

ОБОЗ

рение

№ 2 (73)

25 апреля 2011 г.

СТОМАТОЛОГИЯ



**ОДНОРАЗОВЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
СТЕРИЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ**

**ЗАЩИТА ОТ ВНУТРИКЛИНИЧЕСКИХ
ИНФЕКЦИЙ!**

Изготовлены
из высококачественных
материалов

Удобны в использовании

Исключают
инструментальный путь
передачи инфекции

Снижают затраты
на подготовку и стерилизацию

Оптимальны для проведения
профилактических осмотров,
диагностики и лечения



Стерильный одноразовый
набор инструментов



Стерильный одноразовый
турбинный наконечник

По вопросам
приобретения
обращаться

(495) 504-10-64

www.medical-jnb.ru

**торговый дом
МЕДТЕХНИКА**

603093, Н. Новгород, ул. Родионова, д. 188В,
☎ (831) 432-96-88, 432-57-26, 432-59-98, 436-43-82,
e-mail: tdmed@yandex.ru, www.tdmednn.ru

ВСЕ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ



Специальное предложение!



- ✓ Стоматологическая установка Рита ELI 5 **12 900 Евро**
- ✓ VIZTEO (Owandy) Радиовизиограф со съёмным датчиком **169 999 руб.**

Специальные цены действуют до 31 июля 2011 г.

Более 50 лет на рынке медицинской техники

**Государственное предприятие
Нижегородской области
МЕДТЕХНИКА**



- Комплексное оснащение.
- Сервисное обслуживание.
- Обучение.
- Бесплатная доставка.
- Метрология.



Всегда надёжный партнёр!



603011, Н. Новгород, ул. Журова, д. 18,
тел. (831) 245-32-58, тел./факс (831) 245-29-15,
e-mail: medtech2005@yandex.ru

ООО «ФармаСтом»

Все для стоматологии от ведущих российских и зарубежных производителей:

ОАО «Салфир», ОАО «КМИЗ»,
ООО «Целит», ООО «Призма», ООО «ТОР ВМ»,
ЗАО «СтомДент», АО «Стома» (Украина),
ООО «ВладМиВа», ООО «Радуга Р»,
АО «Медполимер», ООО «НКФ Омега-Дент»;
«3М», «KERR», «Heraeus Kulzer», «Dentsply»,
«Spofa Dental», «Mani», «Degussa Dental»,
«Unident», «Septodont» и многих других.

СИСТЕМА ИМПЛАНТАТОВ

IMPL WISS Швейцарское качество
БУДУЩЕЕ СЕГОДНЯ

Всегда в наличии препараты для анестезии



Нижний Новгород,
ул. Студенческая, 4
Тел.: 439-43-01,
439-32-71

ООО «СтомКонсалтинг»

Центр развития и юридической поддержки стоматологического бизнеса

- Консультации по вопросам лицензирования медицинской (стоматологической) деятельности **тел. 430-42-39**
 - помощь при сборе документов для лицензирования медицинской деятельности;
 - проверка и представление документов в Управление Росздравнадзора по Нижегородской области;
 - консультации по подбору персонала.
- Проведение семинаров для специалистов (врачей-стоматологов, зубных врачей, зубных техников).

Нижний Новгород, ул. Студеная, 48
Тел. 439-43-01

**Стоматология
Все для врача и пациента**

603022, Н. Новгород, ул. Студенческая, 4
Тел.: (831) 439-32-71, 439-43-01,
8-920-253-05-64
E-mail: volga-dent@mail.ru

606000, г. Дзержинск,
ул. Кирова, 11А, оф. 10
Тел.: (8313) 25-44-98,
8-920-028-06-74

ООО «Стомаком»

Сеть стоматологических клиник, Н. Новгород
ул. Б. Покровская, 16а, тел. 433-72-90
ул. Студенческая, 4, тел. 437-02-94
пер. Трамвайный, 2, тел. 245-45-84
ул. Студеная, 48, тел. 413-33-12

Детский кабинет: ул. Студенческая, 4, пом. 2, тел. 434-55-60

Акция! Имплантат (Швейцария) + коронка = 24 999 руб.
Прозрачные брекеты (одна челюсть) = 15 999 руб.
Металлические брекеты (одна челюсть) = 12 499 руб.
Безметалловая керамика = 11 999 руб.

Лич. № 02-000131 от 25.12.2007 г.

imPLASA HÖCHST

СИСТЕМА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Представитель компании «ImPlasa Höchst GmbH»

в России и странах СНГ — ООО «ИМПЛАЗА»:

г. Москва, ул. Ак. Королева, 13, тел.: (495) 617-31-37, 765-76-57,

тел./факс (495) 617-31-36, e-mail: implasa@yandex.ru

www.implasa.ru



Gotic

Имеет корневидную форму, что обуславливает его сходство с анатомической формой корня зуба. Имплантат имеет мелкую двойную резьбу и удлиненную антиротационную плоскость. Благодаря большому количеству витков резьбы, значительно увеличивается площадь поверхности имплантата с костной тканью. Данная резьба позволяет атравматично устанавливать имплантат в костную ткань любого типа.

Длина = 8,0; 10,0; 11,5; 13,0; 16,0 мм;
диаметр = 2,9; 3,3; 3,75; 4,2; 5,0; 6,0 мм.

Внимание! Только до 31 августа 2011 года

**Имплантат Gotic +
прямой абатмент = 5000 рублей!**

При покупке от 20 единиц имплантатов.

Более 10 лет безупречной работы



Antic

Предназначен для одноэтапной имплантации в сложных клинических ситуациях и используется как постоянный имплантат для изготовления несъемных и съемных ортопедических конструкций. Основным преимуществом использования имплантата является предоставление возможности изготовить пациенту функциональный временный протез после первого этапа установки имплантата, что устраняет нагрузку на кость.

Длина = 10,0; 11,5; 13,0; 16,0 мм;
диаметр = 2,9; 3,2 мм.



Nordic

Конусообразный имплантат с крупной переменной двойной резьбой, что улучшает самонарезание, специальная разработка для немедленной имплантации и нагрузки после экстракции зуба в зонах кости I, II, III, IV типа. Благодаря конусообразной форме, большому шагу резьбы, а также выраженному антиротационному механизму, имплантат может быть стабильно установлен в любом клиническом случае.

Длина = 8,0; 10,0; 11,5; 13,0; 16,0 мм;
диаметр = 3,75; 4,2; 5,0; 6,0 мм.



Doublegotic

Конусообразный имплантат с мелкой переменной двойной резьбой, с шагом резьбы 2 x 1,2 мм для кости II, III, IV типа. Двойная, сходящая на конус резьба, обеспечивает полную и немедленную устойчивость имплантата. Для лучшей фиксации форма имплантата слегка сводится в конус и обозначена линия сверления. Самонарезающиеся компрессионные имплантаты — это современная конструкция с двойным назначением, что позволяет быстрее, легче и прочнее устанавливать имплантаты.

Длина = 8,0; 10,0; 11,5; 13,0; 16,0 мм;
диаметр = 3,3; 3,75; 4,2; 5,0; 6,0 мм.



Antic Direct

Превосходный представитель концепции одноэтапной имплантации. Наряду с особенностями конфигурации, Antic Direct имеет уникальный профиль шейки, характеризующийся сходящимся конусом к основанию абатмента. Данная особенность способствует прогрессивному образованию костной ткани в области шейки имплантата. Имплантат предназначен для установки в костную ткань I, II, III, IV типов. Главным преимуществом Antic Direct является возможность его установки и немедленного изготовления ортопедической конструкции в эстетически важных зонах.

Длина = 10,0; 11,5; 13,0; 16,0 мм;
диаметр = 3,7; 4,2; 5,0; 6,0 мм.

Нижегородская ассоциация стоматологов

Кельн снова встречает гостей 6-7

обучение

Инновации в обучении студентов-стоматологов 8

Дом стоматолога открывает двери 9

события

Первая межрегиональная и 10-я ежегодная научная сессия молодых ученых и студентов 11-15

лечение заболеваний пародонта

Влияние различных антибактериальных препаратов на микрофлору пародонтальных карманов при хронических формах пародонтитов 16

Сравнительная оценка эффективности антибактериальных средств, используемых для лечения воспалительных заболеваний пародонта 18-19

энзимотерапия в стоматологии

Влияние системной энзимотерапии на заживление пародонтального дефекта в эксперименте 20-22

гигиена полости рта

Высокие немецкие технологии, проверенные временем. Детские зубные пасты SILCA Putzi 23

терапевтическая стоматология

Использование современных стоматологических титановых инструментов «Престиж» в зубоортодонтической практике 10

Медикаментозная обработка и пломбирование труднопроходимых корневых каналов материалами фирмы «ВладМиВа» 24-25

Одноразовый карпульный иньектор нового поколения 26

Актуальные проблемы инфекционной безопасности на стоматологическом приеме 28-29

ортодонтия

Брекет-система или деминерализация эмали? 32

Эстетические аспекты ортодонтического лечения врожденного отсутствия боковых резцов у взрослых 34

ортопедическая стоматология

Керамические протезы 36-39

мобильная стоматология

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» 42

анестетики, антисептики

ФармаСтом 2

Штада 17

зубные пасты

Дентал-Косметик 23

энзимотерапия в стоматологии

МукоС Фарма 20-22

инструменты, оборудование, мебель

JNB 1, 28-29

АлденТ 12, 44

Астродент 5, 8

АЭРС-МЕД 26-27

Вендорс-НН 19

Медтехника ГП НО 2

ТД Ворсма 35

ТД Медтехника 2

ТЦ НИИТОП 30

Юнимед-Стоматология 10

материалы

ВладМиВа 24, 34

Крафтвэй Медикал 15

ортодонтия

Дентал Комплекс 33

дентальная имплантология

Имплаза 3

ТЦ НИИТОП 31

зуботехническая лаборатория

Логостом 37

Стоматех 39

дезинфекция и стерилизация

JNB 1, 28-29

«Обозрение. Медтехника» № 2 (73). **Стоматология**
 Рекламно-информационное издание для специалистов здравоохранения.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-21483 от 02 августа 2005 г. выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Учредитель и издатель: ООО «Альтернатива».

Тел./факс (831) **279-80-45**, тел. (831) **279-80-10**

Для писем: 603028, Н. Новгород, Московское шоссе, 64а.

E-mail: gazeta@sandy.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламы и предоставленных материалов.

Любое воспроизведение опубликованных материалов допускается только с письменного согласия редакции.

Номер отпечатан в типографии ООО «Юнион Принт» (Н. Новгород, Окский съезд, 2, тел.: (831) 4-160-168, 4-394-499, e-mail: info@urpnn.ru).

Тираж 5000 экз. Цена свободная.

Deflex®

The denture of contact

Новые технологии в съемных зубных протезах

Инжекционная машина DEFLEX M.A.D.

- Полностью автоматическая с цифровым управлением
- Максимум мощности и эффективности
- Компактный дизайн



Эластичный, эстетичный экономичный зубной протез

- С превосходной окклюзией
- Прозрачный и незаметный
- Легко адаптируемый
- Термопластичный полиамид
- Устойчивая эластичность и точность

ООО «АстроДент»

129337, Москва, Ярославское шоссе, д. 116, стр. 3
Тел.: (499) 118-11-17, 188-33-01, 182-12-47,
188-64-80, факс (499) 188-50-03
E-mail: info@astrodent.net, www.astrodent.net



ASTRODENT

Кёльн снова встречает гостей

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, президент Нижегородской ассоциации стоматологов.

Стоматология — удивительная отрасль медицины, которую нельзя до конца постичь и познать, но необходимо постоянно стремиться к этому. К сожалению, не каждому это удается.

На сегодняшний день актуальным для стоматологической общественности Поволжья является образование через всю жизнь. И подтверждением этого явилась поездка делегации Приволжского федерального округа на одну из престижных стоматологических выставок, которая проходит раз в два года в замечательном по архитектуре и красоте городе Германии — Кельне.

Стоматологическая выставка 34th International Dental Show (IDS 2011) проходила в Кельне с 22 по 26 марта в огромном павильоне выставочного комплекса Кельнmesse — крупнейшей выставочной площадке мира.

Организатором мероприятия является Ассоциация германских производителей дентальной продукции — Association of German Dental Manufacturers (VDDI). В течение года кельнские выставки посещает более 2 миллионов человек. Среди них около 5000 — это граждане России.

Мало кто в России не знает или не слышал о холдинге «Рокада Мед», который навсегда выбрал себе в партнеры стоматологов и ведет их к новым вершинам совершенства, дарит новые технологии в стоматологии, помогает совершенствоваться и профессионально развиваться. И вот по инициативе руководителей холдинга «Рокада Мед» генерального директора А. А. Максимова и коммерческого директора Л. Г. Александровской состоялась незабываемая поездка в «храм жизни» и «институт знаний и умений» — на Кельнскую стоматологическую выставку.

Делегация была представительной и многочисленной: из Нижнего Новгорода — президент Нижегородской ассоциации стоматологов, д.м.н., профессор С. И. Гажва, члены правления ассоциации — Заслуженный врач РФ, главный специалист Министерства здравоохранения Нижегородской области В. Е. Круглов,



Господин Maillefer. Коллеги-стоматологи.

главный врач стоматологических поликлиник г. Дзержинска Э. Г. Гатин; руководители стоматологической службы г. Пензы — председатель Общественной палаты г. Пензы Е. А. Блашук, главный врач стоматологических поликлиник г. Пензы, д.м.н. П. И. Скуридин; декан стоматологического факультета Казанского медицинского университета, д.м.н., профессор Р. А. Салеев, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии Казанского медицинского университета Г. Т. Салеева и многие другие.

Незабываемые часы общения, интересная информация были получены от партнеров компании «Рокада Мед» и больших друзей-стоматологов — представителей компаний: 3М (С. Зыков), Kavo (Е. Шумилов, М. Насонов), Ivoclar Vivadent (г-н Штефан), Dentsply (М. Ивановский) и многих других.



Встреча делегации Поволжья с генеральным руководством компании «Dentsply».



В. Е. Круглов. Учиться никогда не поздно.

Уже стало традицией у многих ведущих специалистов в области стоматологии встречаться на профессиональном форуме, вместе знакомиться с новыми достижениями в отрасли, обсуждать новые технологии и строить планы на будущее.



**Проф. Лебененко И. Ю., проф. Гажва С. И., проф. Арутюнов С. Д.
Место встречи изменить нельзя...**

Каждый из участников выставки получил для себя заряд бодрости, перспективу профессионального роста и реально понял, что качество жизни наших пациентов во многом определяется состоянием стоматологического статуса, а врач-стоматолог обязан это качество обеспечить.

Члены Нижегородской ассоциации стоматологов подтверждают, что учиться никогда не поздно, что всегда есть к чему стремиться, и призывают стоматологическую общественность развивать стоматологию систематически и постоянно. Только в этом залог успеха и процветания.



**Клинические ординаторы кафедры стоматологии
ФПКВ ИПО НижГМА на выставке в Кёльне.**



Уважаемый Александр Анатольевич!

Стоматологическая общественность Нижнего Новгорода и Нижегородская Ассоциация стоматологов сердечно поздравляют Вас, настоящего человека и замечательного руководителя, с юбилеем!

Мы гордимся тем, что имеем честь сотрудничать с холдингом «Рокада Мед», который Вы возглавляете.

Ваша неиссякаемая энергия, непревзойденный оптимизм и влюбленность в стоматологию не дают покоя Вашим сотрудникам, будоражат умы и не оставляют равнодушными никого из стоматологов ближнего и дальнего зарубежья.

Ваш талант организатора, генератора идей является яркой «Рокадовской» звездой, которая пленяет, манит и не лишает надежды на взаимоуважение, дружбу и совместную работу.

*Дорогой Александр Анатольевич!
Полувековой у Вас юбилей!*

*Он весомый, в этом нет сомненья,
Вам все поздравленья от друзей.*

*Значим он не только круглой датой,
Он, скорей, задуматься велит:
Сколько уже сделано, однако
Сколько еще сделать предстоит!*

*Опыт есть, и сил еще полно,
Все доступно, нет преграды к цели.
Сделать все, о чем мечтали Вы давно,
Чтоб красиво годы пролетели.*

*Будет Вам хоть сто, Вы молодым
Навсегда останетесь при деле.
Яркой жизни пожелать хотим,
Силы духа и здоровья в теле!*

*Поздравляем с днем рождения Вас
В полувековой Ваш юбилей
И желаем, чтоб огонь не гас —
В дружбе, вере и любви друзей!*



Инновации в обучении студентов-стоматологов

В. У. АХТЯМОВ,
генеральный директор ООО «Астродент».



Не секрет, что отработка мануальных навыков студентов-стоматологов одна из основных задач их обучения. Тренинг на реальных пациентах исключен из клинической практики не только студентов, но и интернов. Тому много причин, лежащих, в основном, в правовой сфере. В этих условиях возрастает роль симуляционных видов обучения, в частности на фантомных моделях.

Учитывая указанные выше требования и имея за плечами более чем тридцатилетний опыт оснащения университетов по всему миру, компания «SARATOGA» (Италия) разработала инновационный аппаратно-программный комплекс для фантомного обучения на базе унифицированного рабочего места SMILY. Этот продукт явился плодом «тройственного союза»: производственной базы «SARATOGA», ведущего дизайнерского ателье «PINNINFARINA» и группы профессоров стоматологических факультетов из нескольких университетов Италии.

Такие комплексы строятся по модульному принципу. Первый уровень — базовый фантомный стол SMILY — представляет, по сути, полностью оборудованное место врача-стоматолога с функциональным набором вращающихся инструментов, полноценным ассистентским местом, галогеновым операционным светом на подвижном в трех плоскостях кронштейне, очень точным артикулятором, смонтированным на торсе, производства фирмы «FRASACO» (Германия).

Пневматическая или электромеханическая системы позволяют «парковать» торс вместе с имитатором головы под столешницу для лекционных занятий или



фиксировать его в необходимой позиции для клинических манипуляций. Секторная конфигурация столешницы из никрона, продуманная эргономика позволяют оптимальным образом размещать столы в любых учебных аудиториях. Сменные учебные модели позволяют осуществлять отработку мануальных навыков во всех дентальных отраслях.

Второй уровень характеризуется идеологическим объединением разрозненных столов в фантомные классы. С этой целью учебные места оснащаются видеокамерами высокого разрешения, LCD-мониторами, беспроводной (Wi-Fi) системой захвата, оцифровки, двусторонней передачи, визуализации и хранения видео-аудио файлов на базе локальной компьютерной сети с «дружелюбным» интерфейсом EASY TEACH.

Таким образом, учебный процесс принимает интерактивный характер, что выводит его на инновационный, недостижимый прежде уровень. Наличие мощного сервера позволяет интегрировать локальную сеть в глобальную — для обмена любой информацией с аналогичными классами в медицинских университетах всего мира. Появляется уникальная возможность дистанционного обучения и обмена практическим опытом в процессе обучения.

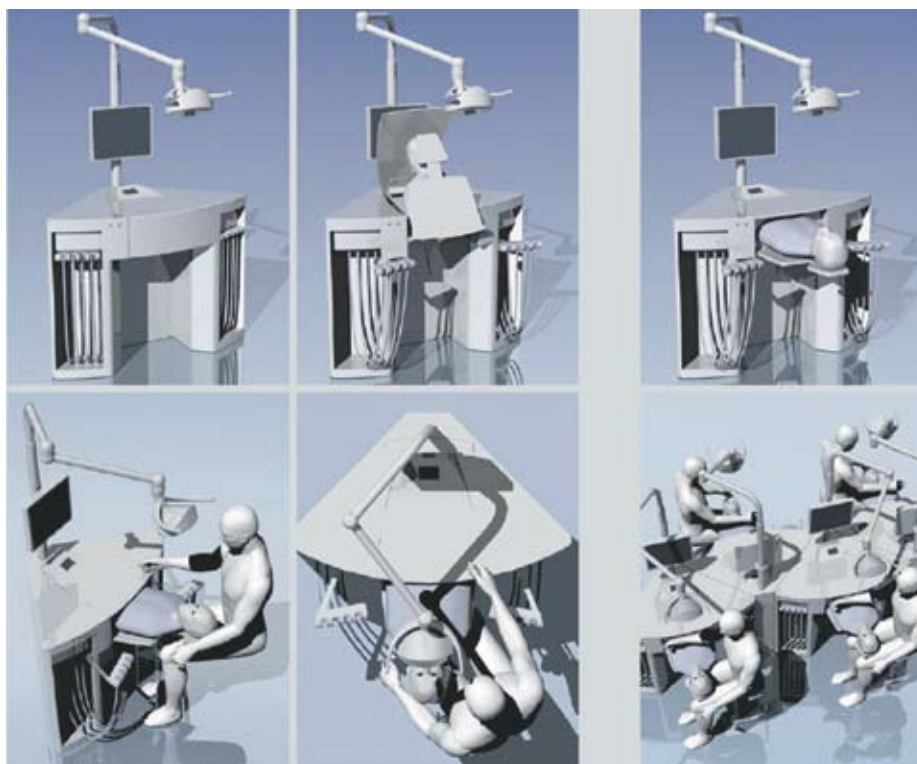
Третий уровень — это система DentSim (компания «Image Navigation Ltd.», Израиль) — представляет собой монтируемую на SMILY инфракрасную видеокамеру, набор светодиодных позиционеров (на вращающемся инструменте и фантомной голове) и открытую библиотеку клинических случаев, хранящуюся в виде базы данных на сервере. Этот комплекс позволяет задавать на экране монитора эталонное задание обучаемому и, в процессе его выполнения на учебной модели, демонстрировать рассогласование с эталоном с точностью до долей миллиметра. Такая методика не имеет аналогов и полностью меняет процесс обучения.

Следует отметить, что в силу отмеченной выше модульности построения, различной комплектации, применения компьютерных технологий инновационные обучающие комплексы имеют широкие возможности для организации не только учебного процесса студентов, но и постдипломного образования, а также сертификационных курсов, переквалификации, в том числе на коммерческой основе.

Эксклюзивным дистрибьютором учебного оборудования SMILY, фирмы «SARATOGA» и системы DentSim компании «Image Navigation Ltd.» в России является ООО «Астродент».

