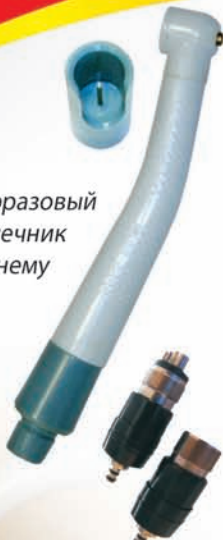



ОДНОРАЗОВЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТЕРИЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ЗАЩИТА ОТ ВНУТРИКЛИНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ



Стерильный одноразовый турбинный наконечник и переходники к нему



Стерильный одноразовый набор инструментов

Изготовлены из высококачественных материалов

Удобны в использовании

Стерильны (исключают инструментальный путь передачи инфекции)

Снижают затраты на подготовку и стерилизацию

Оптимальны для проведения профилактических осмотров, диагностики и лечения



JNB

По вопросам приобретения обращаться (495) 504-10-64, www.medical-jnb.ru

**торговый дом
МЕДТЕХНИКА**

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

**Итальянское оборудование
высшего класса CASTELLINI**

- Качество, надежность, долговечность
- Стиль и дизайн
- Высокий уровень безопасности и гигиены
врача и пациента

Цена -
от 12900 €

Подарок -
набор SDR
(Dentsply)

Сервис
и ремонт

**PUMA
ELI 5**

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
УСТАНОВКА



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 «Сапфир», 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»;
«ЗМ», «KERR», «Heraeus Kulzer», «Dentsply»,
«Sofa Dental», «Mani», «Degussa Dental»,
«Unident», «Septodont» и многих других.

СИСТЕМА ИМПЛАНТАТОВ



Швейцарское
качество

БУДУЩЕЕ СЕГОДНЯ

Всегда в наличии
препараты для анестезии



Лиц. № 02-000131 от 25.12.2007 г.

Нижегород,
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.
- Консультации по подбору персонала.
- Проведение семинаров для специалистов.

Нижегород, ул. Студеная, 48, тел. 430-63-47

**Внимание! В октябре открытие нового
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

(учебный центр + клиника)

Нижегород, ул. Студеная, 48
Тел. 430-63-47

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

Лиц. № ЛО-52-01-001489 от 06.04.2011 г.

ООО «СтомКом»

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. 430-63-45

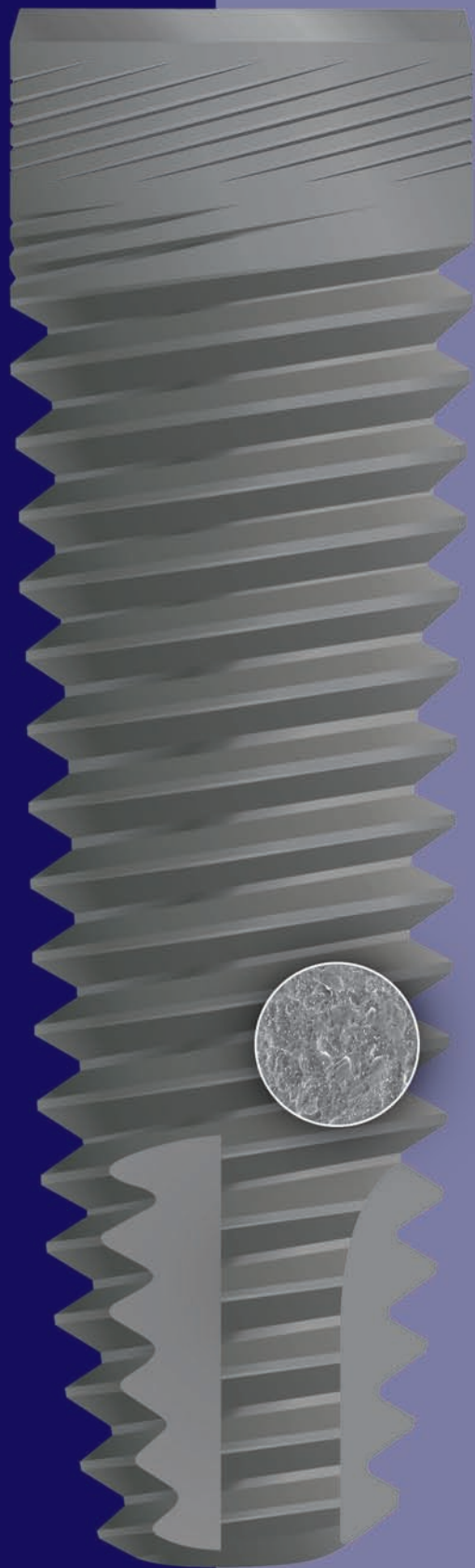
Лаборатория: ул. Студенческая, 4, пом. 2, тел. 434-55-60

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.

implASA HÖCHST

EUROPEAN PRODUCED DENTAL IMPLANTS



Качество

Качество продукции и гарантия эффективности процессов имплантации и протезирования являются основными приоритетами компании «ImPlasa Höchst GmbH».

Исследования и новейшие разработки

Есть ли предел в совершенствовании техники зубоврачебного дела? Ответ на этот вопрос открывается сам собой, если оглянуться на путь, совершенный компанией «ImPlasa Höchst GmbH» за 10 лет в области новейших технологий лечения и протезирования зубов.

Материалы и технологии

Самые качественные материалы + постоянно совершенствующиеся технологии = залог нашего качества и вашего успеха.

Производственный цикл

Специалисты компании «ImPlasa Höchst GmbH» на всех этапах технологического процесса и производства неустанно следят за качеством выпускаемой продукции.

Поверхность ImPlapore

Поверхность имплантатов обрабатывается по уникальной технологии компании «ImPlasa Höchst GmbH», именуемой ImPlapore, которая позволяет достичь минимального травмирования в области установки имплантата, а также максимально облегчить процесс остеоинтеграции.

Германия

Rödelheimer Landstrasse 75-85,
60487 Frankfurt am Main, Deutschland
Phone: +49-69-30853968, fax: +49-69-33998635
E-mail: info@implasa.de, www.implasa.de

Россия

129515, 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.de

Редакционный совет

С. И. Гажва, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, президент Нижегородской ассоциации стоматологов, главный стоматолог ПФО.

В. Е. Круглов, Заслуженный врач РФ, главный стоматолог Нижегородской области.

Е. А. Дурново, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ НижГМА.

Л. М. Лукиных, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии НижГМА.

Е. Н. Жулев, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии, декан стоматологического факультета НижГМА.

Л. Н. Казарина, д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтической стоматологии НижГМА.

С. Ю. Иванов, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ЧЛХ и имплантологии ФПКВ ИПО НижГМА.

С. Ю. Косюга, к.м.н., зав. кафедрой стоматологии детского возраста НижГМА.

И. А. Шакиров, Заслуженный врач РФ, главный стоматолог г. Нижнего Новгорода.

И. Г. Гатин, главный стоматолог г. Дзержинска.

Ф. Ф. Шакиров, главный стоматолог г. Арзамаса.

С. И. Шестопалов, к.м.н., врач-стоматолог, ортопед.

Н. М. Митрофанова, главный врач клиники № 1 ООО «Стомаком», врач-терапевт.

А. А. Максимов, генеральный директор холдинга «Рокада Мед».

«Обозрение. Медтехника» № 3 (74).

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».

Директор/главный редактор: Воловик И. Г.

Адрес редакции и издателя: 603028, Н. Новгород, Московское шоссе, 64а.

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

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@upnn.ru).

Тираж 6000 экз. Цена свободная.

нормативные документы

Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям (извлечение из СанПиН 2.1.3.2630-10) 16-19, 62-66

обучение

1 сентября — снова за парту! 6

события

Слава ортопедам! 8-9

Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 9

Нижегородская ассоциация стоматологов

В автономное «плавание» 10

оснащение стоматологической клиники

Dental Art: организация пространства будущего 11

компьютерные технологии в стоматологии

Зачем частнопрактикующему стоматологу нужна компьютерная программа? 12

Применение компьютерных технологий в стоматологии 13-14

Комплексный учет в стоматологической практике. Почему именно «Адента»? 15

гигиена полости рта

Комплексная защита десен и зубов 23

Высокие немецкие технологии, проверенные временем. Детские зубные пасты SILCA Putzi 24

Клиническая эффективность зубных паст Vivax dent на основе пептидов 25-26

Whicam — научный подход! 28-29

лечение заболеваний СОПР

Применение геля Камистад в комплексном лечении заболеваний полости рта 26

Заболевания слизистой оболочки полости рта у рабочих химического производства 30-31

терапевтическая стоматология

Одноразовый карпульный иньектор нового поколения 32

Методика препарирования корневых каналов инструментами «MANI» (Япония) 40

Светоотверждаемые композиты 43

Актуальные проблемы инфекционной безопасности на стоматологическом приеме 67-68

дентальная хирургия

«Колумбово яйцо» дентальной хирургии 44-45

ортопедическая стоматология

О природе феномена повышенного рвотного рефлекса в практике ортопедической стоматологии 35-37

Обзорный опыт использования систем дентальной имплантации Zimmer и ImPlasma Höchst 48-49

Результаты изучения усадки хромоникелевого сплава с применением компенсационного лака и фосфатной прецизионной паковочной массы Беллавест для литья каркасов металлокерамических искусственных коронок 50-51

Результаты изучения качества препарирования естественных зубов под искусственные металло-керамические коронки 52-54

Deflex — эластичный, эстетичный, экономичный 56

Основные этапы изготовления съёмных и несъёмных ортодонтических ретенционных аппаратов 57-60

Первый российский нейлоновый материал Эвидсан Дент и термопресс ТСП-02 для изготовления съёмных зубных протезов 60-61

мобильная стоматология

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» 20

Современная стоматология: мы едем к вам 22

анестетики, антисептики

Авентис-Фарма 37

Штада 26, 27

зубные пасты

Академия Научной Красоты 25-26

Дентал-Косметик 24

инструменты, оборудование, мебель

JNB 1

Алдент 34, 76

АЭРС-МЕД 32-33

Крафтвэй Медикал 40

Медтехника ГП НО 2

Радиозавод 22

ТД Ворсма 20

ТД Медтехника 2

ТЦ НИИТОП 46

ФармаСтом 2

Юнидент 11, 17, 21, 28-29

приборы и аппараты

Венд 38

Вендорс-НН 42

Юнидент 39, 41, 44-45

материалы

ВладМиВа 23

Крафтвэй Медикал 30

СтомКлуб 43

ортодонтия

Дентал Комплекс 7

дентальная имплантология

Имплаза 3, 48-49

ТЦ НИИТОП 47

зуботехническая лаборатория

Астродент 5, 56

ВладМиВа 55

Дент Ленд 49

Стоматех 54

дезинфекция и стерилизация

JNB 1, 67-68

Сентек 66

Шеварова 64

Юнидент 63, 69

программное обеспечение

Дентал Медиа 15

Сентор Софтвр 12

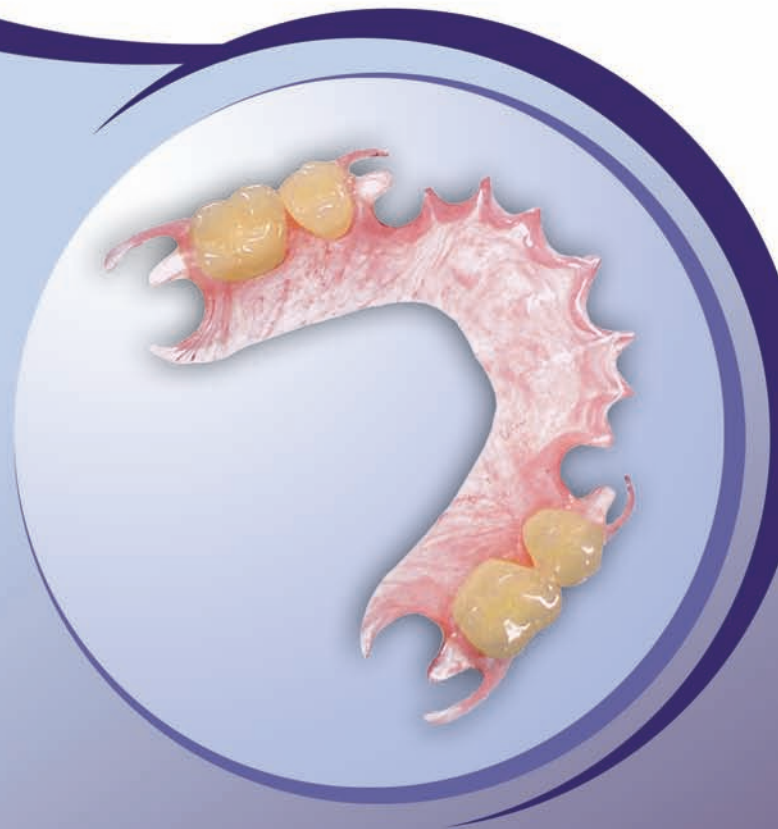
Deflex®

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



Протез из материала Deflex — один из лучших в России

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



ASTRODENT

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



1 сентября — снова за парту!

1 сентября — праздник не только для школьников и студентов. Выпускники стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии продолжают свое постдипломное образование на кафедре стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА. Каждый выпускник, уже имея диплом специалиста, должен подтвердить свой уровень профессиональных знаний сертификатом, только наличие сертификата — пропуск в самостоятельную стоматологию. Поэтому более 70 выпускников стоматологического факультета начали новый этап своей жизни — обучение в интернатуре, где основной задачей является соединение теории с совершенствованием манипуляционных навыков, приобретением опыта общения с пациентом.

Серьезный разговор, предвзятое начало занятий, прошел у ординаторов и интернов с сотрудниками кафедры стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА. Заведующая кафедрой профессор, д.м.н. Светлана Иосифовна Гажва, доценты к.м.н. Инна Вячеславовна Постнова, к.м.н. Сергей Вячеславович Рябов не только пояснили, как будет проходить обучение, на какие темы особо следует обращать внимание, что в перспективе их ждет, но и, конечно, поздравили с новым учебным годом, пожелали доброго пути в получении знаний для успешной работы в будущем.



Учебный стоматологический центр ООО «СтомКонсалтинг»

приглашает принять участие в семинарах по актуальным проблемам стоматологии.

В учебный процесс входят теоретическая часть и практические занятия.

План семинаров ООО «СтомКонсалтинг» на III квартал 2011 года

Дата проведения	Тема	Лектор
Октябрь	Путь к успешной эндодонтии: практические аспекты эндодонтического лечения	Станчева Диана Викторовна , д.м.н., врач высшей категории, врач-консультант компании «3M ESPE»
Октябрь	Применение замковых креплений с эластичной ретенцией «Rhein'83» в бюгельном протезировании	Глинкин Владимир Васильевич , представитель-консультант фирмы «Rhein'83» в России
Октябрь	Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Обработка и obturация корневых каналов в зависимости от последующей реставрации	Болячин Алексей Вячеславович , к.м.н., член Национальной академии эстетической стоматологии, Американской эндодонтической ассоциации, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии МГМСУ; главный редактор журнала «Эндодонтия»
Ноябрь	Бюгельное протезирование	Баданин Валерий Вениаминович , д.м.н., директор учебного центра «Президент», г. Москва
Ноябрь	Алгоритм восстановления фронтальной группы зубов	Хиора Жанна Павловна , терапевт-стоматолог, врач высшей категории, аспирант кафедры стоматологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета
Ноябрь	Современные революционные подходы в эндодонтическом лечении	Малик Юрий , доцент кафедры консервативной стоматологии университета Людвиг-Максимилиана (Мюнхен, Германия)
Ноябрь	Керамика DUCERAM LOVE	Колосов Александр , техник-консультант «Degudent»
Декабрь	Прессованная керамика IPS Emax	Мишин Сергей , техник-консультант «IvoclarVivadent», г. Омск.
Декабрь	Несъемное протезирование. Функция и эстетика. Достижение точности при работе с классической металлокерамикой	Рыбалка Евгений Николаевич , стоматолог-ортопед, главный врач клиники «Центр авторской стоматологии» (Ростов-на-Дону)
Декабрь	Современные подходы в пародонтологии. Пародонтологические решения XXI века	Неизберг Даниил Михайлович , к.м.н. доцент кафедры терапевтической стоматологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, главный врач городского пародонтологического центра г. Санкт-Петербурга

603022, Н. Новгород, ул. Студенческая, 4,
тел. (831) 439-32-71.

Новый учебный сезон 2011-2012

Одним из основных направлений деятельности Компании «Дентал Комплекс» является повышение квалификации врачей: как специалистов с опытом, так и начинающих ортодонтотв. Для этого постоянно проводятся семинары, мастер-классы и образовательные циклы с привлечением лучших российских и европейских специалистов.

Образовательные программы медицинского центра «Дентал Комплекс» помогают врачам использовать в своей работе все актуальные методики и технологии в ортодонтии.

Наши основные лекторы:



Арсенина Ольга Ивановна

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, Заведующая ортодонтическим отделением ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздравсоцразвития России, вице-президент Профессионального общества ортодонтотв России, Председатель Проблемной комиссии по ортодонтии Научного совета по стоматологии РАМН.



Попов Сергей Александрович

! новые семинары на www.dentalcomplex.com

К.м.н., доцент, заведующий кафедрой ортодонтии СПб МАПО.



Фадеев Роман Александрович

Д.м.н., ректор, заведующий кафедрой ортодонтии НОУ ДПО СПБИНСТОМ, профессор кафедры стоматологии НовГУ им. Я. Мудрого.



Тихонов Андрей Викторович

! новые семинары на www.dentalcomplex.com

Врач-ортодонт и консультант по применению ортодонтической продукции компании «Дентал Комплекс». Участник нескольких международных ортодонтических конгрессов, в том числе международных симпозиумов Damon в Монако, Санкт-Петербурге и Damon Forum в Фениксе (США), конгресса Всемирного общества ортодонтотв в Сиднее. Ассистент кафедры ортодонтии СПб МАПО. Сертифицированный европейский лектор по тематике «Damon System».



Блум Станислав Александрович

! новые семинары на www.dentalcomplex.com

Врач-ортодонт, преподаватель кафедры стоматологии детского возраста с курсом челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, действующий член Европейской ассоциации ортодонтотв, главный редактор интернет-проекта «Ортодонтия on-line», зам. главного редактора журнала «Стоматология детского возраста и профилактика».



Тихонов Сергей Викторович

! новые семинары на www.dentalcomplex.com

Врач-ортодонт, консультант по применению ортодонтической продукции Ormco. Участник международных конгрессов в Англии (Лондон, ESLO 2010) и США (Чикаго, ААО 2011). Стажировался у д-ра Фийона (Париж). В течение двух лет проводит обучающие семинары для ординаторов и начинающих ортодонтотв в Санкт-Петербурге и Москве.



Жук Андрей Олегович

Доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Автор более 40 научных работ. Член европейского и российского общества ортодонтотв, участник более 30 курсов совершенствования по различным направлениям ортодонтии.

Узнайте больше о программе столичных и региональных семинаров на сайте www.dentalcomplex.com или по телефону (812) 969-77-68

Слава ортопедам!

В г. Екатеринбурге в июле т.г. прошли финальные соревнования Чемпионата профессионального мастерства по ортопедической стоматологии 2011 г. Этот город для финала был выбран неслучайно, ибо 6 августа 2011 г. исполнилось 35 лет со дня создания стоматологического факультета Уральской государственной медицинской академии.

Программа соревнования была самой сложной за 10 лет существования конкурса. Жюри Чемпионата 2011 года: проф. И. Ю. Лебедев (г. Москва) — председатель, проф. А. Б. Перегудов (г. Москва) — технический председатель, проф. С. Д. Арутюнов (г. Москва), проф. С. Е. Жолудев (г. Екатеринбург), проф. Р. А. Салеев (г. Казань), проф. О. И. Филимонова (г. Челябинск). Директор Чемпионата STAR — В. В. Садовский (г. Москва).

Соревнования начались 7 июля в 9 утра. К финалу жюри допустило 6 врачей: О. С. Борисова (г. Екатеринбург), Д. А. Ковалева (г. Нижний Новгород), Б. В. Кузнецова (г. Челябинск), С. В. Кунгурова (г. Красноярск), В. В. Савельева (г. Москва), А. М. Салехову (г. Казань).

В первой половине дня конкурсанты занимались препарированием с помощью боров «SS-White» на фантомах в великокопленном фантомном классе, который незадолго до этого был оснащен оборудованием фирмы «A-DEC» (США).

Жюри тщательно оценивало каждую работу. Все работы были закодированы номерами, и только технический персонал жюри знал, какому участнику он соответствует.

Затем конкурсанты получали оттиски. Их беспристрастно оценивали члены жюри, после чего конкурсанты изготавливали временные конструкции на опорные зубы материалами DMG.

После обеда конкурсанты решали сложные клинические задачи, а жюри продолжало работать.



Затем конкурсанты приняли участие в мастер-классах по трем темам, которые были частью профессиональных испытаний на следующий день:

1. Компьютерная диагностика окклюзий при помощи оборудования T-Scan;
2. Компьютерное определение цвета зубов при помощи оборудования VITA;
3. Освоение технологии оптического оттиска и моделировка конструкции по технологии CEREC.

На следующее утро, 8 июля, соревнования продолжились. Два часа были посвящены защите домашнего задания в форме презентации, результаты которого и вывели ранее конкурсантов в финал.

Были продемонстрированы великолепные работы, связанные с этапами лечения цельнокерамическими протезами: обследование, диагностика, план и этапы лечения и т.д. на примере одного клинического случая. К 11.00 конкурсанты приступили к этапу работы на аппаратах CEREC, который закончился изготовлением коронки на премоляры.

На следующем этапе конкурсанты приступили к параллелометрии и нанесению каркасов бюгельных протезов на гипсовых моделях, которые осуществлялись с помощью фрезерно-параллелометрического оборудования фирмы «Аверон». Затем врачи занялись компьютерным опре-

делением цвета зубов на оборудовании VITA.

Чрезвычайно увлекательным был этап компьютерного определения окклюзии, выявление супраконтактов с помощью уникальной технологии T-Scan.

Прикусная многоразовая пластинка (хранится в папке истории болезни каждого пациента), вставленная в специальное устройство, выдает на экран в графическом изображении все окклюзионные графики, в том числе микрофильм в динамике окклюзии.

Закончились клинические состязания восковым моделированием жевательных поверхностей коронок в артикуляторе KAVO.

Затем участники финала засели за компьютеры, чтобы найти в Интернете те или иные данные о компаниях-партнерах конкурса. Этот этап был введен впервые, вызвал много положительных эмоций, но баллы за него не присуждались, так же, как и за этап презентации «домашнего задания».

К вечеру, когда жюри закончило подсчет баллов каждого участника по всем этапам и суммировало результаты, стало ясно, что чемпионом России-2011 г. в номинации «Лучшая работа по ортопедической стоматологии» стал представитель Челябинского здравоохранения врач-стоматолог Б. В. Кузнецов (выпускник УГМА 2002 года).

Второе место занял врач Д. А. Ковалева из Нижнего Новгорода, выигравший у конкурентов в восковом моделировании, получивший с чемпионом равный результат в «параллелометрии» и один из лучших результатов в решении клинической задачи.

Третье место было присуждено В. В. Савельеву (г. Москва).

Оставшиеся места жюри не ранжировало. Согласно Положению о Чемпионате и традициям, остальным участникам было заслуженно присвоено Почетное звание лауреатов.



Поздравляли финалистов Президент Свердловской областной стоматологической ассоциации А. В. Портнягин, декан стоматологического факультета, главный стоматолог УРФО профессор Г. И. Ронь, председатель профессионального жюри профессор И. Ю. Лебедеко, а также каждый из членов профессионального жюри. Были высказаны теплые слова благодарности партнерам чемпионата.

Конкурс завершился настоящим триумфом. Триумфом ортопедической стоматологии. Как сказал в заключительном выступлении Председатель профессионального жюри СтАР, профессор И. Ю. Лебедеко: «Конкурс, это еще и учеба для жюри. Ведь за 10 лет этого мероприятия критерии оценки тех или иных этапов изменились в ногу со временем, и это должно и дальше помогать специальности в определении критериев истины врачебного мастерства».



Вот мнение «серебряного» призера, Дмитрия Александровича Ковалева, ведущего ортопеда Белинского филиала сети стоматологических клиник «Садко»:

«Я бы выделил три составляющих:

1. Конкурс предоставил нам возможность для расширения профессионального мировоззрения. Особая статья — знакомство с новыми стоматологическими технологиями, прямо скажем, ощущение магнетизма по их максимально оперативному внедрению в свою клиническую практику. В то же время конкурс показал необходимость постоянной самокритики в работе, стремление к дополнительному обучению.

2. Близкое знакомство с коллегами с неординарным подходом в своей работе. Конкурс познакомил с очень интересной профессиональной литературой.

3. Самых высоких похвал заслуживают организаторы. Спасибо и жюри, и спонсорам!».

С Чемпионата доктор Д. А. Ковалев привез шикарный аппарат для замешивания оттисковых масс MixStar (DMG).

Следующий финал Чемпионата по ортопедической стоматологии среди врачей России пройдет во второй половине марта 2012 в г. Ростове-на-Дону.

Новых свершений! Новых побед!

Спецкор Чемпионата
Мария ПИВОВАРОВА.



Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

9 сентября 2011 г. состоялась научная конференция «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии», организаторами которой выступили ФМБА России, ФБУЗ «ПОМЦ ФМБА России», ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Министерство здравоохранения Нижегородской области и Нижегородская ассоциация стоматологов.

Целью конференции явился обмен опытом стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, представителей разных школ, обсуждение перспектив совершенствования и дальнейшего развития челюстно-лицевой хирургии в Нижегородской области.



В официальном открытии конференции участвовали: **Романов Сергей Владимирович**, директор ФБУЗ «ПОМЦ ФМБА России»; **Карцевский Александр Валентинович**, министр здравоохранения Нижегородской области; **Олесова Валентина Николаевна**, д.м.н., профессор, главный стоматолог ФМБА России (г. Москва); **Шахов Борис Евгеньевич**, д.м.н., профессор, ректор НижГМА; **Кулаков Анатолий Алексеевич**, д.м.н., профессор, директор Центрального НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии профессор, доктор медицинских наук (г. Москва).

В работе научно-практической конференции приняли участие 200 человек из Москвы, Самары, Воронежа, Чебоксар, Нижнего Новгорода и других городов России.

С первым докладом выступила профессор НижГМА, д.м.н. **Е. А. Дурново**. Она рассказала об истории становления и развития челюстно-лицевой хирургии в Нижегородской области, о вкладе выдающихся ученых в создание нижегородской хирургической челюстно-лицевой службы.

Особый интерес и дискуссию вызвал доклад д.м.н., профессора **А. А. Кулакова**, затрагивающий основные вопросы оказания вы-

сокотехнологичной медицинской помощи пациентам страны в области ЧЛХ.

Доклад главного стоматолога ФМБА профессора **В. Н. Олесовой** был посвящен наиболее актуальной на сегодняшний день теме — имплантологии. В своем выступлении Валентина Николаевна обратила внимание участников конференции на особенности современного имплантологического лечения, важность динамики изменений окружающей имплантат костной ткани в зависимости от конструкции имплантата, анализ осложнений в отдаленные сроки после операции имплантации.

Интересным альянсом прозвучали доклады профессора МГМСУ **О. З. Топольницкого** и к.м.н. **Е. А. Чепик**, которые в своих сообщениях отразили важность сотрудничества нескольких специалистов (ортодонтов, ортопедов и челюстно-лицевых хирургов) в лечении пациентов с деформациями челюстей, а также особо выделили необходимость планирования и проведения предхирургической ортодонтической помощи.

Живой интерес вызвал доклад доцента ВГМА им. Н. Н. Бурденко, к.м.н. **А. Н. Морозова** с соавторами, который представил возможности челюстно-лицевых хирургов при эндоскопическом лечении височно-нижнечелюстного сустава и слюнных желез.

В работе конференции приняли участие не только ведущие специалисты России, но и ведущие специалисты и молодые ученые Нижегородской области. Вниманию коллег были представлены сообщения, затрагивающие как острую патологию — лечение травматических повреждений челюстно-лицевой области, в т.ч. лечение огнестрельных ранений, ожогов лица и шеи, лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, так и плановую реконструктивную терапию при лечении новообразований, врожденной и приобретенной патологии лица и шеи.

Источник: www.pomc.ru.



В автономное «плавание»

Нижегородская областная стоматологическая поликлиника первая среди ЛПУ области перешла на новую форму работы — автономную. О данной форме «существования» ЛПУ рассказывалось не раз, а теперь появилась возможность узнать, каково это — работать в реальности.

Главный врач Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника» Заслуженный врач РФ **Владимир Евгеньевич Круглов** рассказал нашему корреспонденту С. Думпэ:

«Автономия — это не прихоть и дань времени, есть 83-й Федеральный закон (Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» — *Ред.*), который предполагает переход государственных и муниципальных медицинских учреждений в автономное, бюджетное или казенное учреждение. Значительных денежных затрат сам процесс перехода не потребовал, по времени оформление заняло около 1,5 месяца. Возникает вопрос, что же дает автономия? Если посмотреть законодательство об автономии, то мы де-факто уже работали в этом режиме довольно-давно, сейчас все оформлено де-юре.

Переход в автономное учреждение предусматривает дополнительное развитие ЛПУ, он нужен для укрепления материально-технической базы, поднятия уровня заработной платы за счет увеличения объема платных услуг. У нас и так достаточно большой объем платных услуг: прежде всего, зубопротезирование, которое всегда было платным и дает нам более 50% дохода учреждения, еще есть отделение платной стоматологической помощи. Бесплатная помощь населению остается за счет средств обязательного медицинского страхования, остается в тех же объемах госзаказ, те плановые объемы, как были, так и остались. Ни пациенты, ни коллектив не почувствуют изменений в худшую сторону от того, что мы стали автономным учреждением.

Автономия дает, прежде всего, большую самостоятельность по расходованию заработанных денег, а также большую оперативность, т.к. автономное учреждение выходит из-под пресловутого 94-го ФЗ (Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» — *Ред.*), сокращаются сроки решения многих вопросов, мы можем купить то, что хотим, а не то, что нам указывают. 94-й ФЗ научил нас работать с поставщиками (в какой-то мере), какие требования следует предъявлять, но, в целом, закон кабалный, это мнение разделяют многие главные врачи ЛПУ.

Для того, чтобы войти в автономию, нужен все-таки большой объем платных услуг — это непереносимое условие. В поликлинике прошло общее собрание коллектива, где мы обсудили все «за»



и «против» перехода в автономию, единогласно приняли положительное решение, затем было письмо о том, что мы готовы работать в данном режиме, в Министерство здравоохранения Нижегородской области где мы нашли полное взаимопонимание.

Для меня как руководителя наиболее ценным является именно оперативность в решении вопросов. Ранее на согласование и подготовку технического задания, к примеру, уходило до полугода, независимо от того, касалось ли это платных услуг, бюджетных средств и т.п.

Не могу сказать, что расходовать все заработанные деньги я могу исключительно по собственному усмотрению. У нас создан и утвержден приказом Министерства здравоохранения Нижегородской области Наблюдательный совет, в который вошли представители власти, общественных организаций, коллектива, только с согласия Наблюдательного совета мы можем закупать дорогостоящее оборудование. В Наблюдательный Совет мы обязаны ежеквартально представлять отчет о своей деятельности. Остались за нами и другие формы отчетности.

Подводя итог, можно сказать, что управляться с большим хозяйством стало легче, проще для пациентов, для коллектива ничего не изменилось. Со временем, развил и укрепил материальную базу поликлиники (а в стоматологии, как нигде, происходит бурное развитие технологий, методик, решать вопросы по приобретению того или иного нового аппарата по полгода и больше — нельзя), уровень оказания стоматологической помощи станет ощутимо выше.



УЛИТИНА ВАЛЕНТИНА ПЕТРОВНА

Родилась 27 июля 1955 года. После окончания стоматологического факультета Московского медицинского стоматологического института работала в детской стоматологической поликлинике, с 1980 г. по 1984 г. в должности врача-стоматолога детского, с 1984 г. по 2010 г. в должности главного врача.

Являлась внештатным детским стоматологом Нижегородской области и г. Н. Новгорода.

В. П. Улитина внесла большой вклад в организацию и проведение школьной образовательной Программы профилактики стоматологических заболеваний в России, разработала программу профилактики по г. Н. Новгороду.

В. П. Улитина была высококвалифицированным специалистом, имела отличную теоретическую и практическую подготовку по всем разделам стоматологии детского возраста, являлась инициатором внедрения в практику новых технологий и современных методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний у детей.

В. П. Улитина имела высшую квалификационную категорию по организации здравоохранения и детской стоматологии.

В. П. Улитина являлась членом Нижегородской ассоциации стоматологов, принимала активное участие в организации и проведении научно-практических конференций по актуальным вопросам стоматологии, проходивших в Н. Новгороде, Москве, Санкт-Петербурге.

В. П. Улитина пользовалась заслуженным авторитетом в коллективе, среди коллег города и области. Имела большое количество благодарностей от пациентов, их родителей, управления здравоохранения, администрации города. В 2003 г. награждена значком «Отличнику здравоохранения», в 2004 г. награждена медалью «Отличник стоматологии I-й степени». В 2005 г. награждена Благодарственным письмом губернатора Нижегородской области.

Департамент здравоохранения администрации г. Нижнего Новгорода и Нижегородская ассоциация стоматологов выражают глубокие соболезнования родным и близким главного врача МЛПУ «Детская стоматологическая поликлиника» Нижегородского района (1984-2011 гг.)

Валентины Петровны Улитиной,

скончавшейся 25 августа 2011 года

на 57-м году жизни

после продолжительной болезни.

Dental Art: организация пространства будущего

Если бы стоматологические кабинеты строились по фэн-шуй, модули хранения Dental Art заняли бы в них центральное место.

