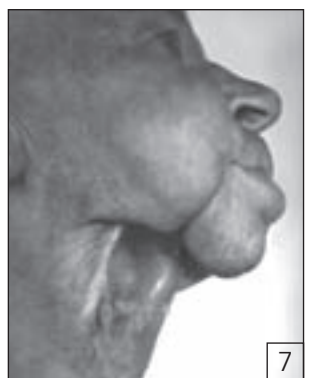
■Рис. 4, 5. Тот же больной. Послеоперационный дефект устранен филатовским стеблем. Для пластики нижней губы использован лоскут из правой носогубной складки. Расхождение швов в области вновь сформированной нижней губы

■Рис. 6, 7. Больной оперирован по поводу рака СОПР Т4N1M0 через два месяца после завершения дистанционной гамматерапии в СОД 66 Гр. Послеоперационный период осложнился нагноением раны с тотальным некрозом кожного жирового лоскута с боковой поверхности шеи, некрозом краев раны дна полости рта и языка. В послеоперационном периоде сформировалась обширная оростома

■Рис. 8. Тот же больной. Дистальная ножка филатовского стебля, заготовленного на спине, мигрирована на шею

■Рис. 9. Тот же больной. Проксимальная ножка филатовского стебля мигрирована к краю оростомы

■Рис. 10. Тот же больной. Обширный послеоперационный дефект дна полости рта устранен тканями филатовского стебля. Полное приживление трансплантата



■Таблица 1. Показатели микрогемоциркуляции у больных раком СОПР

Показатели	Основная группа (n=80)	Контрольная группа (n=45)
Межэлектродное сопротивление, Ом	46,0 ± 1,0	48,0 ± 1,3
Реографический систолический индекс, Ом	0,04 ± 0,004	0,05 ± 0,002 *
Диастолический индекс, %	62,0 ± 1,0	47,0 ± 2,0 **
Отношение длительности периода анакроты к продолжительности диокроты, %	42,0± 1,2	35,0 ± 1,2 **
Показатель тонуса сосудов	29,0 ± 0,6	25,0 ± 1,0 **
Показатель растяжимости сосудистой стенки, Ом/сек	0,16 ± 0,007	0,26 ± 0,008 **
Относительный объемный пульс, ‰	0,9 ± 0,03	1,3 ± 0,09 **
Ударный пульсовой объем, см³	0,004 ± 0,0002	0,006 ± 0,0004 **
Индекс периферического сопротивления, %	52,0 ±1,2	39,0 ±2,4 **

Примечание: обозначены достоверные отличия показателей сравниваемых групп: * Р < 0,05, ** Р < 0,001

■Таблица 2. Структура осложнений и средняя длительность пребывания в стационаре после операции

Характер осложнений	Контрольная группа			Основная группа		
	Продолжи-тельность лечения в койко-днях	Кол-во больных		Продолжи-тельность лечения в койко-днях	Кол-во больных	
		абс. число	%		абс. число	%
Тотальный некроз трансплантата, краев и дна раны	38,5	6	13,3	43,5	20	25
Частичный некроз трансплантата	29	3	6,7	38,5	9	11,2
Нагноение раны с полным расхождением краев	32	6	13,3	44,5	13	16,2
Нагноение раны с частичным расхождением краев	22	5	11,1	22,9	11	13,7

послеоперационных дефектов, способы одномоментной или отсроченной пластики, основная группа полностью соответствовала контрольной группе больных.