ASTRODENT

129337 Россия, Москва,
Ярославское шоссе, д. 116, стр. 3,
тел.: (499) 188-33-01, 182-12-47,
факс (499) 188-50-03,
e-mail: info@astrodent.net.



Дом стоматолога открывает двери

С. ДУМПЭ.

На Студеной, 48, в очаровательном пятиугольном домике, этаком мини-Пентагоне, еще всю кипят ремонтные работы, и официальное открытие Дома стоматолога еще впереди, но в лекционном зале уже — премьера, мастер-класс проводит преподаватель кафедры терапевтической стоматологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, член Национальной академии эстетической стоматологии (НАЭС), член Society for Color and Appearance in Dentistry (SCAD), к.м.н. Андрей Викторович Акулович.

Идея создать многопрофильный стоматологический учебный центр довольно давно зрела у учредителя холдинга «СтомКонсалтинг» Сергея Николаевича Замятина. Будучи руководителем, интересующимся всем и вся в сети своих клиник «STOMA.COM», а также контактным и вдумчивым человеком, принимающим близко к сердцу пожелания своих сотрудников, он понимал, что повышение квалификации врачей — даже не вопрос престижа, а вопрос уровня оказания медицинской помощи населению, ибо именно в стоматологии, где чуть ли не ежемесячно появляются новые методики, материалы и оборудование, не стоит на месте и наука, знать и уметь делать все новое — жизненная необходимость.



Не один раз Сергей Николаевич посылал своих докторов на учебу в Санкт-Петербург, Москву, в ведущие клиники страны. Но... отрыв от родной клиники, от семей для докторов и для их пациентов оказывался всегда несколько болезненным. Да и, будучи грамотным бизнесменом, Сергей Николаевич посчитал, что обучение, оплата проживания и проезда, командировочные — все это слишком большие расходы. Поэтому в компании было принято решение приглашать ведущих лекторов в области стоматологии России и зарубежья, сначала раз в полгода, а затем и на регулярной основе.

Из этого начинания появилась необходимость создать свой учебный центр (руководитель учебного центра к.м.н. Д. В. Станчева), оборудованный по последнему слову техники, с видеотрансляцией из кабинетов клиники, располагающейся этажом выше, практических мастер-классов с обсуждением увиден-



ного либо в лекционном зале, либо в неформальной обстановке. На обучение сюда направляют не только врачей частных клиник, но и специалистов из муниципальных и государственных структур. Также будут организованы лекционные циклы и практические занятия для зубных техников, администраторов.

Здесь же, в Доме стоматолога, или, если угодно, СтомКлубе, смогут обсудить наболевшие проблемы врачи клиник любой формы собственности, представители фирм, поставляющих на медицинский рынок новые стоматологические материалы. К слову, последние также могут организовывать здесь, как лекционные, так и демонстрационные мероприятия, предоставлять на апробацию новинки. Двери Дома стоматолога открыты для всех.

В ближайшем будущем Сергей Николаевич Замятин планирует создать здесь библиотеку, возможно, в электронном виде, для студентов, в целом делается ставка на то, что студенты стоматологического факультета здесь всегда найдут

ответы на свои вопросы. В клиниках «STOMA.COM» нет проблем с подбором кадров, но о будущем нужно всегда заботиться заранее, поэтому обращение к студенчеству — не прихоть, а стратегия Сергея Замятина, а кадры надо воспитывать заранее и не только в профессиональном плане, но и в этическом, человеческом аспекте.

Холдинг успешно развивается, и у генератора идей и неумолимого руководителя — еще масса планов.

«Жить только для себя — скучно, а вот дать стоматологам Нижегородской области возможность и обучения, и общения в Доме стоматолога — это подарок и самому себе. Подобных идей еще немало, но пока они в стадии формирования и говорить о них рано. Но они обязательно будут реализованы!», — именно так рассуждает С. Н. Замятин, и коллектив его четырех клиник, всего холдинга разделяет это мнение. А это дорогого стоит — иметь огромный коллектив единомышленников!



Использование современных стоматологических титановых инструментов «Престиж» в зубоврачебной практике

В начале 80-х годов, в связи с появлением принципиально новых, а именно композитных, пломбировочных материалов, возникла необходимость разработки нового стержневого инструмента. Разработкой такого инструмента занялся Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники (ВНИИИМТ). Одновременно решалась задача разработки инструмента максимально малого веса. Это было связано как с активным развитием пилотируемой космонавтики и длительными орбитальными полетами, так и с необходимостью обеспечивать стоматологическими комплектами различные экспедиции, в частности — в Антарктику.

В результате к 1985 году появились первые образцы таких инструментов. Для ручки было решено использовать титановый сплав с цветокодированной электроокисной пленкой, которая обеспечивает врачу выбор инструмента из лотка по цвету ручки.

Для рабочих частей инструментов был выбран специальный сплав ЭП-853, который разрабатывался для использования в конструкциях космических аппаратов.

Сплав ЭП-853 обладает целым рядом положительных свойств: он чрезвычайно стоек к коррозии, прекрасно «работает» при знакопеременных нагрузках, очень хорошо и долго «держит» режущую кромку, к нему не прилипают композитные материалы и не чернеют при контакте.

В 1988 году во ВНИИИМТ было образовано специальное научно-производственное подразделение, которое и занялось производством, дальнейшей разработкой и совершенствованием инструментов. С 2000 года обеспечением производства и продвижением инструментов «Престиж» на стоматологический рынок занимается А/О ЮНИМЕД.

Сегодня «Престиж» — это более 300 видов инструментов, предназначенных для диагностики, терапии, снятия зубных отложений, десневой пластики, лечения пародонтита и других операций.

Инструменты гарантированно выдерживают до 3000 циклов стерилизации. Средний срок службы инструментов «Престиж» 7 лет.

Инструменты выполнены в соответствии со всеми современными требованиями к качеству и эксплуатационным свойствам стоматологического оборудования. Они одобрены Министерством здравоохранения и социального развития РФ и отвечают самым взыскательным требованиям врачей-стоматологов.

Работать с этими инструментами всегда удобно и приятно за счет их высоких эргономических свойств. Малый вес и специальные насечки на ручках инструментов помогают врачу выполнять самые длительные манипуляции, а наличие инструментов с особо узкими и тонкими рабочими поверхностями дает возможность делать буквально филигранные операции.

Стоматологический инструмент марки «Престиж» Оригинальное сочетание современных технологий и материалов

Более 300 наименований



PRESTIGE



Легкость

Ручка инструмента, выполненная из титана, делает его в 2-3 раза легче инструмента из нержавеющей стали. В зависимости от вида инструмента его вес составляет от 9,6 до 19 граммов.

Функциональность

Рабочая часть каждого инструмента выполнена из специальной коррозионностойкой стали. Используемые уникальные технологии позволяют придать спецстали практически любую форму. Уникальные свойства стали таковы, что даже без специального покрытия пломбировочные материалы не прилипают и не изменяют цвет.

Эргономичность

Ручка выполнена со специальной насечкой, позволяющей легко и удобно удерживать инструмент в руке. Цветовое кодирование ручки по видам инструментов облегчает врачу выбор инструмента из лотка при работе.

Долговечность

Высокая прочность, устойчивость к любым видам стерилизации и коррозионная стойкость обуславливают долгий срок службы инструментов. Гарантированное число циклов стерилизации не менее 3000. Материалы ручки и рабочей части не корродируют в местах стыка. Режущая кромка у заточенных инструментов держится дольше обычного.

Экономичность

Достигается в первую очередь за счет свойств рабочей части: отсутствие налипания на инструмент сокращает расход пломбировочных материалов, а долговечность инструментов существенно сокращает расход средств на приобретение новых. Кроме того, инструменты «Престиж» ремонтпригодны, т.е. возможно восстановление режущих кромок и замена рабочих частей.



ООО «Юнимед-Стоматология»
г. Москва, ул. Касаткина, д. 3А
Тел.: (495) 937-40-27, 935-86-50,
e-mail: denta@unimedao.ru,
www.unistom.ru

Первая межрегиональная и 10-я ежегодная научная сессия молодых ученых и студентов

А. В. ЯРЦЕВА, аспирант кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ НижГМА, секретарь секции «Стоматология» конференции молодых ученых.

Первая межрегиональная и 10-я ежегодная научная сессия молодых ученых и студентов прошла в Нижегородской государственной медицинской академии 17-18 марта 2011 года. В торжественной церемонии открытия конференции приняли участие ректор НижГМА, профессор Б. Е. Шахов, проректор по инновационной и образовательной деятельности профессор С. Н. Цыбусов и начальник сектора высшего и среднего образования Министерства образования и науки Нижегородской области И. Н. Захаров.

«Научные сессии стали хорошей традицией нашего вуза. Сегодня мы встречаемся в юбилейный, десятый раз и впервые проводим эту конференцию на межрегиональном уровне», — отметил профессор Борис Евгеньевич Шахов.

В этом году в работе секции «Стоматология» приняли участие 15 докладчиков.

В качестве стендовых докладов были представлены интересные работы из Томска (Байдик Ольга Дмитриевна «Особенности ультраструктуры слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при грибковых одонтогенных синуситах»), Ижевска (Бессонова Татьяна Игоревна «Стратегии поведения стоматологов-терапевтов при возникновении конфликтов»), Хабаровска (Чабан Александр Владимирович «Комплексные методы подготовки врачей-ортодонтов в Дальневосточном государственном медицинском университете»). Секцию посетили более ста студентов, выпускников и преподавателей.

Оргкомитет секции традиционно представляли заведующие профильными стоматологическими кафедрами НижГМА. Председатель — д.м.н., заведующая кафедрой терапевтической стоматологии профессор Лукиных Людмила Михайловна, заместитель председателя — д.м.н., заведующий кафедрой ортопедической стоматологии профессор Жулев Евгений Николаевич.

Члены оргкомитета: д.м.н., заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии профессор Дурново Евгения Александровна, д.м.н., заведующая кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний профессор Казарина Лариса Николаевна, д.м.н., заведующая кафедрой стоматологии детского возраста Косюга Светлана Юрьевна. Функции секретаря выполняла аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ярцева Александра Вадимовна.

Для всех гостей конференции были подготовлены стенды с информацией по актуальным вопросам стоматологии.

Представленные молодыми учеными доклады характеризовались высоким уровнем и затрагивали сложные, актуальные проблемы современной стоматологии. Докладчики хорошо ориентировались в основных вопросах, связанных с темой работ, в чем, несомненно, большая заслуга научных руководителей и преподавателей. Все участники, без сомнения, достойны высших похвал за проявленный ими интерес к специальности и научной деятельности.

Наиболее актуальным и интересным был признан доклад ЗЮКИНА Дениса Александровича и Марочкиной Марии Сергеевны — ординаторов кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии — «Влияние курения на динамику регенеративных процессов тканей полости рта», научное руководство осуществляли д.м.н., профессор Дурново Евгения Александровна и профессор Потехина Юлия Павловна.

Курение, вызывающее психическую и физическую зависимость, это мировая проблема нашего времени, требующая



немедлительного решения. В табачном дыме содержатся смолы, никотин, пиримидиновые основания, синильная кислота, сероводород, аммоний, окись углерода, фенолы, в большом количестве дегтярные осадки, соли тяжелых металлов.

Хотя никотин не оказывает значительного токсического, непосредственного действия на слизистую оболочку, очень актуальным было изучение особенностей течения постоперационного периода при хирургических вмешательствах в полости рта в зависимости от интенсивности курения. В результате исследования выявлено, что у курящих людей:

— парциальное давление кислорода в крови снижено, что ведет к ухудшению микроциркуляции в слизистой оболочке полости рта;

— температура слизистой оболочки повышена, что связано с токсическим действием смол и воспалительной реакцией слизистой;

— высок риск осложнений в послеоперационном периоде, в том числе при проведении эстетических и пластических операций (имплантация, синус-лифтинг, костная пластика).

Высокий уровень самостоятельности в проведении исследования показали студентки V курса стоматологического факультета ЕРЕМЕЕВА Дарья Александровна, Мальшева Марина Александровна и Монькова Юлия Александровна. Они представили коллегам свою работу «Закрытый кюретаж как этап лечения хронического генерализованного пародонтита» (научные руководители д.м.н., профессор Людмила Михайловна Лукиных и к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии Наталья Викторовна Тиунова).

Целью исследования стало изучение основных этапов проведения закрытого кюретажа и методики работы ручными инструментами (кюретами Грейси и крючками Зака). Была доказана высокая распространенность хронического генерализованного пародонтита, который требует ранней диагностики и своевременного лечения. Доказано, что проведение закрытого кюретажа, как этапа лечения хронического генерализованного пародонтита, имеет большое значение для предотвращения перехода заболевания в более тяжелую стадию.

Очень яркой и доброй получилась работа студентов V курса стоматологического факультета БАЛАБИНОЙ Татьяны Сергеевны, Веселова Дениса Владимировича и Володяшкиной Марии Александровны «Эффективность применения препарата «Аргенат» для лечения кариеса временных зубов у дошколь-



ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:
«Dentech Corporation», Япония.

Полный набор
Rubber Dam Technic Set
12 кламп в ассортименте
Щипцы для постановки кламп
Пробойник для латексного листа
Рамка для латексного листа
Подставка для хранения кламп
металлическая (автоклавируемая)

Инструменты для наложения раббердама
Щипцы для постановки кламп
Пробойник для латексного листа
Рамка для латексного листа
Более 40 размеров кламп в ассортименте
для всех возможных клинических случаев

ЛАТЕКСНЫЕ ЛИСТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:
«DuraMedical Sdn. Bhd.», Малайзия.

Материал: натуральный латекс
Размер: 6" x 6" (152 мм x 152 мм)
Цвета: зеленый и синий
Толщина: средняя (medium) 0,18 мм
Ароматы: мята или нейтральный
Упаковка: 36 листов



Copyright.
Апокин А.Д. М., 2010



DuraMedical

10 преимуществ использования системы «Раббердам»:

1. Адекватная ретракция мягких тканей полости рта, в том числе маргинальной десны.
2. Защита от повреждения ротационным инструментом.
3. Контроль над десневым кровотечением.
4. Предупреждение проглатывания или аспирации мелкого инструментария, фрагментов пломб и т.п.
5. Исключение химического повреждения слизистой оболочки полости рта и языка растворами ирригации корневых каналов, компонентами адгезивной системы, активными веществами офисных систем отбеливания зубов и т.п.
6. Постоянная сухость рабочего поля.
7. Предупреждение контаминации корневого канала при эндодонтическом вмешательстве.
8. Защита препарированных полостей от попадания ротовой жидкости.
9. Экономия рабочего времени врача за счет отказа от использования ватных валиков и прополаскивания полости рта пациентом.
10. «Раббердам» является своего рода физическим барьером между врачом и пациентом. Субъективно пациент ощущает лечение как проводимое «вне полости рта», при этом пересушивания слизистой оболочки не происходит, ротовая жидкость проглатывается без труда, осуществляется достаточный контроль над перекрестной инфекцией, общительность пациента также ограничена.

С момента изобретения системы «Раббердам» прошло почти 150 лет, и во многих странах ее использование служит эталоном качества проводимого лечения. Современная реставрация и эндодонтия уже невозможны без применения этой системы. Все специалисты, которые нашли в себе желание и силы на освоение методики, уже не откажутся от нее никогда.

Кутяев С. А. «Раббердам в клинической практике врача-стоматолога», М., 2010.

Эксклюзивный дистрибьютор в России — ООО «Алдент»: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 33Ж, офис 317.
Тел./факс: (812) 718-69-89, 334-54-51, 388-30-06, e-mail: aldent@mail.ru, <http://www.aldent.su>

ников». Научное руководство работой осуществляла Колесова Ольга Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста.

Целью работы стало исследование клинической эффективности применения препарата Аргенат, содержащего в качестве активного компонента фторид диамин серебра, для лечения кариеса молочных зубов у детей 2-6 лет, проживающих в местности с пониженным содержанием фтора в питьевой воде. Результаты работы свидетельствуют о том, что:

— метод серебрения молочных зубов препаратом Аргенат имеет высокую эффективность (51%);

— при лечении поверхностного и циркулярного кариеса в молочных зубах процедура нанесения на твердые ткани зубов препарата Аргенат непродолжительна по времени и легко переносится детьми;

— метод серебрения молочных зубов не только эффективен в клиническом аспекте, но и прост, безболезнен и помогает установлению психоэмоционального контакта между ребенком и врачом-стоматологом, что положительно влияет на результат лечебных мероприятий.

Работа БАЛАХОНЦЕВОЙ Елены Валентиновны «Качество оказания стоматологической помощи пациентам с заболеваниями пародонта в лечебных учреждениях различных форм собственности» была выполнена под научным руководством Бондаренко Николая Николаевича, д.м.н., профессора кафедры терапевтической стоматологии. Целью исследования стала оценка обоснованности подхода к диагностике и адекватности проводимого лечения.

На основании анализа медицинской документации выявлено, что в частных стоматологических структурах обращаемость пациентов с заболеваниями пародонта выше, чем в муниципальных структурах, но она не соответствует распространенности данной патологии. Выявление патологии пародонта в муниципальных стоматологических поликлиниках происходит только приблизительно у 15% пациентов, а в частном секторе — у 22%, что, возможно, связано с более высокой личной заинтересованностью врачей частных клиник в увеличении объема оказываемых стоматологических услуг.

Заболевания пародонта часто диагностируются в запущенных стадиях, либо в стадиях обострения. В муниципальных стоматологических поликлиниках проводится более адекватно, чем в частных стоматологических поликлиниках, пародонтологическое лечение, но оно не во всех случаях является полным.

Таким образом, в современном практическом подходе к диагностике и лечению заболеваний пародонта в стоматологических организациях независимо от форм собственности существуют проблемы, которые выражаются в недостаточном обследовании пациентов, неправильной постановке диагноза и как следствие неадекватности лечения.

Клинический ординатор ВОРОБЬЕВА Виктория Сергеевна представила работу «Сравнительная оценка наклона зубов по данным диагностических моделей челюстей и ортопантограмм», научное руководство осуществляла Николаева Елена Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии.

Позиционирование брекетов является одним из важнейших этапов ортодонтического лечения, который определяет дальнейшее пространственное перемещение зубов. На основании анализа полученных данных наиболее достоверные данные наклона зубов по результатам изучения ортопантограмм можно получить для передней группы зубов, тогда как в боковых отделах зубных рядов они могут иметь существенные отличия. Кроме того, отклонения углов наклона зубов более выражены в области нижней челюсти.



Докладчик Зюкин Д. А.



Докладчица Еремеева Д. А.



Докладчица Балабина Т. С.

Независимо от отдела и челюсти, значения углов наклона зубов по данным ортопантограммы всегда больше, чем при изучении диагностических моделей челюстей.

«Анализ процессов восстановления слизистой оболочки полости рта после вестибулопластики традиционным и радиохирургическим методами» стал темой научной работы ЗАЙЦЕВОЙ Алены Александровны, выполненной под руководством ассистента кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н. Яновой Нины Александровны.

Работа посвящена анализу процессов восстановления слизистой оболочки полости рта после проведения вестибулопластики традиционным и радиохирургическим методами. Доказано, что использование радиохирургического метода приводит к значительному уменьшению болевого синдрома, выраженности отека в области послеоперационной раны, способствует ускорению процессов гранулирования и эпителизации раны, что подтверждается показателями общего суммарного балла, характеризующего динамику клинических проявлений.

Работа студенток IV курса стоматологического факультета ИЛЬИНОЙ Дарьи Игоревны и Бабиной Ксении Игоревны «Анализ состояния зубов «мудрости» у студентов стоматологического факультета для выявления необходимости хирургического и ортодонтического лечения» была проведена под научным руководством ассистента кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии к.м.н. Казакова Алексея Васильевича.

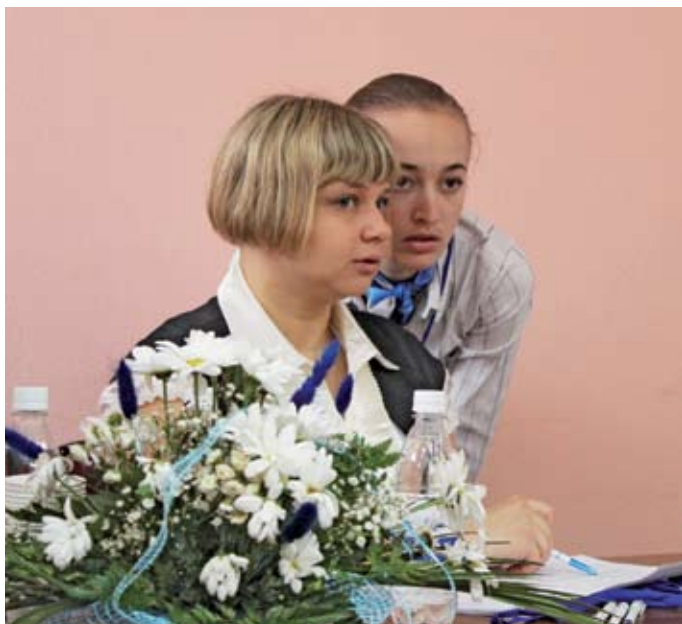
Исследование показало, что у 2/3 обследованных студентов старших курсов зубы «мудрости» прорезались, у 19% прорезавшиеся зубы «мудрости» поражены кариесом или были удалены вследствие развившихся осложнений, у 10% студентов зубы «мудрости» являются причиной тесного положения зубов в переднем отделе, что является показанием к ортодонтическому и хирургическому лечению.

Аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КЛОЧКОВ Андрей Сергеевич представил работу «Совершенствование методов хирургического лечения воспалительно-деструктивных процессов челюстей». Научный руководитель — профессор, д.м.н., зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Дурново Евгения Александровна.

Его исследование подтверждает, что воздействие в КВЧ-диапазоне волн оказывает заметное позитивное влияние на ход, непосредственные и ближайшие результаты комплексного лечения пациентов, эффек-

тивно подавляя инфекционно-воспалительные реакции как на пред-, так и на послеоперационном этапе лечения, снижая степень дискомфорта ощущений больного, сокращая сроки заживления ран. Докладчик продемонстрировал, как применение волновой терапии миллиметрового диапазона и озонотерапии по разработанным методикам позволяет за счет антимикробного воздействия на операционное поле в полости рта снизить процент развития осложнений, стимулировать процесс регенерации и нормализацию местного гомеостаза.

