

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

ноябрь 2012

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ

с п е ц ы п у с к

Dr. Domenico Massironi в Москве!



6 декабря

Практический курс препарирования под полные коронки с созданием уступа по типу «Модифицированный желоб»

7 декабря

Практический курс препарирования под виниры

8 декабря

Семинар «ТОЧНОСТЬ И ЭСТЕТИКА. Проблемы и перспективы ортопедических реставраций»



Официальный дистрибьютор продукции KOMET@GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG, Germany Компания DMG

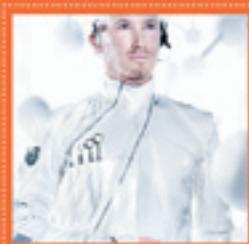
Контактные телефоны организаторов:
Екатерина +7 915 0335305
Дмитрий +7 985 2749661

Тел.: (499) 400-06-61

e-mail: dmgstom@yandex.ru | www.dmgstom.ru

ПРОВЕРКА ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА

новый сервис от компании крафтвэй



1. Продукты - участники

С 26 марта 2012 года: все товары производства Джи Си Корпорэйшн (Япония)

С 5 апреля 2012 года: все эндодонтические инструменты и боры производства Мани (Япония)

С 15 апреля 2012 года: материал Каласепт (Нордиска Дентал, Швеция)

2. Проверка подлинности

Произвести проверку - просто!



1. Сотрите защитное поле на стикере.
2. Введите: e-mail, имя, номер кода, защиту от робота.
3. Результат проверки - на экране!

3. Получение приза

Регистрируя код, Вы можете не только проверить подлинность товара в режиме on-line, но и получить подарок! Если номер кода с приобретенного Вами товара окажется счастливым, Вы мгновенно узнаете о своем выигрыше.

Чем больше продуктов Вы зарегистрируете, тем выше Ваши шансы!

Пуленепробиваемая защита от подделок

Разработано и впервые применено в стоматологии компанией Крафтвэй

Ситуация на Российском стоматрынке такова, что ни один производитель уже не может не признать проблемы с подделыванием материалов. Все мы знаем не об одном конфликте, связанном с использованием стоматологами недоброкачественных, поддельных товаров. Потребитель хочет получать от врача качественные услуги и его, потребителя, совершенно не волнуют причины, по которым у него раскрошилась пломба или расцементировалась коронка через неделю после посещения стоматолога. В конечном итоге, пациент не хочет и не должен вникать в причины этого и совершенно справедливо переносит весь негатив от неудачного лечения на доктора в частности и на всю клинику в целом. Возникает вопрос - что делать?

16 ноября 2011 года мы дали старт новой программе - «Проверка подлинности товара», направленной на защиту товаров от подделок. Мы запустили защиту, которую обойти невозможно - проверку подлинности товара по индивидуальному коду, скрытому под защитной пленкой. Уникальный и 100% неповторимый код можно проверить на нашем сайте www.kraftwaydental.ru. По коду можно не только проверить подлинность товара, но и проследить всю его историю от производства до конечного потребителя, а так же выиграть приз (подробности на сайте).

За год существования наш проект стал более масштабным, мы с уверенностью можем сказать, что программа работает, врачи стали внимательнее относиться к процессу приобретения материалов и охотно сотрудничают с нами по выявлению контрафактной продукции и нечестных на руку продавцов. Настоящий профессионал прекрасно понимает, что именно он является ключевой фигурой в процессе лечения и несет всю меру ответственности за здоровье пациента. Теперь покупатели продукции, защищенной нашим стикером, могут быть абсолютно уверены, что есть способ отличить фальсификат от оригинального товара. Мы настоятельно рекомендуем возвращать некачественный товар продавцу и не тратить свои деньги на подделки.

Сегодня мы хотим поблагодарить за сотрудничество всех присоединившихся к нашему проекту и выразить надежду на дальнейшее развитие и еще более активное использование программы в среде стоматологов и дилеров стоматологической продукции.

С уважением, Крафтвэй.



129626, Москва, 3-я Мытищинская, 16
8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов России)

**Специализированный
медицинский журнал
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»****Спецвыпуск «СТОМАТОЛОГИЯ»****Крылова О. В.** — учредитель и издатель**Крылова О. В.** — главный редактор**Редакционный совет:****Быковская Т. Ю.** — министр
здравоохранения Ростовской области**Квятковский И. Е.** — министр
здравоохранения Астраханской области**Крайнюков П. Е.** — начальник
ФГУ «1602 ОБКГ» Минобороны России**Магомадов А. А.** — зам. министра
здравоохранения Республики Чечня**Мажаров В. Н.** — министр
здравоохранения Ставропольского края**Мамаев И. А.** — министр
здравоохранения Республики Дагестан**Маньшин В. П.** — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия**Натхо Р. Х.** — министр здравоохранения
Республики Адыгея**Редько Е. Н.** — министр здравоохранения
Краснодарского края**Цидаева Т. И.** — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания**Шкарин В. В.** — министр
здравоохранения Волгоградской области**Адрес редакции и издателя:**344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,
по вопросам подписки (863) 223-23-25www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ruОтпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 11б

Тираж 3000 экз. Заказ №1753

Подписано в печать 09.11.2012 г.

Зарегистрирован
Управлением Россохранкультуры
по Южному федеральному округуРегистрационный номер
ПИ № ФС 10—5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно

В соответствии со ст. 38 закона РФ
«О рекламе» ответственность за содержание
информации в рекламе несет рекламодатель**Оптимизация повторного протезирования
зубов в зависимости от состояния
опорных зубов и периодонта**

С. Ю. Максуюков, Е. С. Беликова, А. С. Иванов 2

**Хирургическое лечение периапикальной
патологии с использованием МТА и костного
трансплантата**Kovvuru Suresh K., Vineet Agrawal, Vaishali Parekh,
Ponachha KS, Rachappa, Purva Chaudhari..... 5**Развитие остеомиелита челюстных костей
на фоне лечения зометой**Л. П. Вербицкая, С. А. Нерсесянц, Н. Е. Потуремец,
М. С. Ковалев 11**Новости стоматологии 14****Использование передовых технологий
в реставрационном лечении зубов**С. В. Новгородский, И. В. Выгорко, Е. В. Мартыненко;
В. В. Мартыненко 18**Прямые реставрации полостей IV класса
с использованием техники композитной
стратификации.****Отчет о клиническом случае**

Dr. Javier Tapia Guadix, Dr. Blanca Longas Bravo 22

Клиент всегда прав?

