

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

№1 (8)
февраль 2009

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

ВДОХНОВЕНИЕ И ИННОВАЦИИ

Компания W&H представляет вашему вниманию современную технологию LED для турбинных наконечников – новое решение для стандартных применений

НОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- Новая технология LED – светоизлучающие диоды основаны на полупроводниковых соединениях, преобразующих электричество в свет. Как результат – легкий по весу, надежный и яркий источник света с длительным сроком службы, который не нагревается, устойчив к ударам и не образует вредного излучения
- Пятиточечный спрей – для оптимального охлаждения одновременно в пяти направлениях
- Узкая маленькая головка диаметром 10 мм для турбин TA-97 CLED обеспечит еще лучший обзор обрабатываемого участка
- Новый профиль поверхности корпуса турбины
- Керамические шарикоподшипники, продлевающие срок службы роторной группы (для турбин с маркировкой C)
- Низкий уровень шума
- Удобное соединение с турбинным шлангом через быстросъемные соединения Roto Quick W&H и Мультифлекс Кава
- Новые характеристики мощности – мощность турбин TA-98 CLED с мини-головкой диаметром 11,5 мм – 20 W, частота оборотов – 360000 об./мин., мощность турбин TA-97 CLED с мини-головкой – 17 W, частота оборотов – 390000 об./мин.
- Длина используемых турбинных боров – 19–25 мм для TA-98 CLED и 16–21 мм для TA-97 CLED

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО
В МОСКВЕ:
Тел.: 495/229 3375; факс: 495/933 2757;
www.whdental.ru; info@whdental.ru

ДИЛЕРЫ ФИРМЫ W&H:

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

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



ЭЛЕКТРОННЫЕ ПОМОЩНИКИ СТОМАТОЛОГА

ОСП 2.0

электроодонтометр

- Импульсный двупольный тест-сигнал
- Автоматическое нарастание тока до 100 мкА
- Регулируемая скорость нарастания
- Немедленное прекращение теста

АОК 2.1

аппарат электро-
(депо)фореза

- Внутриканальный электрофорез
- Анодная стерилизация
- Фторирование эмали
- Депофорез

ОВК 2.1

апекс-локатор

- Визуальное и звуковое отображение положения инструмента относительно foramen arisale в сухом или влажном канале
- Автоматическое включение точной шкалы

ОВК 3.0

апекс-локатор

- Визуальное и звуковое отображение положения инструмента относительно foramen arisale в сухом или влажном канале
- Раздельные грубая и точная шкалы индикации

ТН 5.0

термоэлектрический нож

- Срезание пучков гуттаперчевых и центральных пластмассовых штифтов
- Возможность конденсации



www.averon.ru



АВЕРОН
Екатеринбург

тел.: +7 (343) 233-25-33
факс: +7 (343) 233-25-30

Сервисные центры:
Москва АВЕРОН-М
тел./факс: +7 (495) 785-93-48
moscow@averon.ru

Санкт-Петербург АВЕРОН С-3
тел./факс: +7 (812) 275-53-09
averonsz@gmail.com
asz_service@mail.ru

Наши стенды:

Дентал Ревю'2009, С.3.6
Dental Salon'2009, F.48



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

Полная электронная версия газеты
на сайте www.instom.ru

PLANMECA

Highlights



*Perfect field size
for all needs*



Planmeca ProMax 3D



Planmeca ProSensor

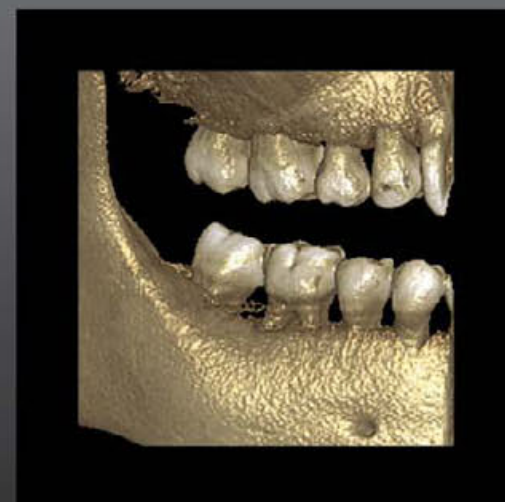
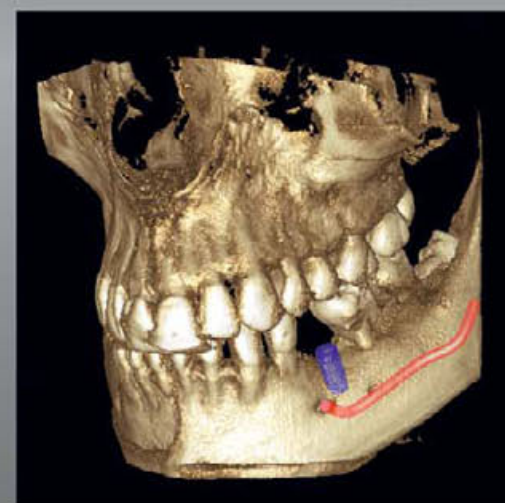


Planmeca Romexis

*Meet us at stand
G/H 010/011, hall 11.1.*



Planmeca Sovereign



Planmeca Oy, Asentajankatu 6, 00880 Helsinki, Finland
tel. +358 20 7795 500, fax +358 20 7795 5550
sales@planmeca.com, www.planmeca.com

PLANMECA

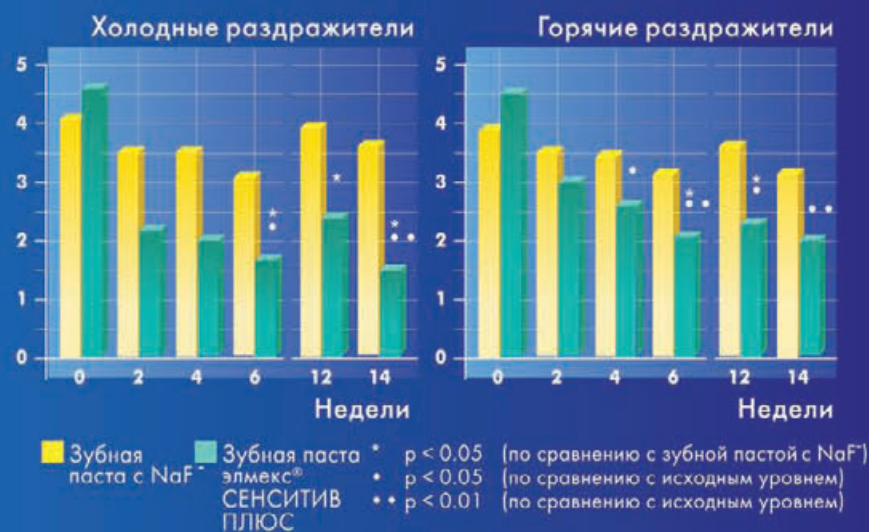
защита зубов с обнажёнными шейками и повышенной чувствительностью

В группе пациентов, использовавших зубную пасту элмекс® СЕНСИТИВ ПЛЮС, количество зубов, реагирующих на холодные раздражители (15°C), сократилось в течение 6 недель с 4,6 до 1,7; снижение примерно на 60% по сравнению с 24,4% в контрольной группе. Разница результатов между группами была статистически значимой. Снижение гиперчувствительности продолжалось даже после прекращения использования элмекс® СЕНСИТИВ ПЛЮС.

Реакция зубов с гиперчувствительностью на холодные и горячие раздражители

N (среднее число зубов с гиперчувствительностью на пациента)

Рангль (1997)¹



Зубная паста элмекс® СЕНСИТИВ ПЛЮС создает защитный слой фторида кальция, который блокирует действие раздражителей. Защитный слой фторида кальция укрепляет эмаль и дентин, предохраняя от разрушающего действия кислот, реминерализирует и эффективно защищает от кариеса ткани дентина.

Источник: Renggli H.H.

Effect of Aminefluoride toothpastes

on sensitive toothnecks. Acta. Med. Dent. Helv. (1997) 1-5.



Система элмекс® СЕНСИТИВ ПЛЮС

Зубная паста и ополаскиватель для полости рта содержат высокоэффективный аминофторид

- При обнажении шеек и повышенной чувствительности зубов.
- Для защиты от пришеечного кариеса и чрезмерного истирания дентина.
- Низкая абразивность (RDA 30).

Зубная щётка элмекс® СЕНСИТИВ с ультрамягкой щетиной

- Тщательно, но в то же время бережно очищает обнажённые шейки зубов, глубоко проникает в межзубные промежутки и удаляет зубной налёт.

ЗНАКОМЬТЕСЬ — ПРОФЕССИОНАЛ!

www.instom.ru

“ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ” №1(8) 2009



**Алпатова
Виктория Георгиевна**

• главный врач стоматологической клиники «МЕДИ на Покровском» (Москва), к. м. н., автор 53 научных публикаций, 1 изобретения, 3-х рационализаторских предложений, 2-х учебных пособий

Виктория Георгиевна окончила школу с золотой медалью в 1991 году, а в 1996 — стоматологический факультет Ставропольской государственной медицинской академии (СГМА) с красным дипломом. Там же прошла обучение в клинической ординатуре по специальности «Терапевтическая стоматология» и работала ассистентом кафедры стоматологии факультета последиplomного образования СМГА. В 2000 году защитила кандидатскую диссертацию по теме «Клинико-морфологические особенности лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита». С мая 2003 года — врач-стоматолог-терапевт стоматологической клиники «МЕДИ на Покровском», ассистент кафедры терапевтической стоматологии СПбИНСТОМ, а с декабря 2005 года — главный врач этой клиники.

С сентября 2007 года Виктория Георгиевна является докторантом кафедры детской терапевтической стоматологии МГМСУ.

Корр.: Виктория Георгиевна, давайте начнем нашу беседу с момента выбора Вами профессии?

— Тогда придется начинать издалека — с пятилетнего возраста, когда я целыми днями собирала одуванчики у стен Ставропольского медицинского института, где в это время сдавала экзамены моя старшая сестра. Мы с родителями с волнением ждали результатов. Вот тогда-то и возникло детское решение-мечта — вырасту и тоже пойду учиться на доктора. И хотя я училась в школе с физико-математическим уклоном и параллельно в музыкальной школе по классу фортепьяно (закончила и ту и другую с отличием), документы подала в медицинский институт — вопреки настоятельным советам педагогов развивать успехи в математике и музыке. Тяга к медицине перевесила все остальное, и я стала врачом.

Глубокий интерес к профессии и успехи в учебе (красный диплом) позволили мне поступить в клиническую ординатуру

на кафедру терапевтической стоматологии СГМА. Там посчастливилось работать и учиться под руководством профессора В.И.Гречишников, который и привил профессиональный интерес к эндодонтии, не покидающий меня все эти годы. Проблемам эндодонтического лечения была посвящена и защищенная мною в 2000 году под его руководством кандидатская диссертация.