Работа КОНДЮРОВОЙ Евгении Викторовны, доцента кафедры пропедевтической стоматологии, «Оценка стоматологического статуса у студентов 2 и 3-го курсов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии», выполненная под руководством заведующей кафедрой пропедевтической стоматологии профессора Казариной Ларисы Николаевны, позволила оценить распространенность кариеса, заболеваний пародонта у студентов 2 и 3-го курсов стоматологического факультета.



Заболеваемость студентов оказалась достаточно высокой, что свидетельствует о необходимости улучшения стоматологического здоровья обучающейся молодежи. На примере этой работы становится очевидной и актуальной необходимость разработки и проведения комплексной профилактики стоматологических заболеваний, включающей в себя такие мероприятия, как:

- борьба с вредными привычками;
- рациональное питание;
- индивидуальные гигиенические мероприятия;
- санация полости рта;
- восстановление окклюзии (ортодонтическое и ортопедическое лечение);
- диспансеризация;
- просветительская работа.

Аспирант кафедры терапевтической стоматологии КРУГЛОВА Наталья Валерьевна представила работу «Использование прибора VECTOR при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта». По результатам работы установлено, что:

— стоматологический статус пациентов с ХГП легкой степени тяжести характеризуется величиной индекса ИГР-У = $2,1 \pm 0,05$ балла и значением индекса РМА = $27,51 \pm 0,09\%$;

— при хроническом генерализованном пародонтите происходит усиление процессов свободнорадикального окисления

и снижение активности антиоксидантной системы ротовой жидкости. Это подтверждается достоверно повышенным значением величины прооксидантно-антиоксидантного баланса — $4,187 \pm 0,021$ отн. ед. у пациентов с ХГП легкой степени тяжести по сравнению с контрольной группой $3,304 \pm 0,012$ отн. ед. ($p < 0,05$);

— после проведенного курса комплексного этиопатогенетического лечения у пациентов с ХГП легкой степени тяжести наблюдается достоверное снижение величин гигиенического и пародонтального индексов: ИГР-У = $1,12 \pm 0,01$ балла и РМА = $13,51 \pm 0,02\%$ ($p < 0,05$);

— тщательно проведенная профессиональная гигиена полости рта и адекватная комплексная терапия способствуют стабилизации процессов перекисного окисления липидов с одновременной активацией антиоксидантной защиты ротовой жидкости у пациентов с ХГП легкой степени тяжести, что подтверждается тенденцией к восстановлению прооксидантно-антиоксидантного баланса до $4,106 \pm 0,018$ отн. ед. ($p < 0,05$).

Студент III курса МАРАЕВ Сергей Александрович в своей работе «Премедикация при стрессовых состояниях на амбулаторном приеме в стоматологии», выполненной под руководством ассистента кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии к.м.н. Казакова Алексея Васильевича, показал, как купировать эмоциональный стресс перед стоматологическим вмешательством.

Применение классических бензодиазепиновых седативных препаратов у пациентов с преобладанием астенических черт личности вызывает анксиолитическое, активирующее действие, с повышением порогов чувствительности. При преобладании астенических черт личности препараты данной группы вызывают седативный эффект с обострением болевой чувствительности. Кроме того, одним из противопоказаний к применению бензодиазепиновых транквилизаторов служат заболевания печени. В этих ситуациях в качестве премедикации целесообразно самостоятельное применение препаратов других фармакологических групп (Тенотен, Фенотропил, Метадоксил).

Полученные сведения дают представление о целесообразности назначения препаратов для премедикации у пациентов с высоким риском развития эмоционального стресса на амбулаторном стоматологическом приеме.

МИРОНОВ Григорий Вадимович и Гулян Унан Геворгович в работе «Сравнение методик пломбирования кариозных полостей композитными материалами светового отверждения», выполненной на кафедре терапевтической стоматологии под руководством ассистента кафедры к.м.н. Натальи Викторовны Тиуновой, показали различия методик пломбирования.

При бондинг-технике пломбирование включало такие этапы, как: наложение изолирующей прокладки Vitrebond (3M ESPE) до эмалево-дентинной границы, протравливание, смывание тра-



вильного геля, нанесение эмалевого бонд-агента («Стомадент»), его фотополимеризация, внесение в полость и отверждение композитного пломбирочного материала Призмафил («Стомадент»), шлифование и полирование пломбы.

При адгезивной технике проводится протравливание эмали и дентина, смывание травильного геля, нанесение адгезивной системы Adper single bond 2 (3M ESPE), ее фотополимеризация, внесение в полость и отверждение композитного пломбирочного материала Filtek supreme (3M ESPE), шлифование и полирование пломбы.

При применении сэндвич-техники («закрытого» варианта) пломбирование включает этапы: наложение изолирующей прокладки Vitrebond (3M ESPE) на дно кариозной полости, протравливание, смывание травильного геля, нанесение адгезивной системы Adper single bond 2 (3M ESPE), ее фотополимеризация, внесение в полость и отверждение композитного пломбирочного материала Filtek supreme (3M ESPE), шлифование и полирование пломбы.

При использовании техники слоеной реставрации проводят протравливание эмали и дентина, смывание травильного геля, нанесение адгезивной системы Adper single bond 2 (3M ESPE), ее фотополимеризацию, внесение в полость и фотополимеризацию слоя низко модульного композитного материала Filtek Flow (3M ESPE), пакуемого композита Filtek P60 (3M ESPE), нанокомпозита Filtek supreme (3M ESPE) и шлифование и полирование пломбы.

Итак, сравнение методик пломбирования позволило сделать вывод о том, что выбор методики индивидуален для каждого пациента. На современном этапе развития стоматологии рационально использование:

— сэндвич-техники — в возрасте до 18 лет, у беременных, при глубокой кариозной полости, при неудовлетворительной гигиене полости рта, низкой кариесрезистентности и наличии соматической патологии;

— и техники слоеной реставрации, которая позволяет максимально использовать положительные свойства композитных материалов.

РОГАНОВА Ольга Анатольевна и Тараканова Юлия Александровна провели интересную работу «Оценка эффективности зубной пасты Colgate Sensitive Pro-Relief при лечении повышенной чувствительности зубов».

Исходный уровень чувствительности твердых тканей зубов составлял $2,45 \pm 0,11$ балла. После применения зубной пасты Colgate Sensitive Pro-Relief наблюдалось достоверное снижение чувствительности до $1,6 \pm 0,17$ балла ($p < 0,001$).

Таким образом, применение зубной пасты Colgate Sensitive Pro-Relief при лечении повышенной чувствительности зубов является высокоэффективным, а снижение болевой реакции на все виды раздражителей способствует улучшению качества жизни пациентов.

ТИУНОВА Наталья Викторовна в докладе «Эффективность Тенотена при премедикации пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме» (научный руководитель д.м.н., профессор Лукиных Людмила Михайловна) показала, что анксиолитик Тенотен (ООО «Материя Медика Холдинг НПФ», Россия) эффективно устраняет тревогу, улучшает самочувствие и настроение у больных с низким, умеренным и, особенно, высоким уровнем тревожности. Препарат увеличивает порог предела выносливости к боли и не имеет побочных эффектов седативного, миорелаксантного и амнезирующего характера, что особенно важно при амбулаторном использовании препарата.

ТОЛМАЧ Софья Николаевна представила работу «Определение корреляции темперамента человека с характером послеоперационного течения на амбулаторном стоматологическом приеме». Научный руководитель — ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии к.м.н. Казаков Алексей Васильевич.

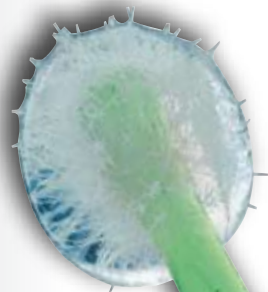
Исследование оказалось очень интересным. Полученные данные свидетельствуют о том, что:

— темперамент пациентов, проходивших амбулаторное хирургическое лечение, оказывает существенное влияние на характер течения послеоперационного периода;

— среди пациентов хирургического отделения стоматологической клиники преобладают сангвиники и холерики.

В заключение организаторы конференции выразили удовлетворение уровнем представленных докладов и уверенность, что в следующем году он станет еще выше. Все участники секции и авторы докладов получили памятные подарки от спонсоров и книги по стоматологии издательства Нижегородской государственной медицинской академии, докладчикам и соавторам были вручены памятные грамоты с подписями членов оргкомитета.

Microbrush® Аппликатор №1 в мире



Только аппликатор,
произведенный Янг
Микробраш (США),
может называться
Микробраш

Используя качественные аппликаторы и кисточки Микробраш, Вы можете быть уверены в том, что инструменты не подведут Вас в ответственный момент. Ножка кисточки не сломается при сгибании и согнется ровно настолько, насколько требуется. Головка аппликатора впитает и отдаст нужное количество материала (например, на головке аппликатора Микробраш стандартного размера стабильно удерживается 1/8 капли); жидкость не капнет в неположенный момент.

Надежно закрепленные и правильно ориентированные ворсинки никогда не останутся на рабочей поверхности. Более жесткая, по сравнению с другими, головка аппликатора Микробраш даст возможность эффективно «втереть» жидкость в поверхность. Продуманная упаковка надежно защитит инструменты от повреждений при транспортировке и хранении.

Эксклюзивный поставщик Микробраш в России:

kraftway
medical

ООО «Крафтвэй Медикал» Москва, 3-я Мытищинская ул., 16
(495) 232-69-33 www.kraftwaydental.ru

Влияние различных антибактериальных препаратов на микрофлору пародонтальных карманов при хронических формах пародонтитов

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой, А. И. ВОРОНИНА, аспирант, врач-стоматолог, Ю. В. МЕНЬШИКОВА, врач-стоматолог, О. В. ШКАРЕДНАЯ, аспирант. Кафедра стоматологии ФКПВ ИПО ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» (г. Нижний Новгород).

Этиологическая роль бактериальной флоры в возникновении гингивита и пародонтита доказана как клиническими наблюдениями, так и в эксперименте [Куракина Н. В., Кутепова Т. Ф., 2003]. На сегодняшний день «золотым стандартом» анаэробических средств является метронидазол в сочетании с хлоргексидином [Булкина Н. В., Островская Л. Ю., 2007].

В настоящее время выпускается несколько лекарственных средств, содержащих в себе комбинацию метронидазола и хлоргексидина: Метрогил Дента, Адгезивный бальзам Асепта, гель Гиалудент с метронидазолом и хлоргексидином.

Цель исследования — сравнительный анализ и оценка эффективности консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести (ХГПЛТ и ХГПСТ) с использованием различных антибактериальных средств по данным клинического осмотра и микробиологического анализа содержимого пародонтальных карманов.

Материалы и методы. В соответствии с целью работы были обследованы и прошли лечение 149 пациентов с ХГПЛТ и ХГПСТ в возрасте от 20 до 55 лет без тяжелых сопутствующих соматических патологий, которые были разделены на 4 группы.

В 1-й группе (20 пациентов с ХГПЛТ и 21 с ХГПСТ) лечение проводили с использованием Адгезивного бальзама Асепта. Во 2-й группе (17 и 18 человек) при лечении в качестве антибактериального препарата использовали комбинацию бальзама и геля Асепта. В 3-й группе (17 и 18 человек) использовали гель Гиалудент

№ 2 с хлоргексидином и метронидазолом. В 4-й группе (17 и 19 человек) использовали гель Метрогил Дента.

До и после лечения больные были осмотрены с целью определения состояния тканей пародонта по индексам ИГ, РМА, СРITN, и ПИ [Russel, 1956 г.], изучены ортопантомограммы. Микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана производился в бактериологической лаборатории ННИИТО.

Результаты и обсуждение. Исходя из полученных индексных оценок, в каждой группе произвели вычисление противовоспалительной эффективности по формуле определения индекса эффективности Улитовского:

эффективность (%) = $100 \times \frac{PMA(2)}{PMA(1)}$, где PMA(1) — до лечения, PMA(2) — после лечения.

Таким образом, эффективность лечения пациентов с ХГПЛСТ 1, 2, 3 и 4-й групп составила соответственно 66,05%, 78,52%, 55,95% и 43,52%. Противовоспалительный эффект лечения пациентов с ХГПССТ по группам — 58,32%, 72,62%, 52,21% и 37,83%.

В ходе микробиологического исследования нами было установлено, что для пациентов с ХГПЛТ характерно наличие в пародонтальном кармане пародонтопатогенной флоры, образованной ассоциациями условно патогенных микроорганизмов [Боровский Е. В., Леонтьев В. К., 2001 г.]: стрептококки, коринебактерии, нейссерии, пептострептококки и бактериоиды.

Видовой состав микрофлоры пародонтальных карманов пациентов с ХГ-

ПСТ оказался более разнообразен. Кроме вышеперечисленных микроорганизмов в ней обнаруживались стафилококки, фузобактерии, лептотрихии, актиномицеты, превотеллы и вейлонеллы, бактериоиды, порфиромонады и пептострептококки.

После лечения количество патогенных микроорганизмов, заселяющих пародонтальные карманы (ПК), значительно снизилось во всех группах пациентов, произошел сдвиг микрофлоры ПК в сторону аэробов. Особенно выраженные изменения произошли после лечения комплексом бальзама и геля Асепта пациентов с ХГПСТ: снизилось количество *Bacteroides sp.*, *Porphyromonas gingivalis*, *Peptostreptococcus sp.*, *Veilonella parvula.*, *Streptococcus sp.*, *Corinebacterium sp.* Количество же *Lactobacillus sp.* и *Bifidobacterium sp.* возросло.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что все примененные антибактериальные препараты имеют бактерицидный эффект и оказывают противовоспалительное действие. Антибактериальное действие Гиалудента № 2 и комплекса бальзама и геля Асепта превосходит действие остальных препаратов. Противовоспалительное действие комплекса Адгезивного бальзама и геля Асепта с прополисом более выражено по сравнению с другими исследуемыми препаратами при лечении больных как с ХГПЛТ, так и с ХГПСТ. Применение дополнительно в комплексной терапии геля Асепта усиливает лечебный эффект у больных ХГПЛТ и ХГПСТ.

Изменение состава микрофлоры пародонтальных карманов при лечении пациентов с ХГПЛТ/ ХГПСТ

Микроорганизм	1-я группа Бальзам Асепта		2-я группа бальзам + гель Асепта		3-я группа Гиалудент М и Х		4-я группа Метрогил Дента	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Аэробы, КОЕ/0,1 мл								
<i>Neisseria specias</i>	82/82	47/2	2/33	0/17	182/16	7/26	5/7	0/144
<i>Streptococcus specias</i>	143/685	20/421	46/91	99/39	123/36,5	2,25/141,75	100/147,3	0/144
<i>Corinebacterium sp.</i>	113/183,5	147/3,25	33/220	80/15	28,5/2,2	1/0	3/0	4/10
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1/0	0/0	1/0	0/0	27/7	3/16	0/10	0/0
<i>Candida albicans</i>	0/0	0/0	0/0	0/0	2/0	0/0	0/0	0/0
Анаэробы, КОЕ/0,1 мл								
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	302/183	47/47	166,5/145	128/28	128/45	8/115	100/151	1/240
<i>Veilonella parvula</i>	22/44	20/2	22/36	48/2	292/36	0/14	0/144	0/50
<i>Bifidobacterium sp.</i>	51/0	213/0	28/0	0/7	80/80	0/6	60/10	0/19
<i>Prevotella specias</i>	25/0	0/0	0/0	166/0	1/110	0/0	0/70	0/0
<i>Bacteroides sp.</i>	141	108	0	0	64	0	0	0
<i>Leptotrichia buccalis</i>	10/28	40/8,3	10/53	0/0	14/0	0/0	0/50	0/0
<i>Fusobacterium sp.</i>	17/52	0/0	8/52	0/0	33/0	0/0	0/0	0/0
<i>Lactobacillus sp.</i>	17/5	0/7	17/5	13/209	0/29,3	7/10	0/0	0/0
<i>Actinomyces sp.</i>	0/50	0/0	0/0	0/0	5/30	3/0	0/20	0/0
<i>Bacteroides sp.</i>	0/182	0/89	0/360	0/7	0/10,5	0/0	0/32	0/1
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	0/320	0/25	0/320	0/0	0/0	0/0	0/0	0/12



Камистад®

гель для местного применения

лидокаина гидрохлорид +
настойка цветков ромашки

не содержит сахара



РУП №015756/01

КОМБИНИРОВАННОЕ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

Показания. Болевой синдром при:

- Воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта и губ (включая образование пузырьков и обветривание губ)
- Гингивите
- Раздражении слизистой рта протезами и брекетами
- Прорезывании молочных зубов и зубов мудрости
- Ортодонтических и других стоматологических процедурах

Широкие возможности для применения

- Для разных возрастных категорий (взрослых и детей с 3-х месяцев)
- Возможность рекомендаций пациентам для использования в домашних условиях
- Возможность использования в ежедневной профессиональной практике и включения в схему обслуживания пациента при оказании стоматологической помощи

Для взрослых и детей с 3-х месяцев



Реклама

Производитель: «Штада Арцнаймиттель АГ», Германия
Маркетинг и дистрибуция: ОАО «Нижфарм», Россия
Тел.: (831) 278 80 88 www.stada.ru

Сравнительная оценка эффективности антибактериальных средств, используемых для лечения воспалительных заболеваний пародонта

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой; А. И. ВОРОНИНА, аспирант, врач-стоматолог.
Кафедра стоматологии ФКПВ ИПО ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия».

Распространенность заболеваний пародонта резко возросла вместе с прогрессом цивилизации, и в нашей стране она достигла 95-100% [Жулев Е. Н., 2003]. Такая тотальная распространенность, сложность и длительность лечения обуславливают центральное место этой патологии в работе не только врача пародонтолога, но и стоматолога общей практики [Цепов Л. М., 2006].

Несмотря на большое количество схем и методов комплексного лечения, этот вопрос по-прежнему продолжает оставаться одной из актуальных проблем в стоматологии [Орехова Л. Ю. и др., 2007; Кучумова Е. Д. и др., 2008; Цепов Л. М., 2010; Fernandes L. A. et al., 2009].

Принято считать, что важную роль в переходе гингивита в пародонтит играет снижение резистентности организма и тканевой пародонта. И. М. Дегтярев (1990) показал, что у больных с ослабленным иммунитетом поражение пародонта наблюдается в короткие сроки [Лукиных Л. М., 2004]. К патологическим изменениям, таким, в частности, как разрушение связочного аппарата зуба, приводит несоответствие индивидуальных особенностей иммунитета и активности бактериальной флоры [С. И. Гажва, 2003]. Этим и объясняется целесообразность применения антибактериальных средств.

На сегодняшний день «золотым стандартом» анаэробических средств является метронидазол, демонстрирующий, в частности, высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта, в особенности, в сочетании с хлоргексидином [Булкина Н. В., Островская Л. Ю., 2007]. Ряд зарубежных исследователей обнаружили иммуномодулирующее действие метронидазола, заключающееся в активации системы клеточного иммунитета пародонта [Rizzo A. et al., 2010].

В настоящее время выпускается несколько лекарственных средств, содержащих в себе комбинацию метронидазола и хлоргексидина: Метрогил Дента, Метрогил дента профессиональный, адгезивный бальзам Асепта, гель Гиалудент с метронидазолом и хлоргексидином.

Цель исследования — сравнительный анализ показателей местного иммунитета и оценка эффективности консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести (ХГПЛСТ и ХГПССТ) адгезивным бальзамом Асепта и гелем Метрогил Дента по данным клинического осмотра.

Материалы и методы. В соответствии с целью работы были обследованы и прошли лечение 97 пациентов с ХГПЛСТ и ХГПССТ в возрасте от 20 до 50 лет без тяжелых сопутствующих соматических патологий. Из них 32 мужчины и 65 женщин.

Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-й и 2-й группах (27 пациенты с ХГПЛСТ и 29 с ХГПССТ) лечение проводили с использованием адгезивного бальзама Асепта. В 3-й и 4-й группах (20 и 21 человек) при лечении в качестве антибактериального препарата использовали гель Метрогил Дента.

Исследования проводились на базе кафедры стоматологии ЦПК и ППС Нижегородской государственной медицинской академии.

До начала исследования и после лечения больные были осмотрены с целью определения состояния тканей пародонта по индексам ИГ по методу Ю. А. Федорова, В. В. Володкиной (1971) [Цепов Л. М., Николаев А. И., 2004], РМА, СРITN, и ПИ [Russel, 1956]. Производился забор нестимулированной слюны, которая в последующем отправлялась в иммунологическую лабораторию, где определялся уровень иммуноглобулинов (Ig) G, A, M и sIgA, лизоцима и Ксб.

Всем пациентам было проведено обучение рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов, профессиональная гигиена полости рта, санация и устранение факторов, травмирующих пародонт, курс лечения выбранным препаратом, закрытый кюретаж пародонтальных карманов. Эффективность лечения определяли по формуле определения индекса эффективности Улитовского:

эффективность (%) = $100 \times [PMA(1) - PMA(2)] / PMA(1)$, где РМА(1) — до лечения, РМА(2) — после лечения.

Результаты и обсуждение. В результате комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов 1-й и 2-й групп отмечено улучшение состояния тканей пародонта. ИГ снизился в 1,5 раза — с 1,86 до 1,24 в первой группе и составил 1,23 балла по сравнению с исходными значениями 2,44 балла во второй; индекс РМА — с 50,33% до 17,04%, почти в 3 раза, и в 2,5 раза во второй группе; кровоточивость исчезла. СРITN уменьшился — с 1,83 до 0,59, в 3 раза в первой группе, а ПИ — с 2,34 до 1,7 балла (табл. 1).

Таблица 1.

Эффективность лечения по группам

1-я группа	3-я группа	2-я группа	4-я группа
66,14	43,52	59,83	37,83

Индекс эффективности лечения Улитовского составил 66,14% и 59,83% соответственно. Изменения индексов в 3-й и 4-й группах были меньшими, чем в 1-й и 2-й. Эффективность лечения составила 43,5 и 37,8% (табл. 1).