И. И. Гусева 27

**Анатомические особенности корневой
системы зубов человека**

О. В. Тегако, М. С. Иванов 28

Оптимизация повторного протезирования зубов в зависимости от состояния опорных зубов и периодонта

С. Ю. Максюков, Е. С. Беликова, А. С. Иванов, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

При повторном протезировании больных с адентией стоматологи сталкиваются с необходимостью выбора наиболее адекватного метода и средства лечения. Проблема эффективности повторной стоматологической ортопедической помощи и стабильности ее результатов имеет отличительные особенности [2]. Они заключаются в необратимом характере заболевания, а также в вероятности его прогрессирования, а также в перспективе неизбежной замены протезов. Поэтому анализ отдаленных результатов повторного ортопедического лечения при адентии различными видами протезов, связанных с ними рисков развития осложнений дает важную клиническую информацию для прогнозирования результатов протезирования и для оценки целесообразности выбора того или иного вида протеза [1]. Помимо этого выбор конструкции протеза в соответствии с принципами рационального лечения требует учета надежности, безопасности, наименьшего количества осложнений [3]. То есть обоснованный выбор зубочелюстных конструкций возможен лишь при наличии достоверных данных о шансах и рисках применения того или иного средства лечения, а прогноз должен основываться на знании развития положительных и нежелательных влияний проведенного лечения.

Целью работы явилась необходимость оптимизировать алгоритм повторного протезирования зубов с учетом изменения состояния опорных зубов и пародонта.

Материалы и методы исследования

Аналізу подвергались результаты первичного протезирования зубов у 621 больного. Среди 621 обследованного — 267 (43,0%) получили первичное протезирование в клиниках города Ростова-на-Дону, 201 (32,4%) — в медицинских учреждениях других городов Ростовской области и 153 (24,6%) — в сельских районах Ростовской области. Возраст больных варьировал от 19 до 75 лет, в среднем составив $64,5 \pm 1,6$ лет. По полу указанную группу составили 398 (64,1%) женщин и 223 (35,9%) мужчины.

Выявленные дефекты первичного протезирования повлекли за собой повторное ортопедическое лечение больных. Были проанализированы 223 случая ошибок протезирования из клинической группы больных и дополнительно 26 наблюдений дефектного протезирования бюгельными протезами — всего 249 пациентов. Дополнительное исследование эффективности бюгельного протезирования было обусловлено тем обстоятельством, что в клинической группе случаи дефектов этого типа протезов были малочисленными.

Результаты

Для ортопедической стоматологии основным нормативным документом по стандартизации манипуляций является «Классификатор процедур в ортопедической стоматологии», основанный на «Международной классификации процедур в медицине» (ВОЗ, 1978) (International

Classification of Procedures in Medicine, 1978). Однако некоторые процедуры из этого классификатора утратили свою актуальность.

По итогам собственных результатов по клиническим осложнениям, недостаткам, причинам дефектного протезирования нами предлагается следующая система оптимизации для повторного протезирования с учетом состояния опорных зубов.

Контроль опорных зубов и периодонта для выбора типа повторного протезирования необходимо проводить с особой тщательностью. Для этого использовать не только стандартные методы — осмотр, определение степени подвижности по Энтину, длины коронковой части зуба, пародонтальных индексов (СРITN, PI), состояния костной ткани вокруг зуба по рентгенологическим снимкам, но и данные компьютерной томографии, рентгеноморфометрии и рентгеноденситометрии. При этом необходимо использовать мультиспиральную компьютерную томографию, оценивать тип и плотность тканей в объективных математических единицах Хаунсфилда (1975) (рентгеноденситометрия), а также определять оптическую плотность кортикального и губчатого вещества альвеолярных отростков (рентгеноморфометрия). При оценке качества костной ткани учитывать таблицу соответствия типов костной ткани единицам плотности по шкале Хаунсфилда: I тип костной ткани — более 1250 Н, II тип — 850—1250 Н, III тип — 350—850 Н, IV тип — 150—350 Н. При II-III типе архитектоники костной ткани, высоте альвеолярного отростка более 5 мм при повторном протезировании предпочтение отдавать имплантации.

При патологической подвижности опорных зубов (2-я и 3-я степень по Энтину) и низкой клинической коронке зуба (менее 5 мм) больным изготавливают перекрывающий протез с телескопической системой фиксации. В случае разрушения коронки опорного зуба провести ее восстановление пломбой при индексе разрушения 0,55—0,6; вкладкой — при индексе разрушения 0,6—0,8 и культевыми штифтовыми вкладками, анатомическими стекловолоконными штифтами, покрытыми слоем светополимеризуемого композита при превышении индекса 0,8. Полость под культевую штифтовую вкладку, стекловолоконный штифт должна иметь глубину до 3/4 части корня и не быть широкой для предотвращения раскола корня по вертикали. Уступ для вкладки должен быть неглубоким до 1,5 мм (борьба с расцементировкой и раскручиванием). Уступ для опорной коронки должен быть неглубоким (борьба с атрофией костной ткани).

При повторном протезировании необходимо проверять качество пломбирования корневых каналов и отсутствие деструктивных изменений у верхушки корня опорных зубов по данным компьютерной томографии. Контролировать пломбирование каналов всех корней первого моляра верхней челюсти (часто не проверяется возможное наличие четвертого канала). Активно использовать гуттаперчу, не использовать метод одной пасты. Полость

корня заполнять цементом с помощью каналонаполнителя (борьба с воздушными порами и расцементировкой вкладки). Не оставлять чрезмерный зазор (более 0,5 мм) между внутренней поверхностью коронки и культей зуба (борьба с расцементировкой опорных коронок).