До 2003 года я работала ассистентом на кафедре стоматологии последиplomного образования СГМА, занималась научной и преподавательской деятельностью. В принципе, нравилось все, особенно занятия с врачами-интернами — это самые благодарные слушатели!

Корр.: Виктория Георгиевна, если все так удачно складывалось, то с чем же были связаны последующие перемены на профессиональной стезе?

— Еще в 2002 году я выступала с докладом на научной конференции в Санкт-Пе-

тербурге. Вот тогда-то впервые побывала в клинике «МЕДИ на Невском» — была поражена оснащенностью и эстетической привлекательностью клиники. Прошел год, и мы с мужем (он, кстати, тоже стоматолог) планировали по семейным обстоятельствам переезд в Москву. И вот, по счастливой случайности, на стоматологической выставке в столице узнаю от друзей-сокурсников, что МЕДИ, та самая санкт-петербургская фирма, которая сразила меня своим высочайшим уровнем, открыла свою представительскую клинику в Москве и там как раз в этот момент есть вакансии стоматолога-терапевта. Одним словом, как это принято говорить в таких случаях, я оказалась в нужном месте и в нужный час. Успешно прошла конкурсные собеседования в Москве и Санкт-Пе-

Сложнее всего было адаптироваться к новому для меня взаимоотношениям между врачом и пациентом. Различия в этом плане между государственной вузовской и частной элитной клиниками очень велики. Не секрет, что пациенты элитной клиники рассчитывают как на самый высокий профессиональный уровень, так и на соответствующий уровень сервиса. Но со временем пришло понимание, что если качественно выполнять свою работу и относиться к пациентам так, как ты бы относился к самому себе, то можно найти взаимопонимание со всеми пациентами, даже с самыми «сложными». Конечно, адаптации в новом коллективе способствовала поддержка опытных докторов. С самого первого дня, еще во время собеседования, я познакомилась с Ольгой



тербурге и уже через месяц приступила к работе.

Корр.: Каковы же были впечатления о МЕДИ, полученные уже непосредственно на рабочем месте в клинике?

— Прежде всего, острое чувство необходимости постоянного роста. Думаю, это самое важное чувство для профессионала. Хотя к этому моменту я уже имела опыт работы с новыми технологиями, но пришлось многому учиться, и это было необыкновенно интересно даже для меня, преподавателя, кандидата наук. Прекрасно, что, помимо высокотехнологических клиник, МЕДИ располагает такой великолепной базой научного и профессионального роста, как СПбИНСТОМ (ректор — д.м.н. Р.А.Фадеев). Я углубила и расширила свои знания и навыки по терапевтической стоматологии, освоила стоматологию детского возраста, микропротезирование и отбеливание зубов, консервативную пародонтологию, протезирование одиночными коронками.

Борисовной Коноваленко (сегодня она главный врач всех стоматологических клиник Компании) — она меня поддержала в начале моего пути как простого врача и в дальнейшем, когда я стала главным врачом клиники «МЕДИ на Покровском», щедро делилась своим опытом руководства медицинским коллективом.

Если говорить о силе впечатлений, больше всего меня поразила деловая рабочая атмосфера в МЕДИ, причем на всех уровнях, и высокая профессиональная подготовка всего персонала: не только докторов, но и ассистентов, и администраторов. Полным откровением стало, что негосударственный институт имеет государственную аккредитацию и люди занимаются там серьезной наукой, а уровень преподавания и оснащения учебных баз такой, что может позавидовать любой ВУЗ. Институт не только готовит высококлассных специалистов, благодаря которым формируется потребительский рынок, но и разрабатывает единую философию новейшей стоматологии. Здесь аккумуля-

руются знания и апробируются все новые технологии, в том числе разрабатываются системы менеджмента и управления качеством. И самое важное — все это внедряется в жизнь, в практику.

Корр.: Виктория Георгиевна, Вы так восторженно рассказываете о СПБИНСТОМ, что, думается, сами с большим интересом принимаете участие в его научной и педагогической творческой деятельности?

— Так оно и есть: преподавать в таком высококвалифицированном институте — мечта каждого педагога. И я с огромной радостью и ответственностью сразу приняла предложение руководства участвовать в учебном процессе. Тем более что СПБИНСТОМ открыл свою новую учебную базу в Москве на Покровке — это весьма удобно для наших слушателей и преподавателей, проживающих в столице. Я читаю три цикла по терапевтической стоматологии: «Современные технологии эндодонтической техники в ежедневной практике врача-эндодонтиста», «Эстетические параметры идеальной улыбки. Как добиться успеха в прямой реставрации передней группы зубов композиционными материалами»

— В практической врачебной деятельности я больше всего занимаюсь эндодонтическим лечением. Свою работу сравнила бы с деятельностью строителя, который закладывает фундамент дома. От того, насколько верно я оценю клиническую ситуацию и качественно выполню свой этап, зависит будущее всего лечения и, соответственно, настроение пациента. Когда справляешься со сложной ситуацией, получаешь удовольствие от проделанной работы и от того, что оправдываешь доверие пациента. Когда пациент доволен результатом, это отражается в его глазах, и не нужно никаких лишних слов.

Главный же секрет профессионального мастерства, на мой взгляд, — это постоянное желание расти и совершенствоваться. Со временем накапливается багаж знаний и традиционный для врача вопрос «Как лечить?» (например, обработать или запломбировать труднопроходимый корневой канал) дополняется вопросом «А почему нужно делать именно так?». Это уже новый, более высокий уровень постижения профессионального мастерства — он требует научного подхода.



и «Современные технологии прямой реставрации боковой группы зубов композиционными материалами». Работаю над новыми темами. В чем главное преимущество преподавателя, практикующего в современной клинике, — он отчетливо понимает как запросы клиницистов, так и требования сегодняшнего дня.

Корр.: Виктория Георгиевна, хотелось бы услышать о современной стоматологической клинике, которой Вы руководите уже четвертый год?

— Представительская клиника «МЕДИ на Покровском» — это стоматологическая клиника, располагающая одной из лучших в Москве материально-технической базой. Помимо стандартного набора оборудования, у нас есть и компьютерный томограф, и операционный микроскоп, и многофункциональный стоматологический лазер, своя зуботехническая лаборатория, выполняющая ортопедические работы любой сложности. А главное — это прогрессивная команда профессионалов, которой под силу решать самые сложные задачи и в которой интересно работать и расти. Я и мои коллеги прекрасно понимаем, что мы — это лицо МЕДИ в Москве, и придерживаемся принципов МЕДИ, ориентированных на использование последних мировых достижений и индивидуальный подход к пациенту. В клинике заботятся не только о здоровье и комфорте пациента, но и о его времени, что немаловажно для Москвы. Особое внимание к пациенту и забота со стороны всего коллектива — это визитная карточка нашей клиники.

Корр.: Виктория Георгиевна, несколько слов для коллег о секретах профессионального мастерства?

Корр.: Вполне закономерно мы по-дошли к вопросу о Ваших научных интересах?

— Научный интерес у меня стабильный, сформировался еще со времени обучения в клинической ординатуре — проблемы эндодонтического лечения. Сейчас в своих исследованиях я вышла на новый уровень. Мне повезло: в МЕДИ я познакомилась с талантливым ученым, увлеченным специалистом — профессором Л.П.Кисельниковой, которая тогда была ректором Института. И вот результат этой встречи — сегодня я с огромным интересом работаю под руководством Ларисы Петровны над докторской диссертацией по своей любимой проблематике.

Корр.: Итак, давайте подытожим: врачебный прием, руководство многопрофильной стоматологической клиникой, педагогическая деятельность, докторантура. Виктория Георгиевна, а где же время для отдыха и увлечений?

— Свободного времени крайне мало. Но когда все-таки удастся выкроить минутку-другую, то люблю почитать классический детектив, хотя чаще приходится читать специальную литературу. Для здоровья занимаюсь йогой. Ну и, конечно же, музыка — это моя стихия, которая сопровождает меня всю жизнь, заряжает эмоционально положительной энергией.

Корр.: Успехов Вам, Виктория Георгиевна, на всех фронтах Вашей многогранной деятельности. Спасибо за откровенный и содержательный разговор.

(Беседу вел литературный редактор журнала Анатолий Иванов.)

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Приглашаем на курсы СПБИНСТОМ в Москве

28–29 марта

Эстетические параметры идеальной улыбки.
Как добиться успеха в прямой реставрации передней группы
зубов композиционными материалами

7–8 апреля

Современные технологии прямой реставрации
боковой группы зубов композиционными материалами

9–10 апреля

Всё об эффективной эндодонтии

18–19 апреля

Безметалловые конструкции при восстановлении
коронковых частей боковой группы зубов

21 апреля

Прямое восстановление передней группы зубов
композиционными материалами с применением красок

www.instom.ru 8 800 333 00 54; (812) 324 00 54

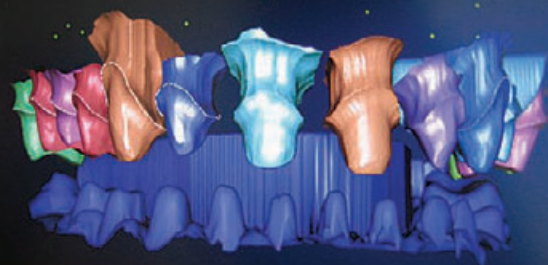
ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

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

КОММЕНТАРИИ К СОВРЕМЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

www.in stom.ru

“ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ” №1(8) 2009

В.Н.Трезубов

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

О.Ю.Колесов

• врач-стоматолог, Москва

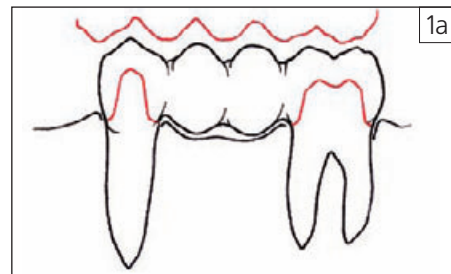
Т.Г.Айвазов

• гл. врач, врач-стоматолог, Москва

Нами проведен анализ современной имплантационной терминологии, бытующей сегодня в этом разделе стоматологии. Надо отметить, что большая часть ее пришла из-за рубежа, где раньше и шире развивался и прогрессировал раздел стоматологической имплантологии. При этом, как часто случается в нашей стране, граждане которой страдают конформизмом, термины перекочевывали в русскую профессиональную лексику без перевода, адаптации, редактирования, а порой — вопреки здравому смыслу. Чаще всего это были транскрипции англоязычных терминов. В этом заключается первый недостаток отечественной имплантационной терминологии. Второй основной недостаток состоит, по нашему представлению, в том, что либо без поправок применяются традиционные для общей ортопедической стоматологии определения, либо вводятся неправомерные специфические новые термины. Так, например, при имплантационном лечении меняется привычное понятие «протезное ложе». Если пародонт опорных зубов не входит в состав данного определения, то периимплантарные ткани, несомненно, являются таковыми, так как имплантат также представляет собой протез, чаще — корня зуба. Кроме того, имплантат — неотъемлемая часть ортопедической замещающей конструкции, куда входят зубной или челюстной протез, имплантат (или имплантаты), опорная головка, винт или цемент, десневая маска и пр. Другими словами, имплантационное