Показатели местного иммунитета — IgG, IgA, sIgA, IgM, лизоцим и Ксб — после проведенного лечения приобрели тенденцию к изменениям до уровня нормы во всех группах различно. Так, IgG наиболее значимо изменился в 1-й и 2-й группах, на 0,008 и 0,009 г/л; выражено его снижение и в 3-й группе — на 0,006 г/л (табл. 2).

Таблица 2.

Изменения IgG по группам

	ХГПЛТ б. Асепта	ХГПЛТ Метрогил	ХГПСТ б. Асепта	ХГПСТ Метрогил	Норма
До лечения	0,047	0,037	0,043	0,045	0,032
После Лечение	0,039	0,031	0,034	0,043	

IgG является основным классом антитоксинов, противобактериальных и противовирусных антител, составляя до 75% всех Ig.

Ярко выражены изменения sIgA, который во всех группах, за исключением 4-й, превысил норму 0,536 г/л, поднявшись с исходного уровня почти в 2 раза. Так, в 3-й группе (ХГПССТ — Метрогил Дента) он изменился с 0,396 до 0,788 г/л, в 1-й (ХГПЛСТ — бальзам Асепта) — с 0,281 до 0,596 г/л (табл. 3).

Таблица 3.

Изменение sIgA по группам

	ХГПЛТ б. Асепта	ХГПЛТ Метрогил	ХГПСТ б. Асепта	ХГПСТ Метрогил	Норма
До лечения	0,047	0,037	0,043	0,045	0,032
После Лечение	0,039	0,031	0,034	0,043	

sIgA связывает и инактивирует бактериальные токсины, препятствует повреждению слизистой оболочки.

IgM в норме в слюне не выявляется. Во всех группах его значение было выше 0. Также во всех группах он не выявился после лечения.

Наиболее значительные изменения лизоцима произошли в группе пациентов с ХГПЛСТ после лечения адгезивным бальзамом Асепта и ХГПССТ после лечения гелем Метрогил Дента (табл. 4).

Таблица 4.

Рис. 4. Изменения лизоцима в %

	ХГПЛТ б. Асепта	ХГПЛТ Метрогил	ХГПССТ б. Асепта	ХГПССТ Метрогил	Норма
До лечения	48,6	56,167	48,625	48,857	50,5
После Лечение	53,5	51,25	51,286	53,571	

В 3-й группе лизоцим до лечения был повышен, после лечения его значение приблизилось к норме. Лизоцим обладает бактерицидным действием на Гр+ бактерии, грибы рода *Candida*, бактериостатическим действием на Гр- бактерии, активирует sIgA, препятствует бактериальной адгезии к слизистой оболочке.

Ксб превышал норму (0,336%) у всех пациентов до лечения почти в 10 раз. Значительное изменение его произошло у пациентов с ХГПССТ в обеих группах (табл. 5).

Таблица 5.

Изменение Ксб

	ХГПЛТ б. Асепта	ХГПЛТ Метрогил	ХГПССТ б. Асепта	ХГПССТ Метрогил	Норма
До лечения	2,688	2,692	5,568	3,823	1,0
После Лечение	2,499	1,8	2,363	2,006	

Хотя до нормы он так и не снизился. Ксб является коэффициентом сбалансированности факторов местного иммунитета, в норме показывая благоприятное соотношение уровней IgG, IgA и лизоцима.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что все примененные антибактериальные препараты оказывают противовоспалительное действие и оптимизируют иммунитет. Противовоспалительное действие наиболее выражено у адгезивного бальзама Асепта. Противовоспалительное действие Метрогил Дента эффективнее проявляется в группе пациентов с ХГПЛСТ. Нормализация иммунитета наиболее эффективно происходит у пациентов с ХГПССТ.

Литература

1. Булкина Н. В., Островская Л. Ю. Новые возможности местной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний пародонта на фоне патологии органов пищеварения. Русский медицинский журнал. Стоматология 2007; 4: 230-233.
2. Гажва С. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА. — 2003. — С. 105.
3. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — С. 276.
4. Кучумова Е. Д., Леонтьев А. А., Калинина О. В. и др. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта. Пародонтология 2008; 1 : 83-88.
5. Лукиных Л. М. Болезни полости рта. — Н. Новгород: Изд-во НГМА. — 2004. — С. 508.
6. Орехова Л. Ю., Тэц В. В., Улитовский С. Б. и др. Использование адгезивного бальзама Асепта при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Пародонтология 2007; 3 (44): 3-7.
7. Цепов Л. М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. — М.: «МЕДпресс-информ». — 2006. — С. 192.
8. Fernandes L. A. et al. Treatment of experimental periodontal disease by photodynamic therapy in immunosuppressed rats. J Clin Periodontol. 2009; 36 (3): 219-228.
9. Rizzo A. et al. Effect of metronidazole and modulation of cytokine production on human periodontal ligament cells. International Immunopharmacology. 2010.

ВЕНДОРС-НН

БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ
от 11 700 руб.

ТТЛ БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ
от 14 400 руб.

г. Нижний Новгород
тел. (831) 414-36-18
www.vendorsnn.ru

Влияние системной энзимотерапии на заживление пародонтального дефекта в эксперименте

Л. А. ДМИТРИЕВА, Заслуженный врач России, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой терапевтической стоматологии МГМСУ.

О. В. ЗАЙРАТЬЯНЦ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии МГМСУ.

Д. А. НЕМЕРЮК, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ.

Е. В. ГЕРАСИМОВА, врач-стоматолог, аспирант кафедры терапевтической стоматологии МГМСУ.

Введение

Пародонтит является воспалительным заболеванием, характеризующимся нарушением целостности околозубных тканей. В настоящее время развитие патологии пародонта определяется следующими основными факторами: наличием микробной биопленки на поверхности корня зуба, наличием собственно продуцируемых воспалительных медиаторов в тканях пародонта и наличием общих факторов, регулирующих метаболизм тканей полости рта и иммунный клеточный ответ. Таким образом, пародонтит, являясь по-

лиэтиологическим заболеванием, остается проблемой номер один в стоматологии и представляет значительные трудности в лечении для врачей-клиницистов. Это подтверждают последние данные ВОЗ, согласно которым распространенность заболеваний тканей пародонта среди людей в возрастной группе 35-45 лет составляет 94,3%.

Известно, что лечение пародонтита (особенно его тяжелых форм) может занимать несколько лет, а порой продолжается всю жизнь, что является достаточно тягостным обстоятельством для пациента, но напрямую связано с объемом вмеша-

тельств (терапевтических, ортопедических, хирургических и физиотерапевтических), а также с необходимостью восстановительного периода (от 2 до 6 мес.) после каждого хирургического вмешательства на пародонте.

В связи с этим понятно желание и пациентов и врачей сократить сроки лечения без потери его эффективности, и посвятить дальнейшее наблюдение за состоянием пародонта профилактическим мероприятиям.

Последнее время в отечественной и зарубежной литературе представлен положительный клинический опыт применения системной энзимотерапии (СЭТ), т.е. применения Вобэнзима в лечении гнойно-воспалительных заболеваний. В проведенных клинических исследованиях были получены данные свидетельствующие об оказании СЭТ ряда системных и местных терапевтических эффектов, приводящих к уменьшению отека и болевого компонента, ускорению и оптимизации местных репаративных процессов, а также к сокращению объема и длительности антибактериальной терапии.

Системная энзимотерапия (СЭТ) — это современный метод лечения, основанный на кооперативном воздействии целенаправленно составленных смесей протеолитических ферментов на весь организм в целом. Препараты для системной энзимотерапии содержат комбинации нескольких высокоактивных гидролаз животного и растительного происхождения (табл. 1).

После перорального приема они оказывают воздействие на систему иммунитета, систему гомеостаза, реологические свойства крови и метаболические процессы.

Еще одним важным свойством энзимов является их способность к потенцированию действия антибактериальных препаратов — повышению концентрации антибиотиков в биологических жидкостях организма и органах, повышению чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам и уменьшению побочных эффектов антибактериальной терапии.

После хирургического отделения десны от поверхности зуба некоторые коллагеновые волокна остаются вросшими в цемент. При плотной адаптации десны к неизменной поверхности зуба между коллагеновыми волокнами цемента и коллагеном раневой поверхности десны образуется небольшой ступок. Формирующаяся грануляционная ткань пенетрирует тонкий ступок и способствует объединению волокон цемента с новым коллагеном, который продуцирует фибробласты десны.

Эпителиальное прикрепление обычно образуется на предоперационном уровне у поверхности зуба. При формировании большого ступка эпителий может мигрировать апикально по раневой поверхности десны, что приводит к образованию значительно более длинного эпителиального прикрепления. Этого не произойдет при правильном выполнении завершающего

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ®

Флогэнзим®

- 1 УСКОРЯЕТ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
- 2 ПРЕДУПРЕЖДАЕТ НАГНОЕНИЕ
- 3 УМЕНЬШАЕТ ОТЕК И ВОСПАЛЕНИЕ
- 4 АКТИВИЗИРУЕТ ПРОТИВОМИКРОБНЫЙ ИММУНИТЕТ
- 5 УВЕЛИЧИВАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ

НЕОСПОРИМЫХ 5 ПРЕИМУЩЕСТВ

Рег. уд. П № 012753/01 от 28.12.2006 г. РЕКЛАМА

Впервые стоматолог получает полифункциональный лекарственный препарат Флогэнзим, комплексно воздействующий на патогенетические механизмы воспаления. Флогэнзим ускоряет репаративные процессы, уменьшает воспаление и отек, активизирует местный иммунитет, снижает риск гнойных осложнений, повышает концентрацию антибиотиков в очаге воспаления.

Первый помощник стоматолога

Санкт-Петербург (812) 315-95-85

Москва (495) 231-17-31

www.mucos.ru

Состав препаратов системной энзимотерапии

Группа	Компоненты	Вобэнзим	Флогэнзим
Энзимы растительного происхождения	Папаин	90 FIP Ед	-
	Бромелаин	225 FIP Ед	450 FIP Ед
Энзимы животного происхождения	Трипсин	360 FIP Ед	1440 FIP Ед
	Липаза	34 FIP Ед	-
	Амилаза	50 FIP Ед	-
	Химотрипсин	300 FIP Ед	-
	Панкреатин	345 PEP Ед	-
Витамины	Рутозид	50 мг	100 мг

Примечание: FIP Ед — единицы Международной фармацевтической федерации (Federation International Pharmaceutical); PEP Ед — протеолитические единицы Европейской Фармакопеи.

этапа операции, который заключается в наложении швов, аккуратном надавливании в течение 2-3 минут и наложении пародональной повязки.

Новое мягкотканное прикрепление заключается в формировании нового цемента, волокон соединительной ткани и прикрепленного эпителия на поверхности корня корональное предоперационного уровня. Для достижения коронального смещения соединительнотканного прикрепления клетки, продуцирующие новый цемент и collagen, должны иметь доступ к поверхности корня корональное существующего уровня прикрепленного эпителия. Эпителиальная выстилка кармана препятствует такому доступу и должна быть удалена с внутренней поверхности десневой стенки кармана.

Волокна альвеолярного гребня и транс-септальные волокна препятствуют доступу фибро- и цемента пародонтальной связки к поверхности зуба, расположенной корональное первоначального уровня прикрепленного эпителия; удаление эпителиальной выстилки и соединительной ткани, покрывающей пространство пародонтальной связки, позволяет увеличить доступ клеток, способных продуцировать новый цемент и collagen, к поверхности зуба, которая была частью пародонтального кармана.

При тщательной детоксикации поверхности корня с помощью механического сглаживания корней и химической обработки (по возможности), а также при плотной адаптации раневой поверхности для минимизации густка клеточные элементы пародонтальной связки могут мигрировать коронаро и продуцировать новый цемент и новые волокна Шарпея, то есть приводить к созданию нового прикрепления.

В стоматологической практике данные о применении препаратов системной энзимотерапии, таких как Вобэнзим и др., находятся в самом начале пути.

Поэтому целью работы явилось изучение в эксперименте на животных влияния препаратов системной энзимотерапии на течение регенерации искусственно вызванного дефекта маргинального участка пародонта.

Материалы и методы

При выполнении всех экспериментальных исследований мы придерживались «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных», отраженных в приказе № 755 Министерства здравоохранения СССР от 12.08.1977 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм работы с использованием экспериментальных животных, а также рекомендаций по использованию в эксперименте лабораторных животных».

Экспериментальные исследования по моделированию травмы пародонта про-

ведены на 6 беспородных собаках весом по 3 кг. Под внутривенным наркозом 1% раствора гексенала были сделаны костные дефекты в зоне маргинального пародонта бором № 3 (рис. 1), для контрольной группы — по 2 дефекта слева и справа. 3 животным из основной группы до операции и до завершения эксперимента в корм добавляли Вобэнзим. В обеих группах дефекты ушивали наглухо шелком.



Рис. 1. Формирование дефекта в области пародонта.

Динамические наблюдения за животными проводили в течение 180 дней. Через 2, 7, 45 и 180 дней материал удаляли под внутривенной анестезией. Рану ушивали наглухо шелком. В течение нескольких дней добавляли анальгетики. По окончании эксперимента животных выводили из опыта воздушной эмболией.

Морфологические методы

Комплексное морфологическое исследование включало гистологический и иммуноморфологический методы.

Гистологический метод. Вырезанные из полученного материала блоки фиксировали в 10% нейтральном забуференном формалине, подвергли декальцинации (использовали реагент Биодек R (Италия) и стандартную процедуру с применением кислот) и по общепринятой методике заливали в парафин. Гистологические срезы, толщиной 4-5 мкм, полученные на микротоме «Leica DM LB» (Германия), окрашивали гематоксилином и эозином.

С помощью гистологического метода выявляли характер, локализацию, распространенность и другие морфологические особенности патологических процессов.

Имуноморфологический метод. Для иммуноморфологического исследования использовали непрямой иммунопероксидазный метод с применением специфических моноклональных антител.

Гистологические срезы толщиной 4-5 мкм, изготовленные из парафиновых блоков с помощью микротомы «Leica» (Германия), помещали на покрывные специальные адгезивом (APES-ацетон) предметные стекла. Эндогенную пероксидазу в депарафинированных срезах блокировали

3% перекисью водорода. Демаскировку антигенов производили по стандартной схеме в микроволновой печи в течение 20 минут при 600 В в 0,1 М растворе цитратного буфера (рН 6,0). После инкубации гистологических срезов с первичными антителами (рабочее разведение антисывороток — 1:50-100; время инкубации — 45-60 мин. при температуре 37 °С), их обрабатывали вторичными биотилированными антиклическими иммуноглобулинами.

Результаты и обсуждение

При комплексном морфологическом исследовании в контрольной группе на 2-е сутки эксперимента определяются очаги некроза костной и соединительной ткани, воспалительная реакция в очагах повреждения, реактивная воспалительная гиперемия. Видно формирование секвестров из фрагментов костной ткани (рис. 2).

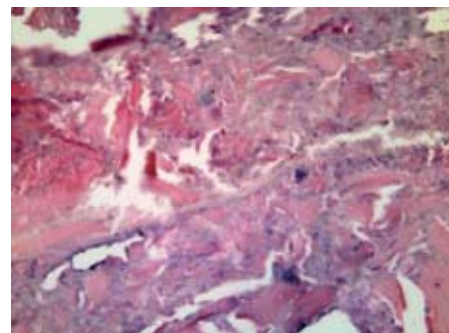


Рис. 2. Контрольная группа, 2 суток после операции. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x200.

На 2-е сутки после операции в основной группе на фоне приема Вобэнзима присутствует воспалительная реакция в очагах повреждения и воспалительная гиперемия. Однако по сравнению с контрольной группой в отдельных препаратах повышена активность фибробластов и формирование соединительной ткани (рис. 3).

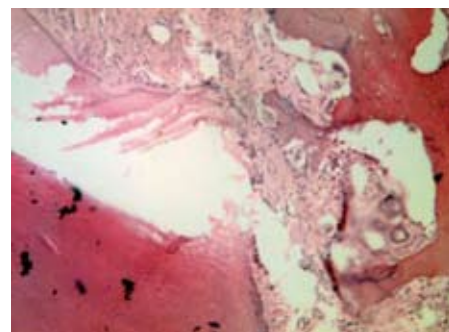


Рис. 3. Основная группа, 2 суток после операции на фоне приема Вобэнзима. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x200.

В контрольной группе на 7-е сутки эксперимента область периодонтальной связки представлена рыхлой грануляционной тканью. Вокруг секвестров костной ткани (1) отмечается воспалительная гранулематозная реакция (по типу гранулем инородных тел) (рис. 4). Острое воспаление в пародонте тормозит созревание грануляционной ткани. В данной экспериментальной группе при проведении непрямого иммунопероксидазного метода с антителами к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (СЭФР) определяется умеренно выраженная экспрессия СЭФР в эндотелии сосудов, клетках и экстрацеллюлярном матриксе регенерирующих соединительной и костной тканях (рис. 6).

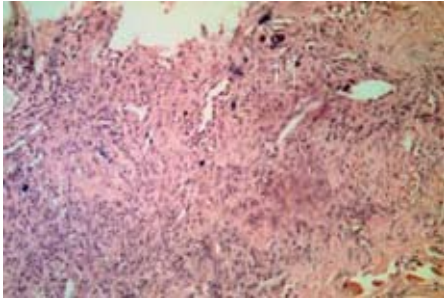


Рис. 4. Контрольная группа, 7 суток после операции. Вокруг секвестров костной ткани (1) воспалительная гранулематозная реакция. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 100$.

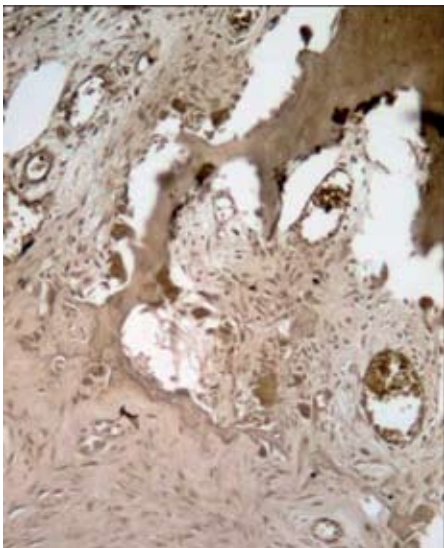


Рис. 6. Контрольная группа, 7 суток после операции. Непрямой иммунопероксидазный метод с антителами к СЭФР, увеличение $\times 200$.

Иначе представились результаты основной группы, у которой на фоне приема Вобэнзима на 7-е сутки после операции заметно усилился регенераторный процесс. Наряду с воспалительной гранулематозной реакцией повышена активность фибробластов, формирование соединительной ткани и цемента. Больше, чем в контрольной группе, очагов роста ткани, сходной с периодонтальной связкой из пучков коллагеновых и эластических волокон (рис. 5). При иммуноморфологическом исследовании отмечается высокое содержание СЭФР в очаге формирования периодонтальной связки и костной балки (рис. 7).

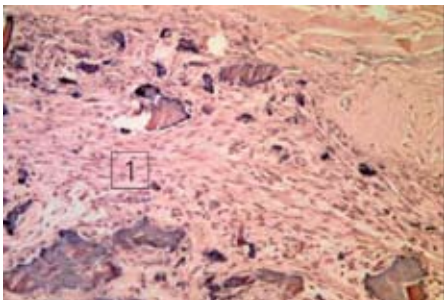


Рис. 5. Основная группа, 7 суток после операции на фоне приема Вобэнзима. Повышена активность фибробластов, формирование соединительной ткани (1). Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$.

В контрольной группе на 45-е сутки после операции определяется созревшая



Рис. 7. Основная группа, 7 суток после операции на фоне приема Вобэнзима. Непрямой иммунопероксидазный метод с антителами к СЭФР, увеличение $\times 200$.

соединительная ткань с большим количеством сосудов на месте периодонтальной связки, но собственно связка восстановлена лишь очагами. Среди созревшей соединительной ткани сформированы островки (пролифераты) эпителия, отшнурованные от эпителия десны — эпителиальные островки, а также грубые рубцы без элементов периодонтальной связки.

В основной группе на 45-е сутки после операции на фоне приема Вобэнзима видны направленные параллельно друг другу пучки коллагеновых и эластических (стрелки) волокон, которые заметны в периодонте паракортикальной сосудистой зоны и кортикальной поверхности альвеолярного отростка (цемент — 1, костные балки костной альвеолы с признаками регенерации — 2) (рис. 8). Четко выражена зона цемента с признаками регенерации и созревающая соединительная ткань с большим количеством сосудов на месте периодонтальной связки.

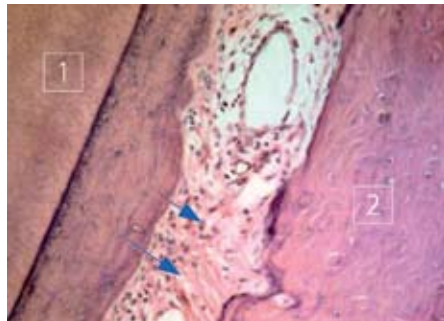


Рис. 8. Основная группа, 45 суток после операции на фоне приема Вобэнзима. Направленные параллельно друг другу пучки коллагеновых и эластических волокон — стрелки, цемент — 1, костная альвеола с признаками регенерации — 2. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$.

В контрольной группе после 6 месяцев эксперимента определяются регенерировавшие костные балки, утолщенные после восстановления от экспериментальной травмы с очагами зрелой соединительной ткани (рубцовой ткани).

В основной группе через 6 месяцев после операции на фоне приема Вобэнзима видна созревшая соединительная ткань с хорошо сформированной периодонтальной связкой, правильно направленными параллельно друг другу и, в основном, перпендикулярно цементу, пучками коллагеновых с большим количеством эластических волокон (стрелки). Четко выражена зона цемента с признаками регенерации — 1, видна и зона регенерации костной балки альвеолы — 2 (рис. 9). Сохраняется высокое содержание СЭФР в эндотелии сосудов,

клетках и экстрацеллюлярном матриксе очага сформированной периодонтальной связки и костной балки (рис. 10). При проведении непрямого иммунопероксидазного метода с антителами к коллагену 1-го типа в ткани сформированной периодонтальной связки (рис. 11).