При переходе от несъемного к съемному протезированию при малом количестве зубов у пациентов планировать конструкцию протеза, его границы, вид аттачмена, жесткость матрицы необходимо с учетом состояния пародонта опорных зубов, окклюзионных взаимоотношений, локализации опорных зубов, податливости слизистой оболочки протезного ложа. При съемном протезировании неправильный выбор конструкций протеза с применением аттачменов приводит почти в половине случаев к возникновению таких осложнений, как подвижность опорных зубов, резорбция костной ткани альвеолярных отростков, расцементировка опорных коронок или вкладок под опорные коронки, перелом опорных зубов и пр. Причем эти осложнения развиваются в ближайшие 8—9 месяцев после протезирования. Наличие таких ошибок, приводящих к развитию вышеуказанных осложнений, требует дополнительного комплексного стоматологического (хирургического, терапевтического) лечения, а также в связи с утратой опорных зубов к перепротезированию, объем которого существенно увеличивается.

В связи с этим оптимизацию съемного протезирования с использованием аттачменов проводить с учетом следующих обстоятельств. При II, III и IV типе атрофии альвеолярных отростков по Оксману на верхней и нижней челюсти при фиксации съемных протезов использовать аттачмены (борьба с нарушениями жевания, речи и эстетики по причине плохой фиксации). Под опору на каждое замковое крепление (аттачмен) включать не менее двух зубов. Соблюдать условия высоты и величины коронковой части зуба для соединения их к матрице аттачмена (профилактика отлома шарика матрицы по шейке). Восстанавливать параллельность в аттачмене по отношению к съемной части протеза без нарушения взаимосвязи между съемной частью протеза и матрицы. Определять степень жесткости матрицы и матрицы аттачмена по цветам. Обработку аттачмена, особенно гнезда колодца матрицы проводить абразивным инструментом вместо пескоструйки. Не создавать микропространство между съемной частью протеза и слизистой (профилактика повышенной нагрузки на аттачмены и опорные зубы). Создавать плотный контакт плеча интерлока и выбирать удобное место в съемной части комбинированного протеза для захвата пальцами пациента по наружному краю (щечный) вблизи к аттачменам. В бюгельном протезе устанавливать замковые крепления одного размера и вида. При микропротезировании с односторонним концевым и при включенных дефектах выбирать не более двух аттачменов. При повышенной жевательной нагрузке не использовать большое количество аттачменов (профилактика травм и переломов опорных зубов, воспалительных процессов тканей пародонта).

Для профилактики вредного воздействия кламмеров (удерживающие круглые гнутые, опорно-удерживающие), аттачменов, телескопической системы на ткани пародонта и опорные зубы необходимо соблюдать следующие принципы: удерживающий кламмер выгибать из кламмерной стандартной проволоки; опорно-удерживающие кламмеры, телескопическую систему крепления как отдельно, так и в комбинации с другими ретенционными и фиксирующими элементами, а также аттачмены изготавливать только с использованием параллелометра.

Соблюдать оптимальные условия одонтопрепарирования при лечении комбинированными протезами на аттачменах: конусность культы не должна превышать 5—6°, высота культы зуба должна быть не менее 4,5—5,0 мм.

Жесткие аттачмены при повторном протезировании пациентов с малым количеством зубов съемными протезами с литым базисом с замковыми креплениями показаны при следующих условиях:

1. Возможность шинирования несъемной конструкцией всех опорных зубов по показаниям.
2. Опорные зубы должны быть устойчивыми. Исключением может явиться незначительная подвижность I степени одной из опор при возможности шинирования несъемной конструкцией или когда антагонистами являются искусственные зубы съемного протеза.
3. Бугор верхней челюсти, альвеолярный отросток и альвеолярная часть челюстей должны быть хорошо выражены, допускается только незначительная атрофия.
4. Более благоприятны округлая или прямоугольная вершина альвеолярного гребня, отвесный вестибулярный скат, высокий и округлый свод неба, слабо податливая слизистая протезного ложа.
5. Возможность вертикального пути введения протеза.

При использовании жесткого способа фиксации необходимо учитывать не только клиническую анатомию, но и возможности пациентов точно и своевременно выполнять все рекомендации врача. При диспансерном наблюдении пациентов после повторного протезирования съемными протезами с жесткой системой фиксации нужно помнить о необходимости своевременной замены матриц и перебазировании, поскольку балансирование протеза вызывает деформации замкового крепления и перегрузку пародонта опорных зубов: рецессию десны, подвижность зубов, нарушение микроциркуляции в сосудах пародонта, расширение периодонтальной щели, атрофию стенки альвеолы, образование костных карманов.

Показания для жестких видов аттачменов расширяются в случае протезирования съемными покрывными протезами. При этом повышается риск перелома базиса протеза.

Жесткие аттачмены или неподвижные соединения при повторном протезировании пациентов с малым количеством зубов съемными протезами с литым базисом с замковыми креплениями противопоказаны при условиях:

- *диагонального и поперечного направления линии, соединяющей опорные зубы. За исключением, когда антагонистами является полный съемный протез;*
- *подвижности зубов II-III степени;*
- *резко выраженной и неравномерной атрофии альвеолярного отростка (части) челюсти;*
- *плоского неба.*

Средний срок эксплуатации съемных протезов с литым базисом с аттачменами с жесткой системой фиксации с малым количеством оставшихся зубов — 4 года. К концу эксплуатационного срока существует высокий риск стираемости металлических поверхностей аттачмена и изнашивания эластических матриц, что приводит к тому, что жесткая система фиксации переходит в полулабильное соединение.

Полулабильные аттачмены при повторном протезировании пациентов с малым количеством зубов съемными протезами показаны при условиях:

- *подвижности отдельно стоящих опорных зубов I-II степени;*

- при I, III, IV типе альвеолярного гребня по A. Elbrecht;
- слабо податливой слизистой протезного ложа.

Полулабильные аттачмены при повторном протезировании пациентов с малым количеством зубов съёмными протезами противопоказаны при условиях:

- подвижности отдельно стоящих опорных зубов III–IV степени;
- при II типе альвеолярного гребня по A. Elbrecht;
- резко выраженной атрофии альвеолярного гребня.

Замена матриц проводится в среднем через один год после наложения съёмного протеза.

Лабильные аттачмены при повторном протезировании пациентов с малым количеством зубов съёмными протезами используется при более неблагоприятных для протезирования условиях и показаны в следующих обстоятельствах:

- при подвижности опорных зубов I–II степени;
- при податливой оболочке протезного ложа;
- при неравномерной и выраженной атрофии альвеолярного отростка (части).