■Таблица 1
Существующие некорректные имплантационные термины и их уточненные аналоги

Существующий некорректный термин	Уточненный термин
абатмент (эбатмент)	опора, головка имплантата
трансфер	переходник
супраструктура	каркас протеза, протез
позиционирование	установка, локализация
синус-лифтинг	пластика дна пазухи
аугментация	альвеолопластика
коннектор	соединитель, муфта
посадка	внедрение, введение, наложение

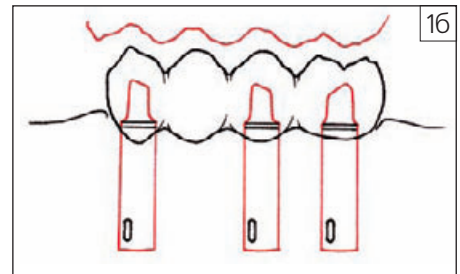


■Рис. 1. Протезное ложе у банальной (а) и имплантационной конструкции (б) мостовидных протезов

ложе является частью протезного ложа, органично вливаясь в него. На рис. 1 схематично показано отличие протезного ложа у банальной и имплантационной конструкций мостовидных протезов.

В ортопедической стоматологии законное место занимает термин «искусственная коронка» — протез, замещающий поврежденную полуразру-

шенную или полностью отсутствующую естественную коронку зуба. Этот термин никогда не вызывал сомнений и нареканий, он корректный и грамотный с литературной и профессиональной точки зрения. Невольно напрашивается аналогия при определении сущности внутрикостных имплантатов, которые являются протезами, замещающими утраченный зубной корень. Этот протез является ничем иным, как «искусственным корнем», анатомически замещающий место удаленного естественного корня и выполняющий его опорно-удерживающие функции. Для названий протезов, опорно-удерживающими конструкциями которых являются имплантаты, предложено много наименований: «протезы на имплантатах», «протезы, опирающиеся на имплантаты», «протезы, крепящиеся (фиксирующиеся) на имплантатах». Все они, кроме, может быть, первого, не подпадают под специальную терминологическую критику. Однако, во-первых, несмотря на свою правильность, они несколько громоздки. Во-вторых, наличие удачных синонимов обогатило бы имплантологическую терминологию, пойдя, на наш взгляд, ей на пользу. С этой целью нами предлагается термин «имплантационные протезы», который удобно использовать в работе имплантологов.



выведены из полости рта самим больным, без посторонней помощи. Несъемные же протезы пациент не может снять самостоятельно. Их можно вывести из полости рта только после проведения специальных врачебных манипуляций. Такую же трактовку дает современный «Словарь протетических терминов» Американской стоматологической ассоциации. В связи с этими официальными определениями выражение «условно-съемный протез» становится полностью бессмысленным. Американцы склонны к сокращенным вариантам использования некоторых слов, например, вместо «фанатик» используют жаргонные слова «фанат», «фан». Ошибочно считая это проявлением высокого тона, многие конформисты нашей страны тут же берут это на вооружение. Дурной пример заразителен! На той же основе внедряется такой вульгарный американский термин, как «имплант», вместо правильного — «имплантат». Термины «имплант», «трансплант» ни в коей мере не украсят стоматологическую лексику, а сделают ее некорректной и безграмотной.

Существует еще целый ряд неправильных, на наш взгляд, терминов в разделе стоматологической имплантологии. Они (а также их уточненные аналоги) представлены в прилагаемой табл. 1.

Как следует из табл. 1, все (кроме последнего) термины, приведенные в левом столбце, являются русской транскрипцией их английских или латинских аналогов. Уместность такого заимствования отсутствует, так как существуют адекватные и грамотные русские или уже прижившиеся латинские и греческие выражения. Последнее же определение левого столбца неудачно заимствовано из агротехники или авиационного пилотирования и звучит в новом приложении крайне вульгарно.

Таким образом, ни в коем случае не претендуя на истину в последней инстанции, но всё же считая предлагаемые имплантационные термины более точными и предпочтительными по сравнению с существующими в стоматологической имплантологии ныне, мы приводим свои комментарии по этому крайне важному вопросу, являющемуся краеугольным камнем любой медицинской дисциплины. И поскольку грамотная и правильная терминология является одной из ведущих составляющих врачебной культуры, это, на наш взгляд, будет способствовать дальнейшему повышению ее уровня.

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

Организаторы

КА DENTALEXPO

СИБИРСКИЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

11—13
марта
2009
Красноярск

DENTAL
SALON
КРАСНОЯРСК

III-я Международная стоматологическая выставка-конференция

При поддержке



г. Красноярск,
ул. Авиаторов, 19, МВДЦ «Сибирь»
ВК «Красноярская ярмарка»
тел.: (391) 228-86-08, 228-86-07
klepets@krasfair.ru
www.krasfair.ru

Информационная
поддержка

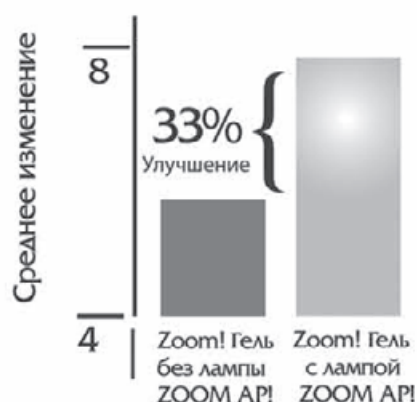




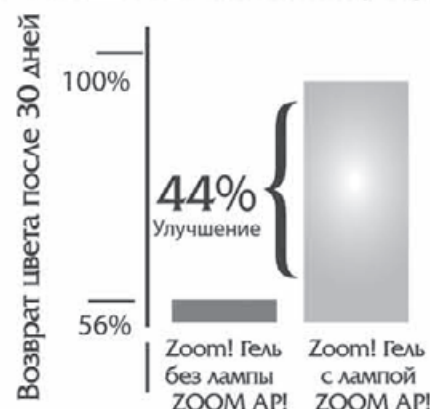
Такие результаты возможны **ТОЛЬКО**
при использовании лампы

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: ykabirova@chicagocentre.com

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

DISCUS DENTAL®

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ**
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ ПРОФЕССИОНАЛОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Предлагаем:

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



ВАША НОВАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ — БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ!

При прохождении профессиональной переподготовки
в СПБИНСТОМ:

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

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



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА:

1. Ортодонтия — 70 000 руб.
2. Стоматология хирургическая — 65 000 руб.
3. Стоматология терапевтическая — 65 000 руб.
4. Стоматология ортопедическая — 75 000 руб.
5. Стоматология детская — 55 000 руб.
6. Лабораторное дело в рентгенологии — 22 000 руб.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ:

1. Сестринское дело в стоматологии — 12 000 руб.
2. Современные аспекты профилактической стоматологии — 12 000 руб.
3. Стоматология терапевтическая — 42 000 руб.
4. Ортодонтия — 42 000 руб.
5. Стоматология хирургическая — 45 000 руб.
6. Стоматология ортопедическая — 45 000 руб.
7. Стоматология детская — 40 000 руб.
8. Социальная гигиена и организация здравоохранения — 19 000 руб.
9. Современная лучевая диагностика — 15 000 руб.
10. Цифровая и плёночная рентгенография в современной стоматологии — 15 000 руб.
11. Лабораторное дело в рентгенологии (усовершенствование) — 10 000 руб.
12. Радиационная безопасность и противорадиационная защита — 7 000 руб.



КРАТКОСРОЧНЫЕ КУРСЫ СПБИНСТОМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И МОСКВЕ

Кафедра ортодонтии



Р.А.Фадеев

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

- Рентгеноцефалометрическая диагностика. Планирование и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий — 12 000 руб.
- Особенности диагностики и лечения зубочелюстных аномалий у взрослых. Аппаратурно-хирургическое лечение — 12 000 руб.
- Современные несъемные ортодонтические аппараты. Диагностика зубочелюстных аномалий. Лечение зубочелюстных аномалий по методу Alexander (занятие на типодонте) — 8 000 руб.

- Систематизированная механика ортодонтического лечения MBT. Диагностика зубочелюстных аномалий — 6 500 руб.
- Ретенционные аппараты и ретенционный период ортодонтического лечения — 6 500 руб.
- Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава — 6 500 руб.
- Особенности исправления зубочелюстных аномалий с использованием внутриоральных (лингвальных) аппаратов — 6 500 руб.
- Съёмные ортодонтические аппараты — 6 500 руб.
- Цифровая фотография в практике врача-стоматолога — 6 500 руб.
- Самолигируемые брекет-системы — 6 500 руб.
- Рост лицевого скелета. Скелетные и субальвеолярные формы аномалий — 15 000 руб.

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

Кафедра терапевтической стоматологии



Н.М.Батюков

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

- Методики прямой реставрации зубов — 12 500 руб.
- Всё об эффективной эндодонтии — 18 500 руб.
- Практическое применение коффердама — 6 500 руб.
- Методы отбеливания зубов — 9 000 руб.
- Применение адгезивных ленточных шин — 9 000 руб.
- Декоративные зубные украшения (накладки) — 5 900 руб.
- Обработка корневых каналов инструментами Pro Taper, K3 — 7 500 руб.
- Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи — 7 500 руб.

- Повторное лечение корневых каналов — 7 500 руб.
- Эстетическая реставрация в стоматологии — 12 500 руб.
- Пародонтальная терапия — 9 900 руб.
- Прямое восстановление передней группы зубов композиционными материалами с применением красок — 7 500 руб.
- Новые технологии и материалы в детской стоматологии — 17 000 руб.

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

Кафедра рентгенологии в стоматологии



М.А.Чибисова

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

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

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

Курс внутренних болезней



В.Ф.Дмитриева

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

- Обоснование приема препаратов системного действия в амбулаторной стоматологии — 5 000 руб.
- Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим пациенткам — 5 000 руб.
- Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике — 5 000 руб.
- Методы альтернативной медицины в комплексном лечении стоматологических заболеваний — 5 000 руб.
- Пациенты группы риска на стоматологическом приеме — 5000 руб.