Операции выполнены по поводу рака альвеолярного отростка нижней челюсти (12), слизистой оболочки дна полости рта (93) и языка (20 больных). Одновременно с операцией на первичном опухолевом очаге 123 больным были выполнены радикальные операции на шее. У 96 человек выполнены фасциально-фулярные иссечения клетчатки шеи с одной стороны, у 20 — с двух сторон, а у 9 больных — операция Крайла. Большинство больных (92) было прооперировано в период до 2 месяцев после окончания лучевого этапа лечения, а 29 человек — свыше этого срока. Все операции выполнялись электрохирургическим способом. Размеры послеоперационных дефектов, образовавшихся после удаления местно-распространенных опухолей, варьировали в широких пределах. Они зависели от распространенности и локализации первичной опухоли, эффекта предшествующей лучевой терапии. У большинства больных послеоперационный дефект выходил за пределы одного органа или одной анатомической зоны и сочетался с дефектом челюсти различной протяженности с сохранением или без сохранения непрерывности последней. Послеоперационный дефект локализовался в передних отделах полости рта у 24 больных, боковых отделах — у 58 человек, а у 33 больных был расположен в задних отделах полости рта и ротоглотки.

С помощью местных тканей во время операции дефекты были закрыты у 60% больных, у 32% — для пластики были использованы кожно-жировые или кожно-мышечные лоскуты с включением грудно-ключично-сосцевидной мышцы.

При анализе особенностей клинического течения послеоперационного периода в группах больных основными критериями были: характер температурной кривой, динамика лейкоцитоза в периферической крови, сроки очищения ран и развития грануляционной ткани, время начала эпителизации ран. Учитывалась средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после операции.

У 8 % пациентов, которые получили лучевое лечение в дозе более 60 Гр, были сформированы плановые оростомы (рис. 1). В последующем им была выполнена отсроченная пластика послеоперационных дефектов с использованием дельтопекторального лоскута, кожно-жировых или кожно-мышечных лоскутов с боковой поверхности шеи или филатовского стебля (рис. 2, 3, 4, 5).

Оценивая результаты применения разработанного нами метода коррекции микрогемоциркуляции, установлена его

высокая эффективность. Так, у пациентов контрольной группы, получавшей инфузионную терапию с включением трентала и антиоксидантных препаратов за 5-6 дней до оперативного вмешательства с последующим введением в течение 7-10 дней после ее выполнения, осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 20 (44,4%), а в основной — у 53 (66,1%) больных (p<0,05).

Проведенный анализ структуры осложнений в сравниваемых группах оперированных больных показал, что у пациентов контрольной группы уменьшилось количество тотальных некрозов трансплантатов, краев и дна раны. Отмечено меньшее количество случаев частичных некрозов и случаев нагноения ран с полным расхождением их краев (табл. 2). Частота развития нарушений кровообращения в перемещенных тканях у больных контрольной группы, которые привели к тотальным или частичным некрозам лоскутов, краев и дна раны, составила в целом 20%, в основной — 36,2% (p<0,05).

Полученные результаты указывают на то, что эффект предлагаемой программы инфузионной терапии реализовался преимущественно за счет уменьшения случаев необратимых нарушений кровообращения в лоскутах, перемещенных по окружности дефекта тканях.

Об эффективности предложенной схемы медикаментозной коррекции кровообращения свидетельствуют и средние сроки пребывания больного в стационаре после выполнения хирургического вмешательства. В контрольной группе больных средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 27,0, в то время как у больных основной группы этот показатель равнялся 34,2 койко-дня.

Следует отметить, что в контрольной группе, в связи с развившимися осложнениями, повторные хирургические вмешательства потребовались 7 больным (15,5 %), в основной — 24 (30%) пациентам.

У 4 пациентов контрольной группы и 15 больных основной группы эти операции проводились с целью устранения изъязвов кожи и мягких тканей дна полости рта, возникших в результате тотальных некрозов перемещенных лоскутов и тканей дна полости рта (рис. 6, 7, 8, 9, 10).

Положительные результаты медикаментозной профилактики и лечения осложнений, на наш взгляд, обусловлены специфическим действием вводимых препаратов на процессы перекисного окисления липидов в тканях и эволюцию микрогемодинамики в перемещенных комплексах тканей.