Лабильные аттачмены при протезировании пациентов с малым количеством зубов съёмными протезами противопоказаны при условии:

- опорные зубы подвижны и отклоняются вестибулярно, в противоположную сторону от типичного дистального смещения протеза.

Эксплуатационный срок лабильных аттачменов 2,5 года.

При высоком риске потери опорных зубов использовать перекрывающие протезы. При необходимости удаления опорных зубов перекрывающий протез берет на себя функции полного съёмного протеза.

Вывод

При повторном протезировании зубов конструкцию съёмного протеза, его границы, вид аттачмена, жесткость матрицы при малом количестве зубов необходимо планировать после оценки состояния пародонта опорных зубов, окклюзионных взаимоотношений, локализации опорных зубов.

Литература

1. Бутова В. Г., Кирилина М. Р., Лебедева А. Ф., Жеребцов А. Ю., Сахаров М. В., Сахаров Р. В. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов // *Стоматология для всех*. — 2010. — №2. — С. 26–28.
2. Максюков С. Ю. Пути повышения эффективности повторного протезирования зубов // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2010. — №9. — С. 119.
3. Митронин В. А. Исследование подвижности опорных зубов, подвергшихся эндодонтическому лечению, в различные сроки после наложения съёмных протезов // *Эндодонтия Today*. — 2010. — №3. — С. 33–37.

Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01 «ОПТОДАН»

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- Кариеса 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,
- Стимуляция регенерации костных тканей в дентальной имплантологии,
- Альвеолитов,
- Периоститов и др.

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ

«ВЕНД»

410033, г. Саратов, проспект 50 лет Октября, 101
тел./факс: (8452) 63-37-59, тел.: (8452) 79-71-69

МЕДИЦИНСКИЙ СОИСПОЛНИТЕЛЬ:
ФГБУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

119982, г. Москва, ул. Фрунзе, 16

e-mail: npp_vend@mail.ru

www.npp-vend.ru, www.optodan.rusmed.ru

Сертифицирован Госстандартом России (№РОСС RU М004.В01609).
Зарегистрирован в Государственном реестре медицинских изделий
(№ ФС022а1307/0383-04)

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Источник излучения	.....	диод лазерный полупроводниковый
Длина волны, мкм	.....	0.85-0.98
Импульсная мощность, Вт	.....	5
Частота следования импульсов, Гц	.....
режим I	.....	80-100
режим II	.....	2000-3000
Длительность импульса, нс	.....	40-100
Потребляемая мощность, Вт, max	.....	10
Масса, г	.....	600
Габаритные размеры, мм	.....	60x120x180
Питание, В/Гц	.....	220/50



Хирургическое лечение периапикальной патологии с использованием МТА и костного трансплантата

Kovvuru Suresh K., Vineet Agrawal, Vaishali Parekh, Ponachha KS, Rachappa, Purva Chaudhari
<http://stomatologclub.ru>

При обработке канала корня зуба врач-стоматолог сталкивается с различными проблемами; одна из самых серьезных проблем — удаление фрагментов сломанного инструмента. Это не самая простая задача, однако без этого нельзя быть уверенным в том, что лечение окончится удачно: положение обломков инструмента в канале корня зуба напрямую влияет на прогноз лечения, в частности — существенно ухудшает его, если обломки располагаются около верхушки зуба. Если удалить обломки не удастся, в дальнейшем пациенту может потребоваться хирургическое лечение.

В данной статье описан клинический случай, в котором обломок инструмента, удалить который ортоградно не получалось, был удален хирургическим путем методом резекции корня зуба и замещения минус-ткани МТА и костным трансплантантом.

Введение

Поломка инструмента при обработке канала корня зуба — весьма серьезное и малоприятное осложнение лечения. Чаще всего инструменты ломаются при нарушении техники манипуляции или при слишком частом использовании. Наиболее часто инструменты ломаются в апикальной трети канала корня зуба. По данным литературы, частота поломок инструмента в канале корня зуба составляет от 1% до 6% случаев.

Наилучшей тактикой лечения при поломке инструмента является удаление его обломков, и только после этого — обработка, очистка и формирование канала корня зуба. Если очистить и сформировать канал корня зуба не представляется возможным, существует риск того, что в канале останутся ткани пульпы и бактерии, и исход лечения окажется неблагоприятным. Показатель успешности не хирургического и хирургического лечения составляет от 45% до 98%. Для зубов, у которых поражены периапикальные ткани, этот показатель ниже: от 62% до 78%. Клинические исследования подтверждают, что удаление фрагментов инструмента, находящихся в апикальной трети зуба, часто не удается и может привести

к развитию нежелательных осложнений, таких как рассасывание дентина, ослабление зуба, нарушение прикуса, перфорация корня зуба и апикальная экструзия фрагмента в перирадикулярные ткани. По этой причине если при лечении инструмент ломается в канале, врач обязан тщательно оценить все имеющиеся варианты: стоит ли его удалять или попытаться его обойти, или же препарировать и запломбировать зуб с фрагментом внутри.

Описание клинического случая

Девушка 15 лет поступила в отделение детской стоматологии с жалобами на боль и наличие гнойного отделяемого в области нижнего переднего зуба. В анамнезе была травма нижней челюсти 1 год назад во время ДТП и препарирование канала корня зуба 41 в частной клинике.

При осмотре отмечалась патологическая подвижность зуба 41 II степени, отсутствие отека, отсутствие свищевого хода, болезненность при физическом воздействии на зуб. На рентгенографии — наличие фрагмента сломанного инструмента в апикальной трети канала, извитость канала. Зуб был признан неживым; пациентке был поставлен диагноз апикальный периодонтит. Сломанный фрагмент находился в канале ниже изгиба, что заставило принять решение о выборе хирургической тактики лечения.

Решение об оперативном лечении было принято после разговора с родителями пациента. Под местной анестезией был выделен мягкотканый лоскут трапециевидной формы, прикрепленные к нему тяжи из грануляционной ткани были удалены, рана была выскоблена стоматологическим экскаватором. После этого было проведено расширение операционной раны, ее визуализация и удаление остатков грануляционной ткани с помощью стерильного хирургического круглого бора. Рана была тщательно исследована на наличие фрагментов сломанного инструмента. После того, как было выяснено, что фрагменты в ране отсутствуют, для определения доступности канала в нем был размещен каналорасширитель. Каналорасширитель был визуально виден через отверстие канала, однако фрагментов сломанного инструмента в ране обнаружено не было.