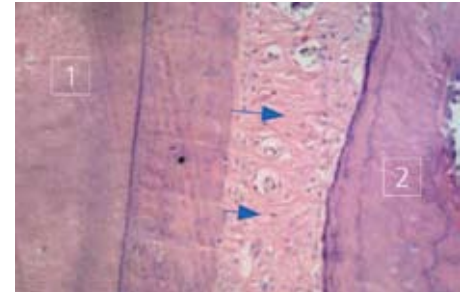


Рис. 9. Основная группа, 6 мес. после операции на фоне приема Вобэнзима. Направленные параллельно друг другу пучки коллагеновых с большим количеством эластических волокон (стрелки). Цемент с признаками регенерации — 1, костные балки костной альвеолы с признаками регенерации — 2. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$.

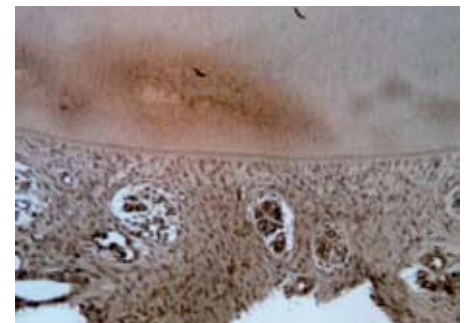


Рис. 10. Основная группа, 6 мес. после операции на фоне приема Вобэнзима. Непрямой иммунопероксидазный метод с антителами к СЭФР, увеличение $\times 200$.



Рис. 11. Основная группа, 6 мес. после операции на фоне приема Вобэнзима. Непрямой иммунопероксидазный метод с антителами к коллагену 1-го типа, увеличение $\times 200$.

Таким образом, на фоне приема Вобэнзима в ранние сроки оперируемого дефекта удается наблюдать менее выраженную реакцию на альтерацию и полноценное восстановление основных компонентов пародонта, в том числе периодонтальной связки, к концу эксперимента. Это дает основание полагать, что препараты СЭТ после проведения соответствующего исследования могут быть использованы на этапе предоперационной подготовки пациентов, у которых планируются реконструктивные операции на пародонте, направленные на восстановление костной ткани, периодонта, зубодесневого прикрепления.

Высокие немецкие технологии, проверенные временем Детские зубные пасты SILCA Putzi

Несмотря на распространенный миф о том, что для детских зубов регулярная чистка не является необходимой («Все равно сменяются!»), молочные зубки нуждаются в столь же тщательном уходе, как и постоянные. Ведь первые зубы не только участвуют в процессе пережевывания пищи, но и играют роль в развитии речевых навыков, способствуя правильному произношению, а также важны для формирования здоровых постоянных зубов.

Стремясь сделать процесс ухода за детскими зубами комфортным для родителей и увлекательным для самих малышей, специалисты немецкой компании «DENTAL-Kosmetik GmbH & Co. KG» разработали серию детских зубных паст SILCA Putzi: красочная упаковка с симпатичным динозавриком, удобный даже для самых маленьких мини-формат тубы, сладкий фруктовый вкус и яркий цвет пасты привлекают внимание детей и превращают чистку зубов в ежедневное удовольствие, а специально разработанные для неокрепшей эмали рецептуры обеспечивают эффективный и бережный уход за зубами и деснами малышей.

Детские зубные пасты SILCA Putzi выгодно отличает от конкурентов:

- **эффективное очищение** зубов от налета благодаря оптимально сбалансированному трехкомпонентному составу чистящей системы (диоксид кремния + гидратированный диоксид кремния + диоксид титана);
- **пониженная и контролируемая абразивность**, достигнутая за счет уменьшенного, по сравнению с пастами для взрослых, содержания абразивных компонентов;
- **отсутствие аллергенов:**
 - вместо широко распространенного лаурилсульфата натрия в рецептурах используются мягкие гипоаллергенные пенообразующие: кокамидопропилбетаин, вырабатываемый из жирных кислот кокосового масла, и С14-16-олефинсульфонат натрия минерального происхождения;
 - применяемые ароматизаторы фруктового направления не содержат ментола;
 - в пастах для самых маленьких отсутствует краситель;
- **традиционное немецкое качество**, подтвержденное многолетними успешными продажами.

SILCA Putzi Банан

От 1 до 6 лет

Создана специально для самых маленьких. Благодаря отсутствию фтора, красителя и аллергенов абсолютно безопасна для ребенка, даже при проглатывании. Низкоабразивная рецептура бережно ухаживает за неокрепшей эмалью молочных зубов. Банановый вкус нравится малышам и позволяет быстро привить привычку чистить зубы самостоятельно.



SILCA Putzi плюс кальций

От 2 до 6 лет

Содержит оптимальное количество фтора, кальция и фосфора для укрепления незрелой детской эмали. Чистящая система на основе мягкого абразива безопасна для молочных зубов. Белый цвет и популярный фруктовый вкус тутти-фрутти.



SILCA Putzi Клубничная

От 2 до 12 лет

Разработана специально с учетом особенностей ухода за смешанными (молочными и постоянными) зубами. Низкая абразивность чистящей основы и оптимальное для детских зубов содержание фтора позволяют бережно очищать зубки и надежно защищать их от кариеса. Яркий розовый цвет и сочный клубничный вкус.



SILCA Putzi Апельсин

От 2 до 12 лет

Гелевая рецептура низкой абразивности. Нежно очищает неокрепшую эмаль детских зубов, эффективно защищает от кариеса, оказывает благотворное влияние на десны благодаря содержанию витамина Е. Оранжевый цвет, вкус свежего апельсина и мяты.



DENTAL-Kosmetik GmbH

SILCA Putzi 

Детские зубные пасты

Quality made in Germany



**Чистит нежно,
защищает бережно!**

Изготовлено в Германии: «DENTAL-Kosmetik GmbH & Co. KG», Katharinenstraße 4, 01099 Dresden, Germany.
По всем вопросам обращаться: Московское представительство «Дентал - Косметик ГмБХ и КО. КГ»
Тел. (495) 968-87-68

www.putzi.ru

С 1907 ГОДА В ЕВРОПЕ, 30 ЛЕТ В РОССИИ!

Медикаментозная обработка и пломбирование труднопроходимых корневых каналов материалами фирмы «ВладМиВа»

М. В. ЕЛИСЕЕВА, научный сотрудник ЗАО «ВладМиВа».
А. А. БУЗОВ, к.т.н., технический директор ЗАО «ВладМиВа».
В. П. ЧУЕВ, д.т.н., профессор, генеральный директор ЗАО «ВладМиВа».

Эндодонтическое лечение — самый важный этап в комплексе лечения всего зуба. Его успех во многом зависит от навыков врача-стоматолога, ассортимента эндодонтического инструментария, а также медикаментозных препаратов, используемых для лечения, и возможности выбора пломбировочного материала для заполнения корневых каналов зубов.

При значительном инфицировании и сложной морфологии корневых каналов эндодонтическое лечение проводится в несколько этапов. Фирма «ВладМиВа» предлагает широкий спектр эндодонтических материалов для применения на каждом этапе эндолечения.

Для выявления устьев каналов сложной морфологии, склерозированных каналов, а также в случаях плохой проходимости каналов и кальцификации предназначена жидкость **Колор-тест № 4**, которая содержит в качестве диагностического индикатора краситель — фуксин, способный окрашивать деминерализованный дентин.

Для девитализации пульпы в зависимости от клинической ситуации стоматологам предложены пасты **Девит-П**, **Девит-С** и **Девит-АРС**.



Многочисленные исследования убедительно доказали, что самыми важными этапами в эндолечении корневого канала являются: расширение, эффективная химическая очистка и дезинфекция системы корневых каналов. Для расширения каналов и удаления смазанного слоя предназначены жидкости **ЭндоЖи № 2** и **ЭндоЖи № 5** (40% раствор лимонной кислоты), а также стоматологический набор **ЭндоГель**, облегчающий прохождение канала эндодонтическим инструментом.

Эффективную степень очистки системы корневых каналов обеспечивает метод поочередного применения жидкостей **ЭндоЖи № 2** и **Белодез** (3%, 5,2%).

Стабилизированные растворы гипохлорита натрия **Белодез** применяются не только в качестве промывающего средства, но и как мощный антимикробный агент. **Белодез** выпускается в виде раствора (или геля), который способен растворить органи-



ческую основу дентина: как живые (химически фиксированные) так и некротизированные ткани. Гелеобразная форма выпуска позволяет успешно применять материал для антисептической обработки полостей зубов верхней челюсти, поскольку он обладает достаточной вязкостью, текучестью и шадяще воздействует на слизистую при случайном попадании.

Антисептическая обработка корневых каналов является решающей задачей при наличии препаратов различной антисептической основы.

Белсол № 2 содержит в своем составе сильный антисептик — хлоргексидина биглюконат (2%), который оказывает микробицидное действие. Жидкость (или пропитанные бумажные штифты) можно оставлять в каналах до следующего посещения (на 2-3 суток).

Универсальным по своим антисептическим свойствам является набор жидкостей «Пульпевит» — смесь антисептиков широкого спектра действия.

Пульпевит № 1 предназначен для обезболивания при медикаментозных или травматических пульпитах и периодонтитах, при острых пульпитах перед применением мышьяковой пасты.

Пульпевит № 2 предназначен для антисептической обработки каналов при осложненном пульпите, резекции верхней части корня.



Пульпевит № 3 (формокрезол) — для лечения осложненного кариеса молочных зубов. Формокрезол в зависимости от продолжительности воздействия приводит к частичной или полной мумификации корневой пульпы молочного зуба.

В качестве активного антисептика местного действия для обработки инфицированных каналов зубов применяется также стоматологическая жидкость **Крезодент-ВладМиВа**. Благодаря низкому коэффициенту поверхностного натяжения препарат летуч и быстро проникает в зубные каналы, не теряет своих свойств при контакте с кровью, сывороткой и белками.

Выпускаемый фирмой «ВладМиВа» универсальный материал для всех типов аппаратов, применяемых в стоматологической практике для депофореза, — комплект для обработки и пломбирования корневых каналов **Купродент**, в состав которого входят:



Суспензия № 1 — представляет собой равновесную систему гидроксида меди — кальция и гидросокупрата на водной основе, что позволяет применять суспензию в любом разбавлении дистиллированной водой в зависимости от методики применения;

Суспензия № 2 — содержит гидроокись кальция, стабилизатор и дистиллированную воду.

Высокая щелочность суспензий (рН 12,8-13,3) обеспечивает стерильность в области контакта и стимулирует образование костной ткани.

При обработке каналов методом депофореза гидрокоупрат-ионы превращаются в малорастворимую гидроокись меди, обеспечивая стерилизацию канала и апикальной дельты; при этом стенки канала выстилаются соединениями меди, создающими «медные пробки» и являющимися «депо» гидроксид-ионов и ионов меди в дельтовидных ответвлениях.

Следующим этапом лечения инфицированных каналов после депофореза является пломбирование канала **пастой Купродент**. При этом образуется щелочной длительно твердеющий материал, обладающий дезинфицирующей активностью. После отверждения пролонгированное дезинфицирующее действие обусловлено ионами меди, делающими материал непроходимым для бактерий.

Для антисептической обработки и пломбирования трудно-проходимых и инфицированных каналов как постоянных, так и временных зубов, на протяжении десятилетий применялась резорцин-формалиновая паста. Она является основой материала **Резодент-ВладМиВа** и обладает следующими положительными свойствами: нерастворима тканевыми жидкостями, глубоко проникает в дентинные каналы, твердеет в канале в течение 24 часов, обладает длительным антисептическим и фунгицидным действием, достаточной прочностью. В настоящее время резорцин-формалиновый метод применяют в основном при лечении моляров и премоляров, а также в детской стоматологии для лечения молочных зубов.

Резодент-ВладМиВа с дексаметазоном содержит активный кортикостероид дексаметазон, содержащий фтор и оказывающий эффективное противовоспалительное и противоаллергическое действие, значительно ослабляющий болезненность периапикальных тканей. Обтурация системы корневого канала **Резодентом-ВладМиВа с дексаметазоном** способствует лучшему восстановлению структуры костной ткани в периапикальной области зуба.

Для пломбирования корневых каналов при лечении верхушечного периодонтита и пульпита предназначен материал **Трикредент**. При смешивании порошка с жидкостью получается пластичная рентгеноконтрастная паста, которая обладает длительным антибактериальным действием, надежно обтурирует канал, не дает усадки, затвердевает в сроки от 48 часов до 2-3 недель.

Для дезобтурации корневых каналов от пломбировочных материалов применяется материал **Сольвадент** (жидкость или гель), способный активно разрыхлять структуру затвердевших пломбировочных материалов. Сольвадент наиболее эффективен в отношении резорцин-формальдегидных и цинкоксид-эвгенольных пломбировок, хотя в определенной мере разрыхляет все типы пломбировочных цементов.

Следует отметить, что при разработке рецептур материалов учитывался опыт, накопленный специалистами, по применению, токсичности, а также дозированию и степени аллергенности компонентов.

Таким образом, стоматолог может сделать достойный выбор препаратов производства фирмы «ВладМиВа» для эндодонтического лечения каналов и оказать квалифицированную помощь пациентам.

Легкая обработка труднопроходимых корневых каналов

ЛЕЧЕНИЕ эндодонтическое

медикаментозная обработка

на основе лимонной кислоты (40%)

с дексаметазоном

РЕЗОДЕНТ-ВладМиВа с дексаметазоном для пломбирования каналов зубов порошок

НОВИНКИ

лечение

пломбирование

ВладМиВа

308023, Россия, г. Белгород, ул. Садовая 118, тел. (4722) 26-18-04, 26-26-83, факс (4722) 31-35-02 market@vladmiva.ru; www.vladmiva.ru

Per. уд. № ФСР 2010/07021 от 03.03.2010 г. Per. уд. № ФС 012a268/2465-06 от 19.01.2006 г. Per. уд. № ФСР 2010/08613 от 16.08.2010 г.

AERS MED

ООО «АЭРС-МЕД»

Тел.: + 7 (495) 973-77-35, 979-67-15,

e-mail: aers@shpric.com, www.shpric.com

Одноразовый карпульный инъектор нового поколения Комплект для инъекций стоматологический однократного применения АЭРС

Фирмой ООО «АЭРС-МЕД» разработан и изготовлен **Комплект для инъекций стоматологический однократного применения АЭРС**, который учитывает все положительные стороны карпульной технологии, а также обеспечивает безопасность медицинского персонала при проведении процедуры инъекции, в частности:

Карпульный инъектор «АЭРС» обеспечивает безопасность персонала после проведения процедуры инъекции за счет защитного колпачка иглы, установленного с возможностью выдвижения на инъекционную иглу и фиксации на цилиндрическом корпусе по окончании инъекции.

Конструкция инъектора «АЭРС» исключает возможность его повторного использования. Защитный колпачок имеет блокиратор обратного хода, не позволяющий после проведения инъекции и полноценного выдвижения защитного колпачка повторно использовать инъектор. Этим обусловлена его «одноразовость».

Карпульный инъектор «АЭРС» выпускается в виде комплекта, в состав которого входят карпула и инъекционная игла. Таким образом, карпульный инъектор «АЭРС», является готовым к употреблению сразу же после вскрытия упаковки.

Диаметр иглы, входящей в состав Комплекта «АЭРС», не превышает 0,3-0,4 мм, что уменьшает болевые ощущения при проведении инъекции, дополнительные травмы слизистой оболочки, а также помогает избежать гематом, травм нервных стволов и т.д. При желании врач может использовать аналоговую карпульную иглу различных диаметров и длины.

На корпус-шток упора инъектора нанесена градуировка для удобства контроля дозирования и расхода лекарственного препарата.

Конструкция инъектора позволяет проводить полный аспирационный тест, что уменьшает риск введения анестетического раствора в сосуд.

Конструкция устройства исключает фазу сборки и подготовки инъектора непосредственно перед пациентом. Инъектор АЭРС готов к употреблению сразу после вскрытия упаковки, что благотворно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов.

Целесообразность внедрения в стоматологическую практику одноразовых карпульных инъекторов АЭРС можно подтвердить следующими экономическими расчетами:

1. Согласно новым СанПиН сегодня на каждого пациента необходимо использовать стерильный карпульный шприц. В случае использования многоразового шприца — необходимо приобрести дополнительно на одно кресло порядка 5-6 шприцев многократного применения. Каждый шприц в среднем стоит 400 рублей.

$400 \times 5 = 2000$ рублей.

2. Обработка каждого многоразового шприца занимает в среднем 3-4 минуты работы персонала. При средней заработной плате медицинской сестры в 10000 рублей это составит 4,6 рубля на 1 шприц.

3. Упаковка для стерилизации многоразового шприца обходится в 3 рубля.

4. Стерилизация 100 шприцев в автоклаве класса В с потребляемой мощностью 3 кВт.час обойдется в 6,6 рублей. На один шприц — 6 копеек.

5. В среднем один многоразовый шприц способен выдержать не более 70 циклов стерилизации. Соответственно, его износ на один цикл составляет в среднем

$400/70 = 5,74$ рубля.

В итоге использование многоразового карпульного шприца на одного пациента обходится в среднем в 13,47 рубля.

Отзыв о практической значимости

Комплекта для инъекций однократного применения «АЭРС»

Стоматология чрезвычайно востребована обществом, о чем говорит более 150 млн. посещений стоматологов в год в России, начиная с 2001 года. Как показывает практика, обезболивание остается одной из самых актуальных проблем стоматологии. Ведь нет более гуманной цели для врача, чем лечить без боли, избавляя от боли. Местная анестезия была, есть и будет ведущим методом обезболивания в стоматологической практике.

Разработка карпульной технологии — революционное достижение стоматологии. Карпульная технология состоит из следующих основных компонентов:

- стандартизации лекарственных форм местноанестезирующих препаратов;

- производства в заводских условиях препаратов в виде, готовом к использованию;

- техники инъекций препаратов с применением специальных инструментов (инъекторы, иглы), порядке их использования и утилизации.

Внедрение карпул в стоматологическую практику потребовало внедрения новых видов инъекторов — карпульных. В большинстве случаев в стоматологии применяются многоразовые карпульные шприцы, изготовленные из металла и не имеющие системы защиты от случайных травмирования иглой медицинского персонала.

Применение в стоматологических поликлиниках анестетиков в ампулах низкоэффективно с точки зрения оценки анестезии и



вынуждает врачей-стоматологов применять одноразовые общемедицинские шприцы «ЛУЭР», что в свою очередь приводит не только к постинъекционным осложнениям, но и не обеспечивает безопасность врачей-стоматологов.

Многолетние зарубежные разработки в области медицинской техники направлены на обеспечение максимальной безопасности персонала и пациента лечебного учреждения при осуществлении инъекций и других инвазивных процедур, которыми так изобилует стоматологическая практика.

Разработанный ООО «АЭРС-МЕД» **Комплект для инъекций стоматологический однократного применения «АЭРС»** использует современную карпульную технологию и систему защиты от случайных травм иглой и, безусловно, является

инновационным продуктом, заслуживающим внимания в рамках программы модернизации системы здравоохранения и профилактики социально-опасных заболеваний.

Внедрение в стоматологическую практику одноразовых инъекторов с защитой от случайных травм медицинского персонала, позволяет расширить спектр безопасных средств и методов анестезии.

Соломон Абрамович РАБИНОВИЧ, д.м.н., профессор, Президент Европейской Федерации по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD), Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ.

AER MED

Комплект для инъекций стоматологический однократного применения АЭРС®

АЭРС
ГОТОВ
к употреблению
сразу после
вскрытия
упаковки

АЭРС
оснащен
системой
защиты
от случайных
травмирований
медицинского
персонала

АЭРС
инъектор
оснащен
карпулой
с анестетическим
раствором
и инъекционной
иглой

АЭРС
оснащен
системой
блокировки
обратного
хода
защитного
колпачка

АЭРС
конструкция
инъектора
позволяет
проводить
аспирационную
пробу

АЭРС
прост
в обращении
и удобен
в работе



AER MED

Производство Комплекта ООО «АЭРС-МЕД»

Тел.: +7 (495) 973-77-35 +7 (495) 979-67-15

Web: www.shpric.com E-mail: aers@shpric.com

Товар зарегистрирован и сертифицирован: РФ ФСР № 2010 / 07787 от 21.05.2010 г.

Актуальные проблемы инфекционной безопасности на стоматологическом приеме

Мы не зря выбрали сегодня тему — инфекционный контроль в стоматологии. Не секрет, что недостаточное соблюдение врачом всех правил дезинфекции может привести к серьезному инфицированию пациента. О том, как этого избежать, мы поговорим с директором стоматологического центра «Клиника Здоровье», врачом высшей категории *Ольгой Владимировной ГАЛКИНОЙ*.



А сифилис и туберкулез даже в Москве сегодня распространены отнюдь не в асоциальных кругах. Назначив анализ крови перед проведением имплантации у вполне приличных людей, мы порой получаем шокирующие результаты. Напомню также, что инкубационный период у туберкулеза длится до 6 месяцев, у гепатитов А, В, С — от 2 недель до 5 месяцев, у стафилококка — 4-10 дней, у сифилиса — до 12 недель, у герпеса — до 2 недель. Есть о чем задуматься.

— Но ведь если в клинике налажен строгий контроль за стерилизацией инструментов, то и опасаться особо нечего?

— Ольга Владимировна, в настоящее время тема безопасности стоматологического приема приобретает все большую актуальность. Насколько надежно пациент застрахован от возможности заражения на приеме у стоматолога?

— Вернемся все же к стерилизации стоматологических наконечников. Теоретически, после каждого пациента наконечник надо автоклавировать. Это занимает, как минимум, 40 минут вместе с предстерилизационной обработкой. То есть для обеспечения полного инфекционного контроля на каждого врача клиника должна иметь 2-3 наконечника, каждый из которых порой стоит несколько сотен евро. Сверхзатратно. Вот поэтому некоторые клиники в стремлении сэкономить изобретают, как им кажется, достойные способы борьбы с перекрестной инфекцией. Кое-где наконечник важно на глазах у пациента помещают в глассперленовый стерилизатор минут на десять. Еще я к своему ужасу неоднократно наблюдала «обработку» наконечника спиртовым тампоном, влажной салфеточкой из контейнера под названием «салфетки для дезинфекции поверхностей». Последние два способа, разумеется, не предполагают даже снимать наконечник с «мультифлекса». Но ведь большинство наконечников не снабжено так называемой системой «обратного клапана», которая предотвращает попадание инфицированной среды в рукав стоматологической установки. Поэтому при упомянутой поверхностной обработке все микробы попадают прямой наводкой в рот следующего пациента. Замечу, что там, где клиника слишком «увлекается» сотрудничеством со страховыми компаниями по дешевым программам (а на пациента в таком интенсивном режиме выделяется по 30 минут), именно так все и происходит..., к сожалению.