Обобщая все вышеизложенное, можно с уверенностью сказать, что проведение корригирующей медикаментозной

терапии до операции и в раннем послеоперационном периоде, когда имеется неустойчивое состояние кровоснабжения в перемещенных тканях, сопровождается значительным позитивным реографическим и клиническим эффектом. Так, у оперированных больных общее состояние на фоне применения антиоксидантов и трентала было заметно лучше: быстрее нормализовалась температура тела, исчезала отечность тканей, уменьшалась экссудация и возрастала скорость заживления раны. У больных увеличивалась скорость кровотока, улучшалась микрогемоциркуляция в перемещенных лоскутах и окружающих донорских участках.

Наши данные об улучшении микрогемоциркуляции при использовании инфузионной программы с антиоксидантами совпадают с результатами Г.Н.Карабанова и соавт. (1998), отметивших положительное влияние на состояние микроциркуляторного русла и реологические свойства крови аналогичной трансфузионной программы у больных раком желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о целесообразности проведения целенаправленной медикаментозной коррекции у больных раком СОПР при выполнении хирургического этапа комбинированного лечения. Выявленные закономерности могут составить основу для дальнейшего поиска методик лечения, улучшающих непосредственные исходы пластических и реконструктивных операций у онкологических больных, получивших лучевое лечение.

Простота и общедоступность реографического исследования, а также объективность полученной информации позволяют рекомендовать этот метод для общей ориентировочной оценки состояния регионарного кровообращения в облученных тканях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. Местные лучевые повреждения. - М.: Медицина, 1985. - 240 с.
2. Карабанов Г.Н., Огий И.И., Решетова Л.А. Микроциркуляция у больных раком желудочно-кишечного тракта и некоторые возможности коррекции ее нарушений // Вопр. онкологии. - 1998. - Т.44. - №6. - С. 672-675.
3. Лачес А. И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. - М.: Медицина. - 1988. - 303 с.
4. Прохончуков А.А., Логинова Н.К., Михайлова Р.И. Применение реографии для исследования функционального состояния зубочелюстной системы и диагностики стоматологических заболеваний: Метод. рекомендации. - М., 1977. - 28 с.
5. Прохончуков А.А., Логинова Н.К., Жижина Н.А. Функциональная диагностика в стоматологической практике. - М.: Медицина, 1980. - 272 с.
6. Решетов И.В., Кравцов С.А., Маторин О.В. и др. Тромбозы микрососудистых анастомозов при реконструктивно-пластических операциях в онкологии // Проблемные ситуации в пластической, реконструктивной и эстетической хирургии и дерматокосметологии. / Тезисы докл. Первой международной конференции. - М., 2004. - С. 81-82.
7. Решетов И.В., Кравцов С.А., Маторин О.В. и др. Причины незавершенности микрохирургических реконструктивно-пластических операций при онкологии // Проблемные ситуации в пластической, реконструктивной и эстетической хирургии и дерматокосметологии. /Тезисы докл. Первой международной конференции. - М., 2004. - С. 82-83.

**“Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов”
№2(9), апрель 2009 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. **Фадеев Р.А.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)

Аврамова О.Г.
д.м.н.
Агапов В.С.
академик РАЕН, д.м.н., профессор
Арсенина О.И.
д.м.н., профессор
Арутюнов С.Д.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор
Вагнер В.Д.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор
Вишняков Н.И.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор
Гветадзе Р.Ш.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор
Григорьянц Л.А.
д.м.н., профессор
Давыдов Б.Н.
чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор
Данилов Е.О.
к.м.н., доцент
Иванов С.Ю.
д.м.н., профессор
Козлов В.А.
чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор
Кузьмина 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. РТ, 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.
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 №ФСТ77-29951**
от **19.10.07** выдано Федеральной службой по надзору
в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны
культурного наследия. Тираж 10000 экз.
Редакция оставляет за собой право сокращения объема
публикуемых материалов. Ответственность за достоверность
приводимых в опубликованных материалах сведений несут
авторы статей. Рекламируемые 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”

ПРИОМед

СИСТЕМА ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ STRAUMANN

Компания «ПРИОМед» является официальным субдистрибутором концерна «Straumann AG» (Швейцария) по Санкт-Петербургу и Северо-Западному федеральному округу. Мы предлагаем нашим партнерам продукцию признанного мирового лидера в области дентальной имплантологии.