Рис. 1. На дооперационной рентгенограмме виден фрагмент сломанного инструмента.



Рис. 2. Определение доступа с помощью зонда.



Рис. 3. Резецированный зуб с костным МТА-трансплантантом.



Рис. 4. Состояние после выскабливания.

Для подтверждения наличия или отсутствия фрагмента в канале была выполнена интраоперационная рентгенография. Рентгенография подтвердила наличие фрагмента в канале корня зуба. Поскольку канал был искривлен в дистально-лингвальном направлении и фрагмент находился в канале, была выполнена резекция зуба. После этого была выполнена контрольная рентгенография, подтверждающая отсутствие посторонних веществ в канале. Резецированная поверхность зуба была соответствующим образом обработана и запломбирована МТА; преапикальная часть раны была запломбирована костным трансплантантом. Были наложены швы, наложена периодонтальная повязка. Швы были сняты через неделю после операции, во время повторного визита канал корня зуба был заполнен гуттаперчей.

Обсуждение

В последние годы эндодонтическая терапия переживает небывалый подъем, однако все достижения методики лечения канала корня зуба теряют свою ценность, если нарушается техника проведения манипуляции. Результаты клинических исследований доказывают, что на прогноз эндодонтического вмешательства влияют наличие инфекции, объем периапикального поражения и уровень пломбирования канала по рентгенографии. Нужда в оперативном доступе возникает в том случае, если апикальной части канала корня зуба нельзя достичь со стороны коронки, что может быть обусловлено ресторативными причинами (наличие плотно прилегающей пломбы, заращение канала костным трансплантантом и т. п.), ятрогенными причинами (наличием фрагментов сломанного инструмента, серебряной пломбы, перфорацией средней или апикальной трети корня зуба) или анатомическими причинами (наличием значительного искривления канала корня зуба, склерозированного канала).



Рис. 5. Внесение МТА.

Для визуализации анатомических и патологических структур используются различные методы рентгенографии. Для определения длины и положения обломка инструмента следует использовать сканирующую компьютерную томографию.

В описанном случае фрагмент сломанного инструмента располагался в апикальной трети извитого корневого канала, что вкупе с наличием периапикального поражения тканей потребовало хирургического лечения. МТА был выбран в качестве ретроградного пломбировочного материала потому, что, по данным исследований *in vivo*, перирадикулярное воспаление при использовании МТА по статистике меньше, чем при использовании амальгамы.

На успешность лечения напрямую влияет эффективность регенерации костной ткани после деструкции патологическим процессом. Ускорить регенерацию можно, заместив периапикальный дефект костным трансплантантом, который выступает в роли пломбировочного материала и своего рода каркаса, частично резорбирующегося в процессе остеокондукции (процессе, при котором преостеобласты и остеобласты мигрируют из прилегающей кости).

Отсюда следует, что резекция корня зуба с последующим ретроградным пломбированием МТА и установкой костного трансплантата стимулирует регенеративные процессы и становится залогом клинического успеха эндодонтического лечения.

Заключение

Данный клинический случай подтверждает необходимость выполнения резекции корня зуба в том случае, если нехирургическое лечение невозможно, а также подчеркивает важность размещения МТА и костного трансплантата для успешного лечения поражения периапикальных тканей.

Стоматологический магазин «ВИНТ»

Имплантанты из Израиля систем ADIN, ABdental, Implay, MIS.
Костнопластические материалы BIOMET3, Geistlicy, OsteoBiol, CYTOPLAST, ЛИКО
Хирургические инструменты Hu-Friedy, Devemed, ComDent.
Шовный материал Hu-Friedy, B.BRAUN, VICRIL, PROLEN, ПГА (Репромед)
Гигиена полости рта CURAPROX

г. Ростов-на-Дону, пер. Семашко, 114, оф. 104

тел.: (863) 250-00-06,
8-903-406-35-00, 8-960-450-50-70

Компания «Белла-Дон», входящая в группу компаний TZMO SA (Торуньский завод перевязочных материалов, Польша) представляет линейку продукции для стоматологий:

Mato Dent PLUS

Одноразовые стоматологические нагрудники, изготовленные из двух слоев тонкой бумаги и полиэтиленовой пленки. Имеют размер 65x51 см, особенно рекомендуются для стоматологических процедур с большим количеством отделяемой жидкости. Нагрудники имеют вырез для шеи и ленты для завязывания (формируются посредством имеющейся перфорации). Представлены в виде рулонов с перфорацией (в одном рулоне 30 нагрудников).

Mato Dent CLASSIC

Одноразовые стоматологические салфетки, изготовленные из двух слоев тонкой бумаги (обеспечивает впитывание) и полиэтиленовой пленки (обеспечивает водонепроницаемость). Предназначены как для защиты одежды пациента во время стоматологических процедур, так и для покрытия головной части стоматологического кресла. Представлены в виде рулонов с перфорацией (80 салфеток в одном рулоне) и в виде отдельных сложенных салфеток (40 штук в упаковке). Размер салфеток 48x33 см, для закрепления на шее пациента требуется щелчка.

Mato Dent NORMAL

Одноразовые стоматологические нагрудники, изготовленные из полиэтиленовой пленки. Имеют достаточно большой размер (85x58 см) и особенно подходят для защиты одежды пациента при таких процедурах, как удаление зубного камня, полировка, экстракция зуба. Нагрудники удобны для использования: имеется вырез для шеи и ленты для завязывания (формируются благодаря имеющейся перфорации). Представлены в виде рулонов с перфорацией (в одном рулоне 100 нагрудников).

Так же предлагаем дополнительные изделия для использования в стоматологической практике:

- **одноразовые смотровые перчатки AMBULEX:** латексные, виниловые, нитриловые. Представлены в опудренном и неопудренном вариантах.

- **вата и перевязочный материал из марли:** тупферы различной формы и размеров, марлевые салфетки, бинты.



ООО «Белла-Дон» 344088, г. Ростов-на-Дону, ул. Металловедения, 102

комплексная перфорация

размеры

Консультации по продукции: г.Ставрополь, тел.: 8-962-448-80-98 (звонки платные) • ЮФО, тел.: (863) 203-74-74 (звонки платные)

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



цена 39 т.р.