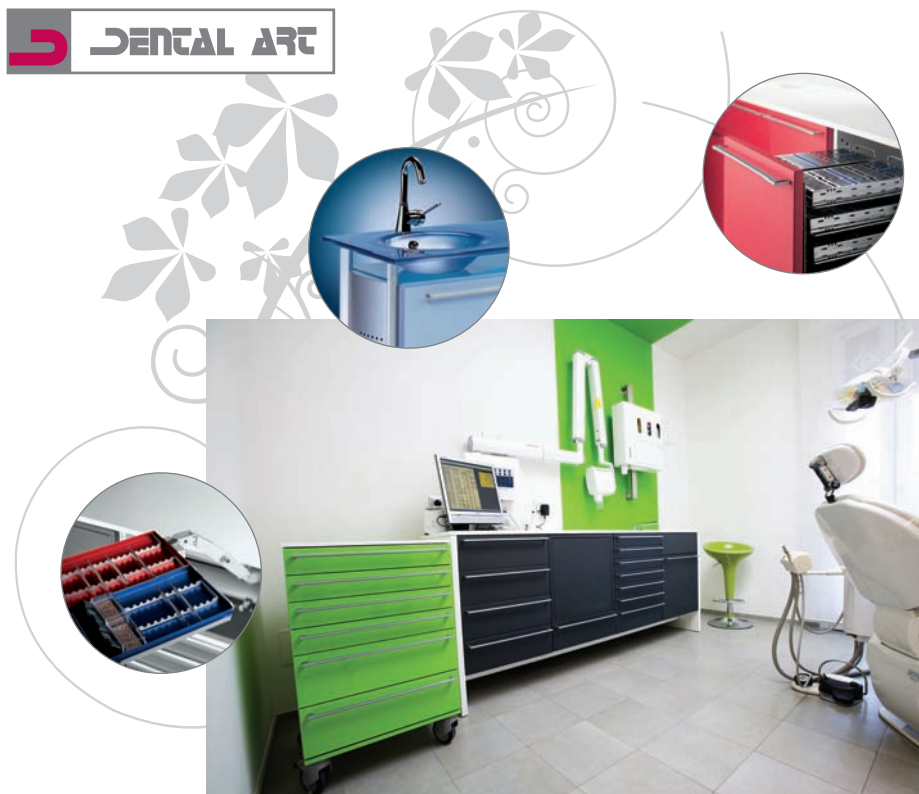
Казалось бы, что нового можно предложить в такой консервативной области, как создание мебели для стоматологических кабинетов? Однако специалистам компании DENTAL ART это удавалось всегда — футуристические линии, самые неожиданные решения по использованию стекла, уникальные конструктивные элементы и многое другое. Являясь гарантом тысячеконных традиций качества, уникальных конструктивных решений и технологий, натуральных материалов, ручного декорирования и, конечно, эксклюзивного дизайна, на протяжении нескольких поколений компании DENTAL ART удается держать высоко поднятую планку качества, стиля и технологичности своей продукции среди немногих профессиональных производителей специализированной медицинской мебели для стоматологии.

Для DENTAL ART производство стоматологической мебели является одним из основных видов деятельности, что, безусловно, подтверждает качество предоставляемых услуг в узкой специальности. Главными принципами компании были и остаются до сих пор экологическая чистота материалов, удобство, соответствие современным требованиям безопасности и функциональность. Большое внимание специалистами DENTAL ART уделяется испытаниям своей продукции, каждая деталь, от ручки до столешницы, прежде чем стать частью единой конструкции и украсить рабочее пространство врача, подвергается более 35 различным тестам: на прочность, устойчивость к деформациям, температурным режимам и т.п.

Сегодня российские стоматологи имеют возможность в полной мере насладиться неповторимым дизайном, оценить качество и функциональность таких шедевров стоматологической мебели от DENTAL ART, как линии CA, AN, AV, EPTA — комплектов, созданных специально для удобства практикующих стоматологов, для комфорта их пациентов, а также линий лабораторной мебели LAB и PENTA, идеальных для зубных техников.

Но компания DENTAL ART не стоит на месте, и в 2011 году она предложила по-настоящему революционное решение для стоматологических кабинетов и салонов красоты — модули хранения Zero.

Zero, или «ноль», — изначальная величина, вечный цикл, символ бесконечности, круг, не имеющий начала и конца, самая совершенная из геометрических фигур. Круглые модули Zero



поражают всех, кто их видит в первый раз, и постоянно радуют своих счастливых владельцев.

Zero могут быть расположены абсолютно на любой капитальной или специально усиленной стене кабинета, на любой высоте. Круг — конфигурация универсальная и вписывается в любой дизайн. В коллекции Zero пять вариантов дизайна корпуса с растительным орнаментом и пять с однотонной окраской и легким градиентом от темного к более светлому оттенку.

Конструктивно Zero тоже неповторимы, верхняя панель представляет собой круглую створку, закрывающую внутреннюю полость модуля. Легкое прикосновение к центральной панели, которая является сенсорной областью, открывает одну из двух створок, предоставляя доступ к половине или четверти внутреннего пространства.

Ротационный механизм работает абсолютно бесшумно, щетки, закрепленные на

внутренней поверхности створки, снимают статическое электричество и работают как противопылевое средство. Сенсорная панель подсвечивается, позволяя безошибочно получить доступ к необходимой части модуля. Если не нажать кнопку паузы, створка автоматически закроется через несколько секунд.

Размещение модуля Zero на стене кабинета делает его облик неповторимым, даже если до этого помещение выглядело стандартно. Изысканный Zero будет ярким пятном, на котором остановят взгляд посетители и коллеги.

Элитная мебель, прогрессивные новинки — это не каприз, а показатель изысканного вкуса хозяина и его стремления к передовым технологиям. Если вы относите себя к этой категории людей, то продукция компании DENTAL ART воплотит любой ваш замысел и, возможно, Zero станет той самой нулевой точкой отсчета, с которой начнется обновление дизайна вашего кабинета.



Зачем частнопрактикующему стоматологу нужна компьютерная программа?

Повышение качества и доступности стоматологической помощи неизбежно ведет к повышению конкуренции в стоматологическом бизнесе. Сегодня в стоматологии все чаще «предложение превышает спрос», и руководителям клиник и врачам приходится искать все новые способы и технологии для привлечения новых пациентов и удержания существующих.

Большинство стоматологов, занимающихся частной практикой, на собственном опыте приходят к пониманию, какие преимущества дает компьютерная программа в плане ведения бизнеса и повышения качества оказания медицинской помощи.

За 15 лет своего присутствия на российском рынке программа **Dental4Windows** доказала свою эффективность в отношении управления стоматологической практикой любого масштаба — от крупной клиники или сети клиник до отдельного стоматологического кабинета. При грамотном внедрении расходы на приобретение программы и ее сопровождение окупаются в среднем в течение 3-6 месяцев только лишь за счет увеличения числа повторных посещений. Программа **Dental4Windows** является одной из самых распространенных, сегодня она насчитывает более 800 успешных внедрений в России и странах

бывшего СССР и более 2000 внедрений на своей основной родине — в Австралии.

Теперь **НОВИНКА!** В 2011 году компания «Сентор Софтвар» выпустила специальную версию программы **Dental4Windows — SuperLight**, которая позволяет вести электронное расписание, хранить подробную информацию о пациентах, включая все проведенное лечение, рентгенограммы и фотографии, делать выборки пациентов из базы данных, напоминать им о визитах, вызывать на профилактические осмотры, отправлять СМС-напоминания о визитах, работать с рентгеновским оборудованием и многое другое. Данная версия максимально проста и удобна в работе, при этом в ней есть все необходимые функции. А стоимость этой версии программы не выше цены за одну металлокерамическую коронку! Впоследствии программу можно легко расширить до более полных версий с сохранением всей базы данных.

Программа незаменима для небольших кабинетов, частных врачей и научных работников. Интерны и ординаторы, только начинающие вести прием в государственных клиниках, могут накапливать собственную клиентскую базу и практиковаться в работе с программой. Все данные о ваших пациентах будут всегда при вас!





DENTAL4WINDOWS — 15 ЛЕТ В РОССИИ, СНГ И БАЛТИИ!

dental4windows^{sql}

Ведущая программа для управления стоматологической клиникой или частной практикой:

- **SuperLight** — для частнопрактикующего врача
- **Light, Standart** — для небольших клиник
- **Full** — для крупной поликлиники или сети клиник

Наша служба конверсии без проблем перенесёт данные Ваших пациентов в Dental Windows

Подробная информация на сайте www.d4w.ru или по многоканальному телефону (495) 665-00-47, e-mail: sales@centaursoftware.ru.

Приглашаем к сотрудничеству региональных представителей!
 Разработчик и представитель в России: ООО «Сентор Софтвар», г. Москва, ул. Пятницкая, д. 74.

Посетите наш стенд на выставке «Дентал-Экспо» (КрокусЭкспо, 26-29 сентября 2011 г., павильон 2, зал 8, стенд E40.4)



centaur
SOFTWARE
лучшее решение в стоматологии

Применение компьютерных технологий в стоматологии

Д. М. ПОЛХОВСКИЙ, кафедра ортопедической стоматологии
Белорусского государственного медицинского университета.

Благодаря своей высокой точности, производительности и универсальности решаемых задач информационные технологии не могли не найти применения в медицине и, в частности, в стоматологии. Появились даже термины «стоматологическая информатика» и «компьютерная стоматология».

Цифровые технологии могут использоваться на всех этапах ортопедического лечения. Существуют системы автоматизированного заполнения и ведения различных форм медицинской документации, например Kodak EasyShare (Eastman Kodak, Rochester, N.Y.), Dental Base (ASE Group), ThumbsPlus (Cerious Software, Charlotte, N. C.), Частная практика стоматолога (DMG), Dental Explorer (Quintessence Publishing) и др. В этих программах помимо автоматизации работы с документами может присутствовать функция моделирования на экране конкретной клинической ситуации и предлагаемого плана лечения стоматологических пациентов. Уже существуют компьютерные программы, которые имеют возможность распознавания голоса врача. Впервые такая технология была применена в 1986 г. компанией ProDenTech (Batesville, Ark., USA) при создании автоматизированной системы ведения медицинской документации Simplesoft. Из таких систем наиболее востребована среди американских стоматологов Dentrax Dental Systems (American Fork, 2003).

Компьютерная обработка графической информации позволяет быстро и тщательно обследовать пациента и показать его результаты как самому пациенту, так и другим специалистам. Первые устройства для визуализации состояния полости рта представляли собой модифицированные эндоскопы и были дорогими. В настоящее время разработаны разнообразные внутриворотные цифровые фото- и видеокамеры (AcuCam Concept N (Gendex), ImageCAM USB 2.0 digital (Dentrax), SIROCAM (Sirona Dental Systems GmbH, Germany) и др.). Такие приборы легко подключаются к персональному компьютеру и просты в использовании. Для рентгенологического обследования все чаще используются компьютерные радиовизиографы: GX-S HDI USB sensor (Gendex, Des Plaines), ImageRAY (Dentrax), Dixi2 sensor (Planmeca, Finland) и др. Новые технологии позволяют минимизировать вредное воздействие рентгеновских лучей и получить более точную информацию. Созданы программы и устройства, анализирующие цветные показатели тканей зубов, например системы Transcend (Chestnut Hill, USA), Shade Scan System (Cynovad, Canada), VITA Easyshade (VITA, Germany). Эти устройства помогают определить цвет будущей реставрации более объективно.

Есть компьютерные программы, позволяющие врачу изучить особенности артикуляционных движений и окклюзионных контактов пациента в анимированном объемном виде на экране монитора. Это так называемые виртуальные, или 3D-артикуляторы. Например, программы для функциональной диагностики и анализа особенностей окклюзионных контактов: MAYA, VIRA, ROSY, Dentscam, CEREC 3D, CAD (AX Compact). Для выбора оптимального метода лечения с учетом особенности клинической ситуации разработаны автоматизированные системы планирования лечения. Даже проведение анестезии может контролироваться компьютером.

Технология автоматизированного проектирования и изготовления зубных протезов

Теоретические основы автоматизированного проектирования и производства различных объектов сформировались в 60-х-начале 70-х годов XX века.

Для обозначения систем автоматизированного проектирования во всем мире используется аббревиатура CAD (от англ. Computer-Aided Design), а для обозначения систем автоматизации производства — CAM (от англ. Computer-Aided Manufacturing). Таким образом, CAD определяет область геометрического моделирования разнообразных объектов с использованием компьютерных технологий. Термин CAM, соответственно, означает автоматизацию решения геометрических задач в технологии производства. В основном это расчет траектории движения инструмента. Поскольку эти процессы дополняют друг друга, в литературе часто встречается термин CAD/CAM. Интегрированные CAD/CAM-системы — это максимально наукоемкие продукты, постоянно развивающиеся и включающие в себя новейшие знания в области моделирования и обработки материалов. Затраты на их разработку составляют 400-2000 человеко-лет.

Первые теоретические исследования о возможности использования автоматизированных систем для восстановления разрушен-

ных зубов были проведены Altschuler в 1973 г. и Swinson в 1975 г. Прототипы стоматологических CAD/CAM систем впервые были предложены в середине 1980-х годов несколькими независимыми группами ученых. Anderson R. W. (система ProCERA, 1983), Duret F. и Ternoz C. (1985), Moermann W. H. и Brandestini M. (система CEREC, 1985), Rekow (система DentiCAD, 1987) считаются первооткрывателями в этой области. Сегодня в мире выпускается около трех десятков различных работоспособных стоматологических CAD/CAM-систем.

С самого начала технология развивалась в двух направлениях. Первое — индивидуальные (мини) CAD/CAM-системы, позволяющие изготовить реставрацию в пределах одного учреждения, иногда даже непосредственно в стоматологическом кабинете и в присутствии пациента (CEREC 3, Sirona Dental Systems GmbH, Germany). Основное преимущество таких систем — оперативность изготовления любой конструкции. Например, изготовление однослойной цельнокерамической коронки от начала препарирования зуба и до момента фиксации готовой коронки при использовании системы CEREC 3 занимает около 1-1,5 часа. Однако для полноценной работы необходим весь комплекс оборудования (дорогостоящего).

Второе направление развития CAD/CAM-технологии — это централизованные системы. Они предусматривают наличие одного производственного высокотехнологичного центра, изготавливающего на заказ большой ассортимент конструкций, и целой сети удаленных от него периферических рабочих станций (например, ProCERA, Nobel Biocare, Sweden). Централизация производственного процесса позволяет стоматологам не приобретать изготавливающий модуль. Основной недостаток таких систем — невозможность провести лечение пациента за одно посещение и финансовые затраты на доставку готовой конструкции врачу, поскольку производственный центр иногда может находиться даже в другой стране.

Несмотря на такое многообразие, основной принцип работы всех современных стоматологических CAD/CAM-систем остался неизменным с 1980-х годов и состоит из следующих этапов:

1. Сбор данных о рельефе поверхности протезного ложа специальным устройством и преобразование полученной информации в цифровой формат, приемлемый для компьютерной обработки.

2. Построение виртуальной модели будущей конструкции протеза с помощью компьютера и с учетом пожеланий врача (этап CAD).

3. Непосредственное изготовление самого зубного протеза на основе полученных данных с помощью устройства с числовым программным управлением из конструктивных материалов (этап CAM).

Различные стоматологические CAD/CAM-системы отличаются лишь технологическими решениями, используемыми для выполнения этих трех этапов.

Сбор данных

Системы CAD/CAM-значительно отличаются между собой на этапе сбора данных. Считывание информации о рельефе поверхности и перевод ее в цифровой формат осуществляется оптическими или механическими цифровыми преобразователями (дигитайзерами). Термин «оптический слепок» для описания процесса оптического считывания информации с протезного ложа был введен французским стоматологом Франком Дуретом (Francois Duret) в 1985 г. Основное отличие оптического слепка от обычной плоской цифровой фотографии объекта состоит в том, что он является трехмерным, т.е. каждая точка поверхности имеет свои четкие координаты в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Устройство для получения оптического слепка, как правило, состоит из источника света и фотодатчика, преобразующего отраженный от объекта свет в поток электрических импульсов. Последние оцифровываются, т.е. кодируются в виде последовательности цифр 0 и 1, и передаются в компьютер для обработки. Большинство оптических сканирующих систем исключительно чувствительно к различным факторам. Так, небольшое движение пациента в процессе получения и накопления данных приводит к искажению информации и ухудшает качество реставрации. Кроме того, на точность оптического способа сканирования существенно влияют отражающие свойства материала и характер изучаемой поверхности (гладкая она или шероховатая).

Механические сканирующие системы считывают информацию с рельефа контактным зондом, который шаг за шагом передвигается по поверхности согласно заданной траектории. Прикасаясь к поверхности, устройство наносит на специальную карту пространственные координаты всех точек контакта и оцифровывает их. Для обеспечения максимальной точности в процессе сканирования от начала и до конца недопустимо малейшее отклонение сканируемого объекта относительно его первоначального положения.

Из всего многообразия доступных CAD/CAM-комплексов пока только два обладают возможностью проведения высокоточного внутриротового сканирования. Это системы CEREC 3 (Sirona Dental Systems GmbH, Germany) и Evolution 4D (D4D Technologies, USA). Все остальные CAD/CAM-системы оснащены точными оптическими или механическими сканирующими устройствами, размеры или особенности работы которых не позволяют проводить сбор данных о рельефе непосредственно в полости рта пациента. Для работы таких систем требуется предварительное получение традиционных оттисков слепочными материалами и изготовление гипсовых моделей.

Компьютерное моделирование конструкции протеза

Возможно, в будущем появятся технологии изготовления предметов, не требующие предварительного точного геометрического описания создаваемого объекта, но пока это невозможно.

В первых стоматологических автоматизированных системах проектирование будущих конструкций было наиболее трудоемким этапом, требующим от врача серьезных навыков в области черчения и геометрии. Необходимо было вручную вводить координаты всех ключевых точек, в которых изменялось направление движения шлифовального устройства. Некоторые из автоматических систем и по сей день требуют предварительного изготовления вручную прототипа реставрации из воска или пластмассы (так называемой промежуточной модели), с последующим ее механическим копированием в соотношении 1:1 (система CELAY, Mikrona Technologic, Sweden).

Развитие автоматизированного проектирования у всех производителей стоматологических CAD/CAM-систем было направлено на упрощение и максимальную визуальную ясность данного процесса. Современные системы, получив со сканера оцифрованную информацию о рельефе поверхности протезного ложа, приступают к построению его изображения на экране монитора. После этого специальное программное обеспечение предлагает врачу наиболее приемлемый вариант реставрации зуба. Некоторые из современных компьютерных программ могут спроектировать протезы, не уступающие по своим параметрам работам опытных зубных техников. Степень вмешательства, необходимого от оператора системы CAD/CAM для того, чтобы спроектировать реставрацию, может меняться в пределах от минимальных пользовательских настроек до существенного изменения конструкции. Даже в наиболее автоматизированных системах пользователь обычно имеет возможность изменить автоматически спроектированную реставрацию согласно своим предпочтениям. Широкое развитие получило трехмерное анимированное моделирование будущей конструкции. Оно в значительной мере упрощает и ускоряет процесс создания виртуальной модели протеза, делает его более наглядным. Врач может рассмотреть на экране монитора конструкцию со всех сторон, при различном увеличении и внести свои поправки.

Изготовление реставрации

Когда моделирование будущей реставрации завершено, программное обеспечение CAD преобразовывает виртуальную модель в определенный набор команд. Они, в свою очередь, передаются на производственный модуль CAM, который изготавливает спроектированную реставрацию. Там полученный набор команд преобразуется в последовательность электрических импульсов, управляющих высокоточными движениями изготавливающего инструмента.

Ранние автоматизированные системы изготавливали зубную реставрацию путем вырезания из готового блока с использованием вращающихся алмазных или твердосплавных боров и дисков. Этот подход, при котором излишки конструкционного материала удаляются, чтобы создать заданную форму протеза, получил название «отнимающий метод» (англ. subtractive). «Отнимающее» изготовление позволяет создать законченную форму сложной конфигурации очень точно, но значительная часть материала расходуется впустую. Приблизительно 90% готового блока удаляется при создании типичных реставраций зубов. Как альтернатива «добавляющие» (англ. additive) методы производства начинают находить применение в автоматизированных системах. Иногда их называют методами изготовления твердого тела свободной формовкой (англ. solid free-form fabrication). Впервые такие методы были использованы в микроэлектронике при быстром прототипировании деталей.

Избирательное лазерное спекание — одна из технологий, которые используются для изготовления керамических или металлических зубных реставраций. Примером могут служить стоматологические системы Medifacuring (Bego Medical AG, Germany) и DigiDent (Hint-ELs, Germany). При этом методе компьютер просчитывает траекторию движения инструмента, как и в других существующих CAD/CAM-системах. Однако система не сошлифовывает, а спекает лучом лазера слой материала, двигаясь по заданной траектории внутри емкости, заполняемой послойно керамическим или металлическим порошком. Каждый последующий слой сплавляется с предыдущим. Такая технология позволяет изготовить конструкции сложной формы без потерь материала.

Некоторые системы CAD/CAM комбинируют «добавляющие» и «отнимающие» подходы. Например в системе Procera (Nobel Biocare, Sweden) сначала фрезеруется увеличенная металлическая копия культи опорного зуба («отнимающий» метод). Это увеличение рассчитывается компьютером, чтобы компенсировать усадку во время окончательного спекания реставрации. Затем порошок прессуется под давлением на металлический штампик-матрицу, создавая увеличенную реставрацию («добавляющий» метод). После этого блок фрезеруется снаружи (снова «отнимающий» метод), чтобы создать точные внешние контуры реставрации. В заключение увеличенная конструкция снимается с металлического штампа и спекается для достижения материалом окончательной твердости и размера.

Другой вариант сочетания «добавляющего» и «отнимающего» подходов использован в системе Wol-Ceram (Germany). На первом этапе создается колпачок «добавляющим» способом. Суть процесса заключается в осаждении кристаллов оксида алюминия из суспензии на поверхность культи методом электрофоретической дисперсии. Оператор вручную срезает излишки материала, выступающие за края уступа. Внешняя поверхность реставрации формируется шлифованием («отнимающий» подход). Затем оператор снимает колпачок со штампа-матрицы, пропитывает его стеклом и спекает.

Интересный пример «добавляющей» технологии — изготовление моделей протезов методом трехмерной печати. CAM-устройство WaxPro printer (система Pro 50, Synovad, Canada) действует, как струйный принтер, только вместо чернил он выстреливает микроскопические порции расплавленного воска. Так, слой за слоем и получается восковая модель каркаса или искусственной коронки. В дальнейшем по восковой репродукции протез отливается из металла или прессуется из керамики. Усовершенствованный вариант печатающего модуля системы Synovad способен создавать конструкции не только из воска, но и из композиционных материалов. Это существенно расширяет возможности данной системы и позволяет, к примеру, использовать ее для изготовления челюстно-лицевых протезов.

Стремительное развитие стоматологических систем автоматизированного проектирования и производства протезов привело к появлению нового сегмента в материаловедении — материалы для CAD/CAM-технологии.

Область применения стоматологических CAD/CAM-систем не ограничивается одним только изготовлением зубных протезов. Так, разработано несколько CAD/CAM-систем для применения в хирургической практике. Например, система SurgiGuide (Materialise, Belgium) используется для изготовления индивидуальных хирургических шаблонов, облегчающих правильное расположение зубных имплантов во время операции. CAD/CAM-система Nobel Guide software (Nobel Biocare, Sweden) позволяет изготовить реставрацию непосредственно после установки имплантата. Обе системы используют данные, полученные методом компьютерной томографии, специальное программное обеспечение CAD, чтобы определить идеальное размещение реставрации, и технологии CAM для производства шаблонов или рабочих моделей.

Система SL-Perfactory (Envisiontec GmbH, Germany) использует стереолитографию («добавляющий» процесс) для изготовления окклюзионных шин и им подобных аппаратов. Суть процесса заключается в послойном избирательном отверждении светом жидкого фоточувствительного акрилового мономера.

Созданы автоматизированные системы для использования в процессе обучения студентов-стоматологов и зубных техников — так называемые стоматологические симуляторы. Такие комплексы значительно ускоряют приобретение студентами навыков по препарированию и восстановлению разрушенных зубов.

Компьютерные технологии могут применяться на всех этапах оказания стоматологической помощи. Своевременная подготовка специалистов, в полной мере владеющих такими технологиями, является важным условием широкого внедрения современных информационных технологий во все сферы стоматологии. Компьютерные технологии уже изменили нашу жизнь. Вопрос в том, до какой степени они смогут изменить стоматологию.

Комплексный учет в стоматологической практике. Почему именно «Адента»?

Любой медицинской клинике рано или поздно приходится сталкиваться с проблемами учета и документооборота в работе.

Постепенно количество бумаг возрастает — медицинские карты, договора, соглашения. Пациенты начинают жаловаться, что им медленно оформляют документы; регистраторы забывают о долгах, теряют данные пациентов; на рабочих столах копится ворох бумаг; врачи не успевают заполнять медицинские карты; страховые компании задерживают платежи из-за отсутствия отчетов.

И, как следствие из всего этого, падает выручка клиники, пациенты уходят в другие медицинские учреждения, а руководство постоянно задает себе вопрос, «что бы нам еще придумать, чтобы привлечь пациентов?».

Казалось бы, все очевидно — надо организовать внутреннюю работу клиники так, чтобы каждый сотрудник четко знал свои функциональные обязанности и мог их быстро реализовать. Но очень часто ручная обработка огромного числа данных, медицинских карт, рентгеновских снимков не дает нужного результата. И в конечном итоге остается только один выход — автоматизировать работу учреждения, переведа его на компьютерный учет. В большинстве клиник достаточно только волевого решения администрации, чтобы сотрудники начали работать на новом уровне и получили более высокую прибыль и более высокую заработную плату.

Ответьте на 10 простых вопросов, и, если вы хоть один раз ответили «Да», то вам необходим компьютерный учет:

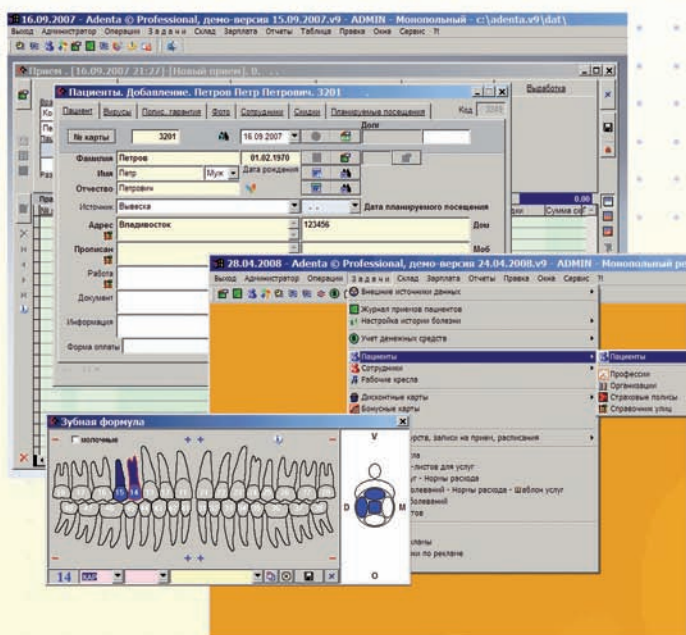
1. Вы хотите повысить уровень и скорость обслуживания пациентов в клинике?
2. Ваши регистраторы устали вручную оформлять документы?
3. Регистраторы забывают вовремя пригласить пациента на очередной осмотр?
4. Вы теряете контакты пациентов?
5. Вам надоело горы бумаг на рабочем столе?
6. Вы устали постоянно считать, кто кому и сколько должен?
7. Вам надоело вспоминать, что и кому делалось в прошлом месяце?
8. Вы не знаете, сколько пациентов принял доктор?
9. Вы тратите на расчет заработной платы целый день?
10. Вы тратите на подготовку отчетов для страховых компаний уйму времени?

Преимущества использования программы комплексного учета «Адента»

- Бесплатная версия для одиночно работающих врачей.
- Модульность программы. *Вы приобретаете только те модули, которые вам необходимы!*
- Простота использования. *Срок полного перехода на компьютерный учет 1 неделя.*
- Настраиваемый внешний вид программы.
- Настраиваемые шаблоны документов. *Вы применяете то оформление документов, которое принято в вашей клинике!*
- Разграничение прав пользователей. *Каждый сотрудник использует в работе только то, что разрешено и необходимо.*
- Разнообразные формы отчетов, в том числе и для страховых компаний.
- Разнообразные виды скидок, дисконтных и бонусных карт.
- Графики работы сотрудников, напоминания.
- Складской учет.
- Расчет заработной платы, учет проданных товаров.
- Разнообразные прайс-листы, УЕТ.
- Локальная и сетевая версии. Объединение клиник с помощью сети Internet.
- Оперативная техническая поддержка.
- Отсутствие дополнительных и скрытых платежей. *Приобретая программу один раз, вы используете ее неограниченное время, включая обновления в течение одного года.*

Приглашаем к сотрудничеству региональных представителей.

Программа комплексного учета и управления в стоматологической клинике



АДЕНТА®

Более 300 клиник в России и СНГ

История болезни
Статистика

Страховые полисы
Прайс-листы, УЕТ
Финансовая безопасность

Зарплата
Дисконтные карты

Любые шаблоны документов
Модульная система

Расписание
Регистратура

Визиографы
Служба сообщений

Склад, нормы расхода
Графики дежурств



ООО «Дентал Медиа Лтд»

г. Н. Новгород, ул. Обухова, д. 15,
тел.: (831) 245-87-10, 246-76-62, 246-76-63,
e-mail: info@dental-nnov.ru, www.dental-nnov.ru

Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58
Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 г., регистрационный номер 18094

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 52 (ч. 1) ст. 5498; 2007 № 1 (ч. 1) ст. 21; 2007, № 1 (ч. 1) ст. 29; 2007, № 27, ст. 3213; 2007, № 46, ст. 5554; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; 2008, № 29 (ч. 1), ст. 3418; 2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616; 2008, № 44, ст. 4984; 2008, № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 г. № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953)

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,

осуществляющим медицинскую деятельность» (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы со дня вступления в силу настоящего постановления.

3. С момента введения в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» считать утраченным силу СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.06.2003 № 124 (зарегистрированы в Минюсте России 18.06.2003 г., рег. № 4709); СанПиН 2.1.3.2195-07, изменение № 1 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 25.04.2007 г. № 19 (зарегистрированы в Минюсте России 05.06.2007 г., рег. № 9597); СП 3.1.2485-09 «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций»,

дополнение № 1 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.02.2009 г. № 9 (зарегистрированы в Минюсте России 20.03.2009 г., рег. № 13548); СанПиН 2.1.3.2524-09 «Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям», изменение 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 07.07.2009 г. № 48 (зарегистрированы в Минюсте России 20.08.2009 г., рег. № 14581); СанПиН 3.5.2528-09 «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях», дополнение № 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.08.2009 г. № 51 (зарегистрированы в Минюсте России 26.08.2009 г., рег. № 14624); СанПиН 2.1.3.2576-10, изменение № 3 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.03.2010 г. № 18 (зарегистрированы в Минюсте России 27.04.2010 г., рег. № 17017).

Г. Г. ОНИЩЕНКО.

Приложение.

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 (извлечение)

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

1. Общие положения

1.1. В целях соблюдения противозаразного режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

1.2. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил¹.

¹ Глава I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность.

Глава II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назна-

чения помещениях, при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.4. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

2.5. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числе радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами и пунктом 7 настоящей главы.

2.6. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное

освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальной и санузелом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

2.10. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м², на дополнительную установку — 10 м² (на стоматологическое кресло без бор-машины — 7 м²), высота кабинетов — не менее 2,6 м.

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного

CE
0434



FDA



PG
ИМ05



безграничные возможности диагностики



UNIDENT

119571, г. Москва, Ленинский проспект, 156 | Тел. +7 (495) 434-10-27
Горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820
www.unident.ru | unident@unident.net | ornt@unident.net

пробытия пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков «чистых» (плановых) и «гнойных» вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

2.13. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в приложении 2.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1. Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

3.2. Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и пола должны быть гладкими, без щелей.

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими разрешенными для этих целей материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водноэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую перфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5% порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;

полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;

столики для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом и иметь бортики

по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

4. Требования к оборудованию

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.2. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационных устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.5. Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в т.ч. по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50% рабочего времени или более 2 часов непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 1.

5.5. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в таблице 2.

5.6. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из «грязных» зон в «чистые».

Таблица 1.

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °С	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и ниже)	18-23	60-40	0,2
Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °С и выше)	21-25	60-40	0,2

Таблица 2.

Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °С	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный	17-25	не более 75	0,2-0,3
Теплый	не более 28	не более 65	0,2-0,5

5.7. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических медицинских организаций не должно превышать предельно допустимые концентрации.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 м², в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям и помещениям.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.12. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному

воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

5.13. В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокалитические фильтры или другие устройства).

5.14. Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав которого входят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а также оборудование замкнутого цикла, не требует дополнительных местных отсосов.

5.15. В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта, предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

5.16. Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать в жилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен в помещениях путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

6. Требования к естественному и искусственному освещению

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанной в пунктах 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными нормативами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей принимаются в соответствии с главой I.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:

стоматологических светильников на стоматологических установках;
специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;

бестеневых рефлекторов в операционных;

светильников на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматри-

вающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях

7.1.1. Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учет и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.

7.1.2. На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.

7.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете

7.2.1. Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

7.2.2. Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации.

7.2.3. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т.п.).

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 пломбировочных 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.

PORT-X II

GENORAY



Высокочастотный портативный интраоральный рентгеновский аппарат

- Удлиненный тубус для безопасной экспозиции
- Высокочастотный
- Генератор излучения
- Напряжение на трубке: 60 кВ
- Время экспозиции: 0,1-0,2 сек
- Фокальное пятно: 0,8 мм
- Вес: 2,8 кг



makes the invisible **visible**



Современная стоматология: мы едем к вам

Большая часть россиян проживает в сельской местности и небольших городах — там, где доступность и уровень медицинского обслуживания оставляют желать лучшего. Для решения проблемы оказания стоматологической помощи в глубинке предприятие ОАО «Радиозавод» в 2003 году разработало и запустило в серийное производство передвижной стоматологический кабинет КСП-01 на базе прицепа «Купава».