— И что делать? Картину вы нарисовали безрадостную.

— Давайте все же «огласим список» заболеваний, которые могут передаваться через стоматологический инструмент.

— Мы хорошо знаем о том, что есть ВИЧ-инфекция, В-гепатит, D-гепатит, С-гепатит, герпес, цитомегаловирусная инфекция. И не надо отворачивать голову и думать, что «все это не про нас». Мы не можем знать, носитель какого заболевания пришел к нам на прием, ведь не делаем же мы каждому первичному пациенту инфекционно-иммунологический анализ крови.

Преимущества очевидны: безопасность, стерильность и удобство.

В стоматологическом центре «Клиника Здоровье» в этом году совместно с компаниями «JNB» и «Евро Стом» мы провели апробацию одноразового турбинного наконечника.

— Одноразовая турбина? Трудно представить, ведь это довольно сложный механизм: подшипники, роторы...

— Любой турбинный наконечник работает от потока сжатого воздуха, который приводит во вращение помещенный в роторную часть бор. Все просто. Бор удерживается цангой. У наконечника для многократного использования цанга от многократного применения изнашивается, что отрицательным образом влияет как на качество разрезания препарированной поверхности, так и на уровень вибрации и шума. Без надлежащего ухода ротор может выйти из строя. Одноразовый турбинный наконечник функционирует аналогично металлическому наконечнику. Он также управляется пневматическим приводом и подключается к стандартным установкам. Скорость вращения прибора составляет, в среднем, 320 оборотов в минуту. Замена бора происходит при помощи специального ключа. После использования наконечник утилизируется, что исключает потребность в уходе, автоклавировании, ремонте. И не надо тратиться на дезсредства.

— Получается, что многократные наконечники устарели и скоро станут не нужны?

— Я бы так не сказала. Одноразовый турбинный наконечник мы рассматриваем не как замену металлическому, а как дополнительный прибор, расширяющий не только возможности стоматолога в поле взаимодействия с пациентом, но и позволяющий сохранять на более долгое время дорогой металлический наконечник в работоспособном состоянии.

— Какие же рабочие характеристики одноразового наконечника вы хотели бы отметить?

— Давайте спросим у любого стоматолога: что ему требуется от турбинного наконечника? При проведенном нами в ходе исследования опросе основная часть врачей отмечала именно эргономические свойства наконечника. Сюда относится легкость замены бора, уровень вибрации (не надо забывать, что вибрация воздействует не только на обрабатываемый зуб, но и на руку врача), уровень шума, вес прибора, тип соединения с рукавом установки. Кроме того, важны технические характеристики, такие как: способность во время препарирования твердых тканей даже при снижении давления обеспечивать постоянство скорости вращения бора, размер головки наконечника, позволяющий обрабатывать труднодоступные поверхности.

Далее — безопасность. Это включает в себя, прежде всего, надежное закрепление бора, а также способ подачи охлаждающей струи. Оптимальные результаты охлаждения достигаются при попадании потока воды на всю рабочую часть режущего инструмента любой длины.

Так вот, все эти характеристики при тестировании одноразового наконечника получили нашу высокую оценку. Отмечу одну деталь: несмотря на то, что наконечник имеет 1 отверстие для спрея (а не 4, как в дорогих турбинах), поток жидкости подается и рассеивается не только в достаточном количестве, но и при замедлении вращения не теряет сразу своей мощности. Это удобно не только при препарировании, но и при снятии коронок.

— Похоже, мы вплотную подошли к области применения такого наконечника.

— Я бы в данном случае отдельно отметила возможности как для клиники, для отдельного врача, так и для пациента. Клиника, введя в эксплуатацию такой прибор, значительно повысит свой рейтинг. Любой здравомыслящий человек в наше время захочет пользоваться всем одноразовым. В использовании одноразового наконечника напрямую видна забота о пациенте, стремление клиники обезопасить стоматологический прием. Пациент, придя к нам на лечение, уже перестанет остерегаться оказаться следующим за человеком из группы риска по инфекционным заболеваниям.

Особо хотелось бы остановиться на детской стоматологии. Любой родитель с удовольствием воспримет дополнительную возможность обезопасить лечение своего ребенка. Для клиник, скажем, в регионах, где возможности стерилизации ограничены (например, передвижные стоматологические кабинеты) одноразовый наконечник я бы определила как прибор практически незаменимый.

И не будем забывать про стоматологические учебные центры на базе клиник. Теперь оснастить учебный процесс станет во много раз дешевле, а, значит, больше стоматологов получат возможность повысить свой профессиональный уровень.

Что касается самого врача, то здесь открываются широкие горизонты. Как практикующий стоматолог-ортопед, я определила такую область применения: прежде всего, для всех видов манипуляций, связанных с повышенной нагрузкой на наконечник. Скажем, снятие коронок, обработка культевых вкладок. Все знают, что металлическая стружка со временем закупоривает отверстия для спрея в металлическом наконечнике, что приводит не только к ухудшению его работы, но и к быстрому износу. Далее: у каждого случались пациенты, которые прибегают за 2 часа до вылета самолета, и им в срочном порядке надо что-то откорректировать, а свой наконечник вы только что отдали на стерилизацию... Теперь проблема решена: берем одноразовый и делаем все, что надо, отпуская благодарного пациента на самолет. Еще я, кажется, упоминала о

том, что одноразовый наконечник весит где-то 20 грамм и, что еще важно, имеет рифленую поверхность в месте расположения пальцев, так что из рук не выскальзывает, да и руки не устают.

— А пациенту где его применять?

— Я далека от мысли, что все клиники сразу начнут закупать одноразовые наконечники. Даже несмотря на привлекательную стоимость некоторым организациям потребуется время для решения вопроса о нововведении. Но наши пациенты вряд ли захотят ждать. Мы хотим дать пациентам возможность приобрести одноразовые наконечники. Тогда люди получат шанс самостоятельно повысить уровень инфекционного контроля на приеме у стоматолога.

— Получается, что до сих пор одноразовые инструменты не приобрели заслуженную популярность у наших специалистов?

— Долгое время миф о том, что использование одноразовых инструментов — более дорогостоящая практика, чем затраты на дезинфекцию многоразовых инструментов, прочно сидел в головах наших коллег. До сих пор стоматологи спорят, какими инструментами лучше работать. Загляните на любой профессиональный форум. Дело в том, что многие

разовых инструментов большое будущее. Можно, например, сделать одноразовые стерильные комплекты, куда будет входить полный набор инструментов для приема и одноразовый наконечник. Я уверена, что такие предложения займут достойное место на рынке стоматологической продукции.

— Можно сказать, что компания «JNB» — новатор в области новых технологий инфекционного контроля?

— Что касается одноразового наконечника, то еще, кажется, в 90-х годах в США пробовали выпускать одноразовые турбины, но проект не пошел. На тот момент уровень технологий не мог обеспечить функциональность прибора наравне с многоразовым. Сейчас в США возобновили разработку и выпуск одноразовой турбины. По сведениям из Интернета, летом 2011 года пробные партии турбинных наконечников поступят в продажу.

— Итак, подведем итог...

— Возвращаясь к началу нашего разговора, хотелось бы еще раз сделать акцент на возросший коэффициент риска инфекций в последние годы. На стоматологическом приеме все чаще встречаются пациенты (это в равной степени касается как взрослых, так и детей) с ослабленной



специалисты, в силу привычки и неведомых никому личных предпочтений, принципиально пользуются металлическими инструментами. Хороший инструментарий стоит дорого. Не каждая клиника может себе позволить зонды из высококачественной стали производства Германии. С введением на стоматологический рынок нового продукта — одноразового наконечника — может также произойти подобная история, ведь это не зонд и не шпатель, а прибор, поэтому прежде, чем он завоеует заслуженное доверие специалистов, скорее всего, также возникнут споры, ведь наверняка найдутся и сомневающиеся, и недовольные. Но, в целом, я вижу у одно-

иммунной системой (страдающие хроническими общесоматическими и аутоиммунными заболеваниями, находящиеся на лечении по поводу онкологических заболеваний, стоящие на учете в наркологическом или туберкулезном диспансере). Эти пациенты составляют группу риска не только по передаче инфекции, но и по восприимчивости к любой инфекции. Врач должен рассматривать каждого пациента как потенциального носителя инфекции и принимать все возможные меры по предупреждению ее распространения.

*Беседу вел
Петр СОЛОНИН.*

Имплантаты «НИТОР» титановые стоматологические и инструмент для их установки КитС-01-НН

Лицензия № 99-03-001891, сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ25.В02253.

Наименование	Цена за 1 шт., руб.
I. Компоненты для хирургических процедур	
ИМПЛАНТАТ цилиндрический с внутренним шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5 + винт-заглушка	1950
ИМПЛАНТАТ с конусной головкой и с внутренним шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5 + винт-заглушка	1950
ИМПЛАНТАТ корневидный с компрессионной резьбой (титановый) дл. 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5 + винт-заглушка	2150
ИМПЛАНТАТ с наружным шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 2,5; 3,0 + колпачок (заглушка и формирова- тель десны) титановый	2100
ИМПЛАНТАТ одноэтапный (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0 + колпачок (заглушка и формирова- тель десны) титановый	2400
ИМПЛАНТАТ одноэтапный с шаровым фиксатором (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0 + аттачмен-матрица	2900
ФОРМИРОВАТЕЛЬ ДЕСНЫ (цилиндрический, конический), титановый	210
II. Инструмент хирургический	
СВЕРЛО диам. 1,8; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5 (дл. 32)	500
СВЕРЛО Premium (комплект 6 шт., диам. 1,8; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5)	5340
УДЛИНИТЕЛЬ СВЕРЛА	800
МЕТЧИК ручной диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	450
МЕТЧИК под наконечник диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	450
КЛЮЧ-ТРЕЩОТКА универсальный динамометрический	7900
КЛЮЧ накидной с фиксатором	210
КЛЮЧ накидной	210
КЛЮЧ накидной для одноэтапного имплантата, шарового фиксатора	210
ДЕРЖАТЕЛЬ ИМПЛАНТАТА с внутренним шестигранником (имплантовод)	550
ДЕРЖАТЕЛЬ ИМПЛАНТАТА с наружным шестигранником (имплантовод)	550
ДЕРЖАТЕЛЬ-КЛЮЧ одноэтапного имплантата, шарового фиксатора (имплантовод)	470
ДЕРЖАТЕЛЬ ПОД НАКОНЕЧНИК (имплантовод)	410
ОТВЕРТКА ручная шестигранная	330
ОТВЕРТКА ручная шлицевая 4 мм	175
ОТВЕРТКА под наконечник шестигранная	380
СКАЛЬПЕЛЬ круглый под наконечник диам. 2,5-3,5; 4,0-4,5; 5,0-5,5	270
СКАЛЬПЕЛЬ круглый с искателем диам. 2,5-3,5; 4,0-4,5; 5,0-5,5	450
ФРЕЗА коническая под наконечник диам. 2,5; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	410

ПАРАЛЛЕЛОМЕТР (титановый) диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5	175
ГЛУБИНОМЕР хирургический (титановый)	410
КОНДУКТОР для точного сверления ложа	600
ЦАПФЕНБОР под наконечник (формирующая фреза) диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	400
ОСТЕОТОМ (титановый) диам. 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	330
РУЧКА-ДЕРЖАТЕЛЬ остеотома	580
КОНТЕЙНЕР стерилизационный для инструментов	4900
III. Ортопедия	
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой с фиксируемым винтом для имплантата с внутренним шестигранником без уступа титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой с фиксируемым винтом для имплантата с внутренним шестигранником с уступом (1 мм и 2 мм) титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с внутренним шестигранником без уступа титановый диам. 3,5; 4,0	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) с фиксируемым винтом наклонный под углом 15° для имплантата с внутренним шестигранником с уступом титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой для имплантата с наружным шестигранником без уступа титановый диам. 2,5; 3,0	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой для имплантата с наружным шестигранником с уступом титановый диам. 2,5; 3,0	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с наружным шестигранником без уступа титановый диам. 2,5; 3,0	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с наружным шестигранником с уступом титановый диам. 2,5; 3,0	990
АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА с внутренним шестигранником (титановый)	610
АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА с наружным шестигранником (титановый)	610
АНАЛОГ ОДНОЭТАПНОГО ИМПЛАНТАТА (титановый)	610
ТРАНСФЕР (с винтом крепления) для имплантата с внутренним шестигранником (титановый)	600
ТРАНСФЕР (с винтом крепления) для имплантата с наружным шестигранником (титановый)	600
IV. Инструмент ортопедический	
ОТВЕРТКА шлицевая ортопедическая	175
ОТВЕРТКА шлицевая ортопедическая под наконечник	330
ГЛУБИНОМЕР ортопедический (титановый)	300
ФИКСАТОР шаровый (титановый) + аттачмен-матрица	720

Примечание:

- форма и размеры указаны в каталоге или на нашем сайте www.nidi.ru;
- инструмент может быть скомплектован по желанию заказчика;
- все опорные зубы (абатменты) комплектуются двумя винтами (лабораторный и клинический);
- производственная база позволяет изготавливать имплантаты, инструменты, ортопедию по индивидуальным эскизам.

ООО «Торговый центр НИТОП»

603950, Н. Новгород, ул. Нартова, д. 2; тел./факс (831) 412-45-89,
тел. (831) 412-08-92; e-mail: implant@mail.ru; www.nidi.ru.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИОННАЯ СИСТЕМА

В имплантате «НИТОР»
учтены все лучшие решения
в дентальной имплантологии,
по качеству он не уступает
зарубежным аналогам.
Качество продукции «НИТОР»
подтверждено
сертификатами.



НИТОР

НИЖЕГОРОДСКИЙ ИНСТИТУТ
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Совершенство современных технологий

Конструктивные особенности и преимущества имплантатов «НИТОР»

- Цельные винтовые конструкции имплантатов оптимально распределяют нагрузки при функционировании.
- Используемый для изготовления имплантатов чистый титан марки ВТ1-00 наряду с уникальной биологической совместимостью характеризуется достаточной механической прочностью.
- Имплантаты семи диаметров (2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5) позволяют проводить посегментную имплантацию в нормальных анатомических условиях.
- Универсальный инструментарий обеспечивает прецизионное создание ложа имплантата, а спектр супраструктур позволяет варьировать ортопедические насадки.
- Плазменное напыление титана на винтовую часть создает развитую микропористую однородную поверхность без микропримесей, увеличивая площадь контакта имплантата с костной тканью.
- Гарантией надежности соединения супраструктуры (абатмента) с имплантатом является конструктивная особенность фиксирующего элемента.

Производственная база позволяет изготавливать
имплантаты и инструменты по индивидуальным эскизам.

ООО «Торговый центр НИТОП»

603950, Н. Новгород, ул. Нартова, д. 2.

Тел./факс: (831) 412-45-89, 412-15-43, тел. (831) 412-08-92, e-mail: implant@mail.ru, www.nidi.ru

Брекет-система или деминерализация эмали?

Н. Л. РАММ, врач-стоматолог, ассистент кафедры стоматологии детского возраста УГМА, г. Екатеринбург.
Л. П. КИСЕЛЬНИКОВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии детского возраста НОУ СПбИС.

Стремительное внедрение брекет-системы в отечественную ортодонтию произошло несколько лет назад и произвело настоящую революцию. Появилась возможность корпусного перемещения зубов, дающего контроль за их положением. Неоспоримы и другие преимущества брекет-системы:

- отсутствие дискомфорта и боли во время лечения;
- возможность коррекции аномалии у взрослых пациентов;
- минимальное количество посещений лечащего врача.

Однако не все так безоблачно, как кажется на первый взгляд. Аппарат состоит из специальных миниатюрных металлических приспособлений — брекетов, которые фиксируются непосредственно на вестибулярную поверхность зубов с помощью клеевых композиций. Ортодонтическое лечение иногда продлевается до 2-3 лет, и брекеты, приклеенные на зубы в течение всего этого периода, становятся механическим препятствием для естественной самоочищаемости полости рта.

Кроме того, список отрицательных сторон при использовании брекет-системы дополняют катаральные гингивиты, периодонтиты, случаи гиперплазии десны и резорбции верхушек корней зубов в результате передозировки ортодонтических сил.

Одной из общепризнанных опасностей в ортодонтической практике является деминерализация эмали, которая обнаруживается во время лечения и после снятия аппаратов.

Эта проблема чрезвычайно актуальна не только для отечественной ортодонтии, но и за рубежом.

Подавляющее большинство ортодонтических больных — это подростки, эмаль у которых еще полностью не сформировалась. По данным литературы, состояние гигиены полости рта у подростков 12-15 лет, имеющих дезокклюзии, по гигиеническому индексу ОНУ-S составляет 3,06 (очень плохой уровень гигиены). Отсутствие стойких навыков по уходу за полостью рта является основой для увеличения количества мягкого зубного налета вокруг оснований брекетов, особенно в пришеечных областях и контактных пунктах. Помимо естественных ретенционных пунктов для бактериальной флоры во время ортодонтического лечения несъемной аппаратурой появляется множество других. Доказано, что изменяется и количественный состав микробной флоры — она достоверно увеличивается у всех пациентов с брекет-системой.

Длительная ретенция микробной биомассы у таких пациентов приводит к очаговой деминерализации, так как начинается диффузия кислоты через межпризматическое пространство эмали и диссоциация кальция и фосфатов в поверхностном слое. Клинически это проявляется в виде белых пятен и полосок, повторяющих контуры оснований брекетов.

Основываясь на наших наблюдениях, деминерализации подвержены также моляры, являющиеся опорными зубами в течение всего периода лечения. Особенно много проблем возникает между кольцом и десневым краем в пришеечной области, так как этот участок поверхности зуба становится труднодоступным при чистке зубов, и скопление остатков пищи и микробного налета приводит к появлению деминерализации.

В связи с вышесказанным, мы убеждены, что перед ортодонтом стоит важнейшая задача — предупреждение возникновения деминерализации во время лечения несъемной техникой. Относительным противопоказанием для фиксации несъемной аппаратуры является плохой гигиенический

статус, отсутствие стойких навыков по уходу за полостью рта.

Мы считаем, что при выявлении неудовлетворительного ухода за полостью рта необходимо доверительно, но в то же время очень убедительно объяснить пациенту важность гигиенических мероприятий, научив его правильной технике чистки зубов. Через 2-3 недели во время контрольного урока гигиены вы увидите плоды ваших усилий, ведь зачастую плохо очищенные зубы наших соотечественников — это результат невежества в вопросах гигиены, а вовсе не отсутствие желания их очищать.

Но одна лишь гигиена полости рта не дает гарантии того, что ортодонтическое лечение закончится без осложнений. Серьезная опасность развития начального кариеса, вызванного ортодонтическим вмешательством, требует, чтобы врач принял все возможные меры для его предотвращения.

Исследования, проведенные зарубежными авторами, доказывают, что во время ортодонтического лечения «скорость деминерализации предварительно большая, но клинически она обнаруживается не сразу», поэтому очень важны своевременные превентивные мероприятия.

Риск вероятности возникновения кариеса во время ортодонтического лечения возможно спрогнозировать, используя метод определения функциональной резистентности эмали, так называемый ТЭР-тест. Мы в своей практике использовали экспресс-метод ТЭР-теста. Эта методика необыкновенно легка и доступна на клиническом приеме. Временные затраты на проведение одного исследования с учетом осмотра и беседы с пациентом, подготовки материалов и инструментов, составляют в среднем 5 минут. Учитывая это, а также большую информативность ТЭР-теста, хотелось бы рекомендовать его к более широкому применению.

На очищенную от налета, высушенную от слюны вестибулярную поверхность центрального реза верхней челюсти на расстоянии 2 мм от режущего края по центральной линии наносится капля хлористоводородной кислоты в концентрации 1 ммоль/л диаметром 2 мм. Через 5 сек каплю смывают, эмаль высушивают ватным тампоном. Затем на 1 мин наносят каплю 1% раствора метиленового синего. Далее краситель снимают ватным тампоном. Место протравки окрашивается от едва заметного голубого до интенсивно-синего. Цвет окрасившегося участка сравнивают со стандартной шкалой синего цвета.

При данных ТЭР-теста до 30% — вероятность возникновения кариеса практически отсутствует. Если результат составил от 30 до 60% — имеется риск возникновения кариеса, резистентность эмали низкая; свыше 60% — очень низкая резистентность эмали.

Использование этого метода наряду с другими методиками обследования мы считаем принципиально важным для пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении несъемной техникой. Так как этот тест прогностический, он помогает ортодонту определиться в сроках начала лечения, а в некоторых случаях отложить лечение, отдавая приоритеты подготовке и укреплению эмали зубов.

Нами разработана схема подготовки пациентов с кариесовосприимчивой эмалью к ортодонтическому лечению. В случаях значения ОНУ-S ниже 0,7 баллов и ТЭР-теста выше 30 баллов, фиксация ортодонтической аппаратуры должна быть отложена. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, назначаемых в таких случаях, включает:

1. Урок гигиены полости рта с контрольным посещением через 2 недели (до нормализации показателей ОНУ-индекса);

2. Санация полости рта;

3. Коррекция диеты — по возможности ежедневное употребление морских продуктов, рыбы в любом виде, молочных изделий, в том числе и молока, которое мы рекомендуем пить медленно, с целью контакта его с зубной эмалью, предварительно очистив зубы от мягкого зубного налета.

4. Назначение внутрь порошка Кальцинона (Словения) в течение 1 месяца, в возрастных дозировках 2 раза в день.

5. Использование кальцийфосфатсодержащего геля (КФГ) модели «слюна» в домашних условиях в течение как минимум одного месяца, 2 раза в день, после двухминутной чистки зубов зубной пастой. КФГ «слюна» представляет собой светлую массу плотноватой консистенции, pH=6,5-7,5.