Кафедра ортопедической стоматологии



С.И.Козицына

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

- Протезирование металлокерамическими коронками, мостовидными протезами (для стоматологов-ортопедов) — 22 000 руб.
- Протезирование безметалловыми конструкциями (для стоматологов-ортопедов) — 22 000 руб.
- Протезирование безметалловыми конструкциями (вкладки, виниры) (для стоматологов-терапевтов) — 15 000 руб.
- Биогельные протезы (для стоматологов-ортопедов) — 15 000 руб.
- Протезирование на имплантатах (для стоматологов-ортопедов) — 15 000 руб.

- Протезирование штифтовыми конструкциями — 7 500 руб.
- Основы клинической гнатологии — 12 000 руб.
- Реабилитация пациентов при полной потере зубов — 7 500 руб.

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

Кафедра хирургической стоматологии



Е.В.Гольдштейн

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

- Современная пародонтология — 20 000 руб.
- Пластическая хирургия полости рта: остео- и вестибулопластика — 17 000 руб.
- Зубная имплантология — 17 000 руб.
- Имплантация в сложных клинических случаях — 14 000 руб.
- Синус-лифтинг — 17 000 руб.
- Современные аспекты работы ассистента стоматолога-хирурга на практическом приеме — 7 000 руб.

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

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с курсом сестринского образования



А.С.Иванов

зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии с курсом сестринского образования, д.м.н., засл. деятель науки и образования, член-корреспондент РАЕ, профессор

- Амбулаторные хирургические операции в челюстно-лицевой области — 12 000 руб.
- Эстетическая хирургия среднего отдела лица — 12 000 руб.
- Сестринское дело в стоматологии — 7 000 руб.

Кафедра медицинского менеджмента



Е.О.Данилов

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

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

Кафедра психологии и медицинской деонтологии



В.В.Бойко

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

- Взаимодействие врача-стоматолога с пациентом на платном приеме — 10 500 руб.
- Методы активной продажи стоматологических услуг (для руководителей и врачей) — 10 500 руб.
- Управление качеством лечения, персонала и медицинского сервиса в стоматологии — 10 500 руб.
- Психология в работе администраторов коммерческих клиник — 9 000 руб.

- Управление отношениями персонала клиники с пациентами. Пациент от "входа" до "выхода" — 10 500 руб.
- Убеждающее воздействие администратора на пациента в непосредственном и телефонном общении — 9 000 руб.
- Сервис в стоматологии: культурный и медицинский аспекты — 10 500 руб.

К ДИАГНОСТИКЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

www.instom.ru

“ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ” №1(8) 2009



И.В.Струев

• д.м.н., доцент, кафедра ортопедической стоматологии, ОмГМА



В.М.Семенюк

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

Распространение опийной наркомании на территории России диктует необходимость разработки методов ее предупреждения, лечения и профилактики [5, 6, 9]. Одним из особенно важных компонентов, обеспечивающих позитивный результат лечения и предупреждение развития стойкой хронической героиновой зависимости, является наиболее ранняя ее диагностика.

В настоящее время для диагностики опийной наркомании используется ряд биохимических тестов [1, 4], где хроническая морфинная интоксикация определяется по выявлению в крови наркотизирующегося субъекта специфических антител к морфину. Сам по себе метод сложен, требует наличия специализированной лаборатории и обученного персонала, дорогостоящих реактивов, затратен по времени. Полученные указанным методом результаты, тем не менее, не дают 100% гарантированного диагноза.

Сбор анамнестических данных также не позволяет сделать однозначный вывод о принадлежности обследуемого к группе потребителей наркотиков, так как контингент пациентов, употребляющих наркотики, отличается лживостью, изворотливостью, плохой курабельностью [5].

Мы предлагаем в качестве метода экспресс-диагностики опийной наркомании использовать определение порогов электровозбудимости пульпы интактных зубов и состояние болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных с подозрением на наркопатологию.

Определение электровозбудимости пульпы зубов, в комплексе с данными объективного и субъективного исследования, позволяет диагностировать как ряд стоматологических заболеваний, так и некоторые общие заболевания [2, 3]. Показатели, характеризующие состояние болевой чувствительности СОПР, используются, как правило, в клинике ортопедической стоматологии для оптимизации изготовления съемных протезов.

Данных о применении их для диагностики соматической патологии в доступной нам печатной и электронной литературе мы не встретили.

Нами проведены клинические исследования (1997-2003 гг.) состояния электровозбудимости пульпы интактных зубов и определение порогов болевой чувствительности СОПР у 64 потребителей наркотиков-опиатов обоего пола, со стажем наркотизации до 1 года, 15-38 лет [7, 8]. В анамнезе употреблен кустарно-ацетилированного опия (в сочетании с димедолом) и героина. Употребление эпизодически-постоянное. Уровень снижения социальной адаптации — средний.

Электроодонтодиагностику проводили общепринятым методом с использованием аппарата ЭОМ-3 Белгородского ЗМО. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таким образом, при интоксикации опиатами наблюдается патология нервно-рецепторного аппарата пульпы, проявляющаяся в резком снижении электровозбудимости нервных элементов (в 9 раз), нередко в ее отсутствии, в различии исследуемого показателя у соседних зубов, в извращении реакции.

Исследование болевой чувствительности проводили с использованием устройства, сконструированного нами (А.с. 7847 РФ. Устройство для определения болевой чувствительности слизистой

■Таблица 1

Электровозбудимость пульпы (мкА) интактных зубов у наркоманов и в контрольной группе

Группа	1-е зубы в/ч	3-и зубы в/ч	5-е зубы в/ч	1-е зубы н/ч	3-и зубы н/ч	5-е зубы н/ч
Обследуемые n=33	18,9±5,7	30,4±11,5	42,9±8,9	22,9±7,2	33,3±9,0	41,2±8,7
Контроль n=19	2,2±0,4	3,6±0,5	5,5±0,3	2,0±0,2	2,7±0,2	5,1±0,3

Все различия достоверны по сравнению с контролем и аналогичными показателями других групп (p<0,050,001)

оболочки полости рта / И.В.Струев, В.М.Семенюк, К.К.Яковлев, Ю.В.Редькин. Заявлено 24.12.1997. (Зарегистрировано в Гос. реестре полезных моделей 16.10.1998). Определение болевой рецепции показало, что порог раздражения десневых сосочков в контрольной группе (n=19) колеблется на верхней челюсти от 34±1,0 г/мм² до 41±1,5 г/мм² и на нижней — от 21±1,1 г/мм² до 31±1,4 г/мм²; в исследуемой группе (n=31) соответственно от 41±1,9 г/мм² до 47±1,1 г/мм² и от 28±1,2 г/мм² до 32±0,8 г/мм². Болевая чувствительность слизистой оболочки десны верхней челюсти ниже аналогичных показателей на нижней челюсти как в контроле, так и в исследуемой группе (p<0,05). Полученные значения у опийных наркоманов существенно ниже контрольных (p<0,05-0,001). Также нужно отметить, что у исследуемой группы лиц более выражена асимметрия с левой стороны альвеолярной дуги.

Учитывая, что изменение электровозбудимости нервно-рецепторного аппарата пульпы интактных зубов и показателей порогов болевой чувствительности СОПР является ранним и патогномичным признаком употребления наркотиков-опиатов, рекомендуется его использовать при массовых профессиональных осмотрах шоферов, авиадиспетчеров, летчиков и других специалистов, к работе которых предъявляются повышенные требования.


Выявленных лиц с перечисленными нарушениями направлять на углубленное клинико-лабораторное исследование. По данным исследования получены патенты:

Патент №222359. Способ диагностики опийной наркомании / И.В.Струев. Зарегистрирован в Гос. реестре изобретений РФ 27.01.2004.

Патент №222253. Способ диагностики опийной наркомании / И.В.Струев, В.М.Семенюк, М.Г.Усов, Д.В.Четвериков. Зарегистрирован в Гос. реестре изобретений РФ 27.01.2004.

ЛИТЕРАТУРА:

- Гамалая Н.Б. Диагностика хронической морфинной интоксикации и ее осложнений по выявлению в крови антител к морфину // Вопросы наркологии. - 1994. - №4. - С. 47-54.
- Карницкий А.В. Клиническая и морфофункциональная оценка состояния органов полости рта при хроническом алкоголизме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1990. - 20 с.
- Леонтьев В.К., Карницкий А.В., Корвяковский Н.Ф. Электровозбудимость нервно-рецепторного аппарата пульпы зубов у больных хроническим алкоголизмом // Стоматология. - 1989. - №4. - С. 6-8.
- Паршин А.Н. Специфические антитела к морфину при хронической опийной интоксикации и их диагностическое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1994. - 23 с.
- Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Российский медицинский журнал. - 1996. - №4. - С. 5-10.
- Струев И.В. Стоматологическая патология у опийных наркоманов. - Омск, 2001. - 103 с.
- Струев И.В., Колчев А.А., Ищенко Е.Н. Электровозбудимость нервно-рецепторного аппарата пульпы интактных зубов у больных опийной наркоманией // Актуальные проблемы стоматологии. - М., 2000. - С. 186-188.
- Струев И.В., Прохоров В.А., Баркан И.Ю. Состояние тактильной и болевой чувствительности слизистой оболочки десны у опийных наркоманов в молодом возрасте // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. - Воронеж, 2000. - С.130-132.
- Чаркин А.И. Наркомания как негативное социальное явление и особенности ее криминалистической характеристики // Российский следователь. - 2004. - №2. - С. 27-30.



С 10 по 13 февраля будем рады видеть Вас на выставке Dental Revue — на стенде компании ПРОТЕКО (А.1.2.), в выставочном центре Крокус-Экспо!

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

МОСКВА, ул. Малая Дмитровка, д. 8, стр. 1, “Стом-Арт”. Мастер-классы проводит врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса.

04.03, 18.03, 25.03, 13.04, 27.04 — “Эстетика фронтальных реставраций. Законы восприятия. Идеальные пропорции. Форма. Цвет. Текстура. Подходы и концепции воспроизведения - биомиметика или опалесцентные возможности субмикрфильных материалов”.

11.03, 14.03, 04.04 — “Современные подходы к лечению кариеса. Препарирование полостей. Бесподкладочные методики. Адгезивная техника. Типичные ошибки при создании прямых реставраций”.

28.02, 09.03, 16.03, 27.03, 29.04 — “Адгезивное шинирование зубов при патологической подвижности зубов. Волоконно-армированные прямые композитные мостовидные протезы. Показания и ограничения. Методики изготовления”.

25.02, 01.04 — “Восстановление коронковой части зуба после эндодонтического лечения с использованием стекловолоконных штифтов. Восстановление сколов металлокерамики”.