Вся продукция Straumann, поставляемая компанией «ПРИОМед» в клиники Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, соответствует требованиям Европейской Директивы 93/42/ЕЕС для медицинской продукции, стандартам EN ISO 9001 и ISO 13485 и сертифицирована в России.



ООО «ПриОМед»
195176, Санкт-Петербург,
пр. Металлистов, 58
тел.: +7 (812) 325-06-75
тел.: +7 (901) 371-28-45
www.priomed.ru

straumann

www.straumann.ru

ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР



приглашает к сотрудничеству

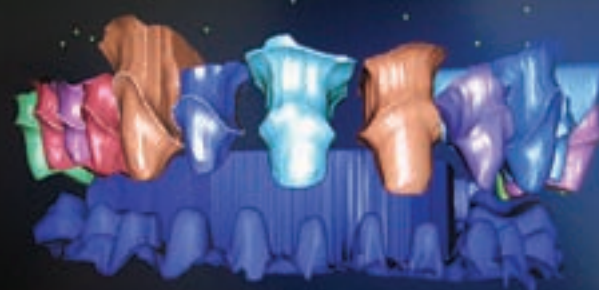
стоматологические клиники,
частные стоматологические кабинеты,
зуботехнические лаборатории
всех регионов России

Мы готовы предложить Вам:

- металлокерамику
- безметалловую керамику (вкладки, коронки, виниры)
- съемные протезы (пластиночные и бюгельные)
- комбинированные конструкции любой сложности
- CAD/CAM конструкции (Procera®) на уровне имплантатов, опорных зубов, стандартных и индивидуальных абатментов:
- виниры, коронки, мостовидные протезы из **оксида алюминия**
- конструкции любой протяженности и сложности из **диоксида циркония**
- балочные конструкции из **титана**
- индивидуальные абатменты из **титана и диоксида циркония**

Для зуботехнических лабораторий мы предлагаем услуги CAD центра:

сканирование и компьютерное моделирование (сканер и программное обеспечение Procera® Forte) конструкций на уровне имплантатов, абатментов, опорных зубов (используемые материалы: **диоксид циркония, оксид алюминия, титан**)



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

Выставочный центр
«КраснодарЭКСПО»

21-23 мая 2009
г. Краснодар



Организаторы:
Выставочный центр «КраснодарЭКСПО»
Стоматологическая Ассоциация России
Ассоциация Российских стоматологов и
профессиональная ассоциация стоматологов
«Стоматологическая Ассоциация»
Партнеры:
Краснодарская областная стоматологическая
клиника
Клуб зубных техников ЮФО
Кубанский стоматологический образовательный
центр

Поддержка и содействие:
Администрация Краснодарского края
Департамент здравоохранения Краснодарского края
Администрация муниципального образования город Краснодар

Генеральный информационный спонсор:
Журнал «Дентал Клуб»
Информационная поддержка:
Журнал «Мастер стоматологии»
Журнал «Экспресс» и «Вестник»
в стоматологии
Газета «Стоматологическая выставка»

ДЕНТИМА

9-я специализированная выставка стоматологического
оборудования, инструментов и материалов

9-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

4-Я КОНФЕРЕНЦИЯ ЗУБНЫХ ТЕХНИКОВ ЮФО

КРАСНОДАРЭКСПО
создавать события

по вопросам участия обращаться в дирекцию выставки

Руководитель проектного департамента –
Губаева Элла Викторовна, тел.: +7 (861) 279-34-40

Руководитель проекта –
Максимова Екатерина Николаевна, тел.: +7 (861) 279-34-82
e-mail: dentima@krsnodarexpo.ru
www.krsnodarexpo.ru

стоматологическая
МАКСИМЕД
клиника-студия

Наша лаборатория —
залог Вашей успешной практики!