По вышеуказанной схеме проводилась профилактическая подготовка к фиксации ортодонтической аппаратуры 65 пациентам в возрасте от 11 до 23 лет. Уже через 1 месяц мы отметили редукцию показателей ТЭР-теста до 60,3+1,75, в то время как при первичном осмотре он был равен 75,4+3,09 (p<0,05).

Снижение показателей ТЭР-теста сопровождалось некоторыми клиническими изменениями (эмаль визуально приобрела живой блеск). В подавляющем большинстве случаев повторно назначали 1-2 курса КФГ «слюна» практически до полной нормализации значения ТЭР-теста (через 6 месяцев от начала профилактических мероприятий этот показатель был равен 44,44+7,47 (p<0,05)).

Соответственно происходило статистически достоверное изменение ОНУ-S индекса — 1,4+0,13 и 0,78+0,12 (p<0,05). Но не было выявлено достоверных изменений индекса КПИ (комплексный пародонтальный индекс) — 1,53+0,14 и 1,46+0,18 (p<0,05) соответственно в начале обследования и через полгода.

Безусловно, мечта пациентов о красивой и ровной улыбке отодвигалась на 3-6 месяцев, но, осознав необходимость подготовки зубов и увидев на многочисленных фотографиях возможные осложнения, проявляющиеся на эмали, пациенты безоговорочно соглашались на профилактические мероприятия. Расставляя приоритеты, пациенты сознательно и добросовестно выполняли необходимые манипуляции.

Кроме очевидных преимуществ такого подхода к лечению зубочелюстных аномалий несъемной техникой, мы можем отметить следующее:

— во-первых, накопив достаточный опыт очищения зубов на этапе подготовки эмали, пациенты, как правило, старательно очищали зубы и в период активного ортодонтического лечения. Хорошая гигиена, по нашему мнению, во многом есть залог успешного результата;

— во-вторых, резко снизилось количество случаев падения брекетов, а это значительно уменьшает время, затраченное на прием пациента в кабинете у ортодонта.

Кроме того, мы не отметили ни одного случая отлома эмали во время дебондинга брекетов, что также указывает на улучшение прочностных характеристик эмали.

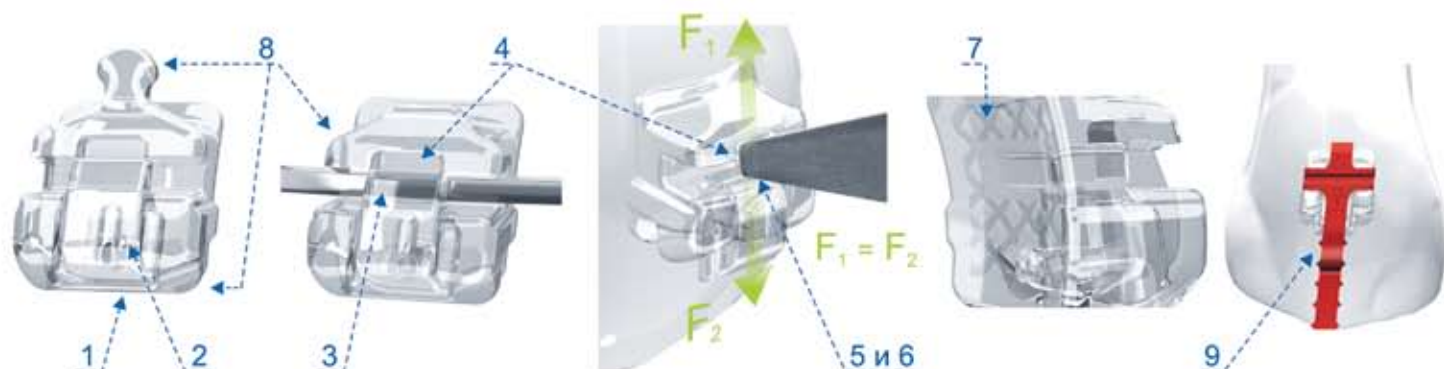
Таким образом, предлагаемый комплекс профилактических мероприятий позволяет добиться редукции показателей резистентности эмали, значительно снижает риск возникновения очагов деминерализации на этапах лечения несъемной аппаратурой.

Такой союз профилактики и ортодонтии является основным при планировании исправления зубочелюстных аномалий с использованием несъемных технологий.

Источник: <http://ortodont.stom.ru>.

DAMON[®] CLEAR[™]

Больше, чем видно на первый взгляд



1 Полностью прозрачный пассивный самолигирующий брекет с присущим ему низким трением и малыми силами для более эффективного перемещения зубов.

2 Прочный поликристаллический оксид алюминия (PCA) устойчив к изменению цвета и появлению пятен.

3 Четыре прочные стенки обеспечивают надежный контроль ротаций для безупречного завершения лечения.

4 Инновационный механизм открывания и закрывания крышки SpinTek[™] обеспечивает быструю и комфортную смену дуг.

5 Простой поворот инструмента для открывания SpinTek направляет силы в противоположные стороны. При этом сила, действующая на зуб, равна 0 – даже при выраженных зубных отложениях.

6 При открывании других самолигирующих брекетов возникают побочные силы, действующие на зуб и иногда достигающие 1,34 кг, что вызывает дискомфорт у пациента и отклеивание брекетов.

7 Основание брекета с запатентованным лазерным протравливанием обеспечивает оптимальную силу сцепления для надежной фиксации и комфортного снятия брекетов.

8 Гладкие, закругленные контуры для комфортного лечения.

9 Съемные позиционеры, ромбовидная форма брекетов и вертикальная выгравированная линия на основании облегчают точное позиционирование брекетов для достижения красивой формы улыбки.

10 Совместимы с брекетами Damon Q[™], замками SnapLink[™] и замками на вторые моляры Titanium.



Ormco
Sybron Dental Specialties

191186, Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, д. 6

Тел.: (812) 324-74-14
www.dentalcomplex.com

официальный дилер корпорации Ormco в России

Эстетические аспекты ортодонтического лечения врожденного отсутствия боковых резцов у взрослых

Н. М. ДИДЕНКО, Е. П. КУЧИНА, Е. В. МОКРЕНКО,
кафедра ортопедической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета.

Ортодоксальный способ лечения адентии боковых резцов на верхней челюсти предполагает ортодонтическую подготовку места с последующим возмещением отсутствующего зуба протетическим путем. Для этого проводят устранение диастемы путем перемещения первых резцов к центру и дистализации клыков. Такой способ подготовки к протезированию не всегда позволяет обеспечить высокий эстетический эффект. Это может быть обусловлено недостатком места для размещения искусственного бокового резца, вследствие сокращения длины всего зубного ряда, особенно при наличии одностороннего дефекта. Кроме того планируемое протезирование лиц молодого возраста может нарушить развитие и рост лицевых костей, а также предполагает значительное сошлифовывание твердых тканей опорных зубов. Это зачастую приводит к термической травме пульпы и необходимости депульпирования зубов с несформированными верхушками корней. Вместе с тем после протезирования с возрастом отмечается изменение цвета естественных зубов, что вызывает у пациентов эстетическую неудовлетворенность протезом.

Поэтому целью нашей работы явилась разработка более эффективного способа лечения отсутствия боковых резцов на верхней челюсти. В клинике кафедры ортопедической стоматологии нами было обследовано и проведено лечение 19 пациентов с врожденным отсутствием боковых резцов на верхней челюсти в возрасте от 15 до 26 лет. Нами проведена

ортодонтическая подготовка по названной методике и протезирование металлокерамическими мостовидными конструкциями 3 пациентов. Ближайшие наблюдения показали невысокий косметический эффект лечения, связанный не только с возрастным изменением цвета естественных зубов, но и с необходимостью располагать искусственный боковой резец в аномальном положении из-за недостатка места. Поэтому предложено устранять эту аномалию ортодонтическим методом в сочетании с реставрацией зубов светополимеризующимися композитами (Charizma, Prisma и др.).

Данная аномалия способствует возникновению диастемы и трем в переднем отделе зубного ряда верхней челюсти. Для их устранения нами проведено ортодонтическое лечение 16 пациентов при помощи несъемной ортодонтической техники и съемных ортодонтических аппаратов. В результате смещения первых резцов, клыков, премоляров и первых моляров к центру были достигнуты плотные контакты между перемещенными зубами. Однако расположение клыка с выраженным рвущим бугром на месте бокового резца резко нарушает вид пациента и не соответствует эстетическим нормам.

Поэтому в данной группе пациентов нами проведена реставрация композитами клыков с приданием им формы бокового резца и пришлифовыванием небного бугра первого премоляра для имитации анатомической формы клыка. Это позволило достичь значительного улучшения внешнего вида пациентов без применения ортопедического лечения.



ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ ПО НОВЕЙШЕЙ ТЕХНОЛОГИИ, НЕ ИМЕЮЩЕЙ АНАЛОГОВ

БИОПЛАСТ-ДЕНТ

высокоочищенный натуральный материал на основе костного коллагена для восстановления дефектов неинфицированной кости.

Применяется для заполнения костных дефектов в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, реконструкции в ортопедии, а также в травматологии, офтальмохирургии и других областях медицины.



КЛИПДЕНТ

биосовместимый гранулированный синтетический материал, состоящий из очищенного β -трикальций фосфата.

Предназначен для заполнения или восстановления дефектов костных тканей в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

ООО «Торговый Дом» ВладМиВа» 308023, Россия, г. Белгород, ул. Садовая, 118
тел./факс:(4722) 26-26-83, 26-18-04, 31-35-02, www.vladmiva.ru, market@vladmiva.ru

Пер. уа. № ФСР 2010/08030 от 15.06.2010 г. Пер. уа. № ФСР 2010/08031 от 15.06.2010 г.

606120, г. Ворсма Нижегородской обл.,
ул. Гагарина, д. 66, оф. 1,
тел.: (83171) 6-59-77, 6-63-33, 6-63-24,
тел./факс (83171) 6-57-00,
e-mail: tdvorsma@yandex.ru

ТОРГОВЫЙ ДОМ
ВОРСМА
www.tdvorsma.ru

606108, г. Павлово Нижегородской обл.,
ул. Чапаева, д. 43, корп. 3, оф. 127, тел.:
(83171) 3-49-90, 3-51-51,
тел./факс (83171) 3-49-00,
e-mail: vmkbus@mts-nn.ru



Назначение

Передвижные медицинские комплексы «Передвижная стоматология» ВМК-3033-04 на базе автобуса ПАЗ-32053 и ВМК-30331-04 на базе автобуса ПАЗ-4234 предназначены для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи пациентам вне стационарных стоматологических лечебных учреждений.

Современное медицинское оборудование позволяет:

- проводить профилактику и диагностику дентальных заболеваний с применением дентального рентгеновского аппарата и системы компьютерной дентальной радиовизиографии;
- получать рентгеновские дентальные снимки на экране персонального компьютера в режиме реального времени;
- печатать рентгеновские снимки на бумагу с помощью цветного принтера и сохранять снимки в компьютерной базе данных;
- пломбировать зубы с применением различных пломбирочных материалов, проводить хирургические стоматологические операции;

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология»

ВМК-3033-04; ВМК-30331-04

Регистрационное удостоверение № ФСР 2010/08438.

- дополнительно установленное вспомогательное кресло позволяет проводить весь комплекс работ по протезированию зубов.

Установленное медицинское оборудование, возимый запас медикаментов, расходных и вспомогательных материалов обеспечивают автономную работу передвижного медицинского комплекса в течение длительного времени.

Основное медицинское оборудование:

- стоматологическая установка: инструментальная панель на 3-4 выхода, гидроблок с плевательницей, светильник, стоматологическое кресло, столик врача, стул врача, набор наконечников;
- компрессор стоматологический безмасляный в шумозащитном кожухе;
- радиовизиограф в комплекте с рентгеновским аппаратом, компьютером типа ноутбук, лазерным принтером;
- стул стоматологический (стул медицинской сестры);
- лампа полимеризационная;
- стерильная камера для инструментов;
- суховоздушный стерилизатор, объем рабочей камеры 10 л;
- лампа бактерицидная настенная (потолочная) — 2 шт.;
- набор стоматологических инструментов;
- набор наконечников.

Варианты исполнения комплекса

Вариант 1. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с одной стоматологической установкой. В этом случае в качестве транспортной базы используются автобусы ПАЗ-32053 (с карбюраторным или дизельным двигателем) и ПАЗ-3206 (повышенной проходимости, колесная формула 4x4). В пассажирском салоне комплекса установлены индивидуальные комфортабельные сидения для выездной врачебной бригады, столик, двухсекционный шкаф для верхней одежды. В лечебном отсеке комплекса установлены стоматологическая установка, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Вариант 2. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с одной стоматологической установкой и дополнительным креслом для предварительного осмотра или для протезирования зубов. Этот вариант предусматривает установку дополнительного кресла, которое может использоваться для предварительных процедур при протезировании зубов.

Вариант 3. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с двумя стоматологическими установками. В качестве транспортной базы используется автобус ПАЗ-4234. В лечебном салоне комплекса установлены 2 стоматологические установки, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Все передвижные медицинские комплексы «Передвижная стоматология», в которых установлен дентальный рентгеновский аппарат, оборудованы встроенной радиационной защитой. По итогам рабочих испытаний при сдаче комплекса выдается санитарно-эпидемиологическое заключение на соответствие нормам защиты.

Специалисты нашего предприятия готовы предложить вашему вниманию одну или несколько компоновочных схем планировки салона, размещения основного оборудования, мебели и т.д. Пожалуйста, воспользуйтесь услугами электронного запроса или позвоните прямо сейчас.



Керамические протезы

Д. Н. ЯКОВЛЕВ, аспирант кафедры ортопедической стоматологии НижГМА.

Керамика используется человечеством уже многие тысячелетия, а история стоматологической керамики насчитывает порядка 200 лет. Керамические жакетные коронки применялись еще с начала XX в. Низкая устойчивость к сколам ограничивала их использование для реставрации передних зубов, не подвергавшихся высокой нагрузке.

Керамические коронки, безусловно, обладают лучшими эстетическими качествами, чем металлокерамические. В связи с этим практика использования жакетных керамических коронок большинства существующих на данный момент видов керамики показала, что все же многие из них не подходят для протезирования жевательной группы зубов и ограничены использованием лишь в переднем отделе.

Современные керамические системы позволяют изготавливать вкладки, виниры, коронки, супраструктуры имплантатов и мостовидные протезы для любого отдела зубного ряда. Однако для внедрения этих протезов необходимы дополнительные исследования, позволяющие определить преимущества их в прочности и эстетике перед комбинированными конструкциями. В связи с этим вызывает интерес классификация керамических систем.

Данная классификация основана на использовании делений предложенных разными авторами [Probster L., 2000; Казунобу Ямада, 2004; Blatz M. B., 2002; Rosenblum M. A., Schulman A., 1997].

Керамические системы можно разделить [Жулев Е. Н., Яковлев Д. Н., 2010]:

I. По материалу для изготовления керамического каркаса искусственной коронки:

- а) на основе иттриевого стекла;
- б) на основе оксида циркония;
- в) алюмооксидная керамика;
- г) керамика на основе полимеров (керамеры);
- д) керамика на основе дисиликата лития (полевошпатная керамика).

II. По технологии изготовления:

1. Традиционная порошковая керамика (conventional powder slurry ceramics)

а) вакуумный обжиг керамики на платиновой фольге: Vitadur, Vitadur N («Vita», Германия); Flexoceram («Elephant», Нидерланды);

б) обжиг керамических каркасов на огнеупорной модели с последующей облицовкой (керамика на основе упрочненных алюмооксидных каркасов): In-Ceram («Vita», Германия), Screening+EX-3 («Noritake», Япония), Ortec («Jeneric/Pentron», США);

Литая керамика (castable ceramics):

а) изготовления керамических протезов по выплавляемым моделям с последующим обжигом (ситаллизация): CeraPearl («Kuscega», Япония); Dico9 («Dentsply», США);

б) литье керамических каркасов по восковой модели с последующим обжигом и облицовкой: Cerestor («Johnson/Johnson», США);

3. Прессованная керамика (pressable ceramics):

а) прессование расплавленной керамики по восковой модели с последующим обжигом: IPS-Empress 1,2 («Ivoclar», Лихтенштейн); OPC («Jeneric/Pentron», США); Vitapress (Vita), Finesse («Dentsply»), Evopress («Wegold»), Authentic («Ceramay»), Carrara («Elephant»), Cerogold («Degussa»);

4. Импрегнированная (инфильтрованная) керамика (infiltrated ceramics):

а) шликерная технология изготовления: Turkom-Cera («Turkom-Ceram (M) Sdn. Bhd», Малазия), Top-Ceram («Global Top Inc.», Южная Корея);

5. Механически обрабатываемая керамика (machinable ceramics):

а) компьютерное фрезерование каркаса при копировании восковой модели с последующим обжигом и облицовкой: Cergon («Degussa», Германия);

б) изготовление керамического каркаса с использованием электрофрезеза с последующим обжигом и облицовкой: Wol-CERAM («WDT», Германия);

в) сканирование модели (оттиска), фрезерование каркаса из «твердой» керамики по компьютерной программе: Cerec («Sirona», Германия); Duret («Sophia Biosconcept», США); DCS President («DCS Production», Швейцария); Cad. Esthetics («Ivoclar», Лихтенштейн, и «Decim AB», Швейцария); digiDent («Girrbach», Германия); Dental CAD/ CAM-GN1 (Япония); Everest («Kavo», Германия);

г) сканирование модели (оттиска), фрезерование каркаса из необожженной керамики по компьютерной программе с последующим обжигом: Lava («3M ESPE»); Everest («Kavo», Германия);

д) сканирование модели (оттиска), компьютерное моделирование протеза, прессование, обжиг керамического каркаса, облицовка: Procera All Ceram («Nobelpharma», Швеция); Decim (Швейцария); Cicero («Cicero и Elephant+», Нидерланды); Cynovad («Dental-matic и Cortex Machina», Канада).

III. По признакам общего пользовательского алгоритма и компоновке аппаратного обеспечения CAD/CAM:

- а) централизованные макросистемы (Procera, Decim);
- б) индивидуальные минисистемы (DigiDENT, Cerec);
- в) индивидуальные микросистемы (Dental CAD/CAM-GN1).

Преимущества и недостатки керамических конструкций

В исследованиях Трезубова В. Н. (2008) было выявлено, что широкое применение в практике современной ортопедической стоматологии несъемных протезов (цельнолитых, металлокерамических, металлоакриловых, металлокомпозитных, керамических), требующих значительного препарирования твердых тканей с погружением края коронки в десневую борозду, влечет за собой серьезные изменения пародонта в виде протетического пародонтита [Белоключая Г. Ф., 1991].

При изучении отдаленных клинических результатов протезирования несъемными протезами Трезубов В. Н. и Аль-Хадж О. Н. выявили наличие воспалительных заболеваний пародонта в 54,8% случаев, причем в 29,9% из них имел место хронический катаральный гингивит легкой степени тяжести, в 10,6% случаев — хронический катаральный гингивит средней степени тяжести, а в 14,3% случаев — хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести [Трезубов В. Н., Сапронова Л. Я., Кусевичкий Л. Я., 2008; Безвестный Г. В., Абдулов И. И., Розов Ю. В., 1992].

В связи с этим вполне понятно стремление ряда исследователей избавить пациентов от металла и разработать способы изготовления керамических зубных протезов. К ним, прежде всего, следует отнести протезы, изготовленные из одного материала, близкого по цвету к естественным зубам. Таким материалом является керамика.

Преимущества керамических конструкций

Основными достоинствами современных видов керамических протезов, на которые указывают производители и специалисты, являются [Хайненберг Б. Й., 2002; Leinfelder K. F., 2000; van Noort R., 2002]:

- стабильность, формы;
- отсутствие возможных обнажений металла (особенно на маргинальных поверхностях);
- высокая эстетика;
- цветовая устойчивость;
- малая теплопроводность (коэффициент термического расширения аналогичен — эмали и дентину);
- стираемость, сравнимая со стираемостью натуральной эмали;
- инертность и нерастворимость в жидкостях ротовой полости;
- малая склонность к образованию налета;
- полная биосовместимость;
- отсутствие эффекта гальванизма.

К недостаткам керамических протезов эти авторы относят: — повышенную по сравнению с металлокерамикой стоимость лечения; — ограниченную протяженность протезов (в первую очередь мостовидных).

Реакция краевого пародонта на искусственную коронку

Многие миллионы людей в нашей стране пользуются несъемными металлическими протезами из нержавеющей стали и кобальто-хромового сплава. Патологические явления на эти материалы развиваются у 4-11% пациентов [В. Ю. Курляндский, 1996; Л. Д. Гожа, 1998; В. Н. Копейкин с соавт., 1991; Б. П. Марков, 1994]. Многие исследователи отмечают негативное влияние несъемных протезов на краевого пародонт [Жулев Е. Н., 2005; Каламаров Х. А., 2003; Копытов А. А., 2007; Г. Шиллинбург-мл., 2008; Трезубов В. Н., Сапронова Л. Я., Кусевичкий, 2008; S. Soomron, 2003, и др.].

Причиной этих влияний могут быть: травма десны во время препарирования зуба с формированием придесневого уступа, установка ретракционных нитей для получения двойного от-

LOGOSTOM

ТОРГОВО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ КОМПАНИЯ

ГАРАНТИРОВАННАЯ НАДЕЖНОСТЬ ПО ДОСТУПНОЙ ЦЕНЕ

- Новые технологические решения
- Сборка с применением идей заказчика
- Сборка и конструирование на заказ
- Увеличенная гарантия
- Моментальный сервис



Унипресс-03М
110 000 руб.



Унипресс-02М
130 000 руб.



Аппарат
пескоструйный
20 000 руб.



Пресс
гидравлический
15 000 руб.



Вакуум-миксер
25 000 руб.



Триммер
25 000 руб.