В дальнейшем, в ходе развития направления мобильной стоматологической техники, в 2006 году был разработан кабинет КСП-02 на базе автомобиля повышенной проходимости КАМАЗ. Его назначение и возможности схожи с первым образцом, однако КСП-02 предназначен для работы в труднодоступных районах, может передвигаться в условиях бездорожья и преодолевать большие расстояния.

Кабинеты предназначены для оказания профилактической, терапевтической и хирургической стоматологической помощи, в первую очередь, жителям населенных пунктов, удаленных от стационарных учреждений, работникам крупных предприятий, не имеющих собственных стоматологических кабинетов, детям в дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Возможно использование КСП-01 муниципальными образованиями для оказания адресной помощи инвалидам, социально незащищенным группам граждан.



Один кабинет способен принять 220-250 человек за месяц. Система жизнедеятельности кабинета, запас медикаментов и расходных материалов позволяют вести автономный прием пациентов в течение 5 дней. Оборудование кабинетов отвечает самым современным требованиям. Диа-

гностика заболеваний проводится с помощью рентгеновского аппарата с системой компьютерной дентальной радиографии.

Сегодня подвижные стоматологические кабинеты ОАО «Радиозавод» эксплуатируются во всех районах Пензенской области, множестве регионов России, в республике Казахстан. Всего к настоящему моменту выпущено более 90 таких кабинетов.

Эксплуатация передвижных кабинетов позволяет сэкономить бюджетные деньги. Затраты на приобретение КСП на порядок ниже, чем на оборудование стационарных медицинских кабинетов. Чтобы удовлетворить потребности целого района, достаточно двух-трех мобильных кабинетов. Кроме того, в малых населенных пунктах или в школах содержать стационарный стоматологический кабинет просто нерентабельно.

Опыт работы наших кабинетов показывает, что организация передвижной лечебно-диагностической и консультативной помощи является хорошим способом повышения доступности и качества медицинских услуг для широких слоев населения.

ОАО «Радиозавод» имеет большой опыт конструирования и производства современной передвижной техники на различных транспортных базах.

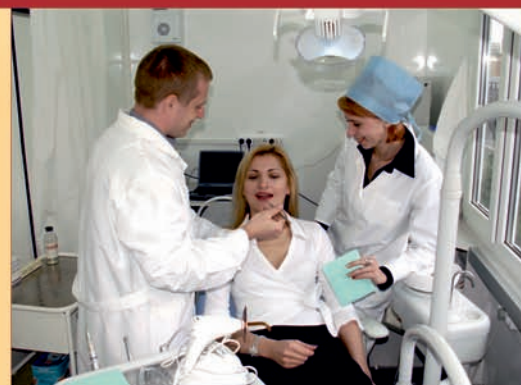
Наши специалисты могут разработать и изготовить мобильные медицинские кабинеты любого назначения.

Мобильная стоматология – движение навстречу людям!

КСП-01 размещен в прицепе «Купава», который может транспортироваться автомобилями УАЗ-3962 или ГАЗ-3321



КСП-02 выполнен на базе автомобилей высокой проходимости КАМАЗ-43118 и КАМАЗ-4308



Кабинеты стоматологические передвижные КСП-01 и КСП-02 предназначены для оказания стоматологической помощи жителям, проживающим в населенных пунктах, удаленных от стационарных лечебных учреждений. Современное оборудование и запас необходимых расходных материалов позволяют проводить диагностику, лечение и стоматологические операции.

Изделия включены в Государственный реестр медицинской техники и имеют сертификаты соответствия.

РАДИОЗАВОД
ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО

440039, Россия, г. Пенза, ул. Байдукова, 1
тел.: (8412) 49-58-80, факс: (8412) 49-60-24
E-mail: radio@tl.ru; www.penza-radiozavod.ru

Комплексная защита десен и зубов

В. Ф. ПОСОХОВА, к.х.н., начальник центральной заводской лаборатории ЗАО «ВладМиВа»,
В. П. ЧУЕВ, д.т.н., академик АМТН РФ, вице-президент РоСИ, генеральный директор ЗАО «ВладМиВа».

Среди актуальных проблем современной стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест. По данным разных авторов, распространенность заболеваний пародонта достигает 98% и имеет тенденцию к повышению, что свидетельствует о недостаточной эффективности профилактических и лечебных мероприятий. Важную роль в развитии этих заболеваний играет бактериальная инвазия. Поэтому использование антибактериальных препаратов в комплексной терапии заболеваний пародонта обоснованно и подтверждено многочисленными исследованиями.

Белоснежная улыбка, свежее дыхание — это признаки здоровья. Однако люди вспоминают об этом, лишь когда проведут бессонную ночь от зубной боли. Внимание обычно привлекает состояние поврежденных зубов, про десны и полость рта чаще забывают. Однако поражение пародонта так же часто, как и кариес, приводит к потере зубов. На первом этапе воспаления захватывает только десну, развивающийся гингивит проявляется болезненностью и кровоточивостью десен. Поскольку воспаление затрагивает лишь поверхностные ткани, лечение гингивита чаще всего бывает достаточно эффективным, так же, как и его профилактики.

В последнее десятилетие в повседневной стоматологической практике широко используются противомикробные препараты, содержащие хлоргексидин, поскольку они являются наиболее эффективными при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Однако в арсенале лечебных и профилактических средств, рекомендуемых при воспалительных заболеваниях пародонта, нет препарата, предназначенного для лечения десен и профилактики кариеса зубов одновременно.

С учетом потребностей современной практической стоматологии, на предприятии ЗАО «Опытно-экспериментальный завод «ВладМиВа» разработан и выпускается в настоящее время препарат ФТОРАСЕПТ®, поддерживающий необходимый уровень гигиены полости рта и не имеющий аналогов в мире. Гелевая форма препарата ФТОРАСЕПТ является комбинированным противовоспалительным и противомикробным средством, обеспечивающим уход одновременно за зубами и деснами.



Гель содержит активный компонент хлоргексидин, подавляющий болезнетворные микроорганизмы в полости рта и не индуцирующий резистентности микробов. Он оказывает быстрое и выраженное бактерицидное действие на вегетативные формы грамположительных и грамотрицательных бактерий, дрожжи, дерматофиты и липофильные вирусы. Бактерицидный эффект хлоргексидина обусловлен нарушением проницаемости мембран бактериальных клеток. Оказывая противовоспалительное действие, хлоргексидин не вызывает раздражения слизистой оболочки полости рта, способствует ускорению процессов заживления тканей, существенно снижает скорость образования зубного налета.

Природный бетаин, входящий в состав геля, обладает свойствами защиты живых клеток, а также легко транспортирует воду для их увлажнения, что необходимо для водного баланса слизистой оболочки полости рта и снятия симптома сухости во рту.

Входящее в состав геля органическое соединение фтора — аминфторид — эффективно предупреждает развитие кариозных поражений твердых тканей зубов и оказывают более выраженный и длительный эффект, чем неорганические фторосодержащие соединения — фторид или монофторфосфат натрия. Основное отличие органических соединений фтора от неорганических фторидов состоит в том, что молекула аминфторида состоит из гидрофобной углеводородной цепочки и гидрофильной положительно заряженной аминной группы, с которой связан посредством электростатического и пространственного взаимодействия фторид-ион. Благодаря своей поверхностной активности и слабокислому уровню pH (в пределах 4,5-5,0), аминфторид способствует образованию на поверхности зубов защитного слоя, обладающего высокой адгезионной стабильностью. Защитный слой предупреждает быстрое смывание слюной гомогенного слоя из фторида кальция (1-2 μm), образующегося в результате реакции между фторидсодержащим ионом и гидроксилатапатитом эмали зуба. Аминфториды, снижая метаболическую активность бактерий, препятствуют образованию зубного налета, активны относительно широкого спектра грамположительных бактерий, формирующих налет.

Противокариозное действие является результатом ингибирования выработки кислот бактериями. Наиболее активное противокариозное действие фторидов проявляется в период созревания эмали зубов, т.е. в детском возрасте. Противокариозная эффективность в детском возрасте доказывает целесообразность местной профилактики стоматологических заболеваний с применением геля ФТОРАСЕПТ. Он стимулирует реминерализацию эмали на ранних стадиях кариеса и снижает растворимость зубной эмали под воздействием кислот. Таким образом недостаток минеральных веществ при поверхностном кариозном поражении может быть восполнен, а развитие кариеса в стадии меловидного пятна может быть остановлено. Гель эффективен при лечении и профилактике заболеваний, связанных с поддесневным зубным налетом, а также при использовании брекет-систем для исправления прикуса.

Таким образом, комбинация активных компонентов, входящих в состав геля ФТОРАСЕПТ, позволяет:

- совместить подавление микроорганизмов и снятие воспаления;
- снизить кровоточивость десен и болевых ощущений в полости рта;
- устранить неприятный запах изо рта;
- обеспечить надежную профилактическую защиту от кариеса, создавая защитный слой фторида кальция на поверхности зубов.

Использование комбинированного препарата ФТОРАСЕПТ, несомненно, является весьма перспективным направлением, поскольку позволяет одновременно лечить как десны, так и зубы.



ООО «Торговый Дом «ВладМиВа»
308023, г. Белгород, ул. Садовая, 118,
тел. (4722) 200-555 — многоканальный,
факс (4722) 31-35-02,
e-mail: market@vladmiva.ru.
www.vladmiva.ru

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 сменятся!»), 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



Вкус апельсина и мяты



Вкус клубники



Вкус тутти-фрутти



Вкус банана

**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!

Клиническая эффективность зубных паст Vivax dent на основе пептидов

С. И. ГАЖВА, Н. А. ГУРЕНКОВА, Т. В. ВОЛКОМОРОВА,
кафедра стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, г. Нижний Новгород.

Одной из актуальных проблем стоматологии в настоящее время является проблема лечения и профилактики заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта (СОПР). Существующие средства гигиены не всегда эффективны, а поэтому поиск новых предметов по уходу за полостью рта продолжается. Нами была изучена клиническая эффективность серии средств Vivax dent, которые отличаются выраженным очищающим, противовоспалительным и кровоостанавливающим эффектом и отсутствием раздражающего действия на ткани полости рта.

Одной из современных и научно доказанных теорий является иммунологическая концепция патогенеза заболеваний пародонта и СОПР.

Поэтому в терапии данных заболеваний большое значение приобретает включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий препаратов, способных восстанавливать местный иммунитет. Особую актуальность здесь приобретают пептиды.

Свойства пептидов:

- Пептиды, в отличие от белков, имеют более короткую цепочку, т.е. меньшее число аминокислотных остатков в молекуле (до 50). Низкая молекулярная масса позволяет пептидам беспрепятственно проникать в поврежденные ткани.

- У пептидов практически отсутствует третичная структура, поэтому они, в отличие от белков, не подвержены денатурации, т.е. необратимому изменению естественной пространственной конфигурации под влиянием экстремальных воздействий.

- Пептиды одинаковы для всех млекопитающих. Они способны восстанавливать функциональные нарушения и препятствовать развитию патологических процессов в тех органах и тканях, из которых изначально были выделены.

- Самое важное свойство пептидов заключается в том, что они беспрепятственно проникают в организм, находят поврежденный орган и «информируют» молекулы тканей о том, какими они должны быть. После такого «напоминания» о строении здоровой молекулы данного вида ткани организм включает неиспользованные резервы и самовосстанавливается.

Пептиды составляют основу серии лечебно-профилактических средств ухода за полостью рта Vivax dent, которая включает:

1. Средства, используемые при обострении воспалительных заболеваний пародонта и СОПР: зубная паста противовоспалительная с аминокислотным комплексом и Бетулавитом, бальзам противовоспалительный с аминокислотным комплексом и мумие, гель противовоспалительный.



2. Средства, используемые для профилактики воспалительных заболеваний пародонта и СОПР: зубная паста противовоспалительная с аминокислотным комплексом и Бисабололом, бальзам противовоспалительный с аминокислотным комплексом, Неовитином и гелем Алоэ-Вера.



Аминокислотные комплексы (АК), образующие пептиды в данной линии:

АК-1: Пептиды тимуса. Стимулируют процессы регенерации тканей, пролиферативную и метаболическую активность клеток, активизируют функции клеток соединительной ткани, эндотелиоцитов, макрофагов и лейкоцитов, обладают противовоспалительным, иммуностимулирующим, антистрессорным и антиоксидантным действием.

АК-7: Пептиды сосудов. Регулируют функцию клеток сосудистой стенки. Нормализуют метаболизм и усиливают синтез белка в клетках сосудистой стенки, улучшают микроциркуляцию крови в тканях слизистой оболочки полости рта и пародонта; обладают высокой антиоксидантной активностью, нормализуя процессы перекисного окисления липидов в клетках слизистой оболочки полости рта и пародонта, в результате чего в них активизируются обменные процессы и ускоряется восстановление их функции после обострения воспалительного процесса.

АК-12: Пептиды хрящевой и костной ткани. Регулируют обменные процессы и усиливают синтез белка в клетках тканей пародонта, хрящей и связок; уменьшают деструктивные изменения при дегенеративно-дистрофических и воспалительных процессах в тканях пародонта и хрящевой ткани височно-нижнечелюстного сустава.

Активные компоненты, усиливающие действие пептидов. Биоантиоксидантный комплекс «Неовитин», гель Алоэ-Вера, ксилит, Бетулавит, пирофосфаты, мумие, Бисаболол, сорбитол, гидратированный диоксид кремния, дикальцийфосфат дигидрат.

Цель исследования

Определение клинической эффективности лечебно-профилактического действия Vivax dent в соответствии со свойствами компонентов.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали пациенты с диагнозом хронический генерализованный гингивит средней степени тяжести, которые были разделены на две группы. В 1-й группе (30 человек) была использована зубная паста противовоспалительная с аминокислотным комплексом и Бетулавитом, во 2-й группе (30 человек) — зубная паста Colgate total. Критерии отбора в группы были стандартизированы, а поэтому полученные результаты сопоставимы. После обучения правилам гигиены полости рта пациенты чистили зубы пастой самостоятельно 2 раза в день (утром и вечером) в течение 2 минут по комбинированной методике в течение 1 месяца.

В исследовании оценивались следующие показатели:

Для оценки очищающего действия: индекс гигиены (ОНИ) по Грину-Вермиллиону, очищающая эффективность (%), редукция индекса гигиены по Грину-Вермиллиону (%).

Для оценки противовоспалительного действия: пародонтальный индекс (ПИ) PI Russel, противовоспалительный эффект по пародонтальному индексу (%), индекс РМА, противовоспалительный эффект по индексу РМА (%).

Для оценки кровоостанавливающего действия: кровоостанавливающая эффективность по индексу Muehlemanн (%).

Для оценки аллергизирующего и местно-раздражающего действия: визуальный осмотр.

Результаты исследования

При однократном использовании зубных паст произошло снижение показателей индекса гигиены в 1-й группе на 59,65%, что является положительным результатом. А во 2-й группе — на 30,21%.

В течение всего времени исследования наблюдается снижение редукции индекса гигиены Грина-Вермиллиона. Данная тенденция является закономерной и свидетельствует о хороших очищающих свойствах испытываемой в 1-й группе пасты. Через 4 недели использования пасты в 1-й группе редукция индекса гигиены Грина-Вермиллиона составила 6,43%, тогда как в контрольной группе она равнялась 20,26%.

Очищающая эффективность по мере использования паст возрастает, тогда как редукция снижается. Наибольшая очищающая эффективность наблюдалась в первой группе и за 1 месяц составила 58,50%. Тогда как в контрольной группе — 27,94%.

Применение зубных паст в течение 4 недель показало, что под их воздействием наблюдается улучшение состояния пародонта, что подтверждает противовоспалительную значимость самой гигиенической процедуры, как важного фактора профилактики заболеваний пародонта.

В 1-й группе показатель индекса ПИ снизился за весь период исследования с 4,43 до 1,92, а во 2-й группе этот показатель изменился с 3,89 до 2,93, что соответствует высокому — 56,66% — противовоспалительному эффекту в 1-й группе и умеренному — 24,68% — во 2-й группе.

В 1-й группе показатель индекса РМА снизился с 42,15 до 21,34, а во 2-й группе с 38,86 до 29,28. Изменение цифровых показателей индекса РМА соответствует выраженному противовоспалительному эффекту пасты, использованной в 1-й группе (49,37%) и умеренному — во 2-й группе (24,65%).

Через 1 неделю использования зубных паст показатель кровоостанавливающей эффективности составил 13,46% (в 1-й группе) и 3,77% (во 2-й группе), что свидетельствует о высокой кровоостанавливающей эффективности пасты, использованной пациентами 1-й группы, и крайне умеренной во 2-й группе. Через 4 недели исследования эти показатели изменились — в 1-й группе он составил 59,62% против 32,08% во 2-й группе. Эти данные наглядно свидетельствуют о выраженном кровоостанавливающем эффекте пасты, использованной в 1-й группе и достаточно умеренном кровоостанавливающем эффекте пасты, применявшейся во 2-й группе, в которой данный эффект достигался за счет непосредственного качественного исполнения самой гигиенической процедуры.

Аллергизирующего и местно-раздражающего действия в ходе исследования выявлено не было.

Вывод

По результатам исследования видно, что качественная паста и хорошие гигиенические навыки обеспечивают выраженный эффект воздействия пасты на органы и ткани полости рта.

Данную продукцию можно приобрести в ООО «ФармаСтом» по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Студенческая, 4, тел. (831) 439-32-71.

Применение геля Камистад® в комплексном лечении заболеваний полости рта

А. В. ШУМСКИЙ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии Самарского медицинского института «РЕАВИЗ».

Проблема местной анестезии является одной из важнейших в современной стоматологии. Многие заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР), особенно с эрозивными повреждениями, сопровождаются болью. Медиаторы воспаления и аллергии, микробные токсины провоцируют повышенную чувствительность СОПР. Поэтому для лечения заболеваний СОПР необходим препарат, который бы не блокировал экссудативный процесс, а кроме анестетического, обладал также длительным обезболивающим и противомикробным действием.

Таким средством является гель Камистад® (производитель «Штада», Германия). Он имеет комбинированный состав: содержит лидокаина гидрохлорид (20 мг в 1 г геля) и настойку цветков ромашки.

Нами изучена эффективность применения препарата Камистад® у пациентов с эрозивными заболеваниями СОПР. В основную группу вошли 32 пациента, которые получали гель Камистад® 3 раза в день в течение 5-6 дней. Пациенты группы сравнения использовали в терапии заболевания полоскания 0,05% раствором хлоргексидина в сочетании с нанесением на слизистую 3% анестезиновой эмульсии. Кроме того, пациенты этой группы применяли полоскания полости рта отварами трав (календула, шалфей и др.). Пациенты обеих групп были сравнимы по полу, возрасту, нозологиям и тяжести проявления заболевания.

Клинико-лабораторные показатели у больных эрозивными заболеваниями СОПР продемонстрировали ряд преимуществ геля Камистад® по отношению к препаратам, применяемым у пациентов группы сравнения. Так, полное исчезновение боли наблюдалось у всех пациентов на 2-3-й день от начала терапии препаратом Камистад®. В группе сравнения боль купировалась только на 4-5-й день от начала стандартной терапии. Настойка цветков ромашки потенцирует болеутоляющий эффект, что обусловлено вяжущим действием биологически активных веществ ромашки. После купирования боли у пациентов уже к 3-4-му дню восстанавливается слюноотделение. Гиперемия и отек у большинства пациентов исчезали уже на 2-е сутки

применения геля Камистад®, тогда как в группе сравнения эти симптомы купировались лишь на 4-е сутки.

Появление эпителиальных клеток в основной группе наблюдалось в 1,5 раза быстрее, и это говорит о том, что Камистад® оптимизирует регенеративные процессы. Микробное число при терапии Камистадом снижается в 1,5-2 раза уже на 3-и сутки по сравнению с группой сравнения, за счет выраженного антисептического эффекта ромашки. Также возрастает в 1,5-1,6 раза количество клеток, принимающих участие в фагоцитозе. Эфирные масла (фарнезен и кадинен), содержащиеся в ромашке, способствуют восстановлению процессов клеточного дыхания, в первую очередь, в фагоцитах. Фибринозный налет у всех пациентов основной группы исчезал на 3-и сутки, в группе сравнения — на 4-е сутки. Это свидетельствует о быстрой трансформации стадии экссудации в стадию эпителизации.

Гелевая основа препарата Камистад® обеспечивает хорошее распределение и пролонгированную адгезию препарата на эпителии слизистой оболочки. Кроме того, Камистад® обладает дезодорирующим эффектом. В ходе опыта применения доказан надежный профиль безопасности геля: он хорошо переносится пациентами, не обладает раздражающим действием; нежелательных реакций в ходе опыта применения не наблюдалось.

Комбинированный состав геля Камистад® позволяет избежать полипрагмазии и осуществить комплексное лечение СОПР, оказывая болеутоляющий, противовоспалительный, антисептический и ранозаживляющий эффекты.

Таким образом, гель Камистад® может использоваться при широком спектре заболеваний полости рта:

- гингивитах различной этиологии;
- острых и хронических герпетических стоматитах;
- хроническом рецидивирующем афтозном стоматите;
- заболеваниях СОПР, сопровождающихся эрозиями и язвами (красный плоский лишай, эрозивная лейкоплакия);
- острой и хронической травме;
- декубитальной язве слизистой оболочки полости рта;
- а также при прорезывании зубов «мудрости» и пери-коронарите.



Камистад®

гель для местного применения

лидокаина гидрохлорид +
ромашки аптечной цветков экстракт

не содержит сахара



РУ П №015756/01

КОМБИНИРОВАННОЕ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

Показания. Болевой синдром при:

- Воспалении слизистой оболочки полости рта и губ
- Гингивите
- Раздражении слизистой оболочки полости рта при ношении зубных протезов и брекетов
- Прорезывании «зубов мудрости»
- Стоматологических процедурах
- После ортопедических операций в челюстно-лицевой хирургии



Люция Шамильевна РОЗАКОВА, ассистент кафедры стоматологии детского возраста ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ.

Данным исследованием мы открываем новое большое и интересное направление, где на серьезном научном материале, с участием ведущих научных центров Российской Федерации и при помощи специалистов мы исследуем различные технические новинки, позволяя взглянуть на них не только с точки зрения маркетолога, но и с точки зрения практикующего специалиста. Данные исследования выявляют все сильные и слабые стороны оборудования и позволяют специалисту, с которым говорят на одном языке, сделать правильный и окончательный выбор.

В 2011 году на кафедре стоматологии детского возраста Самарского государственного медицинского университета проведено пилотное исследование эффективности различных схем мотивации к гигиене полости рта с использованием интраоральных камер Whicam.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 32 ученика 6-х классов (в возрасте 12 лет) средней общеобразовательной школы г. Самары. Для мотивации детей использовался метод витального окрашивания назубных отложений 2% спиртовым раствором йода. Пациентам первой группы (11 человек) проводилась демонстрация их собственного состояния полости рта до и после окрашивания с помощью внутриротовой видеокамеры с необходимыми комментариями в стоматологическом кресле. Для демонстрации стоматологического статуса детям второй (11 человек) и третьей (10 человек) групп использовалось обычное зеркало. Каждому испытуемому второй группы на одну неделю на дом была выдана интраоральная камера домашнего применения и даны соответствующие рекомендации. Все пациенты были обучены правилам ухода за полостью рта с использованием основных средств оральной гигиены.

По окончании исследования родителям испытуемых было предложено пройти анонимное анкетирование. Структура анкеты состояла из серий вопросов в следующих разделах: представление о причинах возникновения кариеса и болезней десен, отношение к профилактике, стоматологические привычки образа жизни — собственные и ребенка (привычки гигиены полости рта, использования фторидов, привычки питания, посещение стоматолога), нуждаемость в лечении.

Результаты оценивались через одну неделю после урока гигиены по динамике индекса ОНИ-S, гигиенического индекса зубной бляшки Silness-Loe и папиллярного индекса кровоточивости (PBI) по Saxer и Muhlemann с учетом данных анкетирования.

Рисунок 1

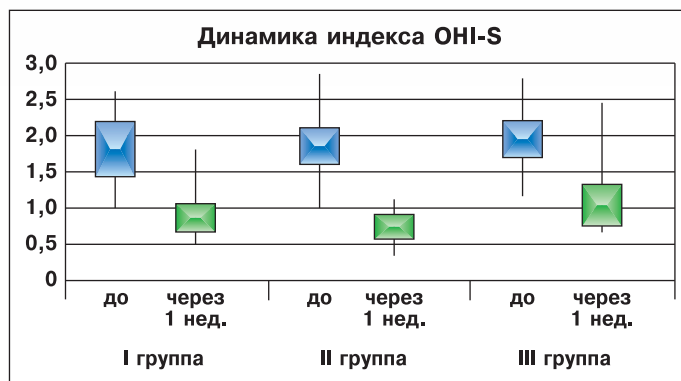


Рисунок 2

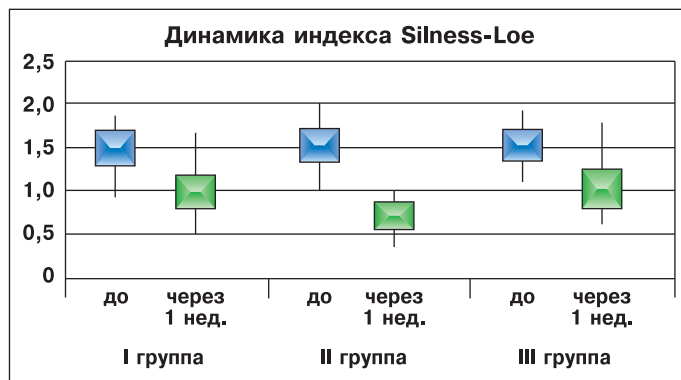
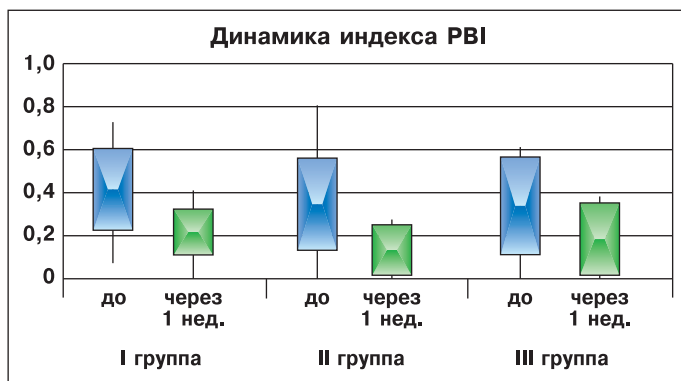


Рисунок 3



Упрощенный индекс гигиены рта Грина-Вермиллиона (ОНИ-S)

Методика определения: авторы методики предлагают определять этот индекс визуально, без окрашивания. С помощью зубоветеринарного зонда исследуют (нежно продвигая его кончик по направлению к десне) шесть ключевых зубов, исследуя степень загрязнения разных поверхностей.

Рисунок 4

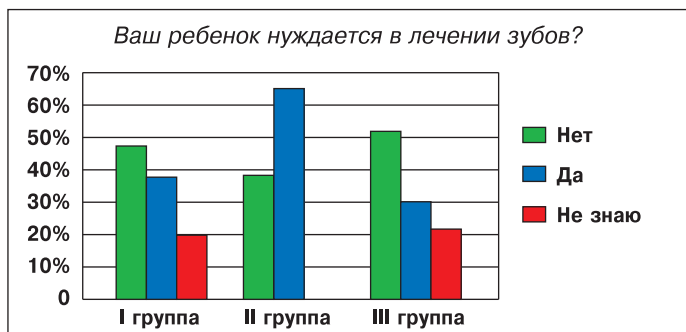


Рисунок 5

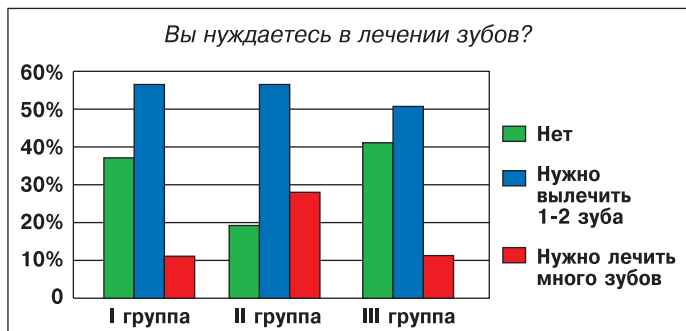
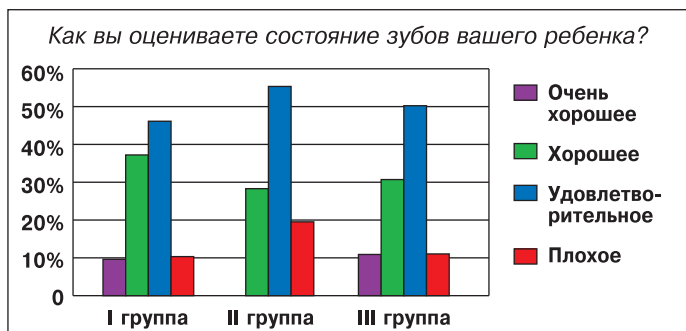


Рисунок 6



Результаты исследования

Все 32 испытуемых закончили исследование, предоставив данные, поддающиеся оценке. Пациенты в группах сопоставимы по исходному значению индекса ОНІ-S, гигиенического индекса зубной бляшки Silness-Loe и папиллярного индекса кровоточивости (РВІ) по Saxer и Muhlemann ($p > 0,05$). 44% обследованных (14 человек) — лица женского пола.

Через одну неделю после проведения урока гигиены во всех группах наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости рта. В большей степени снижение средних значений индексов гигиены и кровоточивости отмечалось в тех группах (1-я и 2-я), для мотивации которых использовались средства интраоральной визуализации. Так, динамика средних значений индекса ОНІ-S составила 48%, 60% и 43,5% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно (рис. 1), Silness-Loe — 35%, 56% и 31% (рис. 2), РВІ по Saxer и Muhlemann — 47,5%, 65% и 45,5% (рис. 3).

Результаты анкетирования. Ответы родителей детей всех трех групп были сходны в подавляющем большинстве вопросов. 40% родителей детей, принимавших участие в исследовании, имели полные и достаточные знания о причинах развития основных стоматологических заболеваний; 21% — знали о значении фтора в профилактике кариеса и использовали эти знания при выборе средств для рутинной гигиены полости рта; 19% — пользовались флоссами.

Исключение составил раздел, касавшийся оценки стоматологического статуса.



Оценивая собственный стоматологический статус, 64% родителей детей первой группы, 82% — второй и 60% — третьей отметили необходимость в стоматологическом лечении (рис. 4).

Нуждаемость в стоматологическом лечении своего ребенка отметили 36% мам первой группы, 64% — второй и 30% — третьей (рис. 5).

45% мам первой группы придерживались мнения, что состояние зубов их детей хорошее или очень хорошее, 9% отметили его как плохое; во второй и третьей группах эти цифры равнялись 27%, 18% и 40%, 10% соответственно (рис. 6).

Выводы:

1. Интраоральная визуализация повышает мотивацию пациентов к уходу за полостью рта.
 2. Использование интраоральной камеры в домашних условиях является более эффективным средством мотивации к качественному рутинному уходу за полостью рта, чем однократная визуализация на стоматологическом приеме.
 3. Самостоятельное использование средств интраоральной визуализации в домашних условиях позволяет пациентам адекватно оценивать собственный стоматологический статус.
- Интраоральная камера Whicam — это незаменимый помощник врача-стоматолога в мотивации к регулярному и качественному уходу за полостью рта. Это надежный друг каждого пациента — регулярное самообследование значительно увеличивает шансы ранней диагностики не только кариеса и болезней пародонта, но и заболеваний слизистой оболочки полости рта (в том числе онкологических).



Заболевания слизистой оболочки полости рта у рабочих химического производства

С. И. ГАЖВА, А. С. ЛЕСКОВ, К. И. ПИЛЛИПЕНКО, кафедра стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, г. Нижний Новгород.

Актуальность. Известно, что стоматологическая заболеваемость напрямую зависит не только от экологических факторов, но и от химических воздействий, которые приводят к утяжелению общесоматической патологии и стоматологической заболеваемости [8, 12].

Сведения о распространенности стоматологических заболеваний у населения различных регионов России и мира весьма разноречивы, но мнения специалистов об их хроническом течении единодушны, что во многом определяет медико-социальную значимость проблемы [4, 10].

Многими учеными доказано, что производственные факторы не только оказывают отрицательное влияние на твердые ткани зуба, но и вызывают заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) [1, 7, 11].

Однако вопросы, касающиеся уровня и структуры заболеваемости СОПР под влиянием вредных факторов среди работников химических производств, до конца не изучены, не полностью описаны механизмы воздействия вредных факторов на слизистую оболочку полости рта [6, 8].

Поэтому целью нашего исследования является эпидемиологическое обследование работников химических производств для выявления структуры и частоты встречаемости заболеваний СОПР.

Материалы и методы. В соответствии с методикой и рекомендациями ВОЗ по репрезентативности выборки проведено

стоматологическое эпидемиологическое обследование 93 работников химического производства ОАО «Сибур-Нефтехим» обоего пола в возрасте от 20 до 55 лет и старше с различным стажем работы.

«Сибур» — крупнейшая в СНГ и Восточной Европе нефтехимическая компания. «Сибур-Нефтехим» — дочернее предприятие «Сибура» в г. Дзержинске Нижегородской области. Предприятие выпускает хлор, каустик и хлорорганические продукты.

Целевое обследование СОПР проведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1980) по 4-уровневой системе диагностики [Bates V. et al., 1997]. Соответственно задачам I-II уровня проведено: люминесцентное обследование (тест-система «ВизиЛайт плюс»), топографирование и кодирование элементов поражения СОПР (Roed-Petersen & Renstrup в модиф. О. С. Гилевой и соавт., 2008), а также фотодокументирование клинического материала (цифровая камера Canon D500) [3, 4].