02.03, 30.03, 15.04 — “Ортопедические материалы компании Tokuyama Dental. Фиксационные цементы. Интраоральный метод перебазировки съемных протезов. Восстановление сколов металлокерамики”. Участникам мастер-классов выдаются сертификаты.

Расписание и предварительная запись по тел. в Москве: **923-10-20**.

ПЕНЗА, при поддержке ООО “Вега” **26.02-27.02** состоится семинар: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса. Программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(8412) 34 01 46**.

ВЛАДИВОСТОК, при поддержке ООО “Денталь-Плюс” **20.03-21.03** состоится семинар “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса. Программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(4232) 41 85 10**.

КРАСНОДАР, при поддержке ООО “Алеко-Кубань” **03.04-04.04** состоится семинар: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — Дворникова Татьяна Сергеевна, к.м.н., доцент, гл. врач клиники “Леге Артис”. Программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **8 918 029 40 50 и (861) 233 2904**.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, ул. Савушкина, д. 36, Учебный центр “Вероника”. Занятия проводят: Дворникова Татьяна Сергеевна, к.м.н., доцент; Ткаченко Татьяна Борисовна, к.м.н., доцент.

18.02, 19.03, 16.04 — Лекция-демонстрация: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике на примере материалов Tokuyama Dental и Stick Tech”.

27.02, 31.03, 28.04 — Мастер-класс: “Создание стекловолоконных мостовидных протезов, шинирующих и штифтовых конструкций с использованием материала everStick”.

06.03, 08.04 — Мастер-класс: “Особенности эстетической реставрации материалами фирмы Tokuyama Dental”. Участникам мастер-классов выдаются сертификаты.

Программа, условия участия и запись по тел. в СПб: **8 911 144 97 23; (812) 373 98 47**.

НОВОСИБИРСК, ТОМСК, БАРНАУЛ, при поддержке ООО “Инверсия” в конце марта — начале апреля состоятся семинары: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — Ткаченко Татьяна Борисовна, к.м.н., доцент СПбГМУ им. И.П.Павлова. Точные даты, программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(383) 236 40 20**.

КРАСНОЯРСК, на базе учебного центра “Контакт” в начале апреля состоится двухдневный семинар: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса.

Точные даты, программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(391) 297 81 81**.

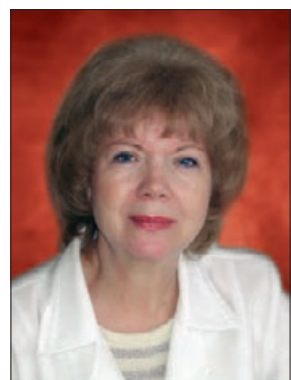
НОРИЛЬСК, при поддержке учебного центра “Контакт” в начале апреля состоится семинар: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса.

Точные даты, программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(391) 297 81 81**.

КЕМЕРОВО, при поддержке ООО “Дизанэ” в конце марта — начале апреля состоится семинар: “Использование последних достижений композитной химии в повседневной клинической практике”. Лектор — врач-консультант Tokuyama Dental Елена Мендоса.

Точные даты, программа, условия участия и предварительная запись — по тел. **(391) 297 81 81**.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ



И.В.Анисимова

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



В.Б.Недосеко

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии, ОмГМА



А.А.Перемотин

• врач-стоматолог, Омск

нервной системы; аллергические поражения; профессиональные вредности, неблагоприятные метеорологические условия (холод, повышенная влажность, инсоляция, резкая смена температуры окружающей среды).

Наряду с общими причинами, развитию заболеваний губ способствуют неблагоприятные местные факторы:

- индивидуальные анатомические особенности строения губ (глубокие боковые складки, резко выраженная центральная складка);
- нарушение физиологии губ (неполное смыкание, ослабление мышечного тонуса, ротовой тип дыхания);
- механическое травмирование губ (острыми краями разрушенных зубов, некачественными ортопедическими и ортодонтическими конструкциями);
- прикусывание слизистой оболочки губ (при аномалиях прикуса, дистопии и скученности фронтальной группы зубов);
- вредные привычки (облизывание, покусывание губ; сосание карандашей, ручек);
- табакокурение и употребление крепких алкогольных напитков;
- низкий уровень гигиенического ухода за полостью рта, скопление обильного микробного налета;
- сухость губ, снижение уровня секреции малых слюнных желез.

Кроме того, в современных публикациях [5] имеются сведения, указывающие на снижение детоксикационной функции мелких слюнных желез при заболеваниях губ (метеорологический хейлит, атопический хейлит, хроническая рецидивирующая трещина). Этот факт свидетельствует о необходимости углубленного клинического обследования и выявления у пациентов патологии внутренних органов, участвующих в естественной детоксикации организма (печени и других органов желудочно-кишечного тракта; почек; органов дыхания).

Диагностика нозологических форм хейлита затруднена и представляет сложную задачу для врача-стоматолога. Многие исследователи [5, 6, 1] полагают, что диагностические трудности заболеваний губ обусловлены:

- хроническим рецидивирующим течением (экссудативный, экзематозный, атопический хейлит, хронические рецидивирующие трещины губ);
- полиморфизмом клинических проявлений (чешуйки, корки, эритемы, пузырьки, язвы, мокнутие, лихенизация);
- сочетанием различных симптомов, отягчающих клинику болезни (воспаление мелких слюнных желез слизистой оболочки губ при ХРТГ, чешуйки на красной кайме губ при ангулярном хейлите).

Клинические наблюдения многих исследователей [4, 1] убедительно свидетельствуют о преобладании в практической стоматологии локального подхода к методам лечения пациентов с заболеваниями губ. Выбор лечебных мероприятий основан на использовании преимущественно местных противовоспалительных и кератопластических средств, что в ряде случаев не даёт положительного лечебного эффекта.

Исходя из изложенного, становится очевидным, что для правильного диагностирования заболеваний губ и планирования лечебных мероприятий необходим комплексный подход к клиническому обследованию и лечению пациентов с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 37 пациентов (14 женщин и 23 мужчины) в возрасте от 17 до 80 лет.

По клиническим формам хейлита пациенты распределились следующим образом:

- экссудативный хейлит — 6 чел. (5 женщин, 1 мужчина);
- атопический хейлит — 11 чел. (6 женщин, 5 мужчин);
- хроническая рецидивирующая трещина губы — 14 чел. (12 мужчин, 2 женщины);
- экзематозный хейлит — 2 чел. (1 женщина, 1 мужчина);
- метеорологический хейлит — 4 чел. (4 мужчин).



Клинические ситуации до лечения:

Экссудативный хейлит (сухая форма)

■ Рис. 1. Пациентка П., 17 лет. На неизменной в цвете красной кайме нижней губы — множественные слюдообразные чешуйки в виде "ленточки"

■ Рис. 2. Пациент К., 49 лет. Чешуйки на фоне застойно-гиперемированной красной каймы губы, плотно прикрепленные в центре и отстающие по краям

Экссудативный хейлит (экссудативная форма)

■ Рис. 3. Пациентка Ш., 80 лет. На отечной красной кайме нижней губы — участки с чешуйко-корками в виде "напластования" и мелкими вертикальными трещинами

■ Рис. 4. Пациент С., 39 лет. На отечной и гиперемированной красной кайме нижней губы — "слюдообразные" чешуйки и чешуйко-корки

Атопический хейлит

■ Рис. 5, 6. Пациент К., 20 лет. Сочетанное поражение красной каймы губ и кожи. На малоизмененной красной кайме губ — мелкие чешуйки. Кожа околоротовой области сухая с элементами шелушения. На гиперемированной коже околоушной области — трещины, чешуйки

■ Рис. 7, 8. Пациентка Л., 19 лет, пациент С., 17 лет. Красная кайма губ, углов рта и кожа околоротовой области гиперемированы, инфильтрированы, покрыты мелкими чешуйками

■ Рис. 9, 10. Пациентка Г., 22 года. На гиперемированной красной кайме губ и коже околоротовой области — мелкие чешуйки. Кожа и красная кайма губ прорезаны радиальными бороздами

■ Рис. 11, 12. Пациент А., 17 лет. На отечной и гиперемированной красной кайме губ — чешуйки, трещины

■ Рис. 13, 14. Пациент И., 17 лет. Красная кайма губ и кожа околоротовой области гиперемированы и инфильтрированы, покрыты мелкими чешуйками. Поражение губ сочетается с поражением кожи века при атопическом дерматите

Хроническая рецидивирующая трещина губ

■ Рис. 15, 16. Пациент О., 32 года. Вертикальный линейный дефект слизистой оболочки нижней губы. По краям дефекта — сухие и кровавые корки, чешуйки

■ Рис. 17, 18. Пациент К., 18 лет, пациент Х., 18 лет. Вертикальная трещина в центре отечной, гиперемированной красной каймы нижней губы с явлениями повышенного ороговения

Заболевания губ (хейлиты) относятся к распространенной патологии среди детского и взрослого населения. В последние годы отмечается рост числа заболеваний губ с повышенным уровнем кератинизации [5, 7], который обусловлен неблагоприятными факторами:

- загрязнением среды обитания человека активными хлорорганическими соединениями;
- частым использованием в быту химических средств;
- ухудшением контроля над качеством продуктов питания;
- наличием социального напряжения в обществе;
- низким уровнем жизни и здоровья большей части населения России.

По известным литературным данным [6, 2], большую роль в возникновении болезней губ играют заболевания желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы группы В и А; эндокринные нарушения, патология центральной



Экзематозный хейлит

- Рис. 19. Пациент Ф., 22 года. На красной кайме обеих губ и коже околоротовой области — мелкие чешуйки, пузырьки, мокнутие, корки, трещины (до лечения)
- Рис. 20. Кожные проявления общей экземы (чешуйки на коже ушной раковины) (до лечения)
- Рис. 21. Пациент Ф., 22 года. Кожные проявления общей экземы (чешуйки на коже шеи) (до лечения)
- Рис. 22. Пациентка И., 38 лет. Красная кайма губ инфильтрирована, уплотнена. На коже вокруг губ и красной кайме — мелкие пузырьки, чешуйки, эрозии, узелки, пигментация (до лечения)
- Рис. 23, 24. Пациент С., 17 лет, пациент. Я., 20 лет. На гиперемизированной и отечной красной кайме губ — мелкие трещины, чешуйки, корки (до лечения)
- Рис. 25, 26. Эксфолиативный хейлит (сухая форма), клиническая ситуация до и после лечения
- Рис. 27-32. Атопический хейлит, клиническая ситуация до и после лечения
- Рис. 33-42. Клинические наблюдения в динамике лечения пациента с сочетанным поражением губ и кожи (атопический хейлит, атопический дерматит)
- Рис. 43-44. Эксфолиативный хейлит (экссудативная форма). Клинические наблюдения в динамике лечения пациента

При обращении на кафедру терапевтической стоматологии ОмГМА пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляли жалобы: на сухость, жжение и неэстетичный вид губ. Давность заболевания — от 2 до 3 лет. За период болезни пациенты неоднократно обращались за помощью к стоматологу, проводилось местное лечение кортикостероидными препаратами. Положительный эффект от лечения отмечался, но на короткий период времени (в среднем 2-3 месяца).