Мурманск

Смоленск

Минеральные воды

Нижний Новгород

Туапсе

Томск

Лодзь МО

Чебоксары

Ярославль

Мурманск МО

Бугульма

Новочебоксарск

Жуковский МО

Ставрополь

Рязань

Москва

Железноводск

Славинск на Кубани

Армавир

Воркута

Санкт-Петербург

Набережные Челны

Екатеринбург

Заволжье НО

Ростов-на-Дону

Ижевск

Тольятти

Сочи

Балашиха МО

Краснодар

Омск

Пятигорск

Якутск

тиска, травма краями некачественно изготовленных временных коронок, краями постоянных искусственных коронок в процессе пользования протезами. Кроме того, к числу наиболее частых осложнений при применении металлокерамических протезов следует отнести кариозное разрушение твердых тканей зубов под искусственной короной и расцементирование протезов. Эти процессы развиваются чаще всего в области края искусственных коронок и вызваны разрушением цементного слоя, фиксирующего несъемный протез [Ряховский А. Н., 2001].

Нередко в кажущихся при визуальном осмотре клинически здоровых тканях краевого пародонта, в пришеечной части опорных зубов при применении специальных методов исследования (стоматоскопия, реопародонтография и др.) выявляются признаки воспаления почти у 50% больных [Абакаров С. И., 1994].

Известно, что количество выделяемой десневой жидкости может служить объективным критерием оценки состояния тканей пародонта [Дмитриева Л. А., 2001]. Помимо этого, контроль за десневой жидкостью может быть использован для точной припасовки поддесневого края ортопедических конструкций [Коротыко Г. Ф., 2006; Котов К. С., 2007, и др.].

Калиниченко Т. П. и соавт. (2003) на основании измерения количества десневой жидкости изучили маргинальный пародонт после препарирования и воздействия различных металлов. Авторами было установлено, что препарирование зубов, даже при полном соблюдении всех правил, вызывало значительное увеличение выделения десневой жидкости через сутки. Степень увеличения объема выделяемой жидкости зависела от исходного состояния тканей пародонта. Через 1-1,5 мес. после препарирования зубов (2 недели после фиксации коронок постоянным цементом), когда по клиническим данным происходило восстановление целостности эпителия, авторы провели повторный анализ выделения десневой жидкости. Оказалось, что спустя 2 недели после фиксации коронок из стали количество десневой жидкости практически оставалось таким же высоким, как и после препарирования.

Аналогичный результат был получен при использовании протезов из стали с нитрид-титановым покрытием. В то же время, использование золотого и серебрено-палладиевого сплавов вызывало нормализацию выделения десневой жидкости уже через 2 недели после фиксации протезов постоянным цементом, а значит и состояния тканей пародонта.

Стафеев А. А. (2006) и Татаренко Л. Л. (1992) изучали динамику выделения десневой жидкости до препарирования, через месяц, 6 месяцев и 3 года после фиксации металлокерамических протезов у лиц с сахарным диабетом, недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани и интактным пародонтом. Оказалось, что до препарирования средняя величина количества десневой жидкости у лиц с признаками дисплазии и сахарным диабетом имела большее значение, чем в группе сравнения.

После фиксации металлокерамических протезов, при условии препарирования на уровне с десной, отмечено незначительное увеличение количества десневой жидкости, как у лиц с дисплазией соединительной ткани и сахарным диабетом, так и в группе сравнения на всех сроках наблюдения. Напротив, при препарировании уступа в области десневой борозды (условно ее середина) величина показателя, характеризующего количество десневой жидкости, по сравнению с начальным уровнем выросла во всех группах в 1,2-1,8 раза.

Методика препарирования зубов под керамическую коронку

Целью препарирования зубов под керамические коронки является получение культы конической формы с закругленными переходами от ее стенок к уступу. Поверхность препарирования, особенно в области переходов, не должна иметь выемок и бороздок, которые могут быть центрами концентрации напряжений в керамическом материале. Накопленные научные данные и результаты клинического применения керамических масс свидетельствуют о том, что при изготовлении керамических протезов толщина стенок искусственных коронок должна быть не менее 1 мм. Такая толщина определяет и соответствующую глубину препарирования при формировании уступа.

В последнее время некоторыми исследователями, например, Fenske С. с соавт. (2000) и Fischer Н. (2003), обнаружен неожиданный эффект, который заключается в том, что для повышения величины нижнего критического порога напряжений материала, вызывающего образование и разрастание трещин, необходимо не увеличивать, а уменьшать толщину слоя керамики. Так, например, в исследованиях прочностных характеристик материала Vita In-Ceram слой керамики с толщиной порядка 0,6 мм обладает величиной порога порядка 1,326 МПа, что превышает значения той же величины (852 МПа) для слоя в 0,8 мм и (1,942 МПа) для толщины 1,0 мм соответственно. Причем величина порогового напряжения даже для слоя толщиной порядка 0,4 мм (1,191 МПа) также превышает аналогичные показатели для обоих слоев с большей толщиной.

Этот результат не только чрезвычайно ценен с точки зрения повышения качества керамических коронок, но также имеет огромное клиническое значение, так как открывает возможность применения минимально инвазивной техники препарирования, что значительно снижает степень повреждения твердых тканей зуба при препарировании. Если эти экспериментальные данные будут подтверждены дальнейшими исследованиями, то это может привести к необходимости принципиального пересмотра всей методики препарирования, включая выбор диаметров и формы инструментов.

Это также ужесточит требования к достижению более округлой формы препарированного зуба и выбору абразивного покрытия боров. При этом будет исключено использование боров с грубым алмазным абразивом (с величиной зерна большей, чем предусмотрено ИСО 524). Кроме того, это может привести также к необходимости применения таких инструментов для препарирования, у которых глубина однократного снятия твердых тканей, согласно номенклатуре DGZMK/DGZ/DGZPW, не превышала бы 30 мкм.

При применении металлокерамических коронок предпочтение, как известно, отдается препарированию скошенного уступа, который обеспечивает более высокую точность краевого прилегания искусственной коронки.

При применении же керамических коронок для обеспечения их прочной механической фиксации оптимальным вариантом, по мнению Marxkors D. и Marxkors R. (2003), является формирование прямого уступа на границе области препарирования. Благодаря этому удается значительно снизить величину механических напряжений, распирающих керамическую коронку. Развивающиеся же при этом напряжения обусловлены, прежде всего, конической формой препарированной культы зуба, в результате чего она воздействует на коронку как клин.

По мнению этих авторов, керамические коронки, по сравнению с металлокерамическими, отличаются большей общей толщиной стенок. При этом соответствующую глубину препарирования необходимо обеспечить не только на уровне уступа. Механическая прочность и стабильность керамических коронок определяется толщиной их аппроксимальных стенок на уровне

XII специализированная выставка

De УФА





18-20 октября

ДЕНТАЛЭКСПО
СТОМАТОЛОГИЯ УРАЛА

2011



Второй открытый
Чемпионат зубных техников

 НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ИНФОРМАЦИИ АНАЛИЗА
И МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИИ

КОНТАКТЫ В УФЕ:
ЛИГАС  **ЛИГАС**
Выставочный центр «Лигас»
тел./факс: +7 (347) 253-76-05, 253-81-89
e-mail: ligas@ufanet.ru
www.ligas-ufa.ru

В МОСКВЕ:
DENTALEXPO
125319, Москва, ул. Успенская, 8А
тел.: +7 (495) 921-40-69
e-mail: info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

экватора зуба, где она должна составлять не менее 2 мм, а также толщиной стенок коронки у режущего края. В пришеечной области, напротив, глубина препарирования может быть такой же, как и при применении металлокерамических коронок.

Керамические коронки отличаются более высокими эстетическими характеристиками. Поэтому их наиболее часто используют в области передних зубов. Поскольку в этом случае не нужно прикладывать специальных усилий для маскировки металлического каркаса искусственной коронки, особенно в пришеечной области на вестибулярной поверхности зуба, то, как и для других зубов, в этой области рекомендуется препарировать уступ шириной не более 1 мм (Marxkors D., Marxkors R., (2003).

По мнению Rinke S. (2003), препарирование с формированием скошенного уступа приводит к истончению края керамической коронки и риску его скола. При этом допустимо препарирование зубов с вестибулярным или циркулярным уступом. В области передних зубов форма препарирования с уступом является более предпочтительной, чем желобообразное препарирование. Автор рекомендует использовать для препарирования уступов с закругленными осевыми пришеечными углами цилиндрические алмазные инструменты с закругленной торцевой частью.

Необходимо следить за тем, чтобы граница области препарирования всегда располагалась выше края десны. Выполнение этого условия позволяет исключить повреждение окружающих мягких тканей краевого пародонта при протезировании пациентов с его заболеванием, что является несомненным преимуществом по сравнению с обычными условиями, в которых из соображений эстетики края искусственной коронки в большинстве случаев располагаются под десной. При правильном подборе цвета у керамических коронок и мостовидных протезов граница перехода от керамического материала к окружающим твердым тканям зуба абсолютно незаметна и, следовательно, нет никакой необходимости располагать границу области препарирования под десной [Claussa H., 1990].

Raigrodski A. (2004) считает, что конусность осевого препарирования в 4° вполне достаточна для обеспечения качественного сканирования рабочей модели. Вполне допустимо при этом желобообразное препарирование или препарирование с закругленным уступом, который необходимо размещать под десной

в пределах 0,5 мм, что способствует сохранению состояния здоровья десны и облегчает процедуру снятия оттиска.

Для препарирования передних зубов под керамическую коронку достаточно шести инструментов:

- два ручных используются для шлифовки уступа на вестибулярной и небной поверхности;
- конусный алмазный бор грубой зернистости с плоским кончиком применяется для выполнения основного препарирования на вестибулярной и контактных поверхностях, по режущему краю;

- конусный алмазный бор средней зернистости с плоским кончиком применяется для формирования уступа и препарирования небного бугорка на небной поверхности реза;

- грушевидный бор используется для препарирования небной вогнутой поверхности;

- твердосплавный бор применяется для создания скоса края уступа на небной и контактных поверхностях [Martignoni M., 1991].

Таким образом, анализ данных специальной литературы показывает, что в настоящее время достаточно хорошо изучены вопросы деления керамических систем на отдельные группы, технологии изготовления керамических протезов, предложено большое количество методик препарирования зубов под керамические протезы. Так, одни авторы при протезировании керамическими протезами предлагают не отходить от принципов «классического» препарирования под металлокерамическую коронку [Rosenstiel. S. F. с соавт., 1995]. Другие считают необходимым проводить более объемное препарирование, ссылаясь на недостаточную прочность керамического материала [D. Marxkors и R. Marxkors, 2003]. Третья группа авторов говорит о необходимости максимального сохранения твердых тканей зуба [Fenske C. с соавт., 2000; Fischer H., 2003; Schweiger M. с соавт., 1999].

Однако неоднозначный подход к методике препарирования свидетельствует о необходимости разработки единых принципов препарирования и алгоритма клинических манипуляций при протезировании керамическими протезами. Практически не освещены вопросы влияния керамических протезов на краевого пародонт (изменение объема и pH десневой жидкости, уровня содержания IL-1 β в десневой жидкости), вопросы сравнительной оценки прочности керамических систем. Отсутствуют показания для клинического использования керамических мостовидных протезов.

Лиц. Росздравнадзора № 66-01-000470 от 11 января 2007 г.

ООО «СТОМАТЕХ»

620049, Екатеринбург, ул. Комсомольская, д. 48,
тел./факс: (343) 383-47-96, 362-43-12, 375-50-46,
e-mail: ulia@stomatech.ru, info@stomatech.ru. www.stomatech.ru.

Материалы для ортопедической стоматологии

ДИСКИ ЗлСрМ 900-40 для коронок и литья (толщина 0,3 мм, диаметр 18, 20, 23, 25 мм)	1740-00/г
ДИСКИ СрПдЦ 736-250 для коронок и литья (толщина 0,3 мм, диаметр 18, 20, 23, 25 мм)	400-00/г
ЛЕНТА СрПдЦКд 791-190 для литья (толщина 0,5 мм, ширина 10 мм)	350-00/г
ПОЛОСЫ ЗлСрКдМ 750-30 для пайки (толщина 0,3 мм, ширина 50 мм)	1740-00/г
ПРОВОЛОКА ЗлПлСрМ 750-90-80 для кламмеров (диаметр 1,0-1,2 мм)	1770-00/г
ПРИПОЙ-ПРОВОЛОКА ПСрМЦ-37/42-«Стоматех» (взамен ПСрМЦ 37Е), уп. 40 г	1020-00
СПЛАВ легкоплавкий зуботехнический СЛП-ВОС, уп. 600 г	900-00
СПЛАВ* железо-никель-хромовый ЖНХ 20Х25Н20С2, уп. 500 г	700-00
СПЛАВ* кобальт-хромовый КХС-Е для металлокерамики и бюгелей, уп. 500 г	2775-00
СПЛАВ* никель-хромовый НХС для металлокерамики 06Х23Н65М10С2, уп. 500 г	1850-00

Продукция не облагается НДС. Оптовым покупателям предоставляются скидки 5-7%.

Примечание: * — сплавы могут фасоваться по согласованию с заказчиком.

Надеемся на успешное сотрудничество!

IV МОСКОВСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА MosExpoDental



С 15 по 18 марта 2011 года в Москве в Гостином Дворе прошла IV Московская Международная Стоматологическая Выставка MosExpoDental.

По традиции, в выставке приняли участие ведущие производители и поставщики стоматологического оборудования, инструментов, материалов и медикаментов. Всего же в выставке MosExpoDental приняло участие 250 экспонентов, на стендах которых можно было ознакомиться с демонстрацией новейших разработок от производителей стоматологических материалов и оборудования из стран Европы, США, Азии и России.

Открыли выставку, перерезав красную ленту, профессор А. А. Кулаков, Директор ЦНИИС и ЧЛХ и профессор В. Д. Вагнер, Президент СтАР. Также с приветственными словами выступили профессор В. Н. Олесова, Президент РАСТИ, профессор Ф.Ю. Даурова, зам. декана медицинского факультета РУДН по стоматологии, зав. кафедрой терапевтической стоматологии, В. И. Лаврухин, Руководитель аппарата президента Московской Торгово-Промышленной палаты.

Особое внимание было уделено научной программе Московского международного стоматологического форума «Стоматология в Гостином. Проблемы современной стоматологии и пути их решения». С 15 по 17 марта в рамках форума было проведено более пятидесяти обучающих мероприятий – лекций, семинаров, мастер-классов по терапевтической, ортопедической, эстетической стоматологии, пародонтологии, имплантологии и другим направлениям стоматологии.

С 15 по 16 марта, впервые в рамках выставки MosExpoDental, прошла 3 Всероссийская Студенческая Олимпиада по Терапевтической Стоматологии. Организаторы олимпиады: Кафедра терапевтической стоматологии РУДН, оргкомитет выставки MosExpoDental, при поддержке СтАР.

В мероприятии приняли участие лучшие студенты стоматологических факультетов из 20 медицинских ВУЗов России. На протяжении двух дней команды соревновались в нескольких этапах конкурсной программы: «Приветствие команд - участниц»; «Домашнее задание»; «Теоретические знания»; Эндодонтия, Реставрация; «Научные доклады». 16 марта были подведены итоги олимпиады. Призы для победителей и участников Олимпиады были предоставлены спонсорами: ЮНИДЕНТ, Мирадент, 3М ESPE, Хаммахер Омнимед, Ассоциация РОСИ, ГлаксоСмитКляйн, Валлекс М, Dentsply. Информационным спонсором Олимпиады стал портал Dentalworld.ru.

Победители конкурса «ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ»:

- I место – Волгоградский ГМУ.
- II место – Северный ГУ (Архангельск).
- III место – Северо-Осетинский ГУ; Казанский ГМУ.

Победители конкурса «ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ»:

- I место – РУДН (Москва).
- II место – МГМСУ (Москва).
- III место – Самарский ГМУ.

Победители конкурса «ЭНДОДОНТИЯ»:

- I место – РУДН (Москва); МГМСУ, (Москва).
- II место – Саратовский ГМУ; ПГМУ им. Сеченова.
- III место – Башкирский ГМУ.

Победители конкурса «ПРИВЕТСТВИЕ»:

- I место – Кубанский ГМУ.
- II место – Дагестанская ГМА.
- III место – Казанский ГМУ; Нижегородская ГМА.

Победители конкурса «НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ»:

- I место – Оренбургская ГМА; Волгоградский ГМУ.
- II место – Самарский ГМУ; Ижевская ГМА.
- III место – Тверская ГМА; Чувашский ГУ.

Победители конкурса «РЕСТАВРАЦИЯ»:

- I место – РУДН (Москва).
- II место – Новгородский ГМУ.
- III место – СПб ГМУ им. Павлова; Ставропольский ГМУ.

В рамках IV Московской Международной Стоматологической Выставки начал свою работу проект «Инновационная площадка управленческих решений в стоматологии». Основной задачей площадки является разработка инновационных проектов по различным направлениям, таким, как менеджмент стоматологической организации, управление качеством стоматологической услуги, экономика, образование, IT и др. По словам президента Ассоциации частных стоматологических клиник Г. И. Брагина, данный проект был представлен на выставке-форуме MosExpoDental не случайно, т. к. именно здесь фокусируется основная целевая аудитория участников проекта.

Стоматологическая выставка MosExpoDental проходит при поддержке: Правительства Москвы, МТПП РФ, Департамента здравоохранения г.Москвы, Торгового Дома «Шатер», ЦНИИС и ЧЛХ, СтАР, РАСТИ, РМАПО, РУДН, АЧСК.

**Не пропустите выставку MosExpoDental 16 – 19 ноября 2011 года
в Гостином Дворе, Москва!**

Более подробная информация на сайте: www.mosexpodental.com





СибДент

18-20 мая 2011
МВЦ "ITE Сибирская Ярмарка", Новосибирск

Специализированная выставка стоматологического оборудования, инструментов и материалов

Одновременно проходят международная выставка «МЕДСИБ» и форум «Здоровье»

- Современные методы и технологии в стоматологии
- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Стоматологические материалы и препараты
- Средства гигиены для ухода за полостью рта и зубными протезами
- Стоматологические услуги

МВЦ ITE СИБИРСКАЯ ЯРМАРКА
Новосибирск, Красный пр-т, 220/10
Тел.: (383) 363-00-36,
www.sibdent.com







СТОМАТОЛОГИЯ

Санкт-Петербург

16-18 МАЯ 2011. Ленэкспо, Санкт-Петербург

XIV ПЕТЕРБУРГСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

WWW.STOMATOLOGY.PRIMEXPO.RU
WWW.DENTAL-EXPO.COM

ДЕНТАЛЕКСПО®

Тел.: +7 (812) 380 6006/00
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

Тел./факс: +7 (495) 921 4069
E-mail: region@dental-expo.com

При участии: 



ДЕНТИМА /2011

11-й Стоматологический форум

19 – 21 мая

Выставочный центр «КраснодарЭКСПО» г. Краснодар, ул. Зиповская, 5


Основные разделы экспозиции

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

В рамках форума

11-я Всероссийская стоматологическая конференция
6-я Международная конференция зубных техников
1-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»

Организаторы



Выставочный центр «КраснодарЭКСПО»
Стоматологическая Ассоциация России
Ассоциация Российских торговых и промышленных предприятий стоматологии «Стоматологическая Индустрия» - НИИИАМС
Краснодарская краевая общественная организация стоматологов
Клуб зубных техников ЮФО
Кубанский государственный медицинский университет

По вопросам участия обращаться в дирекцию форума:


Директор проектного департамента:
Габеева Элла Викторовна,
тел. +7 (861) 279-3440

Директор форума:
Максимова Екатерина Николаевна,
тел. +7 (861) 279-3482
Email: dentima@krasnodarexpo.ru
www.krasnodarexpo.ru


Поддержка

Администрации Краснодарского края
Департамента здравоохранения Краснодарского края
Администрации муниципального образования город Краснодар


Генеральный информационный партнер



Генеральный информационный спонсор



Информационная поддержка



Министерство здравоохранения РТ
Стоматологическая ассоциация Республики Татарстан

ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА РТ  ВЫСТАВОЧНАЯ ФИРМА «ТАТЭКСПО»



Стоматология Татарстана

10-ый Международный стоматологический форум и выставка

24-26 мая 2011

Казань

ГТРК «Корстон» ул.Ершова, 1

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@mi.ru, http://www.tatexpo.com



Справочник «СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ»



**14-й
выпуск**

**ВСЕГДА
ПРАЗДНИК!**



NEW!

Сентябрь 2011

Издательство «Человек»

199004, Санкт-Петербург, В.О., Малый пр., 26, офис 2; Тел./факс: (812) 325-25-64, 328-18-68

E-mail: mail@mirmed.ru; zakaz@mirmed.ru Internet: www.mirmed.ru

30-й Московский
международный
стоматологический форум
Международная выставка



Дентал-Экспо

26-29 сентября 2011

Москва. Крокус Экспо,
павильон 2, залы 5, 8
Проезд: м. "Мякинино"



www.dental-expo.com

DENTALEXPO®

Генеральные информационные партнеры



Фотополимеризационная лампа Ledex™



МОЩНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Плотность светового потока более 1100 мВт/см².
Оптимальная длина волны: 440-480 нм, пик 460 нм.

УДОБСТВО В РАБОТЕ

Яркий дисплей, звуковые сигналы.
Информирование об уровне заряда аккумулятора.
Автоматическая система защиты светодиода от перегрева.
Небольшой вес — всего 120 г.

ДВОЙНОЕ ПИТАНИЕ

Возможность работы от встроенного аккумулятора.
Возможность работы напрямую от электрической сети.
ЛАМПА ВСЕГДА ГОТОВА К РАБОТЕ!

Гарантированная
скидка **20%** при ссылке
на журнал

ГИГИЕНА И ПРАКТИЧНОСТЬ

Одноразовые чехлы на световод.
Защитный оранжевый экран.
Защитные оранжевые колпачки на световод.
И ВСЕ ЭТО УЖЕ В КОМПЛЕКТЕ!

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫБОРА

6 ярких, привлекательных цветов корпуса на выбор.
4 режима полимеризации,
в т.ч. 2 режима «мягкий старт».

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ И ТОРГУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.

Продукция зарегистрирована в Росздравнадзоре и имеет необходимые удостоверения и сертификаты соответствия.

Производитель: «Dentmate Technology Co. Ltd.», Тайвань, КНР.

Эксклюзивный импортер в РФ — ООО «АлденТ Плюс»: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 33Ж, офис 317А.
Тел./факс: (812) 718-69-89, 334-54-51, 388-30-06, e-mail: aldent@mail.ru, <http://www.aldent.su>