регулируемая высота установки светильника

Вытяжной вентилятор от немецкого производителя. В основе используется вытяжной вентилятор турбинного типа производства Германии, с увеличенным сроком службы.



цена 35 т.р.

Столы зубной техника
сертификат № РОСС RU.ММ05.Н00174
Профстол
г. Самара, Заводское шоссе, 5
т. (846) 3121459, 2755902



Вытяжная система для ШМ-1
Надежная и эффективная вытяжная система, производительностью до 280 куб.м/час.

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



цена 34 т.р.

Стол лабораторный для работы с гипсом
- столешница и мойка из нержавеющей стали
- металлический каркас
- гипсоустойчив

www.UNIVERSAL-LAB.RU

www.PROFSTOL.RU



Мойка из полиэфирбетона
- абсолютная гигиеничность
- максимальный комфорт в использовании
- устойчива к абразивным и химическим веществам



цена 7,5 т.р.

Тумба лабораторная
Пять металлических ящиков.
Высота 80 см., ширина 36 см., глубина 50 см.

Изделия для лабораторий

Гипсоустойчив УГП-20
Емкость из нержавеющей стали.
Рабочий объем 20 литров.



цена 4 т.р.

www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru www.universal-lab.ru



РАДИКС-П



**Качественное оборудование
для стоматологии,
запасные части, сервис.**

121108, г. Москва, ул. Кастанаевская, д. 54, стр. 2

Тел: (495) 795-82-14

www.radixp.ru



РЕКЛАМА

 **АВЕРОН**

 **BEGA-PRO**



Электронный
определитель верхушки
корня (апекслокатор)
ОВК 1.0 АВЕКС

6 900 руб.



Определитель состояния
пульпы зуба
(электроодонтометр)
ОСП 1.1 МОДИС

6 900 руб.



Аппарат для obturации
каналов, электрофореза
и ионофореза
АОК 1.0 МОДИС

8 200 руб.



Термоэлектрический нож
для обрезки
гуттаперчевых штифтов
ТН 5.0

5 200 руб.

Координаты представительства АВЕРОН в Вашем городе можно узнать по тел. (343) 311-11-21 или на сайте

www.averon.ru

РЕКЛАМА

frank.dental



technologie vom tegernsee



Признанное немецкое качество инструментов



Более 7 000 наименований
высокоточных боров, фрез и полиров
в удобном онлайн-сервисе

frank-dental.ru

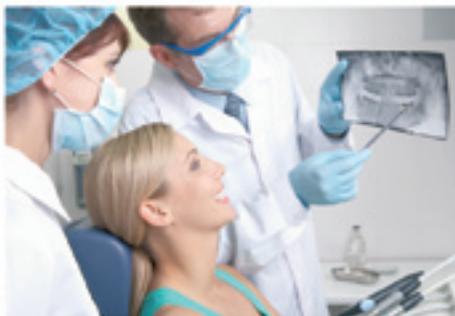


ДЕНТИМА

29-31 мая 2013

Россия, г. Краснодар, ул. Зиповская, 5,
ВЦ «Кубань ЭКСПОЦЕНТР»

13-я Стоматологическая выставка



**ОСНОВНЫЕ
ТЕМАТИЧЕСКИЕ
РАЗДЕЛЫ
ВЫСТАВКИ:**

- СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА
- ЗУБОТЕХНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ
- ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ И ОБСЛУЖИВАНИЕ
- УСЛУГИ



Генеральный информационный спонсор
Дентал Юр



Россия
ООО «КраснодарЭКСПО» в составе группы компаний ITE

Табладзе Эле	Максимов Евгений	Рудой Оксана
T +7 (861) 200 12 40	T +7 (861) 200 12 51	T +7 (861) 200 12 58
		E dentima@krsnodarexpo.ru

Германия
GIMA International Exhibition Group GmbH

Kornelia Lirnbach	Sandra Buchholz	Maria Ivanova
T +49 (0)40 2 35 24 835	T +49 (0)40 2 35 24 447	T +49 (0)40 2 35 24 988
F +49 (0)40 2 35 24 410	F +49 (0)40 2 35 24 402	F +49 (0)40 2 35 24 410
E lirnbaech@gima.de	E buchholz@gima.de	E ivanova@gima.de

Научная программа выставки:

- 13-я Всероссийская стоматологическая конференция
- 3-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 8-я Международная конференция зубных техников

www.dentima.su



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

2013



- 12 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо. Волгоград» - оборудование, установки - инструмент, материалы

- Межрегиональный клинический симпозиум
- Мастер-классы, обучающие семинары

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru



ВК ДЕНТАЛЭКСПО
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Официальная поддержка



Генеральный информационный спонсор



Генеральный информационный партнер



27-29
МАРТА
ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР

Развитие остеомиелита челюстных костей на фоне лечения зометой

*Л. П. Вербицкая, С. А. Нерсеяни, Н. Е. Потуремец, М. С. Ковалева,
отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ»*

Зомета — производное золендроновой кислоты, которая относится к бисфосфонатам, обладающим избирательным действием на кость.

Препарат подавляет резорбцию костной ткани, воздействуя на остеокласты, обладает противоопухолевыми свойствами за счет изменения микросреды костного мозга, снижения роста опухолевых клеток. Зомета значительно снижает болевые ощущения, оказывает антиангиогенное действие. Кроме того, у больных с раком железистых органов и метастатическим поражением костей зомета предотвращает развитие патологических переломов, компрессию спинного мозга, снижает потребность в лучевой терапии и оперативных вмешательствах, уровень кальция в сыворотке крови при опухолевой гиперкальциемии.

Выше перечисленные свойства делают зомету жизненно необходимым препаратом для пациентов с метастатическим поражением костей. В то же время, применение зометы, особенно длительное, учитывая, что терапевтический эффект наступает только через 2–3 месяца, вызывает ряд серьезных осложнений.

На фоне терапии зометой описаны случаи развития некроза челюсти после удаления зуба или другого стоматологического вмешательства.

За последний год в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ» находились на лечении четыре пациента с остеомиелитом челюстных костей, получавших зомету.