Для выявления группы риска среди рабочих по развитию предрактов и патологических состояний на СОПР нами была использована система диагностики Vizilite Plus (система «Визилайт-Плюс»). Эта система состоит из двух самостоятельных диагностических тестов, последовательность применения которых расширяет возможности раннего скрининга в амбулаторных условиях [2, 3, 4].



Вопросы экологической безопасности и влияния накопленного экологического ущерба и вредных производственных факторов, в первую очередь химических, на здоровье ныне живущего и последующих поколений россиян со всей остротой были поставлены на прошедшем в июне этого года в г. Дзержинске Нижегородской области, заседании Государственного совета под председательством Президента РФ Д. А. Медведева.

Источник: президент.рф.

Результаты собственных исследований.

Анализ результатов эпидемиологического обследования рабочих химического предприятия свидетельствует о высокой заболеваемости слизистой оболочки полости рта в разных возрастных группах и необходимости санации полости рта, создания системы диспансеризации лиц с высокой степенью риска.

Заболевания слизистой оболочки полости рта были отмечены у 22,25% обследованных на предприятии ОАО «Сибур-Нефтехим», причем у 9,3% выявлена лейкоплакия, у 8,48% — хейлиты, у 1,95% — ХРАС, у 1,02% — КПЛ, у 1,3% — дискератозы, у 0,05% — опухоли (0,03% — доброкачественные и 0,02% — злокачественные), у 0,15% — папилломатоз.

Среди женщин 20-29 лет, работающих на данном предприятии, распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта составила 20,64%. Из них количество женщин с лейкоплакией составило 8,4%, хейлиты имели 7,9% обследованных, ХРАС — 1,74%, КПЛ — 1,43%, дискератоз — 1,03%, опухоли — 0,04% (доброкачественные — 0,03%, злокачественные — 0,01%), папилломатоз — 0,1%.

Здесь же заболевания СОПР были обнаружены у 24,24% мужчин 20-29 лет, в том числе лейкоплакия — у 10,2%, хейлит — у 9,06%, ХРАС — у 2,16%, дискератоз — у 1,57%, КПЛ — у 0,61%, опухоли — у 0,07% (доброкачественные — 0,04%, злокачественные — 0,03%), папилломатоз — у 0,2%.

В возрастной группе 30-39 лет на предприятии ОАО «Сибур-Нефтехим» заболевания слизистой оболочки полости рта были зарегистрированы в 47,79% случаев. Лейкоплакия диагностирована у

dry tips®

«ПАМПЕРС» ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

- Впитывает слюну намного лучше валика, почти **в 30 раз** больше собственного веса!
- Не выделяет накопленную влагу при надавливании.
- В некоторых случаях может заменить Rubber Dam.
- Уменьшает риск воспаления слюнных желез, который может быть вызван контаминацией.
- Легко прилипает к слизистой, эластичен, повторяет движения щек, легко удаляется.
- Более комфортен для пациента, не оставляет волокон в полости рта.
- Прицельно изолирует протоку околоушной железы при любом ее топографическом положении.
- Сохраняет стабильное положение на месте прикрепления даже во время активной работы.
- В отличие от ватного валика занимает меньше пространства, оставляя большее рабочее поле.

Только оригинальное изделие, произведенное Мельниге Хелс Кеа (Швеция) может называться Драй Типс

kraftway®
medical

Поставщик Dry Tips в России: ООО «Крафтвэй Медикал»
Тел. **8-800-100-100-9** (бесплатные звонки из любого региона!)
www.kraftwaydental.ru

Заболелания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ у работников ОАО «Сибур-Нефтехим»

Таблица 1.

Возраст	Пол	Лейкоплакия, %	КПЛ, %	ХРАС, %	Папилломатоз, %	Дискератоз, %	Опухоли, %		Хейлит, %
							Доброкачественные	Злокачественные	
20-29 лет	Общее	9,3	1,02	1,95	0,15	1,3	0,03	0,02	8,48
	Ж	8,4	1,03	1,74	0,1	1,03	0,03	0,01	7,9
	М	10,2	0,61	2,16	0,2	1,57	0,04	0,02	9,06
30-39 лет	Общее	15,7	7,1	3,3	0,8	6,39	1,8	1,5	11,2
	Ж	14,9	7,12	2,9	0,9	6,0	1,73	1,2	11,1
	М	16,5	7,08	3,7	0,7	6,78	1,89	1,78	11,3
40-55 лет и старше	Общее	18,7	9,25	3,35	1,0	6,9	2,0	1,95	12,1
	Ж	17,8	9,6	3,1	1,2	6,6	2,1	1,8	11,3
	М	19,6	8,9	3,6	0,8	7,2	1,9	2,1	12,9

15,7% лиц, хейлит — у 11,2%, КПЛ — у 7,1%, дискератоз — у 6,39%, ХРАС — у 3,3%, опухоль — у 3,3% (доброкачественная — у 1,8%, злокачественная — у 1,5%), папилломатоз — у 0,8%.

По результатам исследования на данном предприятии женщин 30-39 лет распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта составила 45,85%. Причем лейкоплакию имеют 14,9% женщин, хейлит — 11,1%, КПЛ — 7,12%, дискератоз — 6,0%, ХРАС — 2,9%, опухоль — 2,93% (доброкачественную — 1,73%, злокачественную — 1,2%), папилломатоз — 0,9%.

У мужчин 30-39 лет, работающих на данном предприятии, частота встречаемости заболеваний слизистой оболочки полости рта равна 49,73%: лейкоплакия — 16,5%, хейлит — 11,3%, дискератоз — 7,08%, КПЛ — 6,78%, ХРАС — 3,7%, опухоли — 3,67% (доброкачественные 1,89% и злокачественные по 1,78%), папилломатоз — 0,7%.

Среди работников предприятия ОАО «Сибур-Нефтехим» в возрастной группе 40-55 лет и старше распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта составила 55,25%. Лейкоплакия, хейлит и КПЛ обнаружены в 18,7%, 12,1% и 9,25% случаев соответственно. Признаки дискератоза выявлены у 6,9% осмотренных, ХРАС — у 3,35%, опухоли — у 3,95% (доброкачественные — у 2,0%, злокачественные — у 1,95%), папилломатоз — у 1,0%.

Распространенность заболеваний СОПР у женщин в этой возрастной груп-

пе (53,5%) имеет следующую структуру: лейкоплакия — 17,8%, хейлит — 11,3%, КПЛ — 9,6%, дискератоз — 6,6%, ХРАС — 3,1%, опухоли — 3,9% (доброкачественные — 2,1%, злокачественные — 1,8%), папилломатоз — 1,2%.

У мужчин заболевания слизистой оболочки полости рта зарегистрированы в 57% случаев. Большинство имеют лейкоплакию — 19,6%, хейлит — 12,9% и КПЛ — 8,9%. Распространенность дискератоза — 7,2%, ХРАС — 3,6%, опухолей — 4,0% (доброкачественных — 1,9%, злокачественных — 2,1%), папилломатоза — 0,8% (табл. 1).

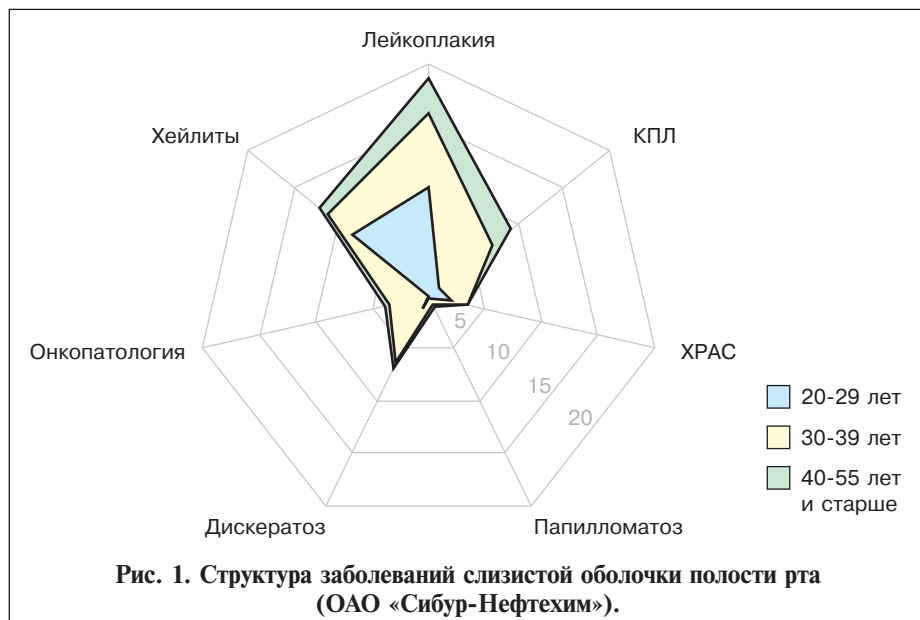
Структура заболеваний СОПР работников ОАО «Сибур-Нефтехим» представлена на рис. 1.

Обсуждение результатов исследования. Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о том, что заболевания слизистой оболочки полости рта довольно часто встречаются среди рабочих химических производств.

Установлено отрицательное влияние химических факторов на слизистую оболочку полости рта, которое приводит к развитию патологических состояний: лейкоплакии, хейлитов, КПЛ, папилломатоза, дискератоза, онкопатологии. Степень тяжести поражений зависит от возраста и продолжительности работы на предприятии. Использование системы визуализации «Vizilite Plus» улучшает диагностику патологии состояний СОПР и может использоваться для прогнозирования заболеваний.

Список использованных источников

- Агафонов Ю. А., Ронь Г. И. // Институт Стоматологии. — 2005. — № 1. — С. 98-102.
- Белева Н. С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — М., 2010.
- Гажва С. И., Мауда Я. А. // Медицинский альманах. — 2010. — № 4. — С. 51-53.
- Гуляева О. А. Состояние тканей пародонта у лиц, профессионально контактирующих с хлорорганическими пестицидами / О. А. Гуляева // Здравоохран. Башкоростана. — 2002. — № 3 (Спец. вып.) — С. 243-245.
- Захаров П. А. Состояние зубочелюстной системы работников с радиационно-вредными условиями труда и меры по совершенствованию их стоматологического обслуживания (на примере Горно-химического комбината г. Железногорска) Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — М., 2006.
- Зырянов Б. Н. Воздействие факторов окружающей среды и условий труда на состояние органов и тканей полости рта у рабочих рыбоконсервного комбината г. Салехарда / Б. Н. Зырянов, Ю. С. Гусев // Социально-гигиенические проблемы охраны здоровья рабочих промышленных предприятий: тез. докл. Всесоюз. науч. конф. — Новосибирск, 1985. — Т. 1, ч. 1. — С. 93-94.
- Мозговая Е. А. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта и профилактика стоматологических заболеваний у лиц, контактирующих с хризотиласбестом в производственных условиях. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — Екатеринбург, 2004.
- Олесова В. Н., Сорокоумов Г. Л., Мекеев А. А., Довбнев В. Н., Берманов Р. У., Павлова Н. А., Балкаров А. О., Закариев З. З. // Российский стоматологический журнал. — 2009. — № 1. — С. 21-22.
- Олимов С. Ш., Гаффоров С. А. // Российский стоматологический журнал. — 2008. — № 6. — С. 39-40.
- Рабинович И. М., Алимский А. В., Тойджанова Д. Д. // Стоматология. — 1998. — № 4. — С. 61-62.
- Сорокоумов Г. Л. Особенности стоматологического статуса работников при воздействии радиационного профессионального фактора и меры по совершенствованию их диспансерного обслуживания. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — М., 2009.
- Мауда Я. А. Комплексное исследование стоматологического статуса жителей республики Йемен. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — Нижний Новгород, 2010.





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, обезбоживание 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 обезбоживания 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 обезбоживания
в стоматологии (EFAAD), Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой
стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ.

AER MED[®]

Комплект для инъекций стоматологический однократного применения АЭРС[®]

Карпульные одноразовые шприцы нового поколения

Ультракаин[®]

Убистезин[®]

Септанест[®]

Артикаин[®]

Ультракаин[®]

Артикаин[®]

Септанест[®]

Ультракаин[®]



Безопасность
врача после
процедуры
инъекции

Оснащен карпулой
с анестетическим
раствором и иглой

Удобный контроль
расхода
лекарственного
препарата

Возможность
проведения
аспирационной
тест-пробы



Новый
адаптированный
дизайн

Эргономичная
ручка упора

Готов к применению
сразу после
вскрытия упаковки

НОВИНКА

Шприц + Карпула + Игла

от **25⁵⁰** р. за комплект



Новый дизайн
Улучшенная форма инъектора
Теперь с цветовой маркировкой по анестетикам

Мы в Сети



www.shpric.com
aers@shpric.com
8 (495) 973 77 35
8 (495) 979 67 15

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 «Алденд Плюс»:
196240, г. Санкт-Петербург, ул. Варшавская, д. 69, корп. 3, лит. А, пом. 14Н.
Тел./факс: (812) 450-43-03, e-mail: aldent@mail.ru, http://www.aldent.ru

О природе феномена повышенного рвотного рефлекса в практике ортопедической стоматологии

Ю. И. КЛИМАШИН, к.м.н., зав. отделением сложного челюстно-лицевого протезирования ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий, г. Москва.

В практической стоматологии при работе со «сложными» больными одной из проблем являются феномены стоматофобических реакций пациента на осуществление лечебных манипуляций. В данной статье рассмотрим феномен повышенного рвотного рефлекса, распространенность которого существенно недооценивается врачами-ортопедами, так как люди, страдающие подобными формами нервного реагирования, стараются избегать стоматологического лечения и не попадают в поле зрения даже профилактической медицины. Как показывает анализ литературных данных, сформулировать природу этого явления путем определения каких-либо общих типологических свойств нервной системы или специфических черт личности человека не удается [1]. Между тем, в практической работе удивляет непредсказуемость таких реакций пациента и их несоответствие стандартам болевой и тактильной чувствительности на действия врача [2]. Такая неспецифичность пороговых значений переживаемых ощущений знакома любому человеку, хотя бы раз побывавшему в кресле стоматолога [3].

Понимание этих явлений может быть получено лишь путем психофизиологического анализа перцептогенеза полости рта как зоны пограничного взаимодействия интероцептивной, проприоцептивной и экстероцептивной чувствительности организма, формирующих в онтогенезе неспецифические рефлекторные ансамбли висцеральных и корковых отделов мозга.

Известно, что в психофизиологическом подходе к изучению перцептогенеза рефлекторных механизмов чувствительности принято рассматривать их как рецепторы трех основных классов. Первый — интероцептивная чувствительность, универсально стандартизированная в своих пороговых значениях и формах филогенетического реагирования на изменения внутренней среды организма. Эти ощущения И. М. Сеченов назвал «темным чувством», определяющим нашу ограниченную возможность рефлексии функциональных механизмов поддержания гомеостаза организма на уровне висцерального мозга. Второй класс чувствительности проприоцептивных рецепторов обеспечивает уже корковое восприятие и рефлекторное регулирование двигательной активности для взаимодействия афферентных и эфферентных потоков сенсорной информации о состоянии организма.

Наконец, третий класс — так называемые экстероцепторы, обладают высочайшим уровнем корковой специализации при анализе свойств окружающей среды и возможностью формирования опережающей условно-рефлекторной адаптации к ним организма.

Эта опережающая функция коркового отражения сформулирована в работах выдающегося отечественного психофизиолога Н. А. Бернштейна [4] и получила дальнейшее развитие в работах П. К. Анохина [5] как рефлекторный механизм акцептора действия. Такое рефлекторное опережение является, по-видимому, основной функциональной причиной возникновения психосоматических расстройств в нервной системе человека. Только психика человека с ее формируемыми в онтогенезе высшими корковыми функциями способна на выработку условного рефлекса корково-висцеральных реакций на психический образ события, а не на объективно воздействующий раздражитель из внешней среды. **В отличие от животного, способного вырабатывать только инструментальные условные рефлексы, в психике человека роль объективной реальности может полностью заменяться образом объекта и следующей за этим рефлекторной защитной реакцией организма.** Проще говоря, только человек способен, например, изменять свой кислотно-щелочной баланс пищеварительных процессов, всего лишь вообразив действие нарезания лимона. Причем, эти реакции в большинстве случаев сугубо субъективны, их интенсивность определяется индивидуальными свойствами нервной системы. **Зачастую, такое психофизиологическое реагирование организма на психический образ в значительной мере может превышать по своей интенсивности реакцию на объективно существующий объект.**



Такой конфликтный механизм рефлекторной регуляции в психике человека получил название «дистресса» в работах Г. Селье [6]. Однако, в этих работах рассматривались в основном проблемы общих поведенческих реакций универсальной биологической защиты организма в ситуациях интерпсихических конфликтов. В интересующих же нас проблемах природы возникновения стоматофобических реакций, как вариантов психосоматических неврозов, те же механизмы дополняются исключительной специфичностью развития периферийной перцепции полости рта как области пограничного соприкосновения интероцептивных, проприоцептивных и экстероцептивных рецепторов. Эта специфичность характеризуется тем, что в процессе онтогенетического развития высших психических функций человека органы полости рта и глотки приобретают гипертрофированный, не предусмотренный филогенезом уровень коркового представительства. Одновременно с этим следует помнить, что эти процессы, как уже говорилось ранее, не предусмотрены филогенезом и без специального обучения в онтогенезе спонтанно не развиваются [7].

Такая неспецифичность использования проприоцептивной моторики языка и глотки, по-видимому, объясняет нашу ограниченную возможность понимания различий в осуществляемых действиях при артикуляции звуков «д», и «т» или специфичности сокращения глотки при произнесении звуков «г» и «к». Образно говоря, в процессе онтогенетического развития высших психических функций человека сенсомоторные механизмы артикуляции поднимают органы полости рта и глотки до уровня процессов мышления и речи, что делает их использование в природой обусловленном предназначении пережевывания и проглатывания пищи такими же неадекватными по своей функциональной сложности инструментами, как использование современного компьютера в качестве разделочной доски или лампочки освещения. **Иначе говоря, объективно односторонне раздражители внешней и внутренней среды в полости рта могут рефлекторно отражаться как на уровне простейших висцеральных реакций, так и на уровне сложнейших психических процессов корковой деятельности.**

Возможность такого разноуровневого ассоциативного по своей природе реагирования можно проиллюстрировать скорее психологическим, чем физиологическим примером. Представим себе такой заурядный физиологический процесс, как восстановление носового дыхания и проглатывания мокроты при воспалительном процессе в носоглотке — никакой реакции. А теперь детально представим процесс слизывания и проглатывания этих же слизистых выделений, но из носового платка... Ответ будет однозначным: не то что осуществление этого действия, но и один образ его вызывает у любого здорового человека рвотный рефлекс. Между тем, с точки зрения объективных физических ощущений различий здесь быть не должно.

На наш взгляд, именно это и определяет все разнообразие и непредсказуемость рефлекторных психологических реакций человека на внешние воздействия в этой области. Отсюда вытекает вывод о том, что действия стоматолога в полости рта могут вызвать тесное переплетение различных по своей ассоциативной природе афферентных потоков экстероцептивных, проприоцептивных и интероцептивных форм чувствительности с присущими им специфическими реакциями. Если первые два вида чувствительности хорошо адаптированы к корковому анализу внешних воздействий, то механизмы интероцептивной чувствительности отвечают исключительно висцеральными по своему функциональному уровню безусловно-рефлекторными реакциями спазматической и болевой защиты. **Из этого следует возможность формирования ассоциативного устойчивых психосоматических реакций защиты больного на действия врача, вызванных негативным опытом первого впечатления.** Подобные реакции по своей рефлекторной природе сходны с хорошо известными невротическими реакциями вагоневрозов при неудачных опытах дефлорации, описанных в многочисленных психотерапевтических исследованиях этой проблемы [8].

Указанное свойство с позиций предлагаемого нами подхода неслучайно, так как обе эти зоны, по существу являясь внутренней средой организма, в определенных условиях сталкиваются с агрессивным воздействием из внешней среды. И в том и в другом случаях при отсутствии позитивной корковой настройки в виде предварительной мышечной релаксации и повышения порогов чувствительности, организм отвечает безусловно-рефлекторными реакциями защиты в виде мышечных спазмов и усиления болевой чувствительности. Таким образом, можно сделать вывод, что осуществление лечебных манипуляций в пограничных зонах чувствительности организма человека, к которым, безусловно, относится полость рта, чреваты возможностью формирования стойких психосоматических неврозов рефлекторной защиты.

Это утверждение косвенно подтверждается анализом многочисленных зарубежных публикаций, посвященных феноменам рвотного рефлекса в стоматологии. Тем не менее, такое явление, как частный случай стоматобических реакций пациентов, рассматривается не столько как физиологический механизм сенсорики полости рта, сколько как объект необходимой психотерапевтической работы стоматолога с пациентом [9].

Авторами предлагается широкий спектр мероприятий по купированию этого явления от применения общего профилактического седативного воздействия успокоительными средствами до точечного орошения рефлекторных зон анестезирующими препаратами. Однако в большинстве работ признается главенствующая роль психологического фактора воздействия на психику больного, подверженного стоматобическим реакциям. Рассматриваются также возможности сложных форм поведенческой терапии, коррекции состояния путем применения гипнотерапии и т.д. При этом единогласно признается, что универсальных методов не существует, а в работе рядового стоматолога применение описанных методов вряд ли представляется возможным [10, 11, 12, 13].

Между тем, наш многолетний опыт работы с так называемыми «сложными» больными показывает, что существуют простые методы профилактики формирования негативных рефлекторных реакций защиты путем адаптивного сенсорного обучения полости рта пациента при первичном обращении к стоматологу. Суть метода заключается в последовательном, а не агрессивном проникновении в полость рта легкими тестовыми действиями с постоянным психологическим контролем за реакциями пациента. При наличии малейших проявлений рефлекторных реакций на прикосновение следует объяснить пациенту, что эти ощущения не должны вызывать у него чувство страха или отвращения и к ним необходимо и можно привыкнуть. Если терпеливо и внимательно отнестись к формированию первичного образа последовательным приучением всех заинтересованных зон полости рта, формирование стойких стоматобических реакций в большинстве случаев можно избежать.

Следует также помнить, что основная масса стоматобических реакций чаще всего формируется у относительно здоровых взрослых людей, не имеющих опыта переживания медицинских манипуляций в полости рта. У лиц с опытом хирургических вмешательств на челюстно-лицевой области, а также у детей и подростков при коррекции врожденных дефектов носоглотки или прикуса, по опыту работы детского отделения ЦНИИС, стоматобические реакции, связанные с выраженным рвотным рефлексом, практически не встречаются. Это обстоятельство приводит к мысли о том, что при уже сформированных стоматобических реакциях в качестве альтернативы можно попробовать использовать метод рефлекторного вытеснения, основанного на психотерапевтическом принципе функционального перепрограммирования уровня восприятия сенсорных процессов в полости рта. Методику, основанную на этом принципе, разработали и успешно применяют на практике в отделении сложного челюстно-лицевого протезирования ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий, г. Москва.

Профилактику формирования стоматобических реакций или их коррекцию по этому методу осуществляют следующим образом.

При первичном контакте врачу необходимо внимательно выслушать пациента и поддержать его уверенность в необходимости лечения заболевания. После этого можно приступить к осмотру полости рта, сопровождая его спокойными методичными комментариями опытного и уверенного в себе профессионала. Постоянный речевой контакт позволяет пациенту ощущать себя не пассивным объектом непонятных манипуляций, а соучастником анализа проблем своего здоровья.

Осмотр осуществляется путем последовательных тестовых действий по адаптации к внешним прикосновениям различных зон полости рта. Начинать физический контакт следует с

передних отделов ротовой полости, сначала с нижней, а затем — с верхней челюсти, плавно переходя к обследованию более удаленных участков. Все эти действия должны сопровождаться постоянным обсуждением деталей индивидуальных особенностей пациента и их комментариями. В процессе осмотра обязательно нужно обеспечить больному активный отдых от исследования, задавая ему вопросы и внимательно выслушивая его ответы. Таким образом, у больного психологически должно дробиться его впечатление от пассивного состояния переживания обследования (открытого рта, прикосновения инструментов и т.д.) до активного соучастия в процессе. Можно сказать, что его психика в процессе обследования постоянно должна быть загружена мыслями, блокирующими возможность проявления рефлекторных реакций. Иными словами, больной должен активно работать: осмысливать сказанное врачом, задавать вопросы и формулировать ответы.

В кульминационный момент необходимо создать ситуацию функциональной блокады висцеральных реакций путем активизации ментальных процессов или, говоря языком психофизиологии, перехода к корковой доминанте. Этот эффект легко достигается тем, что больному во время обследования дальних отделов ротовой полости и сидящему с широко открытым ртом задается очередной вопрос с требованием немедленного ответа, который он не в состоянии осуществить, так как рот открыт. В момент, когда все внимание больного направлено на попытку как-то дать понять врачу, что он хочет сказать, врач быстрым движением пальца руки в перчатке дважды проводит туда и обратно, слегка надавливая, по мягкому небу вдоль линии «А», и несколько за ней, сознательно провоцируя сенсорные предпосылки осуществления рвотного рефлекса. Затем руку убирают, и как ни в чем не бывало, повторно задают тот же вопрос и выслушивают ответ. Как правило, благодаря этому приему функционального переключения уровня психического реагирования больной, поглощенный желанием ответить на вопрос врача, этих провокационных действий не замечает.

В ситуациях первичного обследования подобные действия позволяют осуществить профилактику формирования рвотного рефлекса, а в случаях его наличия — функционально корректировать условно-рефлекторную природу его происхождения. Затем, после проведения подобных действий, необходимо обратить внимание больного на то, что никакой патологической рвотной реакции, о которой он так убежденно говорил врачу, на самом деле нет, так как он только что доказал это себе сам, а неудачный опыт прошлого можно объяснить лишь его повышенной возбудимостью. Данную информацию до больного необходимо донести как можно более убедительно, многократно повторяя. Как правило, больной бывает весьма озадачен такими обстоятельствами, и ему требуется некоторое время для их осознания и закрепления. Поэтому следует отсрочить следующее посещение на несколько дней, а затем с больным можно работать без особых поправок на невротические реакции, как со здоровым человеком.

В дальнейшем, при завершении протезирования и сдаче съемных протезов, в случае появления у больного одиночных реакций, можно рекомендовать ему следующий простой, но эффективный прием: сжать челюсти и глубоко, всей грудью, вздохнуть через нос один или два раза — это снимает позыв. Далее в течение 3-4 часов даже в самых тяжелых случаях частота реакций резко уменьшается, а затем и вовсе исчезнет.

В качестве примера для лучшего понимания вышеизложенного можно привести следующий диалог:

Врач: «На что жалуетесь?»

Больной: «У меня проблема с зубами: лечить их надо и протезировать, но не могу, тут же начинается рвота. Никто меня не берет лечить».

— Действительно, именно рвота?

— Да, доктор, рвота, и сразу, как только до меня дотронутся.

— Все же я должен вас посмотреть, я буду осторожен.

— Хорошо, доктор, но вы только осторожнее, мне нельзя...

(Осмотр начинается с переднего отдела полости рта, постепенно приближаясь к самым дальним границам. Диалог с больным ведется постоянно, без перерыва, обязательно дается время высказаться больному. Больной должен чувствовать себя активным участником обследования).

— О, у вас пародонтит, вы лечитесь?

— Нет, доктор, никто не берет.

— Смотрите, у вас кариес, пломба выпала, надо лечить.

— Нет, доктор, я только удаляю.

— И зубов мало для вашего возраста, надо срочно остальные спасать и протезировать.

— Я очень хочу, но как сделать?
 — А у вас приличные условия для протезирования, смотрите, и небо хорошее...

(Врач пальпирует альвеолярный отросток и небо в переднем отделе).

— И бугры у вас хорошие (пальпирует). У вас стираемость? Скажите, вы скрежете зубами ночью?

— Я не знаю, я никогда не слышал.

— Откройте рот. Шире откройте рот. А жена слышала? Утром вы чувствуете, что устало лицо? *(При этом врач рукой в перчатке проводит по линии «А» и обратно, затрагивая при этом мягкое небо за линией «А»).*

— Так скажите, лицо у вас устает?

— Нет, не устает, и жена не слышит. *(Больной чувствует облегчение, что наконец-то ему позволили закрыть рот и ответить. Реакция отсутствует, или же очень слабо выражена. Врач «не замечает».)*

— Ну, так что вы говорите о какой-то рвоте? Что с вами было?

— Ну, как же, я не могу лечиться, меня рвет.

— Я этого не видел, нет никакой реакции. Я так далеко залез при пальпации, что у любого человека была бы рвота, а у вас ее нет. Скорее всего, вы очень возбудимый человек. Нормальный, здоровый, но несколько нервный. С вами можно спокойно работать.

Больной уходит чрезвычайно озадаченный. Через несколько дней приходит на лечение и далее все по схеме, нормальная адаптация, в том числе и к полным съемным протезам.

Из всего сказанного следует сделать вывод о том, что на наш взгляд, абсолютное большинство стоматофобий является следствием ятрогенного по своей природе феномена на психологически неграмотные действия врача при первичном опыте обращения пациента за стоматологической помощью.

Для профилактики таких явлений можно предложить разработанную нами, относительно простую, методику последовательной тактильной адаптации чувствительности заинтересованных зон полости рта при первом осмотре пациента, а при практическом столкновении с уже сформированными стоматофобиями — описанный метод рефлекторного блокирования функциональных причин невротической реакции.

Указанный метод широко используется в отделении сложного челюстно-лицевого протезирования ЦНИИС и ЧЛХ. Длительные клинические наблюдения свидетельствуют, что и через 5 и более лет при повторном протезировании эффект от проведенного лечения сохраняется.

Список литературы

1. Bassi G. S., Humphris G. M., Longman L. P. The etiology and management of gagging: a review of the literature. — J. Prosthet-Dent, 2004 May, 91 (5), 459-67.
2. Кравков С.В. Очерки общей психофизиологии органов чувств. — М.: Изд. Академии наук СССР, 1946.
3. Saunders R. M., Cameron J. Psychogenic gagging: identification and treatment recommendations. Compend-Contin-Educ-Dent. 1997 May, 430-3, 436, 438 passim.
4. Бернштейн Н. А. О построении движений. Медгиз, 1947.
5. Анохин П. К. Новые данные об особенностях афферентного аппарата условного рефлекса. — Вопросы психологии. — 1955. — № 6.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига, 1992.
7. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. М.: Изд. МГУ, 1975.
8. Хорни К. Женская психология. Восточно-Европейский Институт психоанализа. Санкт-Петербург, 1993.
9. Moore R., Brodsgaard I., Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. BMC-Psychiatry. 2004 Apr., 19, 4 (1), 10.
10. Barsby M. J. The use of hypnosis in the management of «gagging» and intolerance to dentures. — Br. Dent. J. 1994 Feb 5, 176 (3), 97-102.
11. Fiske J., Dickinson C. The role of acupuncture in controlling the gagging reflex using a review of ten cases. — Br. Dent. J. 2001 Jun 9, 190 (11), 611-3.
12. Noble S. The management of blood phobia and a hypersensitive gag reflex by hypnotherapy: a case report. Dent-Update. 2002 Mar., 29 (2), 70-4.
13. Neumann J. K., McCarty G. A. Behavioral approaches to reduce hypersensitive gag response. — J. Prosthet-Dent. 2001 Mar., 85 (3), 305.

УЛЬТРАКАИН®

(артикаин + эпинефрин)

Современная классика безопасности



Ультракаин® Д (артикаин)

- для детей с 4-х лет¹
- для пациентов группы анестезиологического риска^{2,3}
- при стоматологических вмешательствах до 20 минут¹



Ультракаин® ДС (артикаин + эпинефрин 1:200 000)

- для детей с 4-х лет¹
- для пациентов группы анестезиологического риска^{2,3}
- при стоматологических вмешательствах не менее 45 минут¹



Ультракаин® ДС Форте (артикаин + эпинефрин 1:100 000)

- для пациентов без сопутствующих патологий³
- при стоматологических вмешательствах не менее 75 минут¹

* Время продолжительности анестезии

С подробной информацией о препаратах ознакомьтесь в инструкциях по применению

1. Инструкция по медицинскому применению. 2. Зорян Е. В., Рабинович С. А., Анисимова Е. Н., Лукьянов М. В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска: Методические рекомендации. - М., МЗ РФ ВУНМЦ, 1999. - 44 с. 3. Зорян Е. В., Рабинович С. А. Выбор местного обезболивания с учетом соматического состояния пациента и взаимодействия лекарств: Клиническая стоматология, №1, 2010, с.6-13.

RU-ART. 11.06.04

ЗАО «Авентис Фарма».
 125009 г. Москва, ул. Тверская 22.
 Тел.: (495) 721-1400. Факс (495) 721-1411
www.sanofi-aventis.ru



Рег. удост. ПН№ 015119/01 от 18.02.10

Аппарат лазерный терапевтический стоматологический АЛСТ-01 «ОПТОДАН»

Параметры и режимы магнитолазерной терапии при проведении лечебных процедур

Заболевания	Постоянное магнитное поле 50 мТл							
	1-й канал				2-й канал			
	экспозиция, мин.	кол-во полей	проц-дур	ежедневно/через день	экспозиция, мин.	кол-во полей	проц-дур	ежедневно/через день
Кариес зубов								
Профилактика					2	1	8-12	е/д
Лечение на стадиях деминерализации и меловых пятен					2	1	8-12	е/д
Глубокий и средний кариес	2	1	1-2					
Пульпит, периодонтит (верхушечные)	2	1	1-3	е/д				
Пародонтит (кюретаж)	2-3	1-6	4-8	е/д	2	1-6	5-7	ч/д
Пародонтит абсцедирующий (местно)	2-3	1-6	4-8	е/д	2	1-6	5-8	ч/д
Каротидные синусы (с обеих сторон)					2	2	6-8	е/д
Пародонтит (хирургическое лечение):								
до операции	2-3	1-2	2-3	е/д				
после операции	2-3	1-2	2-4	е/д	2-3	1-2	4-6	ч/д
Операции на альвеолярных отростках (травматическое удаление корней зубов, альвеолэктомия, резекция верхушки корня зуба, имплантация и т.п.)	2	1-5	1-5	е/д	1-2	1-5	1-5	е/д

Периостит	2	1-4	1-6	е/д	1-2	1-4	1-5	ч/д
Гайморит	3	2	5-8	е/д				
Альвеолит	2-3	1	1-3	е/д	1-2	1	2-6	ч/д
Профилактика пародонтальных осложнений при протезировании цельнолитыми и металлокерамическими протезами	2-3	1-4	3-4	е/д				
Подготовка пародонта опорных зубов для мостовидного протезирования	2-3	1-4	3-5	е/д	2-3	1-4	5-8	ч/д
Профилактика пародонтальных осложнений при фиксации мостовидных протезов на имплантатах и опорных зубах	2-3	1-2	3-4	е/д	2-3	1-2	2-3	ч/д
Имплантология								
Купирование воспаления тканей в зоне имплантации	2	1-4	2-4	е/д				
Активация функционального состояния тканей в зоне имплантации	2	1-4	3-5	е/д				
Имплантация								
Периоды:								
— предоперационный	2	1-4	2-4	е/д				
— послеоперационный	2	1-4	2-4	е/д	2	1-4	8-12	ч/д

Литература: Прохончуков А. А., Жижина Н. А., Пожарицкая М. М. и др. Возможности и перспективы применения стоматологического аппарата Оптодан для магнитолазерной терапии стоматологических заболеваний. — Стоматология. — 2006. — № 2. — С. 68-72.