Зуботехническая
лаборатория

ГАРАНТИЯ
НА ВЫПОЛНЕННЫЕ
РАБОТЫ —
2 ГОДА



металлокерамика
на основе титана,
никелевых, кобальтовых
и других сплавов
бюгельные протезы
любой сложности
на титане,
кобальто-хромовых
и других сплавах

безметалловая керамика
CAD/CAM технологии
конструкции из оксида
циркония
от одиночной коронки
до мостовидного протеза
любой протяженности

Адрес:

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

тел.: +7 (812) 716-9727
факс: +7 (812) 579-5621

www.maximed.ru

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

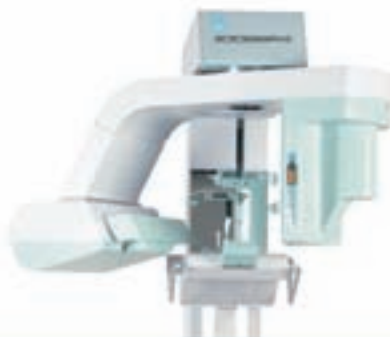


Цифровой ортопантомограф
STRATO 2000D

25 000 €

РАССРОЧКА ПЛАТЕЖА — 2 ГОДА
первый взнос **7 500 €**
821 €* в месяц

* учтена ставка — 12% годовых на остаток



Цифровой ортопантомограф
Rotograph D

19 000 €

РАССРОЧКА ПЛАТЕЖА — 2 ГОДА
первый взнос **5 700 €**
624 €* в месяц

* учтена ставка — 12% годовых на остаток



Пленочный ортопантомограф
Rotograph Plus ST

9 000 €

РАССРОЧКА ПЛАТЕЖА — 1 ГОД
первый взнос **2 700 €**
560 €* в месяц

* учтена ставка — 12% годовых на остаток



СТОМАКС

www.stomaks.ru
www.visiog.ru www.orangedental.ru
www.stomlaser.ru www.bormashina.ru

143405, МОСКОВСКАЯ ОБЛ., Г. КРАСНОГОРСКИЙ,
УЛ. СТРОИТЕЛЬНАЯ, Д. 6,
ТЕЛЕФОН: +7 (495) 221-66-29, 221-66-31, 221-66-32
ФАКС: +7 (495) 221-66-30
WWW.STOMAKS.RU
E-MAIL: STOMAKS@STOMAKS.RU

Аэлита
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

В Санкт-Петербурге открылся новый стоматологический учебный центр "Аэлита" под руководством Саловой Анны Викторовны. Учебный центр оснащен всем необходимым для проведения теоретических и практических занятий. Профессиональное телевизионное оборудование позволяет проводить мастер-классы с видеотрансляцией, а прозрачная перегородка между учебным классом и лечебным кабинетом дает возможность наблюдать за манипуляциями доктора во время приема. Программа семинаров учитывает интересы терапевтов, пародонтологов, ортопедов, имплантологов.



Будем рады Вас видеть в учебном центре "Аэлита".
Подробная информация о семинарах — на сайте.

ООО "Аэлита-дент"
Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 23, корп. 1
Тел./факс: (812) 368-29-79
www.aelita-dent.ru

Зуботехническая лаборатория «ПРЕСТИЖ»



Теперь у Вас нет ограничений!

Любые безметалловые конструкции.
Весь технологический процесс изготовления
работ из **диоксида циркония** —
в одной лаборатории.



Санкт-Петербург, наб. реки Смоленки, 5-7
Тел.: 8 (812) 334-35-97; 8-901-306-9143
E-mail: teo26@bk.ru www.prestigespb.ru