С атопическим хейлитом наблюдалось 11 пациентов (6 женщин, 5 мужчин). В 3 случаях наблюдалось изолированное поражение губ, в остальных (8) — поражение губ сочеталось с высыпаниями на коже (локтевых сгибов, околоушной области, век), при нейродермите и атопическом дерматите. Пациенты предъявляли жалобы на зуд, шелушение и неэстетический внешний вид губ. В анамнезе — обострение заболевания губ возникало в осенний и зимний периоды, летом наступало благополучие (ремиссия). Пациенты наблюдались у специалистов (стоматолога, дерматолога), проводилось местное лечение, эффект от которого был непродолжительным.

Хроническая рецидивирующая трещина губ (ХРТГ) наблюдалась у 14 пациентов (12 мужчин и 2 женщин). У всех пациентов хроническая рецидивирующая трещина локализовалась на нижней губе в центральной ее части. Кроме того, у двух пациентов ХРТГ сочеталась с сухой формой эксфолиативного хейлита. По давности заболевания пациенты распределились следующим образом: до 1 года — 6 чел.; до 3 лет — 4 чел.; от 4 и более лет — 4 чел. Из анамнеза выяснилось, что все пациенты связывали повторное появление трещины на нижней губе в холодное время года и заживление — в летний период. 70% пациентов (10 человек) ранее уже обращались к стоматологу и проводили местное лечение ХРТГ. После лечения все пациенты отмечали кратковременный положительный эффект. В 30% случаев (4 человека) пациенты за сто-

матологической помощью ранее не обращались, лечение им не проводилось.

При обращении пациентов на кафедру терапевтической стоматологии ОмГМА основной жалобой была боль в области нижней губы при разговоре, приеме пищи, улыбке. Кроме того, пациентов не удовлетворял неэстетичный вид губ.

С экзематозным хейлитом наблюдалось 2 человека (1 женщина, 1 мужчина). В обоих случаях поражение губ возникло на фоне экземы кожи. Клиническая картина сопровождалась полиморфизмом высыпаний. Пациентов беспокоили: зуд, жжение, косметический дефект губ. Давность заболевания составляла несколько лет. Пациенты наблюдались ранее у стоматолога и лечились, но безуспешно.

С метеорологическим хейлитом наблюдалось четыре пациента (все мужчины). Пациенты предъявляли жалобы на сухость, чувство "стянутости" губ. Три пациента среди них имели вредную привычку облизывания губ.

Клиническое и лабораторное обследование всех пациентов проводили, согласно рекомендациям авторов [3], используя предложенный алгоритм комплексного обследования больных с заболеваниями СОР и губ. При обследовании пациентов с ХРТГ мы исключали клинические ситуации, сопровождающиеся признаками озлокачествления трещин. В 50% клинических случаев различных форм хейлита (18 человек) мы провели микроскопическое исследование чешуек с очагов поражения. Результаты микроскопии выявили у двух пациентов с экзематозной формой хейлита грибы рода *Candida*, в других случаях (16 человек) обнаружена обычная смешанная микрофлора полости рта.

Всем пациентам было проведено лабораторное обследование крови (микрореакция преципитации, общий клинический анализ, на содержание глюкозы); визуальная оценка ротовой жидкости (количество, вязкость, пенность); определение электрохимического

потенциала полости рта (у лиц с металлическими ортопедическими конструкциями).

Пациенты с выявленной соматической патологией были проконсультированы специалистами (гастроэнтеролог, эндокринолог, невропатолог, иммунолог). Пациенты, у которых заболевание губ сочеталось одновременно с поражением кожных покровов, были проконсультированы дерматологом с последующим наблюдением у специалиста за динамикой болезни и проведением контроля над выполнением лечебных рекомендаций.

Лечение различных форм хейлита (рис. 1-44), наряду с диагностическими трудностями, представляет для врача-стоматолога не менее сложную задачу, в решении которой необходимо учитывать:

- фон общей соматической патологии;
- возраст пациента;
- неблагоприятные местные факторы;
- микрофлору ротовой полости (патогенную и условно-патогенную).

Врачебная тактика, выбранная нами при лечении пациентов с патологией губ, включала:

- общие лечебные мероприятия, которые были одинаковыми для всех форм хейлита и хронической рецидивирующей трещины губ;
- специфические лечебные мероприятия, которые проводились при атопической и экзематозной формах хейлита.

Общие лечебные мероприятия включали:

- санацию полости рта;
- устранение травматических факторов (острых краев зубов, некачественных искусственных коронок и ортопедических конструкций);
- обучение гигиене полости рта;
- формирование мотивации пациентов к устранению вредных привычек;
- проведение:
- детоксикационной терапии (30% раствор тиосульфата натрия внутривенно по 10 мл

1 раз в день — 5 дней или 10% раствор тиосульфата натрия внутрь по 1 ст. ложке 3 раза в день после еды — 5-10 дней; альгинат калия, дополан — препараты водородородного происхождения — по инструкции);

- иммуномодулирующей терапии (имудон по 6-8 таблеток в день до полного рассасывания в полости рта) в течение 20-30 дней;
- витаминотерапии: [витамины группы В (B_1 , B_2 , B_6 , B_{12}); никотиновая кислота; масляный раствор витаминов А и Е; витаминные комплексы с минералами] в течение 1 месяца;
- седативной терапии (настойка валерианы, пустырника по 20-30 капель 1-2 р. в день; новопассит по схеме) в течение 1 месяца;
- рационального питания (употребление белково-растительной пищи, обогащенной витаминами и минералами) ежедневно.

Исходя из аллергической природы атопической и экзематозной формы хейлита, в план лечения включали препараты неспецифического десенсибилизирующего действия (тавегил 0,001 г по 1 таблетке 2 раза в день, супрастин 0,025 г по 1 таблетке 3 раза в день) в течение 5-7 дней.

Обнаружение гриба *Candida* в очаге поражения у пациентов с экзематозной формой хейлита требовало обязательного включения в схему лечения противогрибкового препарата — микомакс (флуконазол) в капсулах по 50 мг 1-2 раза в день в течение 7-14 дней.

Кроме общих мероприятий, в план лечения включали **местные мероприятия**:

- размягчение корок, чешуек протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, стоматозим, иммозимаза) 1 раз в день на стоматологическом приеме;
- антисептическую обработку губ (гелем Метрогил Дента в течение 30 минут 2-3 раза в день в домашних условиях или стоматологическим гелем Метрогил Дента профессиональным 1 раз в день на стоматологическом приеме) в течение 3-7-10 дней, в зависимости от тяжести клинических проявлений;
- аппликации на эрозивные поверхности губ кератопластических средств (комбинированной мази ЦНИИС МЗ РФ, дентальной адгезивной пасты "Солкосерил", 5% метилурациловой мази), с экспозицией нанесения мазей на 30 минут 2-3 раза в день в течение 5-10-14 дней, в зависимости от тяжести патологического процесса, до полной эпителизации тканей;
- аппликации кортикостероидных мазей при экзематозном и атопическом хейлите (флуцинар-мазь, флуцинар-гель; 1% гидрокортизоновая мазь 2 раза в день) в течение 7-10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-лабораторное обследование пациентов с заболеваниями губ позволило правильно диагностировать клинические формы хейлита. Комплексное лечение пациентов с различными формами хейлита было эффективным и привело в 95% случаев к снятию болевых ощущений; устранению воспалительных явлений (гиперемии, отека); исчезновению морфологических элементов — корок, чешуек; заживлению мелких трещин, эрозий; восстановлению анатомической формы и рельефа губ; нормализации кожных покровов углов рта и околоротовой области.

Полная эпителизация трещины у пациентов с ХРТГ наступила после 3-5-8 сеансов лечения, в зависимости от тяжести клинического течения и давности болезни. Рецидивы не повторялись в течение 3 лет наблюдения.

Получен стойкий клинический эффект у пациентов с эксфолиативной формой хейлита — ремиссия в течение 1,5 лет.

Продолжительный клинический эффект получен у пациентов с атопическим и метеорологическим хейлитом — ремиссия в течение 2 лет.

Однако у пациентов с экзематозным хейлитом (5%) не удалось получить стойкий лечебный эффект. Спустя 2-3 месяца больные вновь обратились за помощью на кафедру терапевтической стоматологии ОмГМА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный подход к обследованию пациентов с заболеваниями губ способствует формированию правильного клинического диагноза.

Комплексное лечение, включая лечебные мероприятия общего плана в сочетании с новыми технологиями местного лечения и мотивирование пациентов к выполнению врачебных рекомендаций, дают хороший терапевтический эффект и относительно стойкую ремиссию на продолжительный период/время (от 2 до 3 лет).

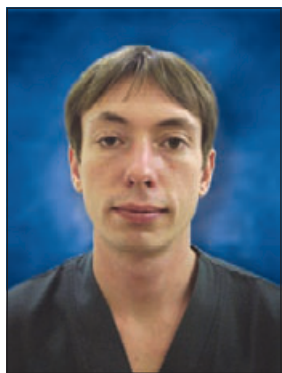
(Список литературы находится в редакции.)

КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КАК МЕТОД УСТРАНЕНИЯ НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА



М.Г.Семенов

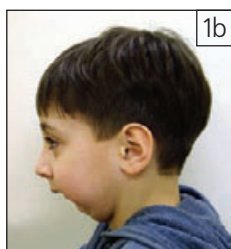
• д.м.н., заведующий кафедрой детской стоматологии, СПбМАПО



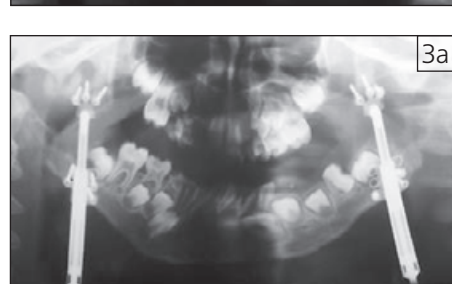
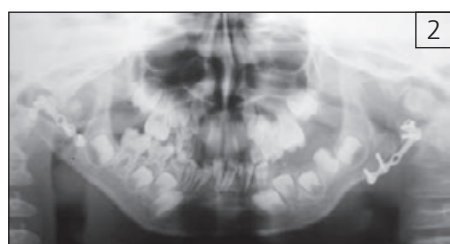
А.А.Сафонов

• аспирант кафедры детской стоматологии, СПбМАПО

Проблема хирургического лечения врожденной и приобретенной патологии нижней челюсти, связанной с её одно- или двусторонним укорочением (нижней микрогнатией), занимает особое место в челюстно-лицевой хирургии детского возраста. Классическими методами устранения нижней микрогнатии у детей являются различные способы костной пластики с применением аутогенных и аллогенных трансплантатов, керамических или титановых имплантатов. По результатам 25-летнего опыта работы клиники челюстно-лицевой хирургии детской городской больницы им. К.А.Раухфуса выявлено, что удовлетворительный результат лечения нижней микрогнатии врожденного характера с применением аутокостного трансплантата получен у 78% больных, аллогенного деминерализованного трансплантата — у 86%, а при лечении нижней микрогнатии приобретенного характера, соответственно, в 100% и 52% наблюдений. Во всех рассматриваемых случаях костный трансплантат помещали между

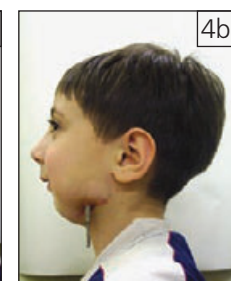
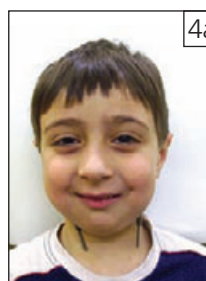


■Рис. 1. Больной К., 6 лет, с двусторонней симметричной нижней микрогнатией до лечения

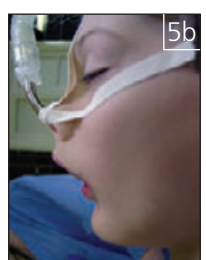
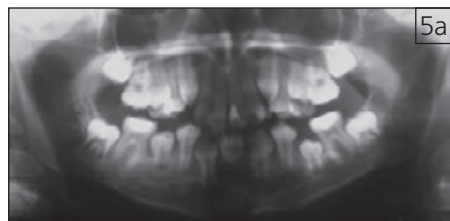


■Рис. 2. Ортопантограмма больного К. до операции.

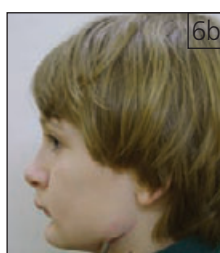
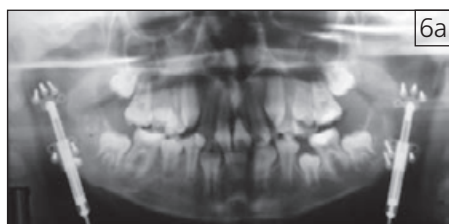
■Рис. 3 а. Ортопантограмма больного К. после установки компрессионно-дистракционных аппаратов с двух сторон; б. Слабоминерализованный костный регенерат по окончании периода ретенции



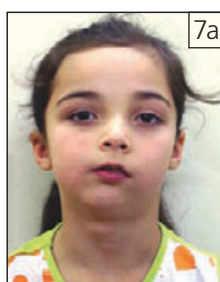
■Рис. 4. Больной К., 6 лет, по окончании ретенционного периода



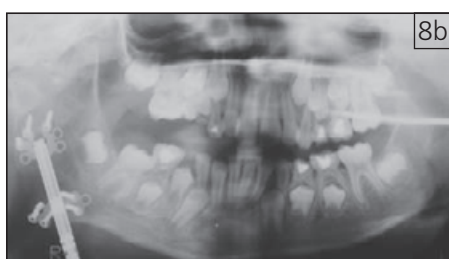
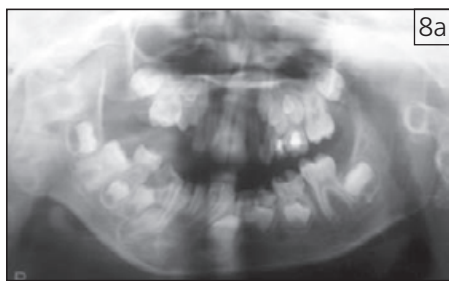
■Рис. 5а Ортопантограмма больного Л. до лечения: симметричное укорочение ветвей челюсти; б. Больной Л., 12 лет, с двусторонней симметричной нижней микрогнатией до лечения



■Рис. 6 а. Ортопантограмма больного Л. по окончании ретенционного периода; б. Больной Л., 12 лет, после лечения методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза



■Рис. 7. Больная Ж., 8 лет, с правосторонним анкилозом височно-нижнечелюстного сустава, правосторонней нижней микрогнатией до оперативного лечения



■Рис. 8. Рентгенограммы больной Ж. на этапах лечения методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза; б. По окончании ретенционного периода

■Рис. 9. Больная Ж., 8 лет, после лечения

osteotomированными фрагментами челюсти, удлиняя её на требуемую величину. Наиболее устойчивые отдаленные результаты получены при использовании различных модификаций аутогенных костных трансплантатов из гребня подвздошной кости. Однако, даже в этом случае, из-за частичной резорбции костного регенерата и продолжающегося роста костей лица у ребенка

требуется проведение ряда последующих костно-реконструктивных операций. Костная пластика с применением аутогенных трансплантатов всегда связана с нанесением дополнительной операционной травмы, увеличением длительности и тяжести хирургического вмешательства, приводит к деформациям и истощению донорских участков, необходимых для завершающих корригирующих операций по окончании роста больного. При применении аллогенной деминерализованной кости в отдаленном периоде наблюдается значительная убыль костного регенерата.

Альтернативным способом получения костного регенерата является метод компрессионно-дистракционного остеосинтеза, предложенный в 1954 году Г.А.Илизаровым [1, 2]. Концепция компрессионно-дистракционного остеосинтеза основана на открытии принудительной индукции остеогенеза под влиянием нарушения целостности кости и приложении к образующейся при регенерации костной мозоли усилий, различных по направлению и значению. Усилие, направленное на соединение отломков, получило название компрессии, на их разобщение — дистракции. Методика позволяет получить истинный прирост тканей за счёт индукции процессов роста в сжатые сроки. Первоначально метод использовался только на длинных трубчатых костях, но с 80-х годов прошлого века стал внедряться в челюстно-лицевую хирургию, в основном для лечения ложных суставов и травматического остеомиелита нижней челюсти с дефектом костной ткани [3, 4]. В конце 90-х годов группой российских ученых были разработаны методики операций и конструкции аппаратов для проведения компрессионно-дистракционного остеосинтеза нижней челюсти и средней зоны лица при врожденных и приобретенных деформациях у детей всех возрастных групп [5, 6, 7, 8].

Основными преимуществами компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении детей с нижней микрогнатией являются:

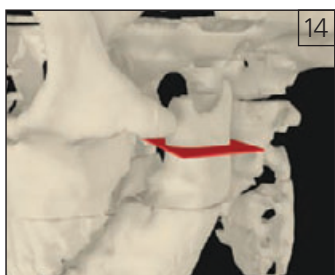
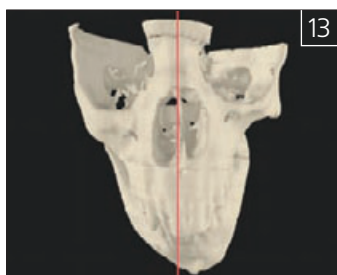
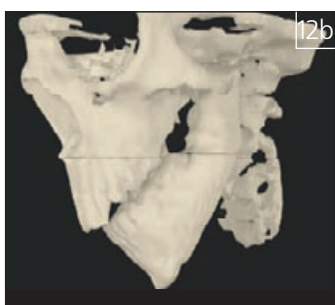
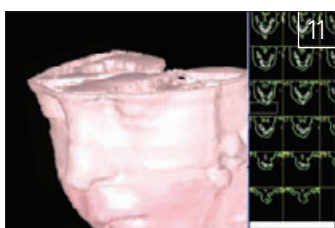
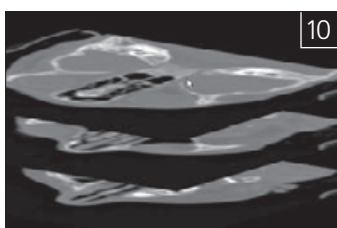
- отсутствие необходимости использования костно-пластического материала (трансплантатов и имплантатов);
- меньшая по сравнению с костной пластикой травматичность операции и низкая частота осложнений в послеоперационном периоде;
- возможность ортодонтической коррекции нижней челюсти в ближайшем послеоперационном периоде;
- стабильность результата костно-реконструктивной операции с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза в отдаленном периоде.

С 2002 года в нашей клинике по данной методике прооперировано 28 детей, начиная с 4-летнего возраста, с односторонней и двусторонней нижней микрогнатией врожденного и приобретенного характера.

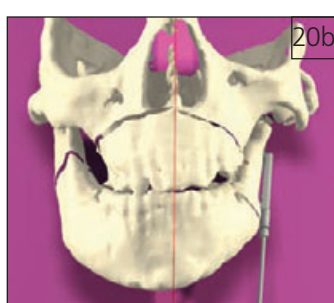
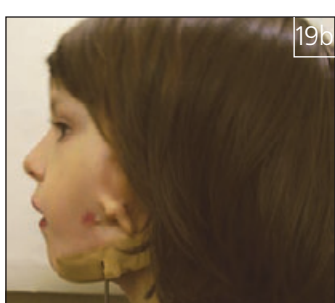
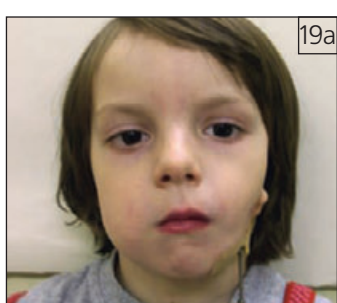
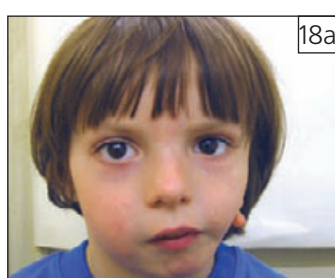
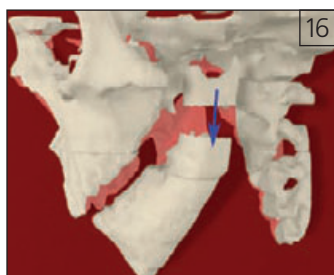
Предлагаем некоторые клинические наблюдения.

Больной К., 6 лет, с двусторонним анкилозом височно-нижнечелюстных суставов и нижней симметричной микрогнатией после перенесенного гематогенного остеомиелита челюсти в возрасте 1,5 месяцев (рис. 1). Первичная операция по устранению анкилоза суставов с использованием аутокостных трансплантатов из гребня подвздошной кости выполнена в 2 года, подвижность челюсти восстановлена, однако симптомы микрогнатии с возрастом нарастали (рис. 2).