ВЕНД

Предприятие-изготовитель:
НПП «ВЕНД»

410033, г. Саратов, пр. 50 лет Октября, 101.
Тел./факс (8452) 633-759, тел. (8452) 797-169, 797-171
e-mail: npp_vend@mail.ru,
www.npp-vend.ru, www.optodan.rusmed.ru

Сертифицирован Госстандартом РФ:
№ РОСС RU.ИМ02.В15038.
Зарегистрирован в Госреестре медицинских изделий:
№ ФС 022а1307/0383-04.
Конструкция и методы лечения
защищены патентами Российской Федерации:
№№ 2014107, 2053817, 2053818, 2101046, 2101047,
2128534, 2133630, 2135230, 2135231.

Разработан СПЕЦИАЛЬНО для стоматологов!

Профилактика и лечение:

- кариеса — среднего, глубокого, в стадии деминерализации и мелового пятна;
- пульпитов и периодонтитов;
- заболеваний пародонта;
- заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны;
- наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии;
- альвеолитов;
- периоститов и др.

Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01
ОПТОДАН



Авторские методики: ФГУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий»
119982, Москва, ул. Т. Фрунзе, д. 16. Тел. (499) 246-13-34.



Dr's Light

Полимеризационная
лампа, беспроводная

Длина волны: 420-490 нм
 Мощность излучения: 650 - 1500 мВт/см²
 6 режимов работы
 4 режима продолжительности
 полимеризации
 Цветной информационный LCD-дисплей
 Турбосветовод 8 мм
 Звуковое меню
 Li-ion аккумулятор, 3.7 В
 Широкая цветовая гамма:



 ЗАЩИТНЫЙ ЭКРАН
 В ПОДАРОК



Методика препарирования корневых каналов инструментами «MANI» (Япония)

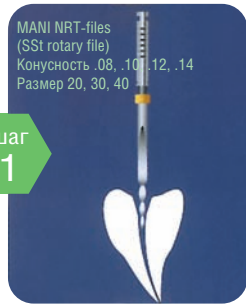
Расширение
устья канала

Контролируемое
прохождение канала
до верхушки

Обработка средней части
канала

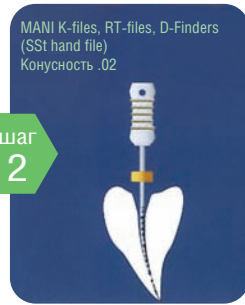
Обработка апикальной
части канала

Последовательное
расширение



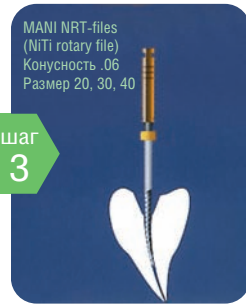
шаг
1

Подбор размера и конусности позволяет безопасно расширить устье канала любого размера для дальнейшего полного прохождения канала.



шаг
2

С помощью ручных файлов Мани определяем основное направление канала до верхушки. Канал расширяем вручную файлом № 15 до апекса.



шаг
3

Подбор размеров позволяет обработать среднюю часть канала с учетом его естественных размеров и формы. Файлы используются до возникновения ощущения упора. Инструментом с конусностью .06 создаем доступ для обработки апикальной части канала.



шаг
4

Инструменты с конусностью .04 позволяют обрабатывать апикальную часть канала в соответствии с его естественными размерами и формой. Обрабатываем не доходя 0,5-1 мм до анатомического апикального отверстия.



шаг
5

Файлы с конусностью .06 используем для окончательного равномерного расширения канала, ими завершаем обработку.

MANI NRT-ФАЙЛЫ



MANI NRT-файлы (SSt — нержавеющая сталь, конусность .14, .12, .10, .08) применяются для расширения устья корневого канала.



MANI NRT-файлы (NiTi-сплав, конусность .06 и .04) используются для обработки средней и апикальной трети канала для последовательного расширения.

MANI NRT-файлы (NiTi-сплав) позволяют расширять канал, следуя естественным изгибам и конфигурации канала. Уникальный металлургический процесс производства MANI NRT-файлов (NiTi) обеспечивает наличие эффекта памяти формы в области верхушки файла на протяжении 4-5 мм и сверхэластичностью остальной части файла. Эти файлы обладают большей прочностью и реже ломаются, чем другие NiTi-файлы. Эффект памяти формы позволяет предварительно изгибать файл для облегчения введения в канал. После автоклавирования файл выпрямляется и приобретает свою первичную конфигурацию. Сверхэластичность тела файла позволяет последовательно расширять канал в верхней, средней и апикальной части.

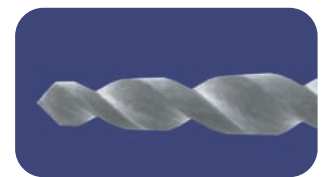
Характеристики эффекта памяти формы и сверхэластичности



Эффект памяти формы заключается в способности металла приобретать под внешним воздействием специфическую конфигурацию и восстанавливать первичную форму и размер после нагревания свыше 40 °C (104 °F). Сверхэластичность заключается в способности металла восстанавливать первичную форму и размер сразу после прекращения внешнего воздействия, аналогично изделиям из резины.



NRT-файлы — прямоугольный профиль поперечного сечения



Переменная режущая грань прямоугольного поперечного сечения обеспечивает гибкость и повышает режущую способность инструмента. Глубокое свободное пространство между режущими гранями позволяет свести к минимуму перемещение опилок к апексу корневого канала и за его пределы.

Примечание:

Рабочая длина инструмента определяется с помощью электронных или радиографических методов измерения. Основное направление хода канала к апикальному отверстию должно определяться с помощью ручных файлов небольших размеров №№ 06, 08, 10, 15. Канал должен быть расширен вручную до № 15, и только затем можно использовать машинную обработку.

Используйте NRT-файлы при скорости вращения 300 об./мин. и ниже.

Используйте микромотор с контролируемой скоростью вращения и угловым наконечником.

Легкое давление в апикальном направлении способствует эффективной и надежной инструментальной обработке. Сильное давление на инструмент может привести к заклиниванию инструмента и поломке.

Стерилизуйте все инструменты перед применением.

Как можно чаще проверяйте файлы на появление признаков деформации и нарушения целостности. Сразу выбрасывайте все подозрительные инструменты.





ультразвуковые скейлеры
ELITEDENT®



Многофункциональные ультразвуковые пьезоэлектрические системы **ELITEDENT** – идеальное решение для выполнения периодонтических, эндодонтических процедур, а также для удаления зубного камня. Наличие режима TURBO для удаления застарелых камней.

Автономная подача воды позволяет использовать антисептические растворы в зависимости от проводимых манипуляций.




ВЕНДОРС-НН

БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ от 11 700 руб.



TTL БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ от 14 400 руб.



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

Биноклярные очки в стоматологии

Биноклярные очки — один из необходимых инструментов в микростоматологии (малоинвазивное лечение). Они представляют собой очки, к которым прикреплены биноклярные линзы. Правильное сочетание линз позволяет добиться увеличения в 2-6 раз. Применяется специальная оптика с увеличением в 3 и более раз — это гарантирует пациентам тщательную диагностику и должное внимание к своим проблемам.

Специальная оптика позволяет более точно выполнять многие врачебные манипуляции. Во многих клиниках специалисты работают на микроуровне на всех этапах стоматологического лечения:

- **Консультация — первичный осмотр терапевта.** Обнаруживают не только явные кариозные поражения, но и их предвестники — меловые пятна, микрповреждения и трещинки на эмали. В результате план лечения и профилактики составлен правильно, с грамотно расставленными приоритетами.

- **Гигиеническая чистка.** Контроль качества чистки зубов от твердого и мягкого налета в биноклярных очках гарантируют идеальную чистоту. Только такая чистка зубов может по праву называться «профессиональной».

- **Терапевтическое лечение.** Благодаря необходимым навыкам врача, биноклярным очкам, микроборами удаляются только пораженные кариесом ткани зуба, живые и здоровые ткани сохраняются, т.е. врач убирает ровно столько, сколько необходимо для надежного лечения, и ни миллиметра более.

- **Эндодонтическое лечение.** Микростоматологическая оптика применяется для поиска, точной обработки и пломбировки каналов зуба при лечении пульпита и периодонтита.

- **Имплантация зубов.** Увеличение особенно актуально при установке импланта — важно установить имплант правильно и точно в специально подготовленное для него ложе и под необходимым углом.

- **Художественная реставрация.** Специальная оптика используется при формировании контактных пунктов, краевого прилегания, подбора цвета и воссоздания естественной палитры эмали.

- **Протезирование зубов.** В зуботехнических лабораториях техники применяют увеличение при моделировании и нанесении керамики на металлокерамические коронки, изделия из диоксида циркония, где безусловным приоритетом является идеальная точность и цветопередача.

Как правильно подобрать оптику?

Применение качественной и правильно подобранной оптики помогает стоматологам и зубным техникам сохранить остроту зрения и правильную осанку каждый день. Подбор оптической системы дело непростое и ответственное, и прежде всего исходить нужно из того, что именно вы хотите видеть.

1. Выберите наименьшее увеличение, которое вас устраивает (чем меньше увеличение, тем больше поле зрения и тем легче работать с лупой);

2. Определите ваше рабочее расстояние, при этом вы автоматически выберете поле зрения. Чтобы определить ваше рабочее расстояние, примите удобную позу с правильной осанкой для работы с лупой и измерьте расстояние от глаз до рабочей поверхности. По специальной таблице, приводимой изготовителем, выберите ближайшее номинальное рабочее расстояние, учитывая выбранное увеличение;

3. Выберите способ крепления лупы: оправа, обруч или шлем, учитывая варианты регулировок крепления для точной оптической позиции;

4. Выставьте свое межзрачковое расстояние (для точной настройки лучше, если конструкция лупы предусматривает раздельную регулировку каждого монокуляра).

Следует отметить некоторые общие правила и рекомендации:

- в реставрационной и ортопедической стоматологии самые востребованные биноклярные лупы с увеличением в 2 и 2,5 раза, а также, учитывая, что зачастую полноценные реставрации и большие обработки довольно продолжительны, более уместны варианты крепления: головной обруч или шлем. Зачастую необходима дополнительная подсветка, обеспечивающая наиболее мягкое и ровное освещение;

- в имплантологии наиболее востребована оптика с увеличением в 3,5 раза. Так как она всегда тяжелее, то вариант крепления — только (!) головной обруч или шлем, с более мощной местной подсветкой;

- в эндодонтии используют оптические системы с увеличением в 4-6 раз и мощным сфокусированным светом, варианты крепления также обруч или шлем. Всегда используйте для оптики защитные линзы или щитки;

- если вы носите очки, то привычнее работать в оптике с креплением на оправе;

- если вы используете оптику только для непродолжительных манипуляций, то предпочтите крепление на очковой оправе.

Светоотверждаемые композиты PRIME-DENT (США)



Прайм-Дент текучий светоотверждаемый композит

Текучий композит компании «Прайм-Дент» хорошо полируемый, наполненный на 67%, эстетичный, используется для работы во всех типах полостей.

Отличный выбор для реставрации как фронтальных, так и боковых зубов. Возможно использование для герметизации фиссур. Идеален для восстановления небольших дефектов.

Для этого материала характерны высокая компрессионная прочность и низкая усадка. Композит хорошо противостоит истиранию и изменению цвета.

Рентгеноконтрастный материал. Содержит фтор.



Прайм-Дент наногибридный композит

Новый композит, имеющий в своей основе смолу. Материал создан с помощью уникальной нанотехнологии. Фор-

мула композита содержит наночастицы. Материал сочетает высокую прочность гибрида и хорошую полируемость микрогибридного композита.

Наполненность материала по весу составляет 71%, что способствует улучшению физических свойств и полируемости в сравнении с композитами, содержащими только нанокластеры.



Прайм-Дент микрогибридный композит

Рентгеноконтрастный композит многоцелевого назначения, отлично полируемый, с наполненностью 76% по весу и размером частиц менее 0,7 микрона. Идеально подходит для реставрации фронтальных и боковых зубов. В состав набора входят Прайм-Дент одношаговый дентин-эмалевый бондинг, Прайм-Дент силан, Прайм-Дент протравочный гель и аксессуары для работы с материалом.

Прайм-Дент светоотверждаемый гибридный композит

Основанный на смоле Бис-ПМА, высоконаполненный, эстетичный, нелипкий материал используется для заполнения полостей всех типов. Идеальный выбор для реставрации фронтальных и боковых зубов. Легко моделируется и полируется

до блеска. Для материала характерны высокая компрессионная прочность и низкая усадка.



Композит хорошо противостоит истиранию и изменению цвета. Рентгеноконтрастный. Имеются резовый и опаковый оттенки.



Прайм-Дент композит химического отверждения

Наполненный, нелипкий, самоотверждаемый гибридный композитный пломбировочный материал для реставрации фронтальных и боковых зубов. Имеет удобный универсальный оттенок и систему смешивания паста/паста. Обладает хорошей компрессионной устойчивостью и низкой растворимостью в воде. Быстро застывает.

Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров.

ВСТРЕЧАЙТЕ!

Parafil™

— новый реставрационный композит от компании



Parafil — эстетичный универсальный светоотверждаемый реставрационный рентгеноконтрастный композит из семейства Prime Dental для передних и боковых зубов. В отличие от микрогибридных композитов предыдущих поколений Parafil содержит большее количество — до 60% от объема частиц меньшего размера — 0,04-2,0 мкм. Наполнителем Parafil является цирконий/кремний. Материал легко моделируется благодаря исключительной эластичности, при этом достаточно плотен для обеспечения оптимального краевого прилегания.

Преимущества:

- Низкая полимеризационная усадка — до 1,8%.
- Повышенная насыщенность для создания прочной реставрации.
- Возможность выполнения многослойных реставраций.
- Устойчив к нагрузкам и истиранию.
- Прекрасная эстетика, точно совпадающая с расцветкой по шкале Vita.
- Легко полируется и не прилипает к инструментам.
- 14 различных оттенков: A1, A2, A3, A3.5, A4, B1, B2, B3, C2, C3, C4, D3, I, UD.

Назначение:

- Пломбирование полостей I-V класса фронтальных и жевательных зубов.
- Формирование культи зуба.
- Изготовление вкладок, накладок и виниров.
- Щинирование.
- Возможность работы по системе «Сэндвич-техника».

СтомКлуб — медицинский холдинг

196128, г. Санкт-Петербург,
ул. Кузнецовская, д. 22, лит. А, оф. 7,
тел.: (812) 334-18-19, 380-95-38,
e-mail: stomclub@mail.ru,
www.stomclub.com

«Колумбово яйцо» дентальной хирургии

А. Г. ФЕДОТОВ, главный врач стоматологической клиники «Дантист», г. Наро-Фоминск, Московская область.



Выпуск аппаратов для ультразвуковой хирургии наращивается год от года. Специалистам предлагаются на выбор уже не 2-3 модели, как было еще несколько лет назад, а целые линейки высокоточного оборудования. Таким образом, почивать на лаврах, выпустив один удачный аппарат, у компании, стремящейся завоевать и удержать рынок, уже не получится.

Учитывая мировой и собственный опыт производства ультразвуковых аппаратов, компания «DMETEC» представила на международном рынке хирургический аппарат **SurgyStar**,

предназначенный в первую очередь для операций, связанных с имплантологией, костной и челюстно-лицевой хирургией. Задача данной статьи рассказать читателям об особенностях нового аппарата и его возможностях с помощью наглядной демонстрации.

Ультразвуковой хирургический аппарат сочетает в себе простоту и надежность скейлера, а также функционал хирургического комплекса.

Для многих стоматологов хирургические приборы до недавнего времени оставались отдаленной перспективой, поэтому во многих стоматологических клиниках (особенно в регионах) в

прейскуранте оказываемых услуг отсутствовал пункт, связанный с имплантацией и другими челюстными операциями. С появлением на рынке корейского аппарата **SurgyStar** ситуация изменилась. Новинка позволяет врачам, откладывавшим приобретение специализированного оборудования, уже сейчас получить в свое распоряжение простой, надежный и многофункциональный хирургический аппарат.

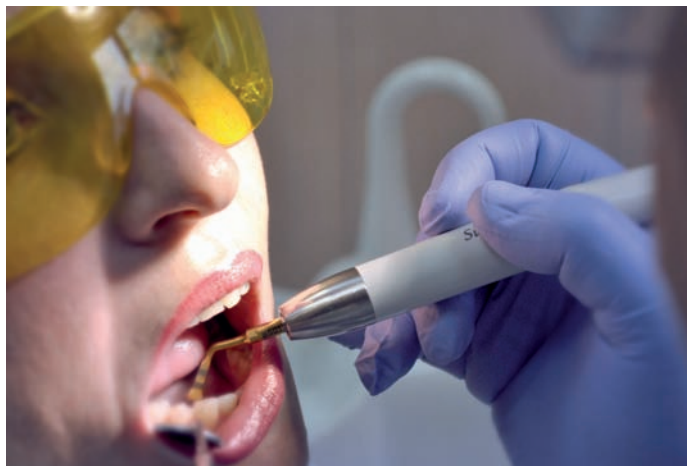
Упаковка и комплектация

Даже в упакованном виде **SurgyStar** производит очень позитивное впечатление. Корейские разработчики позаботились о возможности транспортировки и снабдили аппарат очень удобным пластиковым кейсом для переноски. В кейсе помещается весь комплект: сам аппарат, штатив для закрепления емкости с физраствором, многофункциональная педаль, бокс для автоклавирования, наконечник, дополнительные дренажные трубки для системы подачи физраствора и индивидуальные боксы для используемых насадок. Кроме того, в комплектацию входит инструкция на русском языке и компакт-диск с учебным фильмом.

Подготовка к работе

Итак, аппарат извлечен. Он выполнен из высококачественного белого пластика. Качество сборки очень достойное, нет ни люфтов, ни щелей. Верхняя крышка корпуса крепится на





4 винтах. Подготовка **SurgiStar** к работе не занимает и 5 минут. Подключаем трехфазный сетевой провод в соответствующий выход на задней панели. Вставляем штатив в специальное отверстие на верхней панели.

Далее подключаем наконечник со шлангом в специальный разъем на передней панели. После присоединения наконечника монтируем гидросистему. Необходимо отметить, что все шланги гидросистемы съемные и автоклавируемые. Вешаем на штатив емкость с физраствором. Используя переходник, имеющийся в комплекте, мы соединяем трубки гидросистемы на шланге наконечника с трубкой, выходящей из емкости с физраствором. Шланги гидросистемы пропускаются через ролики помпы, в отличие от большинства подобных аппаратов помпа на **SurgiStar** скрытого типа, для открытия отсека достаточно нажать на кнопку на верхней панели, откроется крышка с направляющими, где мы легко и быстро прокладываем шланг. Осталось только выбрать соответствующую насадку, и можно приступать к работе. Стоит отметить, что насадку строго рекомендовано устанавливать с помощью имеющегося в комплекте динамометрического ключа, таким образом вы сохраните наконечник и насадки в безупречном состоянии во время всего срока службы.

Управление аппаратом

После подключения аппарата к сети включаем **SurgiStar** с помощью тумблера, находящегося на задней панели. Управление функциями аппарата осуществляется с помощью сенсорного экрана или с помощью педали. Педаль является альтернативным вариантом управления аппаратом. Все функции, доступные при управлении **SurgiStar** с помощью сенсорной панели, доступны и с помощью педали, для этого на педали размещены 2 дополнительные кнопки, отвечающие за пролистывание пунктов меню и установку необходимых параметров, таких как мощность, подача воды и интенсивность ультразвукового воздействия. Педаль облачена во влагонепроницаемый резиновый корпус.

После включения примерно 10-15 секунд аппарат проводит автодиагностику всех систем. Затем вы попадаете в т.н. хирургический режим. Перед началом работы необходимо настроить параметры работы системы: мощность колебаний, интенсивность колебаний и подачу воды.

Работа

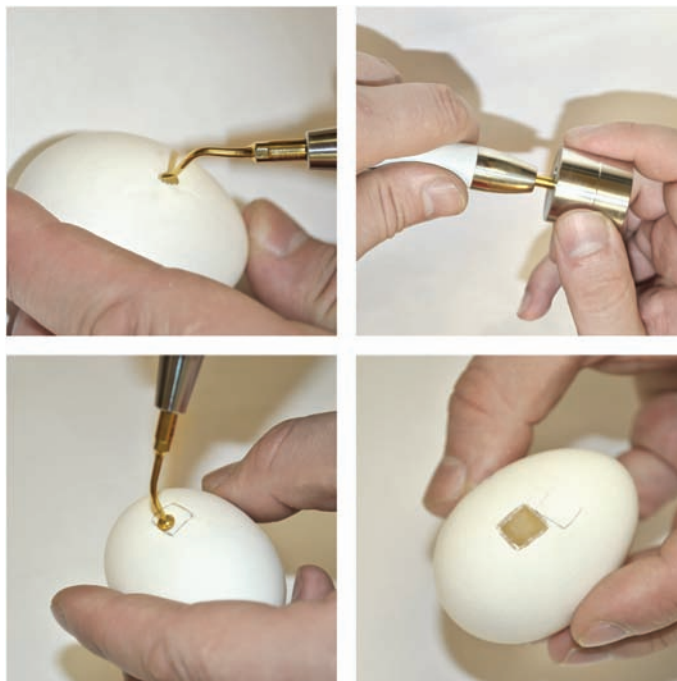
Мы воспользовались проверенным имитатором костной ткани — сырым куриным яйцом. Нашей задачей было проверить, насколько атравматично воздействие аппарата, и сможем ли мы вырезать «костное окно», не повредив находящуюся под скорлупой тонкую мембрану (пленку).

Но сначала немного теории. Принцип ультразвукового воздействия состоит в том, что избранная частота колебаний насадки воздействует только на твердые ткани, не нанося мягким (мышцы, кожа, сосуды и т.д.) вреда. Главная задача имплантолога при работе с костью, а особенно с верхнечелюстным отделом, не допустить перфорации слизистой гайморовой пазухи, поэтому работа с ультразвуковыми приборами здесь предпочтительнее, чем с устройствами, основанными на механическом принципе,

или ручными инструментами. Для эксперимента мы выбрали насадку BS01 — костную пилу.

Ставим параметры подачи воды, мощности и интенсивности на 40%, 50% и 60% соответственно. Начинаем легкими движениями намечать контур «окна». Основная задача не переусердствовать с усилием руки на наконечник, можно прорвать пленку не воздействием ультразвука, а просто давлением. По отсутствию эмульсии (при прорыве мембраны жидкий белок будет выступать на поверхность) ясно, что целостность ее не нарушена.

Ставим другую насадку SL01, представляющую собой диск, плоскость которого расположена параллельно обрабатываемой поверхности, и легкими нажатиями отделяем костное окно от линии разреза, далее той же насадкой поддеваем вырезанный лоскут скорлупы. Готово. Перед нами неповрежденная мембрана куриного яйца. Заметим, что данный тест выполнялся непрофессионалами, среди испытателей не было имплантологов, поэтому метод работы и выбор насадок может быть другим. Однако то, что непрофессионал смог качественно работать с данным прибором, говорит о безопасности и точности аппарата, а также о высоком качестве его насадок. На всем протяжении процесса подача воды осуществлялась в заданном объеме и без перебоев, благодаря перистальтической помпе с 4 роликами. Уровень подачи воды регулируется скоростью вращения данных роликов.



Уход за аппаратом

После окончания операции шланг, ранее подсоединенный к физраствору, необходимо опустить в емкость с дистиллированной или чистой водой. Затем нужно нажать кнопку «Ready for operation», после чего аппарат должен поработать в течение 2 минут. После окончания этой процедуры наконечник, насадки и все шланги гидросистемы необходимо поместить в стерилизационную кассету с соответствующими отделениями для аксессуаров и простерилизовать в автоклаве при температуре 124 °C в соответствии с установленными программами.

Вывод

Краткий вердикт нашего тест-драйва: аппарат полностью соответствует заявленным требованиям. Несомненным плюсом является наличие 6 различных насадок, стерилизационной кассеты и удобного переносного кейса в базовой комплектации.

Аппарат стал той альтернативой, которую так долго ждали специалисты. Мы видим, что имплантология из разряда отраслей «для богатых» довольно быстро смещается в сегмент «среднего класса», и не последнюю роль в этом играет появление качественного и доступного оборудования.

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 формирователь 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 формирователь 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:

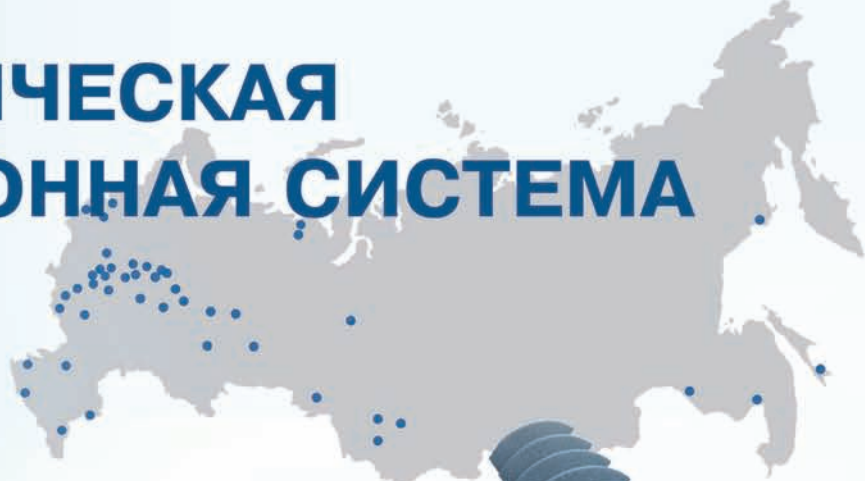
- форма и размеры указаны в каталоге или на нашем сайте www.nidi.ru;
- инструмент может быть скомплектован по желанию заказчика;
- все опорные зубы (абатменты) комплектуются двумя винтами (лабораторный и клинический);
- производственная база позволяет изготавливать имплантаты, инструменты, ортопедию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

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

Обзорный опыт использования систем дентальной имплантации Zimmer и ImPlasa Höchst

С. Я. МЕРКУЛОВ, к.м.н., главный врач клиники «Стоматология на Смоленской».

С появлением в 1998 г. в России имплантатов Zimmer Dental's Spline™ (или первоначально «Sulzer Calcitek» — до поглощения в 2003 году холдингом ZIMMER) и ImPlasa Höchst в нашей клинике обе системы были апробированы и затем внедрены в клиническую практику.

Соединение имплантата с протетикой в Zimmer Dental's Spline™ выполнено в виде зубчиков, интерфейс имплантатов ImPlasa Höchst — внутренний шестигранник. Качество соединения имплантата и ортопедических компонентов, хирургической и протетической эргономичности интерфейсов обеих систем, простота их использования в настоящее время детально исследованы.

Цель сравнительного исследования состояла в изучении опыта применения имплантатов Zimmer Dental's Spline™ и ImPlasa Höchst в комплексном лечении пациентов стандартной стоматологической клиники с 1998 по 2010 годы. Основными задачами работы были анализ категорий пациентов по полу и возрасту, изучение структуры устраняемых дефектов окклюзии, количества и видов используемых имплантатов и дополнительных хирургических вмешательств, осложнений, эстетических и функциональных результатов протезирования.

Всего с 2000 г. было прооперировано более 500 пациентов. Традиционно больше женщин (64%) и меньше мужчин (36%). Возрастная категория — от 18 до 69 лет, большая часть которых (76%) наиболее трудоспособная часть населения от 18 до 50 лет.

Из 1044 имплантатов цилиндрических было использовано не более 4%, это были имплантаты Zimmer Dental's Spline™, которым вскоре пришли на смену винтовые (62%), в том числе ImPlasa Höchst Gotic и Doublegotic (34%).

Общее количество имплантатов, установленных на верхней челюсти, меньше, чем на нижней, соотношение 41% к 59%.

У 42% пациентов было установлено по 1 имплантату; у 31% — 2; у 13% — 3; у 7% — 4; у 4% — 5; у 1,7% — 6 и у 1,3% — 8 и более. У 15% пациентов при операциях на верхней челюсти потребовалось дополнительное вмешательство в виде синуслифтинга.

Осложнения наблюдали в 3% случаях на верхней челюсти, на нижней — в 2,6%. Основными осложнениями являлись отсутствие остеоинтеграции и инфицирование. У 2 пациентов — в результате функциональной перегрузки — потеря имплантатов спустя продолжительные сроки после операции (по одному случаю на верхней и нижней челюстях).

Эстетические и функциональные результаты хирургического лечения оценивали (клинически и рентгенологически), исходя из количества установленных имплантатов у одного пациента, места расположения и способа фиксации:

- лечение на единичном имплантате с фиксацией коронки на цементе на передних и задних зубах;
- постановка на нескольких имплантатах протезов на цементе и фиксируемых винтами;
- восстановление полностью отсутствующего зубного ряда с помощью съемных протезов.

Анализ групп пациентов показывает, что основной частью обратившихся за лечением с помощью имплантации были люди наиболее трудоспособного возраста (76%), среди них большинство женщины (64%). Это соответствует данным других источников (60,2%). Ежегодно увеличивается количество молодых людей, обращающихся за помощью в комплексном ортодонтическом лечении для устранения первичных адентий (5%). Также возрастает доля пациентов более старшего возраста для устранения полных вторичных адентий или для улучшения фиксации съемных протезов (24%). Наиболее часто устраняемым видом адентий при помощи процедуры дентальной имплантации были включенные и концевые дефекты одного (42%) или двух (31%) отсутствующих зубов. Чаще всего это были области первых и/или вторых моляров нижней челюсти с обеих сторон. Отсутствие премоляров верхней и нижней челюстей было второй причиной для имплантации, а восстановление зубного ряда в зоне улыбки являлось третьей по частоте. Операции по поводу



полных адентий челюстей по-прежнему остаются в конце списка.

Анализируя полученные данные, необходимо отметить, что, во-первых, преимущества имплантации в случаях восстановления зубного ряда при отсутствии одного зуба в настоящее время заключаются в большей привлекательности самой процедуры и конечного результата, без радикальных ортопедических решений (не обсуждается материальный аспект для пациента по сравнению с традиционными методами).

Во-вторых, отсутствие альтернативы съемному протезированию побуждает решиться на вмешательство при концевых дефектах в 43% случаев. Использо-

вание синуслифтинга при лечении адентий моляров верхней челюсти (12%) становится обычной процедурой благодаря ставшему доступным 3D-рентгенокомпьютерному исследованию этой области. Выбор вида синуслифтинга (с отсроченной имплантацией, микролифтинг) осуществлялся с учетом клинических и рентгенологических данных. Вместе с тем, часть пациентов с трудными случаями направлялись в стационар. Примерно одинаковое распределение по частоте лечения адентий премоляров верхней и нижней челюстей свидетельствует о незначительном риске и легкости выполнения процедуры имплантации в этой зоне как нижней, так и верхней челюсти.

В-третьих, наиболее трудной остается задача восстановления зубного ряда верхних фронтальных зубов. Сложность ее решения заключается в особенностях анатомической зоны этой области, ее эстетической важности и необходимости высокой степени ответственности всех членов хирургическо-ортопедической бригады.

Решение о применении имплантатов для лечения беззубых челюстей в большинстве случаев принималось для стабилизации съемных протезов. Чаще всего использование несъемного протезирования на имплантатах у этой категории больных сталкивалось со сложными анатомическими условиями (атрофия костной ткани) и ограниченными возможностями амбулаторного приема (необходимость массивной костной моделировки челюстей).

Как уже было отмечено, осложнения наблюдали в 21 случаях: на верхней челюсти — 9, на нижней челюсти — 12. Потерю имплантатов спустя продолжительные сроки после операции мы расценивали как неудачное решение ортопедической части процедуры. Тем не менее, недоумение и растерянность врачей бригады всегда вызывали редкие случаи поздних осложнений (более года после вмешательства), когда, несмотря на точное соблюдение протокола, нарушалась стабильность имплантата с супраструктурой. При анализе этих факторов нам стало понятно, что врачами недостаточно ясно и требовательно были объяснены правила и условия пользования искусственными зубами на имплантатах. Давно известно, что соединение «имплантат-кость» существенно отличается от соединения «корень зуба-кость». Благодаря периодонту жевательная нагрузка оценивается и регулируется. Именно этой оценки и регулировки лишена система «имплантат-кость». Поэтому директивность врачебных предписаний в части правил пользования протезами на имплантатах должна быть и является условием их долгосрочного функционирования.

Эстетические и функциональные результаты работы бригады хирургов и ортопедов оценивали, как было сказано выше, исходя из количества установленных имплантатов, места расположения, способа фиксации, степени удовлетворенности пациента.