Возраст пациентов 50, 60, 80 лет и 63 года. Давность заболевания от 1 месяца до 1 года и 2 месяцев. У всех пациентов в анамнезе оперативное лечение и химиотерапия по поводу рака предстательной железы, метастазы опухоли в кости скелета. Лечение зометой длительное,

от 6 месяцев до 1 года в дозе 4–8 мг 1 раз в месяц внутривенно капельно. Всем больным до развития остеомиелита удалялись зубы. У трех пациентов было поражение нижней челюсти, у одного (80-летнего) верхней и нижней челюстей. У этого больного самый короткий анамнез заболевания: остеомиелит развился через 1 месяц после удаления зубов на нижней челюсти, спустя полгода удаление зубов на верхней челюсти привело к ее остеомиелиту. Всех пациентов беспокоили боли в пораженной челюсти и обнажение кости, гнойные выделения. При осмотре выявлялись дефекты слизистой альвеолярных отростков, оголенные участки кости грязно-серого цвета, лишенные надкостницы, утолщенные, болезненные. На рентгенограммах и СКТ определялись очаги деструкции костной ткани (R-граммы).

У трех больных процесс клинически расценен как гиперпластический. У одного (50-летнего) — деструктивно-гиперпластический с наличием крупного секвестра на фоне склеротических изменений окружающей компактной кости. У всех пациентов операция секвестрэктомии проходила с техническими сложностями из-за плотности костной ткани. Она с трудом поддавалась выпиливанию бором, «вырубыванию» долотом. Причем полной уверенности, что оставшаяся кость жизнеспособна, не было, так как она хотя и была белого цвета, в отличие от удаленной серой, но не кровоточила, сосудисто-нервный пучок был замурован. Вместе с измененной костью иссекались участки слизистой по краям дефекта, края отпрепаровывались, раны ушивались наглухо. В послеоперационном периоде больные получали антибиотикотерапию, анальгетики (НПВС), гемостатики, местно — обработка ран антисептиками. К сожалению, только у одного пациента с деструктивно-гиперпластическим процессом, отказав-



Рис. 1. Rg нижней челюсти больного А в боковой проекции.

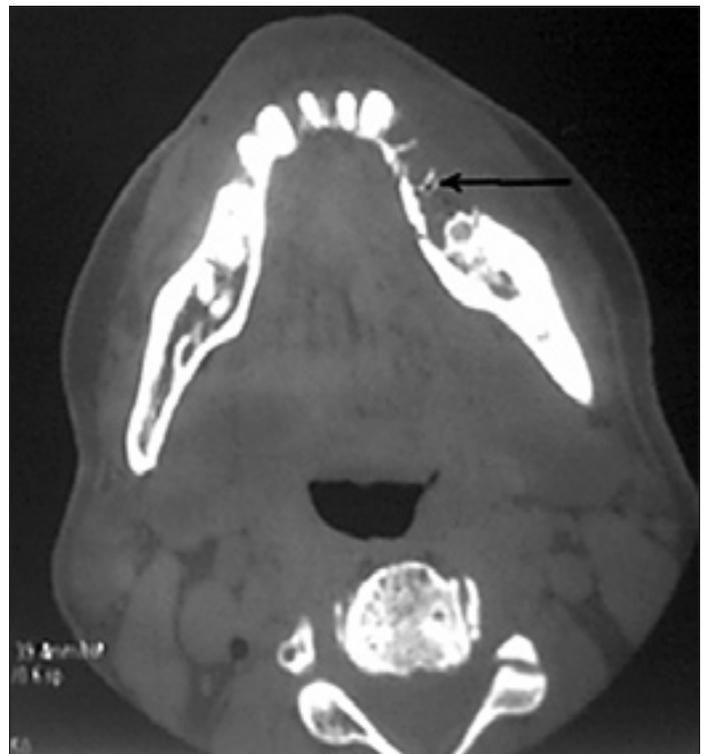


Рис. 2. Rg нижней челюсти больного А в подбородочно-аксиальной проекции.



Рис. 3. Rg нижней челюсти больного В в боковой проекции.



Рис. 4. Rg нижней челюсти больного В в подбородочно-аксиальной проекции.

шегося от дальнейшего лечения зометой, заживление произошло первичным натяжением, у троих наблюдалось расхождение швов, вновь обнажались участки кости, хотя и меньшей площади, чем до операции.

Морфологически при остеомиелите верхней челюсти в слизистой выявлено хроническое неспецифическое воспаление с развитием грануляционной ткани. В кости — фиброз межбалочного пространства, очаги резорбции, диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация.

При остеомиелите нижней челюсти слизистая покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием с хроническим воспалением. В подлежащих тканях гнойно-продуктивное воспаление с наличием колоний смешанной бактериальной микрофлоры. Костные балки с дистрофическими изменениями, некрозом, истончением и фрагментацией, участками лизиса. В межбалочной строме зрелая грануляционная ткань с фиброзированием.

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы, хотя у нас и недостаточное количество наблюдений:

1. Удаление зубов у пациентов, получающих зомету, способствует развитию остеомиелита челюстей.

2. Для предупреждения развития остеомиелита при необходимости удаления зубов и послеоперационных осложнений в случае уже развившегося процесса целесообразно отменить зомету.

3. В послеоперационном периоде имеет смысл назначение препаратов, улучшающих кровоснабжение костной ткани, например, пентоксифиллина.

4. Пациентам с остеомиелитами челюстей, получавших зомету, показано применение иммуномодуляторов.

Литература

1. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России». Издание 15-е переработанное, исправленное и дополненное. — Изд.: Астра Фарм Сервис, 2009. — С. Б 596—598.

2. Кулакова А. А., Робустовой Т. Г., Неробеева А. И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. — М.: ГЭОТ АР-Медиа, 2010. — С. 312—327.

3. Медицинские карты больных.

КДента
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ

ПРОДАЖА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

г. Ростов-на-Дону, пер. Доломановский, 132а
Тел.: (863) 227-51-43, 227-51-47
skdenta@gmail.com



Дентал-Софт

компьютерная программа
для стоматологической клиники

реклама



Электронные
медицинские
карты пациентов.
Журнал записи
на прием.
Маркетинг.
SMS-напоминания.