Проведен компрессионно-дистракционный остеосинтез в области ветвей ниж-



- Рис. 10. Компьютерное планирование — набор срезов спиральной компьютерной томограммы
- Рис. 11. Компьютерное планирование — трехмерная реконструкция костей черепа и лица больного
- Рис. 12. Компьютерное планирование — трехмерная модель костей лицевого черепа экспортирована в программу трехмерного моделирования
- Рис. 13. Компьютерное планирование — сагиттальная плоскость (выделена красным) проведена через середину черепа
- Рис. 14. Компьютерное планирование — имитация предполагаемой остеотомии
- Рис. 15. Компьютерное планирование — трехмерная модель нижней челюсти перемещена в планируемое положение
- Рис. 16. Компьютерное планирование — планируемый вектор дистракции
- Рис. 17. Компьютерное планирование — моделирование положения КДА на челюсти
- Рис. 18. Больной Н, 6 лет, с полной формой синдрома 1-2 жаберных дуг справа до операции
- Рис. 19. Больной Н, 6 лет, с полной формой синдрома 1-2 жаберных дуг справа по окончании периода ретенции
- Рис. 20. Внешний вид и прикус больного Н. совпадают с планируемой компьютерной моделью



ней челюсти с двух сторон, с использованием наружных вертикальных на костных аппаратов с величиной дистракции 20 мм (рис. 3). По окончании периода ретенции, через 2,5 месяца после операции, наблюдалась минерализация костного регенерата, компрессионно-дистракционные аппараты удалены (рис. 4). Больному изготовлен назубный аппарат по типу шины Ванкевич с двумя крыльями.

Больной Л., 12 лет, с множественными пороками развития, в т.ч. врожденной микрогlossией и нижней симметричной микрогнатией (рис. 5 а, б). Произведено 2-х этапное устранение микрогlossии в возрасте 1 года и 6 лет с использованием мышц дна рта. Нижняя микрогнатия устранена с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза ветвей нижней челюсти с 2-х сторон (рис. 6 б). По окончании ретенционного периода в зонах дистракции виден слабоминерализованный костный регенерат (рис. 6 а).

Болезная Ж., 8 лет, с нижней правосторонней микрогнатией и анкилозированием височно-нижнечелюстного сустава, открывание рта до 2,5 см (рис. 7). Проведен компрессионно-дистракционный остеосинтез ветви нижней челюсти справа с величиной дистракции 20 мм (рис. 8). Удален компрессионно-дистракционный аппарат, изготовлена шина типа Ванкевич. Получен хороший функциональный и эстетический результат (рис. 9).

Одной из нерешенных проблем применения метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза, особенно у больных с выраженным недоразвитием нижней челюсти врожденного характера, является выбор оптимального вектора и величины дистракции. Применяемые методики планирования на основе антропометрических данных, телерентгенограмм, ортопантомограмм недостаточно точны,

а планирование на основе стереолитографической модели не всегда доступно [8, 9, 10].

Для улучшения результатов лечения больных с нижней микрогнатией в нашей клинике разработано планирование реконструкции челюсти методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием трехмерного компьютерного моделирования. Это позволяет достаточно точно определить направление и величину перемещения костных отломков.

Последовательность планирования на персональном компьютере можно представить следующим образом:

1. Получаем набор компьютерных томограмм лицевого черепа больного, используя спиральный компьютерный томограф (рис. 10);
2. Создаем трехмерную модель лицевого черепа в системе трехмерной реконструкции на компьютере. Возможно также получение модели лица больного (рис. 11);
3. Переносим полученную модель костей лица из системы трехмерной реконструкции в систему трехмерного моделирования (рис. 12), где последовательно производим следующие действия:
 - строим сагиттальную плоскость, проходящую через середину черепа (рис. 13);
 - намечаем линию остеотомии на ветви челюсти (рис. 14);
 - ротируем нижнюю челюсть в требуемое положение, ориентируясь на здоровый мышечковый отросток (рис. 15);
 - строим вектор дистракции (рис. 16);
 - 4. Завершаем планирование определением места фиксации дистракционного аппарата на челюсти, используя его трехмерную модель (рис. 17).

Перед операцией создаем шаблон из отмытой рентгеновской пленки с нанесенным вектором дистракции в 3-х плоскостях,

соответствующий вектору дистракции, ориентированный на нижний и задний края челюсти.

Приводим клинический пример разработанной методики планирования.

Больной Н, 6 лет, с полной формой синдрома 1-2 жаберных дуг слева, сопровождаемого деформацией и укорочением ветви челюсти на 23 мм по сравнению со здоровой стороной (рис. 18). Выполнен компрессионно-дистракционный остеосинтез челюсти в области недоразвитой ветви, планирование произведено по предложенной нами методике (рис. 19). Получен ожидаемый при планировании результат (рис. 20).

Следует отметить, что все дети, прооперированные по данной методике, получали ортодонтическое лечение. Ортодонтические аппараты по типу модифицированной шины Ванкевич изготавливали по окончании периода ретенции с целью закрепления полученных результатов и для улучшения взаимоотношения зубных рядов и челюстей.

Таким образом:

- компрессионно-дистракционный остеосинтез является альтернативным методом лечения нижней микрогнатии у детей, позволяющим получить костный регенерат требуемого размера и формы;
- современные системы трехмерного моделирования позволяют достаточно точно спланировать вектор дистракции и результат лечения при компрессионно-дистракционном остеосинтезе;
- результат реабилитации больных с нижней микрогнатией зависит не только от правильного проведения костно-пластической операции, но и от ортодонтического лечения, начатого в возможно ранний период.

(Список литературы находится в редакции.)

"Институт Стоматологии. Газета для профессионалов" №1(8), февраль 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. РФ, д.м.н., профессор

Мороз Б.Т.
д.м.н., профессор

Морозова Н.В.
д.м.н., профессор

Олесова В.Н.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Персин Л.С.
чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор

Рабинович И.М.
д.м.н., профессор

Рабинович С.А.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Ряховский А.Н.
д.м.н., профессор

Семенов М.Г.
д.м.н.

Соловьев М.М.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Трезубов В.Н.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Хацкевич Г.А.
д.м.н., профессор

Царев В.Н.
д.м.н., профессор

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

Чибисова М.А.
д.м.н., профессор

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО "МЕДИ издательство"

Адрес редакции

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

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

Свидетельство о регистрации **ПИ №Ф77-29951**
от **19.10.07** выдано Федеральной службой по надзору
в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны
культурного наследия. Тираж 10000 экз.
Редакция оставляет за собой право сокращения объема
публикуемых материалов. Ответственность за достоверность
приводимых в опубликованных материалах сведений несут
авторы статей. Рекламуемые в газете товары и услуги
должны иметь официальное разрешение Российских органов
здравоохранения. Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов. Перепечатка — только с
письменного разрешения редакции. Эксклюзивные материалы
газеты являются собственностью ООО "МЕДИ издательство"

NEW

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР AQUACUT.

Новый подход к консервативному лечению.

AQUACUT Quattro

- Воздушная абразия в сочетании с водой обеспечивает превосходный результат в препарировании зубов.
- Высокая эффективность даже при низком давлении: Aquacut – идеальный выбор как для врача, так и для пациента.
- НЕТ нагрева, НЕТ вибрации, НЕТ шума, НЕТ неприятных запахов.
- Раскрытие кариозных полостей, восстановление композиционных пломб, раскрытие и запечатывание фиссур – отличные результаты легко и быстро.
- Удаление зубного налета и профилактическая чистка – потрясающий результат за короткое время.
- 3 в 1: мгновенный переход от одного режима работы к другому – Вы можете препарировать, промывать и сушить, не меняя наконечника.
- Превосходный аппарат для чистки коронок после временной фиксации.
- При помощи Velorex Aquacut Вы легко и быстро сможете создать шероховатую поверхность, что позволяет избежать химического протравливания; нет смазанного слоя.



Стоматологический диодный лазер.

Диодный лазер Velorex – это исключительно деликатный аппарат для препарирования мягких тканей и отбеливания зубов.

- Простой понятный интерфейс.
- Направляющий луч облегчает прицеливание.
- Аккуратный, компактный, простой в использовании.
- Идеален для любых работ по мягким тканям – не оказывает негативного воздействия на зубы, кость или имплантаты.
- Незаменим в периодонтии и эндодонтии, обеспечивает прекрасный бактерицидный эффект.



Диодный лазер Velorex в сочетании с Aquacut Quattro обеспечит максимальный комфорт Вашим пациентам.

Исключительно компактная и мобильная система со встроенным компрессором удобна в использовании и легко устанавливается – для подключения всей системы целиком Вам потребуется только одна розетка. Дополнительные розетки, расположенные на подставке, позволяют создавать различные комбинации приборов.

Стоматологический модульный центр Aquacut позволяет создать систему, максимально отвечающую Вашим индивидуальным требованиям.

Вы можете заказать всю систему целиком или только те ее части, которые Вам необходимы.



Стоматологический центр Aquacut может быть укомплектован несколькими различными способами – выберите тот, который подходит именно Вам!



Эксклюзивный дистрибьютор фирмы
Medivance Instruments Limited в России
Тел./факс: (495) 232-28-49; тел.: 456-11-43
www.velorex.ru e-mail: info@velorex.ru

СТОМАТОЛОГИЯ
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

BLOSSOM®

NEW

Россия, Санкт-Петербург

тел.: (812) 335-9789, 335-9790

www.amgspb.ru mail@amgspb.ru

Аппликаторы
в индивидуальной
упаковке



Слюноотсосы
с атравматическим
наконечником



Салфетки
3-слойные
в компактном боксе



Латексные листы
для раббердама
с ароматом
зеленой мяты



Стоматологические
валики



Приглашаем Вас посетить наш стенд В2.3
на выставке Дентал-Ревю в Крокус Экспо 10-13 февраля (Москва)

LumaCool™

**Цена
на лампу
снижена
до 90 000
рублей**



*Отбеливание зубов –
белоснежная улыбка всего за 24 минуты!*

Быстрота процедуры – результат за 24 минуты

Высокая стабильность отбеливания

Максимальная безопасность

Высокая окупаемость оборудования

Оптимальная цена расходных материалов

Простота, оперативность, а также возможность

привлечения ассистента для проведения процедуры

***Один расходный
материал
В ПОДАРОК!***

Официальный дистрибьютор LumaCool в России –
Dental Kaleidoscope, Inc
тел. в Москве: +7(495) 5143517
info@dental-spa.ru
www.dentalkaleidoscope.ru

**Увеличьте свой доход
с помощью LumaCool!
Кризису вопреки!!!**