Переходя к обсуждению финальной части работы коллектива, а именно восстановления эстетики фронтальных зубов, жевательной эффективности моляров, решения проблем концевых дефектов или съемного протезирования, нельзя не отметить возможности, которые предоставляют Zimmer Dental's Spline и ImPlasa Höchst для решения самых сложных ортопедических задач легкими, продуманными и простыми средствами.

По нашему мнению, реставрация и/или создание непрерывного зубного ряда в зоне улыбки является самым сложным и самым ответственным этапом завершения хирургической работы.

Эстетическая важность этой области не дает права врачу на любую работу, кроме отличной. Использование разнообразных абатментов, в том числе керамических, позволяет решать проблемы протезирования даже в самых сложных анатомических условиях (недостаток костной ткани, дефицит слизистой оболочки), не прибегая к дополнительным хирургическим процедурам.

По нашему мнению, ортопедическое устранение дефектов окклюзии на нескольких имплантатах при фиксации коронок винтами — удобный для врача, но мало практикуемый для пациента способ контролировать состояние окружающих имплантат тканей и проводить периодические гигиенические процедуры. Но эстетика таких коронок оставалась лишь удовлетворительной. Поэтому мы почти полностью отказались от данной методики.

Основной задачей имплантационной процедуры восстановления полностью отсутствующего зубного ряда с помощью съемных протезов являлось создание их надежной фиксации. Решение этого вопроса с легкостью осуществлялось шаровидными аттачментами O-ring или балочными конструкциями на имплантатах. Наличие уверенной стабильности протезов позволяло уменьшать их границы, что повышало их комфортность и эстетику.

Заключение

Лечебная работа стоматологического центра, как и любого другого поликлинического подразделения, заключается в оказании максимально полной и качественной медицинской помощи. Сотрудничество всех специалистов клиники, комплексный подход к решению проблем пациентов является залогом успешной работы всего коллектива. Эта предпосылка наиболее актуальна для имплантации как вида медицинской помощи. В нашей клинике не ставилась задача создания «салона дентальной имплантации», этот вид врачебной работы мы использовали наряду с другими средствами выбора хирургической и ортопедической деятельности.

Сравнивая системы Zimmer Dental's Spline™ и ImPlasa Höchst, мы отдавали себе отчет, что, как и любые другие, они имеют преимущества и недостатки. Преимущества Zimmer заключаются в уникальном соединении «имплантат-абатмент». За годы работы нами не отмечено ни единого случая нарушения

фиксации или ослабления винтового крепления, что подтверждает декларируемую компанией Zimmer антиротационную устойчивость интерфейса Spline™. Хирургическая и ортопедическая работа с Zimmer Dental's Spline™ проста, надежна, прощает незначительные неточности без ущерба для результатов лечения. К недостаткам системы можно отнести относительно бедный ассортимент имплантатов по диаметру (всего их три).

В отличие от Zimmer имплантаты ImPlasa Höchst представлены широкой линейкой размеров, как по диаметру, так и по длине имплантатов, что существенно облегчает планирование и проведение хирургической процедуры. Технологически обусловленная необходимость наличия разных ключей для заглушек имплантатов и супраструктур у Zimmer несколько перегружает набор, тогда как ImPlasa Höchst обходится одним. Кроме того, ImPlasa Höchst обладает важным преимуществом, предлагая большой выбор и ассортимент имплантатов, динамично развиваясь, не прерывает обратную связь со специалистами. Совершенствует и озвучивает новые решения в имплантологии, выделяясь из многочисленных клонов дентальных имплантатов, появившихся на рынке, бюджетным, качественным и понятным продуктом.

Литература

1. Международное ретроспективное исследование 8130 дентальных имплантатов с гидроксиапатитовым покрытием: результаты пятилетних исследований. International Magazine of oral implantology. 2002 г. Авторы: Michal Picos, Cannizzaro, Korompilas, Arevalo Turrillas, El Askary, Walter Rao, Georgio Carusi, Lauverjat.
2. Обзор гидроксиапатитового покрытия дентальных имплантатов Zimmer. Dental Asia 2007. Проф. Осаму Танака.
3. Клиническая оценка интерфейса Spline. Проф. Филипп Рюс, 2001 г.
4. Покрытия дентальных имплантатов: настоящее и будущее. проф. Паоло Тризи, 2005 г.
5. Имплантат Spline: дизайн разработка и общая оценка. Пол Бинон, 1996 г.
6. Высококристаллическое гидроксиапатитовое покрытие MP-1, характеристики и сравнение. Анн Бургесс, Брукс Стори, Вильяме Вагнер // Clinical Oral Implants Research. 1999 г.

Д Е Н Т



Л Е Н Д

ВСЕ ДЛЯ ЗУБНОГО ТЕХНИКА

- Оборудование и инструменты
- Расходные материалы
- Медицинская мебель






















Бесплатная консультация в зуботехнической лаборатории «Дент Ленд» по вопросам работы с приобретенными материалами и оборудованием.

ООО «Дент Ленд»: 603054, Н. Новгород, ул. Культуры, д. 100а,
тел./факс (831) 218-00-23, тел. 410-30-39, e-mail: selen70@list.ru, www.dentlend.ru

Результаты изучения усадки хромоникелевого сплава с применением компенсационного лака и фосфатной прецизионной паковочной массы Беллавест для литья каркасов металлокерамических искусственных коронок

Е. Н. ЖУЛЕВ, С. Ю. ГАБЫШЕВА-ХЛУСТИКОВА.

Кафедра ортопедической стоматологии НижГМА, г. Нижний Новгород.

Усадка является одним из важнейших литейных свойств стоматологических сплавов, влияющих на долговечность протеза [Уайэтт О. Г., Дью-Хьюз Д., 1979]. Для оценки усадки используют понятия: относительная усадка и коэффициент усадки в интервале температур. По мнению Павлова П. А. (1980), основу усадки составляет термическое сжатие, которое увеличивается или уменьшается в результате фазовых превращений и изменения растворимости газов. У ряда сплавов вблизи от температуры ликвидуса наблюдается увеличение объема, называемое предусадочным расширением [Новиков И. И., 1966]. Для характеристики усадки на различных этапах формирования отливки используют следующие способы ее оценки [Седов Л. И., 1962].

Объемная усадка — относительное изменение объема сплава — используется для характеристики изменения в жидком или твердо-жидком состоянии, а также для полного изменения объема.

Линейная усадка оценивает относительное изменение размеров отливки с момента перехода ее в твердое или твердо-жидкое состояние с разрозненными включениями жидкой фазы и твердой наружной коркой [Соболев Н. Д., 1980].

Литейная усадка — относительная (в процентах) разность линейных размеров модели и отливки. Она оценивает полное изменение размеров отливки и поэтому наиболее удобна для использования в технологических расчетах и операциях. Литейная усадка зависит не только от свойств и состояния сплава, но также от конструкции отливки и формы, от технологических условий литья и других факторов [Жуковец И. И., 1986].

Как отмечает Бобылев А. В. (1987), общее уменьшение объема сплава в процессе усадки отливки дают три составляющие — наружная усадка, усадочная раковина и пористость.

Наружная усадка — изменение наружных размеров и объема — представляет наибольший интерес для ортопедической стоматологии, поскольку именно с ней связана точность протезной конструкции и, в первую очередь, краевое прилегание каркасов искусственных коронок к шейке зуба как наиболее распространенных протезов.

Основой при изготовлении качественных протезов и, прежде всего, одиночных искусственных металлокерамических коронок является строгое соответствие требованиям при изготовлении. При этом важно знать не только температурный интервал плавления применяемых сплавов, а также их усадку с целью получения хорошей контурной формы при запакровке.

Усадка золотых (благородных) сплавов составляет 1,25-1,3%, усадка кобальто-хромово-молибденовых лигатур составляет в среднем 1,75-1,8%, а усадка нержавеющей сталей достигает 2,7%. Усадка же сплавов при литье может компенсироваться расширением применяемого формовочного материала [Займовский В. А., 1979] или использованием специальных покрывных (компенсационных) лаков, наносимых на гипсовую модель препарированного зуба перед моделировкой каркаса искусственной металлокерамической коронки. При этом следует иметь в виду, что технологические факторы особенно сильно влияют на усадочные процессы в широкоинтервальных сплавах, склонных к объемному затвердеванию. В отливках из таких сплавов соотношение между объемом пор и усадочной раковины может изменяться в очень широких пределах.

В связи с этим все зависимости усадочных и других литейных свойств стоматологических сплавов от качества будущего протеза справедливы только в условиях постоянства технологических факторов. В противном случае будут оцениваться не усадочные свойства сплавов, а влияние условий формирования отливки. В практике литейного производства при анализе причин брака и разработке технологических процессов необходимо учитывать весь комплекс условий — и технологические факторы, и усадочные характеристики сплавов.

Исходя из этих положений, мы сочли целесообразным отдельным вопросом изучить усадку хромоникелевого сплава с применением компенсационного лака и фосфатной прецизионной паковочной массы Беллавест для литья каркасов металлокерамических искусственных коронок и ее влияние на качество краевого и общего прилегания каркасов к рабочей гипсовой копии препарированного зуба. С этой целью мы воспользовались разработанной нами методикой, которая заключалась в следующем.

Препарированную под металлокерамическую коронку модель зуба (клыка), изготовленную из высокопрочного гипса, дублировали с помощью силиконового оттискного материала Спидекс в количестве 9 экземпляров и покрывали изоляционным лаком (Pico-Fit, производитель «Renfert», Германия), компенсирующим усадку сплава по следующей схеме:

1. Один слой лака по всей коронке, включая уступ;
2. Два слоя лака по всей коронке, включая уступ;
3. Один слой лака по всей коронке до уступа;

4. Два слоя лака по всей коронке до уступа (как обычно делает в лаборатории зубной техник);

5. Один слой лака по всей коронке, включая уступ, при условии добавления к жидкости для изготовления огнеупорной массы 5% воды;

6. Один слой лака по всей коронке, включая уступ, при условии добавления к жидкости для изготовления огнеупорной массы 10% воды;

7. Один слой лака по всей коронке, включая уступ, при условии добавления к жидкости для изготовления огнеупорной массы 15% воды;

8. Один слой лака только на уступе;

9. Два слоя лака только на уступе.

После нанесения компенсационного лака проводили моделировку воскового колпачка — каркаса для изготовления металлокерамической коронки. Восковую репродукцию отдавали в литейную лабораторию для отливки колпачка из хромоникелевого сплава. Готовые колпачки без предварительной припасовки накладывали на гипсовую копию препарированного зуба и фиксировали цементом Фуджи. После затвердевания цемента каждый образец помещали в быстротвердеющую пластмассу и готовили срезы, которые подвергали сканированию, а цифровое их изображение изучали на экране монитора компьютера.

В первом опыте с нанесением компенсационного лака на поверхность гипсового штампа в один слой (на гипсовую копию препарированного зуба и уступ, рис. 1) установлено, что каркас литой коронки прилегает плотно в пришеечной части зуба. В то же время, как видно на рисунке, каркас не доходит до режущего края, т.е. имеет место неполное установление его на препарированном зубе. Таким образом, усадка сплава выражена



Рис. 1. Верхняя часть литого каркаса искусственной коронки не доходит до режущего края (модель 1).

значительно, особенно в пришеечной части зуба, и является основной причиной неполного наложения литого каркаса будущей металлокерамической коронки.

Во втором образце использовано нанесение двух слоев лака, как на препарированную поверхность гипсовой модели зуба, так и на область пришеечного уступа (рис. 2). Как видно из рисунка, металлический каркас полностью прилегает к препарированному зубу на всем протяжении, включая режущий край, боковые поверхности препарированной культи зуба и уступ.



Рис. 2. Каркас литой коронки на гипсовой копии препарированного зуба (модель 2, объяснение в тексте).

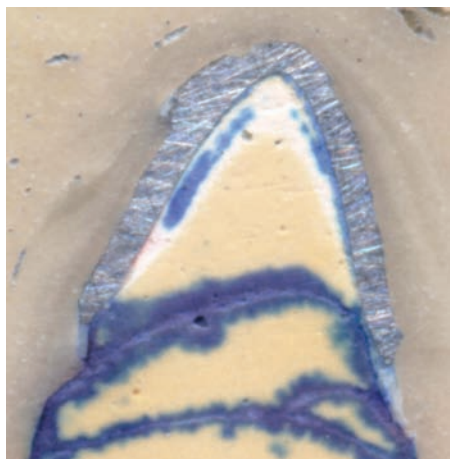


Рис. 3. Каркас литой коронки на гипсовой копии препарированного зуба (модель 3).

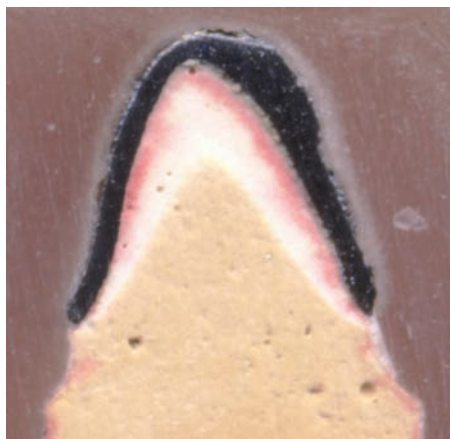


Рис. 4. Каркас литой коронки, изготовленный по модели 4 (объяснение в тексте).



Рис. 5. Модель 5.



Рис. 6. Модель 6.



Рис. 7. Модель 7.

На моделях 5, 6, 7 один слой лака нанесен на препарированную поверхность коронки вместе с уступом при условии приготовления огнеупорной массы с 5% содержанием воды (модель 5, рис. 5), с 10% содержанием воды (модель 6, рис. 6) и 15% содержанием воды (модель 7, рис. 7).

Как видно из рисунков, литые каркасы металлокерамических коронок, как и в модели 1, имеют выраженную усадку, которая препятствует полному наложению протеза на опорный зуб. При этом наихудшие показатели получены в модели 5 (зазор в области режущего края в виде темной полоски) и несколько лучшие результаты при увеличении содержания воды в огнеупорной массе до 15%.

Две последние модели отражают влияние нанесения лака на уступ в один слой (модель 8, рис. 8) и в два слоя (модель 9, рис. 9).



Рис. 8. Модель 8.



Рис. 9. Модель 9.

В третьем опыте компенсационный лак был нанесен в один слой по всей поверхности препарированного зуба до уступа (рис. 3). Как видно из рисунка, литой каркас плотно прилегает к пришеечной части зуба и имеет небольшой зазор в верхней части коронки.

В модели 4 использована методика нанесения компенсационного лака в два слоя по всей поверхности препарированной культи зуба до уступа (рис. 4). Как видно из рисунка, литой каркас плотно прилегает ко всей поверхности препарированного зуба, кроме одной части его, расположенной ближе к режущему краю. Таким образом, на этой модели получена картина, приближенная к модели 2.

Общая усадка сплава в обоих вариантах весьма значительна, что привело к неполному наложению каркасов литых коронок с увеличением слоя цемента в верхней части коронки.

Таким образом, результаты исследования показали, что наиболее оптимальным способом нанесения лака на гипсовую копию препарированного зуба является модель 2, в которой поверхность гипсовой копии препарированного зуба была покрыта двумя слоями лака вместе с уступом. Все остальные варианты использования компенсационного лака дали менее точный результат, т.е. равномерного прилегания ко всей поверхности препарированного зуба получить не удалось.

Результаты изучения качества препарирования естественных зубов под искусственные металлокерамические коронки

С. Ю. ГАБЫШЕВА-ХЛУСТИКОВА.

Кафедра ортопедической стоматологии НижГМА, г. Нижний Новгород (зав. кафедрой — д.м.н., проф. Е. Н. Жулев).

Анализ причин нарушения фиксации несъемных протезов показывает, что процент расцементирования несъемных зубных протезов варьирует от 0,4-2,2% до 20% [Трезубов В. Н., 1996], а развитие кариеса опорных зубов наблюдается в 23-50% [Козловская С. С., 1986] от общего количества осложнений. Изучая качество фиксации несъемных металлокерамических протезов в течение двух лет после их наложения, Лобко В. А. (1989) и 1,3% больных выявил ее нарушение. Заметно большую цифру получил Арутюнов С. Д. (1990), который обнаружил расцементирование протезов у 7,4% обследованных пациентов. Севостьянов Д. Г. (1983), суммируя данные ряда исследователей, пришел к выводу, что процент преждевременного нарушения фиксации в отдаленные сроки после протезирования (от 2 до 5 лет), колеблется в пределах от 3,2 до 18,3%.

Причинами нарушения фиксации несъемных протезов, по мнению ряда авторов [Арутюнов С. Д., 1990], являются: избыточная конусность культи препарированного зуба; низкие клинические коронки; окклюзионные нарушения; несоблюдение правил фиксации протеза и неправильное формирование искусственной культи зуба, а также неправильное определение показаний для выбора цемента. Исходя из этих данных мы решили более детально изучить качество препарирования естественных зубов под металлокерамические искусственные коронки.

С этой целью нами было отобрано 100 гипсовых копий препарированных зубов, которые использовались в зуботехнической лаборатории для изготовления протезов. Из общего количества зубов деление по групповой принадлежности было таким: 10 резцов, 11 клыков, 35 премоляров и 44 моляра.

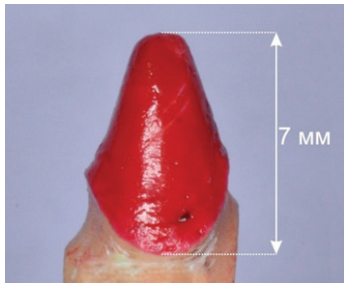


Рис. 1. Высота клинической коронки на гипсовой копии препарированного зуба.

Перед оценкой качества препарирования нас прежде всего интересовала высота клинических коронок зубов. По этому показателю получено следующее распределение отобранного материала. Высота коронки до 3 мм была обнаружена у 3 моляров; высота коронки до 4 мм — у 14 зубов: 4 премоляров и 10 моляров (рис. 1); высота коронки до 5 мм была у 33 зубов: 1 клыка, 12 премоляров, 20 моляров; высота коронки до 6 мм имела место у 32 зубов: 5 резцов, 4 клыков, 16 премоляров, 7 моляров; высота коронки до 7 мм обнаружена у 8 зубов: 1 резца, 3 клыков, 2 премоляров и 2 моляров; высота коронки до 8 мм выявлена у 8 зубов: 3 резцов, 2 клыков, 1 премоляра, 2 моляров; высота коронки до 9 мм была у 1 резца, а высота коронки до 10 мм — у 1 клыка (диаграмма 1).



Таким образом, из общего количества изученных препарированных зубов, как видно из диаграммы 1, наибольшее число (79) имели высоту клинических коронок от 4 до 6 мм.

Следующим показателем была конусность. Наклон боковых поверхностей препарированных зубов к их длинной оси в 4° был обнаружен у 1 премоляра. Конусность в 5° была обнаружена у 7 зубов: 2 резцов, 3 клыков, 1 премоляра, 1 моляра. Конусность в 6° отмечена у 8 зубов: 3 резцов, 1 клыка, 1 премоляра, 1 моляра. Конусность в 7° выявлена у 14 зубов: 1 резца, 2 клыков, 7 премоляров и 4 моляров. Конусность в 9° имела место у 38 зубов: 1 клыка, 19 премоляров, 18 моляров. Конусность в 11° наблюдалась у 3 зубов: 2 резцов и 1 моляра. Конусность в 12° была обнаружена у 1 клыка, а конусность в 14° у 28 зубов: 2 резцов, 3 клыков, 6 премоляров и 17 моляров. Конусность в 16° обнаружена у 1 моляра и конусность в 18° еще у одного моляра (рис. 2, диаграмма 2).

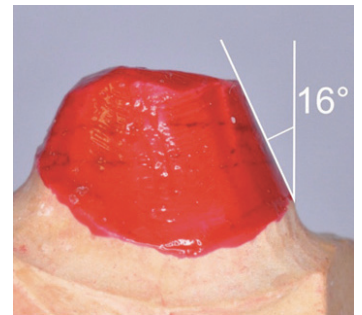


Рис. 2. Конусность препарированного зуба на гипсовой модели.



Таким образом, изучение степени конусности препарированных зубов показало, что, во-первых, больше половины из них (64), как видно из диаграммы 2, имеют выраженный наклон боковых стенок (9 и 14 градусов), и, во-вторых, выраженная конусность выявлена на зубах, относящихся как к передней группе (резцы и клыки), так и к боковой (премоляры и моляры), что свидетельствует о серьезных отклонениях от правил создания конусности при препарировании этих групп зубов.

Следующим фактором, характеризующим качество препарирования зубов под металлокерамические коронки, было формирование уступа. Результаты изучения гипсовых копий препарированных зубов показали, что из их общего количества уступ в 90° был обнаружен у 3 зубов: 2 премоляров и 1 моляра, уступ в 135° имел место у 85 зубов: 7 резцов, 10 клыков, 30 пре-



Рис. 3. Уступ в 135°.

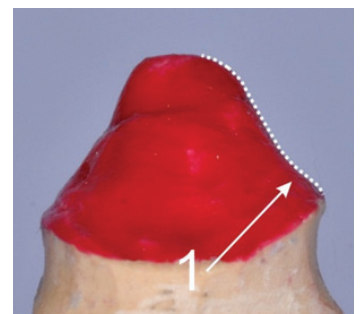


Рис. 4. Зуб препарирован без уступа.

моляров и 38 моляров (рис. 3). У 12 зубов уступ отсутствовал полностью (рис. 4): 3 резцов, 1 клыка, 3 премоляров и 5 моляров (диаграмма 3).



Таким образом, из общего количества изученных зубов подавляющее большинство было препарировано с уступом. В то же время у 12 зубов уступ полностью отсутствовал, что следует расценить как врачебную ошибку, которая могла быть причиной нарушения фиксации протеза, повреждения маргинального пародонта с последующим развитием его воспаления и развития кариозного процесса в области плохого краевого прилегания искусственной коронки к твердым тканям шейки зуба.

Кроме наличия или отсутствия уступа нас интересовала и его ширина. Из общего количества изученных зубов ширина уступа 0,3 мм была обнаружена у 1 премоляра; 0,4 мм — у 1 моляра; 0,5 мм — у 60 зубов: 3 резцов, 5 клыков, 22 премоляров и 30 моляров; 0,7 мм — у 4 зубов: 1 клыка и 3 моляров; 1 мм — у 18 зубов: 2 резцов, 3 клыков, 8 премоляров и 5 моляров; 1,5 мм — у 4 зубов: 2 резцов, 1 клыка и 1 премоляра (рис. 5, 6, 7, диаграмма 4). Уступы, сформированные по всему периметру шеек зубов, имели место у 87 зубов: 7 резцов, 10 клыков, 32 премоляров, 38 моляров. Уступ лишь на губной и оральной поверхностях был у 1 моляра.

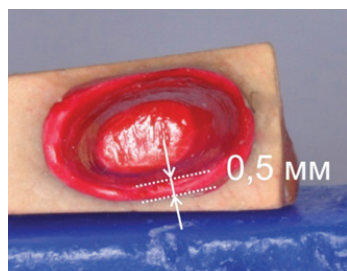


Рис. 5. Средняя ширина уступа 0,5 мм.

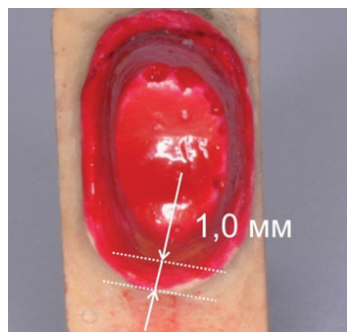


Рис. 6. Средняя ширина уступа 1 мм.

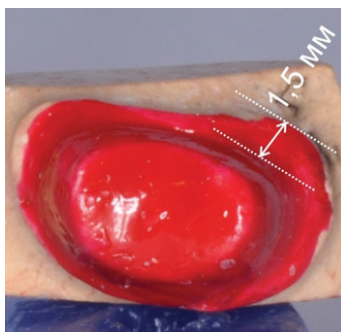


Рис. 7. Средняя ширина уступа 1,5 мм.



При этом следует отметить, что нами учитывалась средняя преобладающая ширина уступа у каждого зуба, причем у большинства зубов она варьировала вокруг этого среднего показателя.

Таким образом, результаты исследования показали, что ширина уступа колеблется в разных пределах на разных группах зубов и какой-либо закономерности, соответствующей общепринятым правилам, нам обнаружить не удалось.

Следующим этапом исследования было изучение нарушения правил препарирования в виде непроизвольного формирования поднутрений на боковой поверхности препарированных зубов. Исходя из общего количества обследованных зубов, поднутрения были обнаружены у 46 зубов: 4 резцов, 4 клыков, 13 премоляров и 25 моляров (рис. 8).

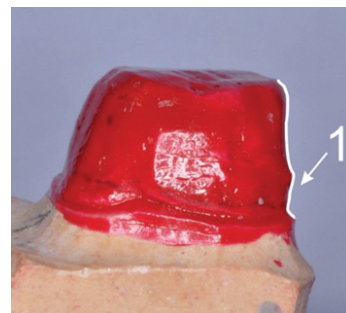
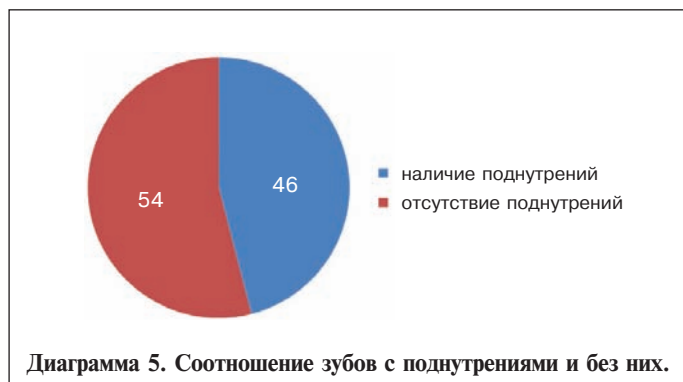


Рис. 8. Поднутрение в придесневой половине боковой поверхности моляра (показано стрелкой).

У 54 зубов поднутрения отсутствовали: у 6 резцов, 7 клыков, 22 премоляров и 19 моляров. Соотношение зубов с поднутрениями и без них показано на диаграмме 5.



Таким образом, оценивая качество препарирования зубов под металлокерамические коронки, можно сказать, что почти у половины из них обнаружен серьезный дефект — наличие поднутрений, которые существенным образом снижают качество подготовки зубов под искусственные коронки. Следует заметить, что поднутрения могут быть прямой причиной нарушения краевого прилегания искусственной коронки к твердым тканям зуба со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Одним из факторов, отражающих качество препарирования зубов под металлокерамические коронки, является их анатомическая форма. При изучении этого признака установлено, что из общего числа отобранных гипсовых копий препарированных зубов анатомическая форма в достаточной степени была сохранена у 92 зубов: 8 резцов, 8 клыков, 33 премоляров, 43 моляров, т.е. у подавляющего большинства. Отсутствие же анатомической формы зуба после препарирования отмечено у 8 зубов: 2 резцов, 3 клыков, 2 премоляров, 1 моляра (диаграмма 6).

Таким образом, результаты исследования показали, что требование сохранения присущей зубам анатомической формы после препарирования выполняется в подавляющем большинстве случаев. В то же время нарушение этого требования в от-



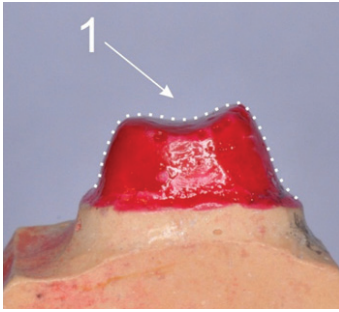


Рис. 9. Рельеф жевательной поверхности моляра сохранен после препарирования.

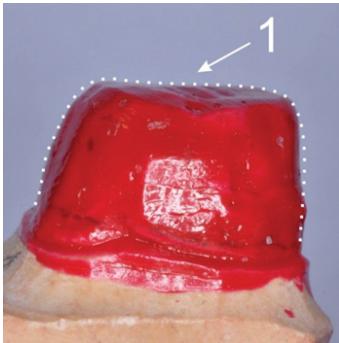


Рис. 10. Отсутствие рельефа жевательной поверхности моляра после препарирования.

ным образом влияли на качество подготовки естественных зубов под искусственные коронки. Так, изучение степени конусности препарированных зубов показало, что, во-первых, больше половины из них (64) имеют выраженный наклон боковых стенок (9 и 14 градусов) и, во-вторых, выраженная конусность выявлена на зубах, относящихся как к передней группе (резцы и клыки),

дельных случаях имеет место, что свидетельствует о невысокой квалификации отдельных врачей, выполняющих эту манипуляцию.

Более детальная оценка анатомической формы препарированных зубов показала, что примерно три четверти из них, которые были представлены молярами и премолярами, т.е. группой жевательных зубов (79), имели следующие особенности в формировании их окклюзионной поверхности. Выраженный рельеф жевательной поверхности при препарировании был создан лишь у 22 зубов: 15 премоляров и 7 моляров (рис. 9).

У 57 зубов (20 премоляров и 37 моляров) обнаружено отсутствие выраженного рельефа жевательной поверхности (рис. 10, диаграмма 7).

Выводы

Таким образом, изучение предварительно отобранных 100 гипсовых копий препарированных зубов показало, что в процессе проведения этой клинической манипуляции были допущены отдельные ошибки, которые существенным образом влияли на качество подготовки естественных зубов под искусственные коронки. Так, изучение степени конусности препарированных зубов показало, что, во-первых, больше половины из них (64) имеют выраженный наклон боковых стенок (9 и 14 градусов) и, во-вторых, выраженная конусность выявлена на зубах, относящихся как к передней группе (резцы и клыки),



Диаграмма 7. Состояние рельефа жевательной поверхности жевательных зубов.

так и к боковой (премоляры и моляры), что не соответствует общепринятым правилам создания конусности при препарировании этих групп зубов.

При изучении качества препарирования зубов с уступом нами учитывалась средняя преобладающая ширина уступа у каждого зуба, причем у большинства зубов она варьировала вокруг этого среднего показателя. Установлено, что у части зубов уступ полностью отсутствовал. На зубах с уступом ширина его колебалась в разных пределах на разных группах зубов, и какой-либо закономерности, соответствующей общепринятым правилам, нам обнаружить не удалось.

Почти у половины препарированных зубов обнаружен серьезный дефект — наличие поднутрений, которые существенным образом снижают не только качество подготовки зубов под искусственные коронки, но и всего протеза. Следует заметить, что поднутрения могут быть прямой причиной нарушения краевого прилегания искусственной коронки к твердым тканям зуба со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Несмотря на соблюдение основных правил воспроизведения анатомической формы зубов, после препарирования примерно в половине случаев выявлены дефекты подготовки окклюзионной поверхности жевательных зубов, что также оказывает заметное влияние на жевательную эффективность будущих протезов, т.е. ее снижение.

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)	1960-00/г
ДИСКИ СрПдЦ 736-250 для коронок и литья (толщина 0,3 мм, диаметр 18, 20, 23, 25 мм)	450-00/г
ЛЕНТА СрПдЦКд 791-190 для литья (толщина 0,5 мм, ширина 10 мм)	400-00/г
ПОЛОСЫ ЗлСрКдМ 750-30 для пайки (толщина 0,3 мм, ширина 50 мм)	1960-00/г
ПРОВОЛОКА ЗлПлСрМ 750-90-80 для кламмеров (диаметр 1,0-1,2 мм)	1990-00/г
ПРИПОЙ-ПРОВОЛОКА ПСрМЦ-37/42-«Стоматех» (взамен ПСрМЦ 37Е), уп. 40 г	1210-00
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!

ТИГЛИ КЕРАМИЧЕСКИЕ

произведены по уникальной технологии на основе аморфных кварцевых нанодисперсных систем

для плавки металлов и сплавов в печах индукционного типа



- высокая металло- и шлакоустойчивость
- содержание SiO_2 не менее 99,0%
- термическая стойкость тиглей не менее 15 теплосмен



По желанию Заказчика (при наличии образца или чертежа) возможно изготовление тиглей иных конфигураций для любых типов литейных установок. Минимальный заказ от 100 штук.

ООО «Торговый Дом «ВладМиВа», 308023, Россия, г. Белгород
ул. Садовая 118, (4722) 200-555, факс: 31-35-02, market@vladmiva.ru

Deflex — эластичный, эстетичный, экономичный

В клинической практике стоматолога часто случается, что единственной возможностью восстановления дефекта зубного ряда является изготовление съемных зубных протезов. Для этой цели в стоматологии сегодня широко применяются пластмассы, которые имеют ряд несомненных достоинств. Они легки и эстетичны, травмобезопасны.

Что не менее важно для потребителя, полимерные протезы дешевле металлокерамических.

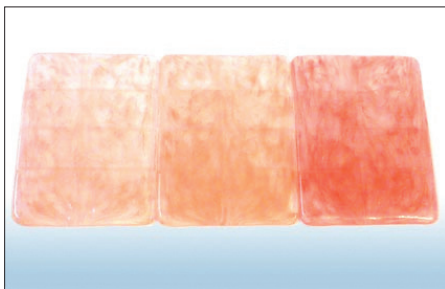
Одним из классов таких перспективных материалов являются термопласты — пластмассы, полимеризация которых происходит в результате нагрева до определенной температуры. Биологически нейтральные термопласты медицинской чистоты используются для создания искусственных органов и структур.

Наиболее известный термопласт для базисов съемных протезов — это полиамид. Гибкие протезы из полиамида позволяют избежать всех недостатков, свойственных съемным протезам с акриловыми базисами.

В Аргентине фирмой NUXEN был создан и запатентован полиамид Deflex в качестве пластмассы для изготовления базисов съемных протезов.

Ему присущи очень высокие ударное (до 100 кг/м²) и динамическое сопротивление, прочность к слою, вызванному нагрузками, сопротивление изгибу, прозрачность и химическая инертность. Сравнительные характеристики этого нового материала приведены в таблице.

Полиамид Deflex выпускается в специальных, готовых к работе картриджах, что экономит время специалиста.



Диаметр картриджей 22 мм делает их пригодными для использования в большинстве аппаратов инъекционного типа. Картриджи имеют по три варианта длины, следовательно, техник может подобрать оптимальное количество материала для конкретной работы:

- большой, 120 мм — для полных и больших частичных протезов;
- средний, 85 мм — для маленьких полных и частичных протезов;
- маленький, 55 мм — для частичных протезов и починок.

Характеристики полиамида Deflex в сравнении с другими материалами

Свойства	Акрил	Нейлон	Полиамид Deflex
Удельный вес	1,20	1,14	1,04
Абсорбция воды (24 часа)	1,4-2,0	7,6	1,2
Устойчивость к действию кислот и щелочей	Низкая	Средняя	Высокая
Степень полимеризации	Неопределенная	Полная	Полная
Изменение цвета	Длительное	Желтеет	Нулевое

Полиамид Deflex выпускается в трех оттенках розового цвета и прозрачный:

- «Soft-Pink» — классический цвет Deflex, используется в большинстве случаев, благодаря балансу легкого подцветивания и прозрачности, позволяющему протезу принимать цвет лежащих под ним тканей (десен и зуба);

- «Intense-Pink» — специальный цвет, обеспечивающий прозрачность в тонких участках и не допускающий образования тени в объемных участках материала (назначается в некоторых случаях для изготовления полных протезов и протезов с фронтальным заполнением);

- «Dark-Pink» — этнический темный;
- «Transparent» — для изготовления бюгелей и эстетичных ретейнеров.

Благодаря своим уникальным качествам протезы Deflex позволяют найти компромисс между жесткостью и эластичностью, одновременно обеспечивая достаточную жесткость для распределения нагрузки и необходимую упругость для противостояния жевательной нагрузке, что препятствует образованию плечевых нагрузок на опорные зубы. Также следует отметить, что степень жесткости протеза зависит от толщины и варианта моделировки его базиса.

Итак, «полужесткая» характеристика полиамида Deflex предоставляет возможность изготовления окклюзионных накладок, которые успешно противостоят жевательным нагрузкам. Это позволяет распределить силы на ткани, которые действительно для этого предназначены. Они также обеспечивают вертикальную стабильность протеза. Благодаря этому правильно смоделированный протез не вызывает раздражения мягких тканей, не внедряется в них и не вызывает ускоренной атрофии кости.

Благодаря повышенной температурной стабильности протез Deflex не твердеет при употреблении холодной пищи и не размягчается при употреблении горячей.

Натуральная прозрачность материала делает протез эстетичным и практически незаметным во рту, вследствие просвечивания лежащих под ним тканей и зубов под кламперами.

Протез Deflex может быть изготовлен очень тонким, практически вдвое тоньше акрилового, обеспечивая пациенту нормальную фонетику. Благодаря уменьшенной толщине и малому удельному весу материала он легок и комфортен в использовании.

Минимальная пористость этого полиамида одновременно с максимальной плотностью, достигаемой во время термоинъекционного процесса, обеспечивает очень низкую степень абсорбции жидкостей и препятствует закреплению налета. Благодаря этому протез не впитывает внутриротовые жидкости и запахи и имеет стабильный цвет. Метод чистки протеза обычный и не требует применения специальных средств.

К достоинствам полиамидных протезов Deflex относятся:

- исключительная гибкость;

- использование в качестве фиксирующих элементов не металлических кламперов (крючков) или аттачменов (замков), а альвеолярно-дентальных кламперов, незаметных для глаз;

- эластичность в сочетании с повышенной прочностью, легкость, точная посадка и хорошая фиксация;

- негигроскопичность, и в силу этого прекрасная гигиеничность, что привлекательно для пациентов, склонных к гингивитам и пародонтитам;

- содержание устойчивого красителя, не разрушающегося даже при длительной эксплуатации, высокая биосовместимость с тканями полости рта, отсутствие аллергического и токсического воздействия;

- сохранение своих характеристик при высокой влажности, воздействии химических веществ и при постоянных циклических напряжениях;

- отсутствие металла, а значит, и неприятных ощущений, связанных с ионным обменом;

- отсутствие необходимости предварительного препарирования зубов;

- быстрое привыкание пациентов к протезам, с надежным восстановлением функции жевания.

Область применения полиамидных протезов весьма широка. Полиамид Deflex применяется как для замещения частичных дефектов (1-2 зуба), так и для изготовления полных съемных зубных протезов. Deflex можно использовать для изготовления спортивных кап и искусственной десны.

Протезы из полиамида успешно применяются для пациентов с пародонтозом, поскольку отсутствует расшатывание опорных зубов; у пациентов, склонных к аллергии, а также у тех, которым противопоказано препарирование зубов (острые сердечно-сосудистые заболевания, эпилепсия и др.).

Протезы Deflex — это идеальная конструкция для пациентов из группы риска с травмоопасными профессиями (МЧС, пожарные, полиция), поскольку сломать протез Deflex практически невозможно.

Таким образом, протезы Deflex объединяют в себе 5 важнейших функциональных качеств, таких как: поддержка, изгиб, ретенция, стабильность и окклюзия. Это позволяет сделать вывод, что высокопрочный полиамид Deflex — один из лучших на сегодняшний день материалов для изготовления зубных протезов, а протезирование таким материалом можно рекомендовать всем группам пациентов.

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,
www.astrodent.net.

Основные этапы изготовления съемных и несъемных ортодонтических ретенционных аппаратов

Н. Б. МАРАХТАНОВ, к.м.н., врач-ортодонт; О. С. СМИРНОВА, врач-стоматолог.
Кафедра стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, г. Нижний Новгород.

В связи с актуальностью сохранения стабильности положения зубов после ортодонтического лечения мы провели обзор современной литературы, освещающей данную тему. В этой статье подчеркивается актуальность данной проблемы и клинико-лабораторные этапы изготовления съемных и несъемных ретенционных аппаратов.

Проблема сохранения долговременной стабильности результатов лечения по-прежнему остается важной проблемой ортодонтии [Оспанова Г. Б., 1997; Little R. M., 1990; Nanda R., 2005; Proffit W., 2007; Zachrisson B. U., 1997]. Согласно данным Zachrisson B. U. (1997), через 10 лет после ортодонтического лечения положение зубов сохранилось лишь у 30% пациентов, почти в 20% случаев наблюдался ярко выраженный рецидив, у остальных пациентов явления рецидива не были выражены столь явно. Это указывает на то, что вопросам выбора и использования ретенционных аппаратов необходимо уделять особое внимание.

Нестабильность положения зубов после ортодонтического лечения может быть вызвано рядом причин [Little R. M., 1990; Zachrisson B. U., 1997]:

1. Анатомо-физиологические:
 - Действие окружающих зубы мягких тканей.
 - Воздействие периодонтальных волокон.
 - Поздний рост нижней челюсти.
2. Ятрогенные:
 - Расширение межжлыкового расстояния, особенно на нижней челюсти.
 - Изменение изначальной формы нижней зубной дуги (по результатам исследования Felton показал, что в 70% случаев произошли серьезные рецидивы после лечения с изменением формы нижней зубной дуги).

- Оклюзионные факторы (в результате лечения нужно стремиться к максимальным фиссурно-бугорковым контактам).

Целью ортодонтической ретенции является сохранение зубов в их новом положении, достигнутом в ходе ортодонтического лечения.

Таким образом, ретенция — это заключительный этап ортодонтического лечения, направленный на закрепление зубов в идеальном эстетическом и функциональном положении.

На сегодняшний день в арсенале врача-ортодонта большой выбор различных конструкций ретенционных аппаратов. Знание особенностей этих аппаратов дает возможность выбора наиболее оптимального варианта ретенции в каждом отдельном случае.

На базе ортодонтической клиники ЦНИИС Г. Б. Оспанова с соавторами провела анализ применения ретенционных аппаратов у 100 пациентов. В результате этого была разработана рабочая классификация ортодонтических аппаратов (схема 1).

В некоторых случаях после окончания ортодонтического лечения может возникнуть необходимость в перемещении отдельных зубов во время периода ретенции. Это достигается путем активации съемного ретенционного аппарата. Как правило, такая необходимость возникает в результате рецидива тесного положения нижних резцов [Proffit W., 2007].

Таким образом, все ретенционные аппараты можно разделить на две группы:

1. Активные — в конструкции аппарата предусмотрена возможность их активации:
 - Охватывающий ретейнер Begg.
 - Ретейнер Hawley с эстетической вестибулярной дугой.
 - Брекет-система с финишными дугами.
 - Spring-ретейнер.
2. Пассивные — не предусмотрены для активации.

Схема 1.

Классификация ретенционных аппаратов Г. Б. Оспановой (1997)

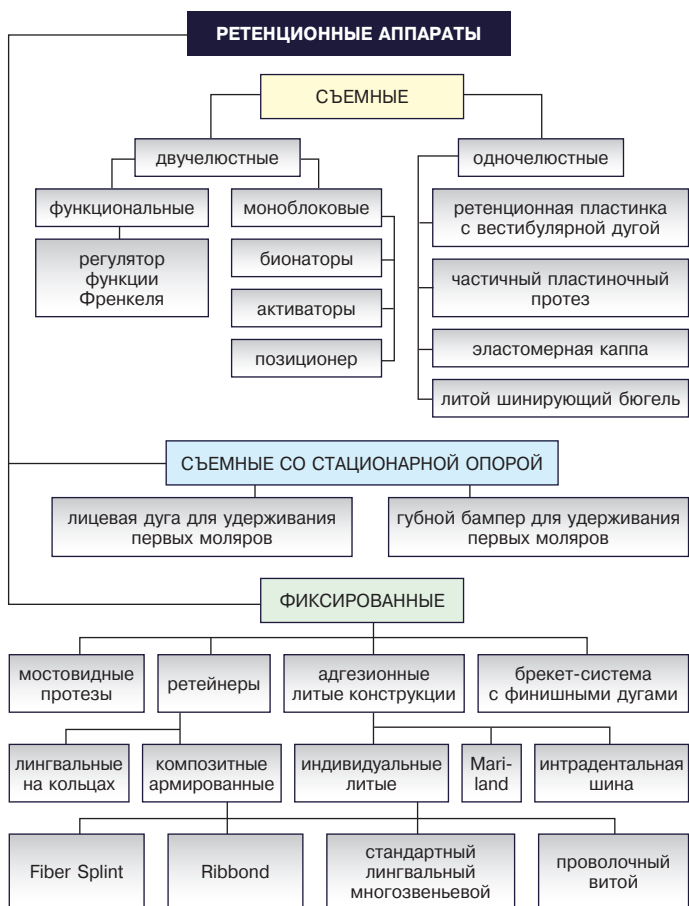
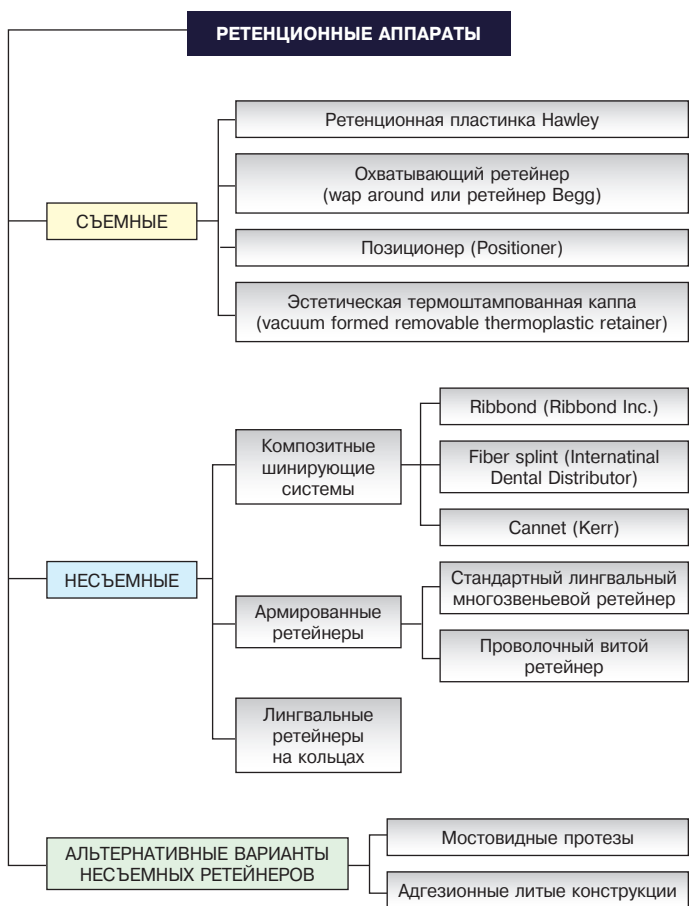


Схема 2.

Классификация ретенционных аппаратов М. Я. Алимовой (2001)



Сегодня остается актуальным применение как съемных, так и несъемных ретенционных аппаратов, поэтому важно понимать их преимущества и недостатки (табл. 1).

Таблица 1.

Преимущества и недостатки съемных и несъемных ретенционных аппаратов

Виды ретенционных аппаратов	Преимущества	Недостатки
Съемные ретейнеры	<ul style="list-style-type: none"> ● Не затрудняют уход за ортодонтической конструкцией и соблюдение гигиены полости рта. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Необходимость кооперации между врачом и пациентом. ● Возможность раздражающего действия пластмассового базиса аппарата за счет действия остаточного мономера. ● Затруднение в произношении. ● Гиперсаливация, вызванная эффектом инородного тела. ● Неэстетичность при наличии вестибулярной дуги.
Несъемные ретейнеры	<ul style="list-style-type: none"> ● Отсутствие необходимости кооперации между врачом и пациентом. ● Непрерывное воздействие в течение суток. ● Эстетичность. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Затруднение гигиенических процедур. ● Необходимость постоянного контроля пациента и врача.

Большинство ортодонтотов отдают предпочтение одновременному применению съемных и несъемных ретейнеров, что позволяет использовать съемный ретейнер только вечером и ночью, а также иметь запасной вариант при поломке несъемного ретейнера и гарантировать удовлетворительную стабильность зубного ряда [Оспанова Г. Б., 1997].

Показания к применению съемных пластиночных ретейнеров с вестибулярной дугой:

- Ретенция после применения несъемных ретенционных аппаратов.
- Сохранение достигнутого расширения зубного ряда.
- Пациенты с неудовлетворительной гигиеной полости рта.

В качестве съемного ретенционного аппарата чаще всего используют пластинку с пластмассовым базисом и вестибулярной дугой.

Рассмотрим основные клиничко-лабораторные этапы изготовления такого ретенционного аппарата.

Таблица 2.

Основные клиничко-лабораторные этапы изготовления съемных ретенционных аппаратов

Клинические этапы	Лабораторные этапы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Снятие оттиска альгинатной массой. 2. Дезинфекция, припасовка аппарата в полости рта 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обозначение границ базиса съемного аппарата. 2. Изгибание проволочных элементов. 3. Изготовление базиса аппарата из светополимеризационной пластмассы. 4. Полимеризация, шлифовка, полировка аппарата.

После изготовления рабочей модели из супергипса (был использован гипс 4-го класса Elite rock, Zergmask), на ней отмечают границы базиса аппарата (рис. 1). На верхней челюсти базис покрывает переднюю треть твердого неба, скаты альвеолярного отростка и зубы на 2/3 высоты клинических коронок с небной стороны. Дистальная поверхность базиса соответствует дистальной поверхности первых моля-



Рис. 1. Рабочая модель из супергипса с отмеченными границами базиса съемного аппарата.

ров. Базис аппарата на нижней челюсти имеет нижнюю границу чуть выше области перехода альвеолярного отростка в дно полости рта. Толщина базиса в среднем должна составлять 2,0-2,5 мм.

Для изготовления проволочных элементов: кламмеров, вестибулярной дуги используется проволока диаметром 0,8 мм. Вестибулярная дуга должна плотно прилегать к вестибулярным поверхностям передних зубов, в области клыков выполняется U-образный изгиб. Если проводилось лечение с удалением, то необходимо продлить дугу до премоляров. Проволочные элементы фиксируются к модели с помощью липкого воска на окклюзионной или вестибулярной поверхности (рис. 2).



Рис. 2. Проволочные кламмеры фиксированы к модели при помощи липкого воска.

По отмеченным границам из мягких пластин светополимеризационной пластмассы Triad Denture Base (Dentsply) изготавливается базис аппарата. По показанию может быть изготовлена накусочная площадка. Полимеризация проводится в аппарате Triad 2000 VLC Unit (Dentsply) в течение 4 мин. (рис. 3). После этого ретейнер снимается с модели, шлифуется и полируется. Ретенционный аппарат готов к припасовке в полости рта (рис. 4, 5).



Рис. 3. Аппарат Triad 2000 VLC Unit (Dentsply).



Рис. 4. По отмеченным граням изготовлен базис аппарата.



Рис. 5. Съемный ретейнер на нижнюю челюсть.

После дезинфекции аппарат припасовывают в полости рта (рис. 6, 7). Необходимо обучить пациента снимать и надевать аппарат, дать рекомендации по ношению.



Рис. 6, 7. Съемный ретенционный аппарат на нижнюю челюсть в полости рта.

Однако, такие аппараты не рекомендуются использовать у пациентов с аллергией на пластмассу светового отверждения.

В настоящее время широкое распространение в практике ортодонта нашли каппы, полученные термовакуумной штамповкой в аппаратах, выпускаемых различными фирмами: Bio-star/Ministar (Scheu-Dental), Drufoomat (Dreve) (рис. 8). Для их изготовления используются готовые пластины круглой и четырехугольной формы, приобретающие пластичность при нагревании и сохраняющие форму при остывании: Bioplast, Duran (Scheu-Dental), Biolan (Dreve).



Рис. 8. Аппарат Ministar (Scheu-Dental).

Таблица 3.
Клинико-лабораторные этапы изготовления
термовакuumных капп

Клинические этапы	Лабораторные этапы
1. Снятие оттиска. 2. Припасовка в полости рта.	1. Изготовление рабочей модели из супергипса. 2. Термовакuumная штамповка каппы. 3. Обрезка готовой каппы.

После получения альгинатного оттиска изготавливается рабочая модель из супергипса. Модель обрезается на триммере так, чтобы продольные оси резцов были перпендикулярны к основанию модели.

По модели проводят вакуумную термоштамповку:

- Пластина-заготовка зажимается в раму и разогревается согласно инструкции.

- Разогретая пластина опускается на модель, под пластиной формируется область пониженного давления, в результате чего модель плотно обжимается пластмассой (рис. 9).



Рис. 9.
Модель нижней челюсти,
обжатая пластмассой Bioplast.

После остывания пластмассы каппа может быть обрезана. Вначале из пластины вырезается модель, затем при помощи нагретого скальпеля обрезают каппу. Окончательная обрезка проводится ножницами. Граница каппы должна располагаться на расстоянии 2-3 мм от шеек зубов, все тязи слизистой обжимаются. Перед сдачей необходимо убедиться в отсутствии острых граней (рис. 10).



Рис. 10. Готовая эстетическая
термоштампованная каппа.

Каппа фиксируется в полости рта с легким нажатием (рис. 11). При необходимости коррекции используются ножницы и термощпатель. Необходимо обучить пациента надевать и снимать аппарат, дать рекомендации по применению и уходу. Такие каппы нельзя чистить с помощью зубных паст. С этой целью можно использовать порошок Retainer Brite или порошок для чистки зубных протезов.



Рис. 11. Эстетическая
термоштампованная каппа,
фиксированная на нижнюю
челюсть.

Нужно отметить, что данный ретенционный аппарат может стать причиной ятрогенного открытого прикуса в переднем отделе при непрерывном и длительном ношении, поэтому рекомендуется использовать термоштампованные каппы не более 12 часов в сутки [Collett T., 1998].

OSAMU-ретеннер — еще одна разновидность эстетического ретенционного аппарата. Он был предложен одним из ведущих японских ортодонтосов Osamu Yoshii в 1980 году. Аппарат состоит из двух слоев, которыми являются пластины Bioplast и Imprelon «S» (Scheu-Dental). Пластины Bioplast (толщина 1,5 мм) более мягкие и являются внутренним слоем, что позволяет ретеннеру хорошо адаптироваться к зубному ряду, в то же время сохраняя естественную подвижность зубов. Жесткие пластины Imprelon «S» (0,75 мм) являются наружным слоем и обеспечивают стабильную ретенцию.

OSAMU-ретеннер изготавливается аналогично каппам, изготовленным методом термовакuumной штамповки. Вначале на модели проводят штамповку внутреннего слоя. Затем срезают Bioplast с окклюзионных поверхностей. После этого обжимается второй слой. Ретеннер обрезается по границам (2 мм от шейки зуба) и может быть сдан пациенту. Режим ношения не отличается от использования термовакuumных капп.

При предварительном использовании моделей set-up, может быть произведена незначительная коррекция положения зубов [Персин Л. С., 1998].

Несъемный ретеннер — наиболее распространенный вид ретенционных аппаратов.

Показания к применению несъемных ретеннеров:

- Сохранение положения нижних резцов у растущих пациентов.

- Сохранение пространства для дальнейшего протезирования.

- Лечение пациентов с заболеванием пародонта (ретеннер выполняет роль пародонтологической шины).

- Контроль закрытия трем, диастем, постэкстракционных промежутков.

- После лечения тесного положения нижних резцов.

Для изготовления несъемного ретеннера используется стальная проволока диаметром 0,6 мм: Biosteel, Leowire (Leone), Chromium Draht (Scheu), стальная проволока фирмы KangQiao и др., или он изготавливается вручную путем скручивания трех проволочных лигатур диаметром 0,02 мм. Кроме того, на рынке стоматологических материалов существует большой выбор стандартных ортодонтических ретеннеров: ретеннер на верхнюю челюсть с площадками на каждый зуб (Leone), лингвальный ретеннер на нижнюю челюсть со специальными площадками на клыках (Ormco), витые дуги Respond, Triple Flex (Ormco), готовая витая проволока Splintax (Lancer). Такой ассортимент позволяет ортодонту выбрать наиболее подходящий для его лечения ретеннер, экономя при этом время клинического приема. Несмотря на то, что стандартные ретеннеры облегчают работу ортодонта, все они требуют тщательной припасовки в полости рта.

Ретеннеры из толстой проволоки фиксируют на нижнюю челюсть только к клыкам. Плетеные ретеннеры используют для лингвальных и вестибулярных ретеннеров, фиксируя к каждому зубу данного сегмента [Zachrisson B. U., 2007].

Доктор Zachrisson у подростков на зубах нижней челюсти рекомендует фиксировать тонкие ретеннеры на клыках и одном из центральных резцов. Согласно его наблюдениям, такой способ фиксации обеспечивает адекватную ретенцию. При этом в случае отклеивания ретеннера данный метод сразу позволяет пациенту заметить это и вовремя обратиться к стоматологу за помощью.

Таблица 4.

Клинико-лабораторные этапы изготовления
несъемных ретеннеров непрямым методом

Клинические этапы	Лабораторные этапы
1. Снятие оттисков альгинатной массой. 2. Подготовка полости рта к фиксации ретеннера. 3. Нанесение на ретеннер жидкотекучего композиционного материала. 4. Фиксация ретеннера в полости рта.	1. Изготовление рабочей модели из супергипса. 2. Изгибание ретеннера. 3. Изготовление силиконового ключа.

Ретеннеры могут быть зафиксированы как прямым, так и непрямым способом.

При непрямым методе по готовой рабочей модели проводят изгибание ретеннера. Проволока должна плотно прилегать к зубам с оральной стороны. Как правило, ретеннер изготавливается от клыка до клыка, но в случае лечения с экстракцией зубов, следует продлить его до премоляров, что предотвратит раскрытие экстракционных промежутков. Проволока фиксируется на модели в области середины клинических коронок клыков липким воском с язычной стороны, а на резцах композиционным материалом светового отверждения, который сразу полимеризуют (рис. 12).

Для переноса ретеннера в полость рта изготавливают силиконовый ключ (рис. 13). Силиконом покрывают вестибулярные и оральные поверхности резцов, при этом дуга в области клыков должна быть свободна от силиконового материала. После отверждения силиконовый ключ можно снять с модели вместе с ретеннером, предварительно разогрев липкий воск на клыках.



Рис. 12. Проволочный ретеннер
фиксирован к язычной
поверхности клыков липким
воском.



Рис. 13.
Ретеннер с изготовленным
силиконовым переносным
(трансфер) ключом на модели.



Рис. 14. На ретейнер наносится жидкотекучий композиционный материал.

материала, который позволяет проводить полимеризацию композита без удаления силиконового трансфера.

Силиконовый ключ устанавливается в полости рта, на ретейнер в области кльков наносится жидкотекучий композит, проводят полимеризацию (рис. 15, 16). Силиконовый ключ может быть удален, ретейнер остается фиксированным в полости рта. Если был использован непрозрачный силикон, то после снятия переносного трэя на ретейнер в области резцов наносят композиционный материал, полимеризуют.



Рис. 15. Силиконовый ключ с ретейнером в полости рта.



Рис. 16. Несъемный ретейнер. Ортодонтического лечения не проводилось! Показан этап работы.

До фиксации ретейнера необходимо подготовить полость рта. Язычные поверхности зубов должны быть очищены от твердого и мягкого зубного налета. Эмаль тщательно протравливается, высушивается, и наносится светоотверждаемый адгезивный материал.

На ретейнер в области резцов наносится жидкотекучий композиционный материал (рис. 14). Этот этап необходим только при использовании прозрачного силиконового

Проводят тщательное полирование фиксирующего композиционного материала.

Таким образом, ретенция — важный этап ортодонтического лечения, который должен быть продуман еще на этапе планирования лечения для обеспечения стабильного результата и предупреждения рецидива, а многообразие ретенционных аппаратов позволяет выбрать наиболее оптимальный метод.

Список использованной литературы:

1. Алимova М. Я., Макеева И. М. Ортодонтические ретенционные аппараты. — М.: Медпресс-информ, 2009.
2. Картон Е. А., Ленденгольц Ж. А., Персин Л. С. Ретенция и рецидивы. — М., 2006.
3. Оспанова Г. Б., Калужный Н., Богатырьков Д., Овчинникова О., Амантиди С. Эстетические ретенционные каповые аппараты. — Клиническая стоматология, 2002, 3: 14-18.
4. Оспанова Г. Б., Хазина Е. В., Белокурова Е. О., Арсенина О. И., Терпунов А. Д. Применение ретенционных аппаратов в ортодонтической клинике ЦНИИС. — Клиническая стоматология, 1997, 3: 33-37.
5. Персин Л. С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных деформаций. — М.: Научно-издательский центр «Инженер», 1998.
6. Alexander R. G. Alexander Discipline. Contemporary concepts and philosophies. — Ormco, 1986.
7. Collett T. Rationale for Removable Retainers. — J Clinical Orthodontics, 1998, 32: 667-669.
8. Dahl E. H., Zachrisson B. U. Long-term experience with direct-bonded lingual retainers. — J Clinical Orthod, 1991, 25: 619-630.
9. Little R. M. Stability and relapse of dental arch alignment. — Br J Orthod, 1990, 3: 235-241.
10. Nanda R. Esthetics strategy and biomechanics in clinical orthodontics, WB Saunders CO, Philadelphia, PA, 2005.
11. Proffit W. Contemporary Orthodontics, Mosby, 2007.
12. Zachrisson B. U. Important aspects of long-term stability. — J Clinical Orthodontics, 1997, 31: 562-583.
13. Zachrisson B. U. Different ways of retention with the use of adhesive retainers. — World J Orthod, 2007, 8: 190-196.

Первый российский нейлоновый материал Эвидсан Дент и термопресс ТСП-02 для изготовления съемных зубных протезов

И. Ю. ФРОЛОВ, заместитель генерального директора ООО «Эвидент плюс», г. Щелково, Московской области.

Достаточно часто возникают ситуации, когда человеку по тем или иным причинам не показаны импланты. В таком случае съемный зубной протез является единственно приемлемым для него вариантом. И что немаловажно, практически каждый пациент может позволить себе изготовить зубной протез — как по денежным средствам, так и по состоянию полости рта и зубов. В этом смысле съемный протез представляет собой самый демократичный вид протезирования.

На сегодняшний день в стоматологии предлагаются различные виды протезирования, когда отсутствующие зубы можно восстановить с помощью разнообразных материалов многими способами.

Так, для изготовления съемных зубных протезов широко применяются различного рода пластмассы, которые, несомненно, имеют ряд определенных преимуществ: имеют эстетичный вид, травмобезопасны, и что не менее важно — они намного дешевле, чем, например, металлокерамические протезы.

Однако известно, что одной из серьезных проблем в съемном протезировании является то, что протезы имеют в своем составе акриловую пластмассу, в основе которой содержится свободный метиловый эфир метакриловой кислоты, которая является **протоплазматическим ядом**. Это вредное вещество постепенно, путем диффузии, перемещаясь к поверхности, раздражает прилегающие ткани и может вызывать бластоматозный рост.

Другим существенным недостатком зубных протезов, изготовленных из акриловых пластмасс, является то, что находящийся в ней **мономер** не только оказывает отравляющее действие на организм человека, но и может вызывать у него **аллергические реакции** общего и местного характера, что подтверждается многочисленными научными исследованиями и публикациями по данной проблеме.

Кроме того, при использовании такого зубного протеза в микропорах акриловой пластмассы может скапливаться большое количество бактерий, что требует соответствующего ухода за ним.

Да и весят они прилично из-за наличия в их конструкции

металлических элементов, что зачастую не исключает их поломки — они могут легко ломаться. Больше того, под некоторые конструкции протезов нужно обтачивать две пары соседних зубов.

Поэтому попытки сделать съемные протезы более функциональными, комфортными в пользовании и эстетичными по внешнему виду предпринимаются постоянно.

За последние 10 лет для целей съемного зубного протезирования на российском стоматологическом рынке появилась целая гамма новых стоматологических материалов, технологий и установок, как зарубежных, так и отечественных производителей.

Эти новые материалы и технологии протезирования стали достойной альтернативой изготовлению бюгельных и клammerных конструкций зубных протезов, уверенно вытесняя акриловые полные и частичные протезы. Отсутствие в этих материалах мономера делает их просто незаменимыми в имплантологии и в протезировании пациентов, страдающих аллергическими реакциями.

Отдельной позицией среди всех видов пластмасс, применяемых в последнее время в стоматологии для изготовления съемных зубных протезов, выступают термопласты, к которым относится и нейлон.

Это сравнительно молодое направление, которое завоевывает все большее число сторонников, так как по сравнению с акриловыми пластмассами термопласты более однородны и эластичны. Кроме того, они в 5-10 раз превосходят их по прочности и позволяют изготовить частичный съемный протез, который будет надежно фиксироваться во рту пациента.

Сейчас большинству стоматологов уже известны зубные протезы, изготавливаемые из нейлона, уникальные свойства которого выгодно отличают его от других материалов, применяемых в съемном протезировании. В первую очередь, это легкость и прочность конструкции съемного зубного протеза при высокой его эластичности и прозрачности материала, из которого изготовлен протез, а также отсутствие вредных выделений в течение всего срока службы изделия. Эти уникальные свойства нейлона позволяют объяснить появление на российском рынке данной продукции,

изготовленной в Израиле, Германии, Аргентине и США. Этими же уникальными свойствами нейлона также можно объяснить и растущие объемы его использования в зубоортодонтической практике для указанных выше целей.

Анализ многочисленных научных работ, опубликованных как в медицинской, так и в технической специализированной литературе, позволил нам выявить следующие основные преимущества нейлоновых протезов:

1. У нейлоновых протезов по сравнению с протезами, изготовленными из акриловой пластмассы, фиксирующими устройствами являются не металлические крючки или замки, а альвеолярно-дентальные кламмеры, которые малозаметны, так как изготавливаются из полупрозрачного материала, имеющего естественный цвет десны. Благодаря этому свойству нейлоновые протезы имеют более эстетичный вид, который как раз и основан на их полупрозрачности и маскировке под цвет десны, а также незаметной для посторонних глаз фиксации протеза дентоальвеолярными кламмерами.

2. Нейлоновые протезы не вызывают аллергических реакций у людей, чувствительных к таким химическим соединениям, как акрил, винил, латекс и различного рода металлам и стоматологическим сплавам, не оказывают токсического воздействия. Поэтому нейлоновый зубной протез — это единственный выход для тех пациентов, которые страдают аллергией, и прекрасный выбор для тех, кто хочет предотвратить накопление аллергенов в своем организме.

3. Нейлоновые протезы могут быть рекомендованы тем, кто страдает заболеваниями пародонта, так как они очень легки, не натирают десну, позволяют равномерно распределять жевательную нагрузку на ткани пародонта и не оказывают давления на оставшиеся зубы.

4. Так как сам нейлон является абсолютно негигроскопичным материалом, то изготовленный из этого материала зубной протез не впитывает в себя влагу и запахи, а также микрофлору полости рта, что исключает возможность собирать на его поверхности микроорганизмы. А это означает, что он защищен от болезнетворных микроорганизмов, вызывающих воспалительные процессы во рту. Кроме того, нейлоновые протезы не требуют сложного специализированного ухода, что также является большим плюсом.

5. Нейлоновые протезы имеют малую толщину и вес, что избавляет пациента от чувства тяжести и дискомфорта во рту. При неравномерной жевательной нагрузке они не деформируются и не изменяют свою форму, так как имеют высокую эластичность и повышенную прочность и поэтому их трудно сломать. Данное обстоятельство позволяет рекомендовать их спортсменам и любителям экстремального спорта.

6. Нейлоновые протезы имеют уникальную особенность, которая заключается в том, что не надо обтачивать соседние зубы — они полностью сохраняются при замещении отсутствующих зубов.

7. При изготовлении нейлонового протеза не требуется установка коронок на опорные зубы. Поэтому они идеально подходят, как для замещения частичных дефектов, так и при необходимости установки полных съемных протезов.

8. Фиксация нейлоновых протезов в полости рта намного лучше и надежнее, что позволяет пациентам привыкнуть к ним значительно быстрее, чем к протезам, изготовленным из акриловых пластмасс.

Как материал нейлон известен давно. Однако для целей зубного протезирования он начал применяться с 60-х годов прошлого века. В нашей стране он стал известен лишь в последние годы благодаря практической деятельности и рекламной кампании фирмы «Valplast» (США), которая считается мировым лидером в этой области.

На российском рынке стоматологических товаров отечественный нейлон и надежное оборудование для изготовления нейлоновых зубных протезов появились совсем недавно.

Впервые отечественный нейлон Эвидсан Дент, разработанный фирмой «Эвидент плюс», был представлен на международной выставке «Здравоохранение-2008». В настоящее время этот материал изготавливается по заказу фирмы «Эвидент плюс» на производственной базе ФГУП «ЦИТО» Росздрава.

Основные характеристики материала нейлон Эвидсан Дент

Наименование показателя	Материал		
	Эвидсан	Valplast	Flexy
Модуль упругости при изгибе, МПа	1407	1380	1280
Показатель текучести (melt flow index) при 235 °C/2,16 кг, см ³ /10 мин.	10,5	39,4	-
Прочность при растяжении, МПа	75	-	-
Водопоглощение, мкг/мм	19	-	-

Примечание: Данные по Valplast и Flexy получены нами путем лабораторных измерений.

Отечественный нейлон Эвидсан Дент хорошо полируется, а специально разработанный для него краситель выдерживает нагрев гранул нейлона в картридже при температуре до 295 °C, регистрируемой на рабочем цилиндре литьевого оборудования. При этом, что очень важно, стандартную интенсивность окраски изготов-

ливаемых протезов можно изменять. Так, по желанию заказчика фирмой «Эвидент плюс» могут быть выпущены специальные партии нейлона, окрашенные по согласованному эталонам.

Нейлон Эвидсан Дент поставляется в герметично упакованных картриджах диаметром 28 и 25 мм или россыпью в пакетах из газонепроницаемой пленки с любой необходимой потребителю дозировкой.

По сравнению с известными зарубежными аналогами основными отличиями нашего нейлона марки Эвидсан Дент являются следующие:

1. Большой модуль упругости, благодаря чему достигается более надежная фиксация протеза.

2. Нейлон марки Эвидсан Дент выдерживает нагрев материала до 295 °C без выгорания красителя.

3. Материал Эвидсан Дент изготовлен из специального полупрозрачного состава. Поэтому нейлон марки Эвидсан Дент имеет высокую степень прозрачности и оптимально подходит для изготовления бюгельных протезов с нейлоновым базисом.

4. По требованию заказчика имеется возможность подбора индивидуальных вариантов цвета материала.

5. Материал легче полируется в сравнении с другими марками нейлона.

6. Готовая продукция упаковывается в двухслойную пленку, что позволяет исключить проникновение влаги в материал и, следовательно, не нужно приобретать термошкаф для хранения и сушки материала.

Материал полимерный базисный для изготовления зубных протезов Эвидсан Дент по ТУ 9391-005-75254505-2007 приказом Росздравнадзора от 03.09.2008 г. № 7054-Пр/08 разрешен к производству, продаже и применению на территории РФ (рег. уд. № ФСР 2008/02500).

Фирмой «Эвидент плюс» для изготовления зубных протезов из нейлона методом горячего впрыска (инжекционное литье) также разработан и серийно выпускается термопресс ТПС-02, который позволяет осуществлять следующие функции:

— обеспечивает разогрев нагревателя вместе с кюветой до заданной температуры с последующим ее регулированием;

— обеспечивает возможность выдержки картриджа с нейлоном и впрыск в автоматическом режиме.

Основными достоинствами термопресса ТПС-02 является то, что он позволяет обеспечить полную автоматизацию процесса изготовления зубного протеза. Зубному технику достаточно только установить картридж в прогретую установку, закрепить кювету, а затем нажать кнопку запуска соответствующей программы, и установка сама в автоматическом режиме завершит процесс литья.

Электроника, которой оснащен термопресс, позволяет строго контролировать все параметры литья, включая температуру и время, что обеспечивает абсолютную предсказуемость результата, который никак не зависит от внешних условий. Кроме того, термопресс ТПС-02 может быть легко перепрограммирован для работы с другими материалами, отличными от нашего нейлона.

Термопресс ТПС-02 компактен, удобен в работе и надежен в эксплуатации, а его вертикальная компоновка является единственно правильной для литьевой машины данного класса, так как настенный монтаж установки дает огромное преимущество перед настольными вариантами.

Стоимость нашего термопресса ТПС-02 — ниже всех представленных на российском рынке аналогов, а его эксплуатационные возможности и тактико-технические данные ничуть не уступают лучшим зарубежным аналогам.

Основные технические характеристики термопресса ТПС-02

Напряжение питания, В	220 (-15...+10%)
Частота, Гц	50
Потребляемая мощность, ВА	560 ±7%
Напряжение питания пневмораспределителя, В	24
Рабочая среда	Очищенный сжатый воздух с содержанием масла или без него, не ниже кл. 7 по ГОСТ 17433-80 (азот)
Макс. рабочее давление, МПа	0,9
Макс. ход штока пневмоцилиндра, мм	100
Усилие при макс. давлении, кгс	1000
Допустимая макс. рабочая температура, °C	300
Режим работы	длительный
Габаритные размеры, мм	610 x 390 x 145
Вес, кг	21
Установка пресса	Вертикальная, на стену

Термопресс для изготовления зубных протезов ТПС-02 по ТУ 9452-006-7554505-2008 имеет сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ25.Н02359 и приказом Росздравнадзора от 15.04.2009 г. № 2980-Пр/09 разрешен к производству, продаже и применению на территории РФ (рег. уд. № ФСР 2009/04737).

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

Окончание. Начало на 16-й стр.

7.2.4. Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование).

7.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе «А»¹ и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

¹ СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований»; зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2003 г., рег. № 4282. СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)»; зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2009 г., рег. № 14534.

7.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете

7.3.1. В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА х мин.)/неделя. Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, не требуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению, вентиляции, отоплению.

7.3.2. Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

схему размещения рентгеновского аппарата;

расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

7.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

7.3.4. Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы «А». Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

7.3.5. Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения

этого условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

7.4. Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензий

7.4.1. Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;

санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений (ИИИ);

санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;

заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;

санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);

эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;

технический паспорт на рентгеновский кабинет;

протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;

протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;

протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;

акты проверки заземления;

акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);

заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы «А» предварительных и периодических медицинских осмотров;

приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отнесении их к персоналу группы «А»;

приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;

документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;

программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);

наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;

инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;

журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;

карточки учета индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы «А».

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

8.1.1. Мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога — не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение — индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбирочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

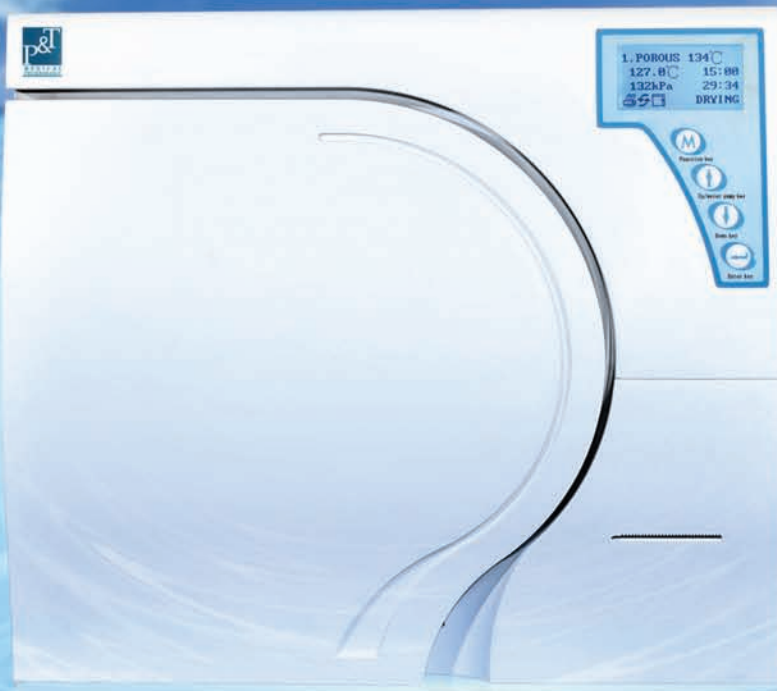
8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

8.2. Требования к санитарному содержанию помещений

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное — с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам — между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях — по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дез-



Автоклавы В класса

- › Функция предвакуума
- › Вакуумная сушка
- › 8 программ стерилизации
- › Температура стерилизации 121 °С, 134 °С
- › Автоматическое управление
- › LCD-дисплей
- › Автоматическая/ручная подача и слив воды
- › Возможность подключения к ПК
- › Принтер (опция)
- › Объем камеры 23 л
- › Глубина камеры 450 мм
- › Габаритные размеры: 632x443x475 мм
- › Лотки из нержавеющей стали – 3 шт.
- › Вес: 57 кг

Современные средства стерилизации



Дистилляторы

Упаковочные машины

Ультразвуковые ванны

от 0,004 л до 100 л

Аппараты для чистки и смазки наконечников

ОФИЦИАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ПО ПФО В Н. НОВГОРОДЕ ПРЕДЛАГАЕТ ПРОДУКЦИЮ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛИДЕРОВ

ПРАЙС-ЛИСТ НА 01.09.2011 г.

НДС не облагается.

ОБОРУДОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА ФГУП ГРПЗ «КАСИМОВСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД»

Наименование изделия	Цена, руб.
Стерилизатор воздушный ГП-20 МО	12 000
Стерилизатор воздушный ГП-20-Ох-«ПЗ»	15 950
Стерилизатор воздушный ГП-40 МО	13 500
Стерилизатор воздушный ГП-40-Ох-«ПЗ»	17 050
Стерилизатор воздушный ГП-80 МО	15 500
Стерилизатор воздушный ГП-80-Ох-«ПЗ»	20 000
Стерилизатор воздушный ГП-160-«ПЗ»	40 250
Стерилизатор воздушный ГП-320-«ПЗ»	63 250
Стерилизатор воздушный ГП-320-«ПЗ» (с опосредованным охлаждением стерилизуемых изделий внутри камеры)	74 750
Стерилизатор воздушный ГПД-320-«ПЗ» (проходного типа) (с опосредованным охлаждением стерилизуемых изделий внутри камеры)	98 325
Стерилизатор воздушный ГП-640 ПЗ	150 000
Стерилизатор паровой ГПа-10 ПЗ	63 670
Стерилизатор паровой ГКа-25 ПЗ	78 000
Стерилизатор паровой ВКа-75 ПЗ полуавтомат	85 000
Стерилизатор паровой ВКа-75-Р ПЗ растворный	101 000
Стерилизатор паровой ВКа-75 ПЗ инструментальный	108 000
Камеры для хранения стерильных изделий УФК-1, УФК-2, УФК-3	от 4 500



ОБОРУДОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА ОАО «СМОЛЕНСКОЕ СКТБ СПУ»



Наименование изделия	Цена, руб.
Шкаф сушильный ШС-80-01 СПУ (t° до +200 °С, аналог ШСС, камера из нерж. стали)	11 600
Шкаф сушильный ШС-80-01 СПУ (t° до +350 °С, аналог СНОЛ, камера из нерж. стали, вентилятор)	30 100
Стерилизатор ГП-20 СПУ воздушный «стандарт»	14 700
Стерилизатор ГП-20 СПУ воздушный «бюджетный»	10 800
Стерилизатор ГП-40 СПУ воздушный «стандарт»	15 800
Стерилизатор ГП-40 СПУ воздушный «бюджетный»	12 060
Стерилизатор ГП-80 СПУ воздушный «стандарт»	18 400
Стерилизатор ГП-80 СПУ воздушный «бюджетный»	14 100
Подставки под ТС, ШС, ГП (облагается НДС)	3 500
Печь муфельная ЭКПС 10 (тип СНОЛ, рабочая камера из МКРВ, одноступенчатый микропроцессорный регулятор)	26 300
Печь муфельная ЭКПС 10 (тип СНОЛ, рабочая камера из МКРВ, многоступенчатый микропроцессорный регулятор, автономная вытяжка)	31 700

СТЕРИЛИЗАТОРЫ ПАРОВЫЕ ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА:

Автоклавы класса В «YouJoy», Корея:

12L-LED-B – 2400\$ | 15L-LED-B – 2700\$ | 17L-LCD-B – 3400\$ | 22L-LCD-B – 3700\$

Автоклавы «P&T Medical», Китай:

ВТД 17 – 3300\$ | ВТД 23 – 3795\$

- **Вся продукция проходит трехступенчатый контроль качества.**
- **Продукция всегда в наличии.**
- **Доставка по Нижнему Новгороду бесплатно.**
- **Пуско-наладочные работы проводятся представителем завода-изготовителя.**
- **Гарантийное и постгарантийное обслуживание.**

По вопросу приобретения вышеперечисленной продукции обращайтесь
ТЕЛ. (831) 410-69-77, ТЕЛ./ФАКС (83171) 6-66-11, МОБ. ТЕЛ. 8-910-879-02-69, E-MAIL: SHEV91@LIST.RU.

Мы уверены – Вы уже сделали правильный выбор!

инфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное — с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам — между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях — по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил.

8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения

8.3.1. Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

8.3.2. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное — с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам — между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях — по микобактериям туберкулеза).

8.3.3. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее — раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

8.3.4. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструктивные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т.п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно — до удаления

видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

8.3.6. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискового материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях — стерилизационных (автоклавных), с выделением «чистых» и «грязных» зон и соблюдением поточности.

В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

8.3.12. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

8.3.13. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной — 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке — 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

- стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пилососы;

- ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

- хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

- лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В газсперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный

метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрельборы, каналонаполнители и др.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно

к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала и инструкцией по его применению.

8.3.21. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;

при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер — на стерильном столе не более 6 ч. Изделия медназначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 ч. после их вскрытия.

8.3.22. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, до-

пускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации инструментов.

8.3.23. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

8.3.24. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

8.3.25. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

8.3.26. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

ООО «Сентек»

606002, Нижегородская область, г. Дзержинск, ул. Рабочая, д. 12.

Тел./факс (8313) 36-05-83, моб. тел.: 8-903-604-78-74, 8-903-057-72-27.

E-mail: sentech@mail.ru, sentech.nn@mail.ru.

Оборудование для дезинфекции помещений

- Лампы медицинские бактерицидные — от 120 руб.
- Лампы медицинские галогенные Osram, Philips для стоматологии.
- Облучатели бактерицидные настенные, потолочные, переносные, передвижные с лампами от 550 руб.
- Облучатели-рециркуляторы медицинские бактерицидные настенные, передвижные — от 2690 руб.
- Светильники диагностические и хирургические (в т.ч. передвижные).
- Стерилизаторы.
- Камеры для хранения стерильных инструментов.
- Полимеризатор стоматологический светодиодный «Астролукс» — 5500 руб.

ДОСТАВКА ПО НИЖНЕМУ НОВГОРОДУ БЕСПЛАТНО.



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*.



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

— Сегодня, в век частной стоматологии и широких возможностей, пациенты зачастую обращают слишком много внимания на антураж клиники, не понимая, что все это не гарантирует строгого инфекционного контроля. Наши пациентов, ранее не избалованных мраморными полами и позолоченными ручками дверей, старательно заманивают коврами в приемной и «плазмой» в полстены. Пациенты, сидя в ожидании «чудо-стоматолога» на обитом шелком итальянском диване, расслабляются и не всегда подумают о том, что любое наше вмешательство по своей сути является хирургическим, ведь мы при проведении большинства манипуляций нарушаем целостность покровных тканей. Отсюда, по моему мнению, и должны складываться именно хирургические требования к безопасности лечения. Возможность обезопасить больного от перекрестной инфекции, наряду с мерами по дезинфекции и стерилизации, нам дают одноразовые инструменты. И если в клиниках сегодня уже привычно относятся к рециркуляторам воздуха, одноразовым перчаткам и эвакуаторам слюны, то со стоматологическими наконечниками пока не везде обращаются должным образом. Стыдно признать, что во многих клиниках наконечник просто протирают стерильной влажной салфеткой после каждого пациента, на чем «дезинфекция» заканчивается...

— 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.

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?

— 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.

— Не все так плохо. Настал век одноразовых инструментов. Вспомните, какой диковинкой были когда-то в 80-90-х годах одноразовые шприцы и эвакуаторы слюны. Сейчас ассортимент одноразовых приспособлений для стоматологии представлен довольно широко: зонды, зеркала, пинцеты, гладилки. Во всем мире одноразовые стоматологические инструменты давно стали использовать для уменьшения риска возникновения перекрестной инфекции.

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 препарируемой поверхности, так и на уровень вибрации и шума. Без надлежащего ухода ротор может выйти из строя. Одноразовый турбинный наконечник функционирует аналогично металлическим наконечникам. 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 тратьаться на дезсредства.

— Получается, что многоразовые 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 приобретать 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

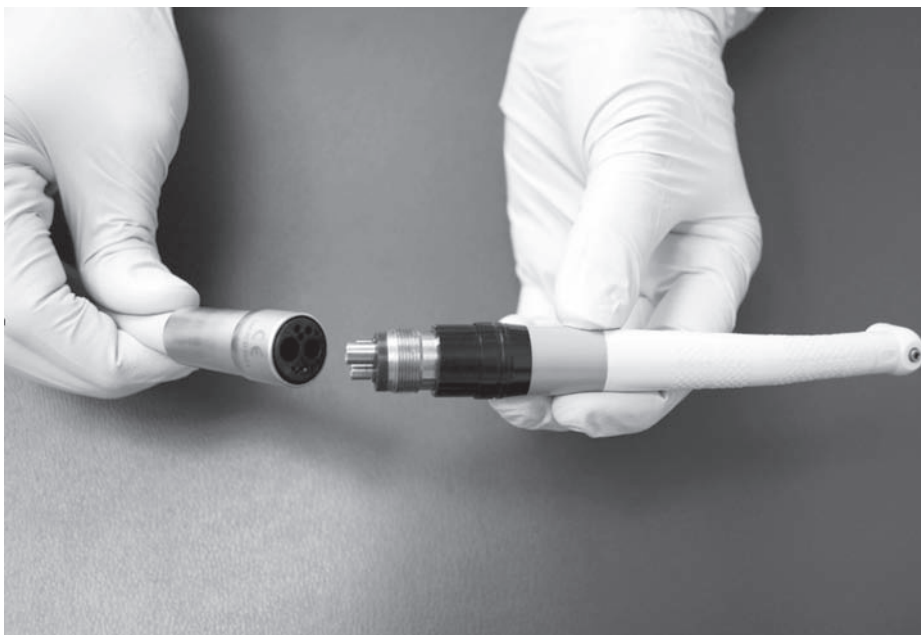
разовых инструментов большое будущее. Можно, например, сделать одноразовые стерильные комплекты, куда будет входить полный набор инструментов для приема и одноразовый наконечник. Я уверена, что такие предложения займут достойное место на рынке стоматологической продукции.

— 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-

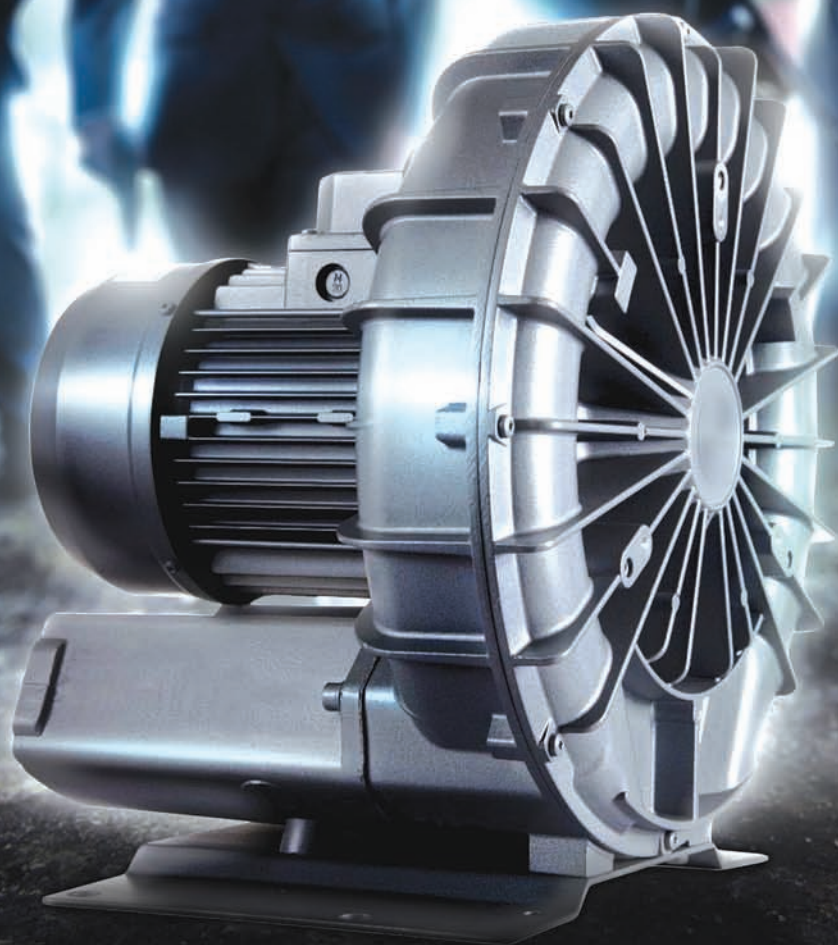
иммунной системой (страдающие хроническими общесоматическими и аутоиммунными заболеваниями, находящиеся на лечении по поводу онкологических заболеваний, стоящие на учете в наркологическом или туберкулезном диспансере). Эти пациенты составляют группу риска не только по передаче инфекции, но и по восприимчивости 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.



DAHE

профессиональные
аспирационные
системы



Выполняют всю грязную работу



119571, г. Москва, Ленинский проспект, 156 | Тел. +7 (495) 434-10-27

Горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820

www.unident.ru | unident@unident.net | ornt@unident.net



Справочник

**«СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ»****ВСЕГДА
ПРАЗДНИК!****14-й
выпуск****NEW!****Сентябрь 2011**

Издательство «Человек»

199004, Санкт-Петербург, В.О., Малый пр., 26, офис 2. Тел./факс: (812) 325-25-64, 328-18-68
mail@mirmed.ru, zakaz@mirmed.ru www.mirmed.ru

Итоги главного весеннего форума по стоматологии на Северо-Западе

С 16 по 18 мая в Санкт-Петербурге в ВК «Ленэкспо» специалисты стоматологической отрасли обсудили наиболее актуальные вопросы в рамках Петербургского стоматологического форума «Стоматология-2011».

Организаторы форума — компании «Примэкспо» (Санкт-Петербург), официальный партнер «ITE Group plc» (Лондон) и ВК «ДенталЭкспо» (Москва).

Официальную поддержку форуму оказали Стоматологическая ассоциация России (СтАР), Ассоциация российских торговых и промышленных предприятий стоматологии «Стоматологическая индустрия» (РоСИ) и Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга.

Чтобы представить профессиональному сообществу новейшее оборудование и расходные материалы, в городе на Неве собрались лидеры рынка стоматологической индустрии. В выставке приняли участие 106 компаний. За три дня экспозицию посетили более 5300 специалистов.

Традиционно организаторы уделили особое внимание лекционной части форума, наиболее ценной для профессиональных посетителей. Экспоненты смогли не только осветить свои разработки, но и достичь конструктивного диалога между всеми участниками рынка. В этом году деловая программа выставки стала еще более содержательной, информативной и полезной для стоматологов. Мероприятия собрали рекордное количество слушателей — более 1050 специалистов отрасли из 34 городов и 10 стран мира (Франции, Эстонии, Израиля, США, Латвии Литвы, Казахстана, Азербайджана, Украины и России) приняли участие в конференциях, симпозиуме, семинарах и мастер-классах.

Кроме уже ежегодных конференций деловая часть форума дополнилась новыми мероприятиями. Впервые в рамках форума прошло совещание руководителей стоматологических служб Северо-Западного федерального округа «Проблемы развития стоматологии и организация стоматологической помощи в современных условиях», которое открыл президент Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга Е. О. Данилов. С основным докладом на совещании выступил главный стоматолог Минздравсоцразвития России О. О. Янушевич. Его речь была посвящена работе стоматологических учреждений в системе ОМС, квалификационным характеристикам специалистов, изменению типа государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. В прениях по докладу выступили президент Стоматологической ассоциации России В. Д. Вагнер, главный стоматолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Б. Т. Мороз и др. Всего в совещании приняли участие около 80 человек, представляющих стоматологические организации Санкт-Петербурга, Республики Карелия, Архангельской, Вологодской, Ленинградской, Мурманской, Новгородской и Псковской областей.

Вопросу применения новых технологий в стоматологической практике был посвящен 5-й симпозиум «Внедрение новых технологий в стоматологическую практику», где в первый день («день терапии») специалисты рассмотрели особенности работы с адгезивными системами разных поколений, новые направления в современной эндодонтии, эстетическое и фун-

кциональное (биомеханическое) восстановление зубов, минимально инвазивные методики препарирования твердых тканей зубов, роль отбеливания в комплексной реабилитации полости рта.

Второй день был посвящен современным особенностям имплантологии, а именно, основным принципам снятия высокоточных слепков, планированию дентальной имплантации на основе данных КТ с использованием статических навигационных систем, костнопластическим операциям на альвеолярном гребне, реабилитации пациентов при полной адентии, профилактике и лечению мукозита, перимплантита.

Своим опытом на этом 2-дневном симпозиуме поделились ведущие специалисты: А. В. Салова, Е. А. Устинова, Т. В. Гринева, Т. А. Густарева (Снегирева), И. В. Корнетова, С. А. Балабанников, П. С. Юдин, А. В. Васильев, Ф. Р. Кики и др.

В ходе 16-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии» вниманию профессионалов было представлено 146 докладов. На конференции выступили специалисты из 23 российских регионов и 5 стран мира. Событие прошло под председательством главного челюстно-лицевого хирурга Ко-

митета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга В. А. Козлова.

С большим интересом со стороны слушателей прошла 6-я научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний», где специалисты обсудили вопросы коррекции прикуса в детском возрасте, методы лечения кариеса зубов у детей, хирургические аспекты стоматологии детского возраста и многое другое.

Также в рамках форума прошли 30 мастер-классов и 16 семинаров от компаний-участниц и признанных профессионалов стоматологической отрасли, среди которых «Дентал АВ», «Н-Селла», «Северо-Западная Медицинская Компания», «ВАЛЛЕКС М», «РауДенталл», «АРКОМ», «Имплай-Мед», «Пикассо» и многие другие.

Пришедшие на выставку специалисты смогли обучиться новым методам и технологиям во всех областях отрасли: хирургии, эндодонтии, эстетической реставрации, терапии, ортодонтии и др.

Форум «Стоматология Санкт-Петербург» — значимое профессиональное событие, отличная площадка для развития бизнеса, демонстрации последних разработок и место встреч профессионалов.

25-27 ОКТЯБРЯ 2011
Санкт-Петербург
Ленэкспо

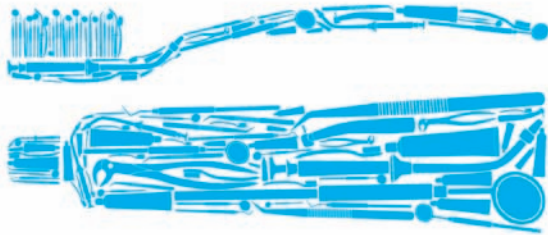
Международный стоматологический форум
ДЕНТАЛ-ЭКСПО
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

При поддержке:

Организаторы:
Тел.: +7 (812) 380 6006/00, med@primexpo.ru
Тел./факс: +7 (495) 921 4069, region@dental-expo.com

Профессионально о новом в стоматологии!

dental-expo.primexpo.ru
www.dental-expo.com/spb



29 НОЯБРЯ – 1 ДЕКАБРЯ 2011

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Специализированная выставка стоматологического оборудования, инструментария, расходных материалов и стоматологических услуг

в рамках всероссийского конгресса
«СТОМАТОЛОГИЯ БОЛЬШОГО УРАЛА. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

Организатор выставки

Выставочный центр «Пермская ярмарка»,
член Российского союза выставок и ярмарок

Организатор конгресса

Пермская региональная ассоциация
стоматологов

Официальная поддержка:

Министерство здравоохранения
Пермского края, Управление
здравоохранения города Перми,
Стоматологическая ассоциация России,
Стоматологическая ассоциация
Свердловской области



Выставочный центр
ПЕРМСКАЯ ЯРМАРКА

Место проведения
Специализированный
выставочный комплекс
«Пермская ярмарка»

614077, Россия, Пермь,
бульвар Гагарина, 65
(+7 342) 262-58-58
www.expoperm.ru

Время работы выставки
29 ноября: 10.00-18.00
30 ноября: 10.00-18.00
1 декабря: 10.00-17.00

27-29
ОКТАБРЯ **2011**
СОЧИ

МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ
ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2011

ЭКСПОМЕД
XII специализированная выставка медицинского оборудования, технологий и фармпрепаратов для здравоохранения

КУРОРТНАЯ МЕДИЦИНА
XI специализированная выставка оборудования и технологий для курортной и восстановительной медицины, здорового образа жизни

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
I специализированная выставка оборудования и технологий
КОНФЕРЕНЦИИ, МАСТЕР-КЛАССЫ, СЕМИНАРЫ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ

XII Всероссийская научно-практическая конференция
«ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИИ. Сочи 2011»

КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
всех специальностей

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ:

ОРГАНИЗАТОР: Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»
тел.: (8622) 647-555, (495) 745-77-09, доб.105
m.pisarenko@sochi-expo.ru, www.sochi-expo.ru

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР:
Группа компаний «Ивент-Сервис»

Московская Международная стоматологическая выставка

16-19
ноября
2011



**MOS EXPO
DENTAL**

Московская Международная Стоматологическая
В ы с т а в к а

**Гостиный
Двор**

Международный Форум “Стоматология в Гостином”

При поддержке: Правительства Москвы,
МТПП РФ, Департамента Здравоохранения г. Москвы, ООО “ТД Шатер”,
ЦНИИС и ЧЛХ Минздрава РФ, СтАР, РоСИ, РАСТИ, РМАПО, РУДН, АЧСК.

Россия, 109012, Москва,
Гостиный Двор, ул. Ильинка д.4

Тел.: + 7 (495) 698 12 52
Факс: + 7 (495) 698 12 75
e-mail: info@mosexpodental.com
www.mosexpodental.com



XII специализированная выставка



18-20 октября

ДЕНТАЛЭКСПО СТОМАТОЛОГИЯ УРАЛА 2011



Второй открытый
Чемпионат зубных техников

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ИНФОРМАЦИИ АНАЛИЗА
И МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИИ

КОНТАКТЫ В УФЕ:
ЛИГАС LIGAS
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. Усевича, 8А
тел.: +7 (495) 921-40-69
e-mail: info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

БЕЛГОРОДСКАЯ
ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ
ПАЛАТА



БЕЛЭКСПОЦЕНТР

12-14 октября 2011



**X межрегиональная
специализированная
выставка**

СТОМАТОЛОГИЯ

Тел./факс: (4722) 58-29-40, 78-36-40, 58-29-41
E-mail: belexpo@mail.ru
www.belexpocentr.ru
г. Белгород, ул. Победы, д. 147а

ВЫСТАВКА 9-11 ноября

ДЕНТАЛ-ЭКСПО САМАРА 2011



МИР
СТОМАТОЛОГИИ
САМАРА

14-я межрегиональная
специализированная
выставка-форум

г. САМАРА, ул. Мичурина, 23А тел.: +7(846) 279-04-89
www.expo-volga.ru

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

СООРГАНИЗАТОР
DENTALEXPO®

ЭКСПО-ВОЛГА
ВЫСТАВКИ ДЛЯ ЛИДЕРОВ

25
ЛЕТ

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ
Выставочный центр "Ростов Экспо"
Тел./факс.: +7 (863) 263 12 28 / 29
expo@aanet.ru www.rostovexpo.ru

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

23-25 ноября
Ростов-на-Дону

Всероссийская научно - практическая конференция
"АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ"

WWW.ROSTOVEXPO.RU

РОСТОВ ЭКСПО

генеральный
информационный
партнер

Место проведения: Дворец Спорта, пер. Халтуринский, 103



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет



Российская
Академия
Медицинских
Наук

DENTALEXPO®

20-22
ФЕВРАЛЯ
2012



9-й Всероссийский стоматологический форум

ДЕНТАЛ-РЕВЮ

ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

МОСКОВСКАЯ
ВЫСТАВКА-ЯРМАРКА

Научно-практическая
конференция

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

качество в пародонтологии

качество в эндодонтии

качество в эстетической стоматологии

качество реабилитации больных с дефектами лица и челюстей

качество жизни стоматологического больного

качество в дентальной имплантологии

качество в ортопедической стоматологии

управление качеством стоматологической услуги

повышение качества стоматологического оборудования

МОСКВА
Крокус Экспо
павильон 2
м. Мякинино



На правах рекламы

Оргкомитет
конференции:

☎ (+7 495) 684-53-40
@ dental-revue@mail.ru
www.msmsu.ru

Оргкомитет
выставки:

☎ (+7 495) 921-40-69
@ info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

DENTAL[®]
SALON

31-й МОСКОВСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

23-26

апреля, 2012

МОСКВА, КРОКУС ЭКСПО
ПАВИЛЬОН 2, ЗАЛЫ 7, 8

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
САЛОН 2012

ВЫСТАВКА / КОНФЕРЕНЦИЯ

DENTALEXPO[®] 

www.dental-expo.com



На правах рекламы

Генеральные
информационные
партнеры

Стоматологический
СЕРВИС

DENTAL TRIBUNE
The World's Most Influential Dental News Site

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

7 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 «Алденд Плюс»: 196240, г. Санкт-Петербург, ул. Варшавская, д. 69, корп. 3, лит. А, пом. 14Н.
Тел./факс: (812) 450-43-03, e-mail: aldent@mail.ru, <http://www.aldent.su>