Эл. почта info@dental-soft.ru
Дентал-Софт.РФ

357823, Ставропольский край,
г. Георгиевск, ул. Чкалова, 55

бесплатный звонок из любого
региона России

8-800-700-55-69



**21-23
НОЯБРЯ
2012 ГОДА**

Поддержка:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
Администрация Ростовской области;
Министерство здравоохранения Ростовской области;
Ассоциация стоматологов России (СТАР)

выставка
СТОМАТЭКС
СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

**XI ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2012 г.»**

Стоматологическое оборудование и инструменты
Имплантология
Стоматологические материалы
Ортодонтическая продукция

Средства гигиены полости рта
Стоматологические услуги
Стоматологическая мебель
Медицинская одежда

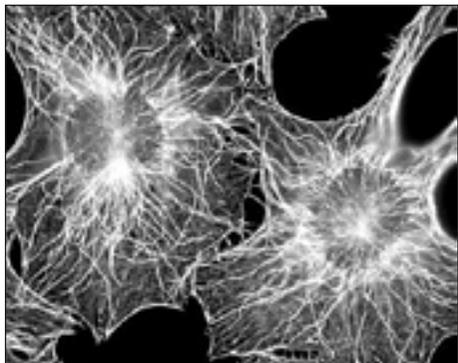
ВЕРТОЛ
выставочный центр **EXPO**



РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПР. М. НАГИБИНА, 30, ТЕЛ. (863) 268-77-68, WWW.VERTOLEXPORU

Новости стоматологии

<http://stomatologclub.ru>



Перспективы терапии стволовыми клетками в лечении черепно-лицевых травм

Ученым впервые удалось применить стволовые клетки для лечения травм лицевого черепа: регенерация костной ткани при этом происходит быстрее и лучше, чем при использовании стандартных методов регенерации. Новая методика разработана для лечения людей со значительными дефектами костной ткани, особенно сопровождающимися утратой нескольких слоев тканей одновременно (кожи, подкожной жировой клетчатки, мышечного и костного слоя).

Преимущества методики заключаются в том, что для регенерации костной ткани вместо искусственных материалов используются собственные стволовые клетки пациента.

Методика успешно прошла клинические испытания: в клиническом исследовании приняли участие 24 пациента, нуждавшихся в реконструктивной операции на нижней челюсти после какой-либо манипуляции, связанной с экстракцией зуба. В ходе исследования сравнивались две методики: методика направленной регенерации костной ткани и экспериментальная методика с использованием стволовых клеток.

Стволовые клетки были взяты из костного мозга бедренной кости и выделены в отдельные культуры с помощью системы Aastrom. Впоследствии полученные культуры были имплантированы в ткани нижней челюсти и ротовой полости.

Через 6 и 12 недель после клеточной терапии пациентам была выполнена имплантация искусственных зубов. У пациентов, получивших лечение стволовыми клетками, наблюдалась более высокая плотность костной ткани. Также им требовался меньший объем костной пластики при постановке имплантата.

Впрочем, несмотря на успех данной методики, до внедрения ее в клиническую практику пройдет еще не менее 5 лет: для ее апробации и подтверждения эффективности требуются дополнительные клинические исследования, проведенные на большем количестве пациентов.



Ученые еще на шаг ближе к выращиванию зуба in situ

Группе исследователей из Хельсинского института биотехнологии (Финляндия) удалось сделать открытие, благодаря которому, возможно, ученые научатся выращивать зубы непосредственно в ротовой полости пациента.

Суть открытия состоит в обнаружении маркера зубных стволовых клеток, в роли которого выступает фактор транскрипции Sox2. Этот фактор специфичен для стволовых клеток резцов у мышей. Благодаря стволовым клеткам, расположенным в основании зуба, резцы у мышей растут в течение всей их жизни. Sox2-позитивные клетки способны дифференцироваться в клетки всех присутствующих в здоровом зубе клеточных линий, в том числе в эмаль-формирующие энамелобласты.

А важность открытия заключается в том, что ученые (по крайней мере, теоретически) способны запустить этот механизм и у человека: хотя у людей рост зубов в какой-то

момент жизни останавливается, принципы развития зубов у нас и у мышей идентичны.

Разумеется, это не означает, что врачи научатся выращивать зубы in situ уже завтра. Однако первый шаг к разработке подобного метода уже сделан.



Справиться с кариесом поможет энзим морских бактерий

Ученые из университета города Нью-Касл (Великобритания) выделили из морских бактерий *Bacillus Licheniformis* особый энзим, разрушающий зубной налет, в том числе и в труднодоступных областях полости рта, например, в пространстве между зубом и пришеечной частью десны.

Эти бактерии интересны тем, что создаваемая ими биопленка (нужная для адгезии бактерий к поверхности) обеспечивает им иммунитет к любому стандартному стоматологическому лечению. Но когда бактерия по какой-то причине покидает колонию, она выделяет специфический энзим, разрушающий биопленку и наружную ДНК. В настоящее время этот энзим часто используется для очистки корпусов кораблей от водорослей и морских микроорганизмов.

Безусловно, для оценки биологического действия энзима на организм нужны дополнительные исследования. Однако если его действие на зубной налет подтвердится, перспективы его использования окажутся весьма заманчивыми: зубная паста, жидкость для ополаскивания рта, специальные стоматологические растворы — вот лишь часть возможных областей применения для данного энзима.

XII ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА
И КОНФЕРЕНЦИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО

РОСТОВ



21-23
НОЯБРЯ
2012

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Ростовский Дворец Спорта, Халтуринский переулок, 103

ОРГАНИЗАТОРЫ:



РОСТОВ ЭКСПО

DENTALEXPO®

www.rostovexpo.ru
www.dental-expo.com

Генеральный информационный спонсор

Генеральный информационный партнер



Дентал Юг

8 (863) 263-12-28/29 • 8 (495) 921-40-69

г. Ростов-на-Дону

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Стоматологическая ассоциация Ставропольского края
Ставропольская государственная медицинская академия
Администрация города Ставрополя
Выставочный центр "Прогресс"

Основные разделы выставки:

Оборудование:

- стоматологические установки и компрессоры;
- рентгеновские аппараты;
- аппараты для диагностики кариеса и заболеваний пародонта;
- для фотополимеризации; пескоструйные и внутриротовые;
- эндодонтические; для хирургических вмешательств;
- физиотерапевтические;
- наконечники и микро моторы;
- оборудование для стерилизации;
- оборудование зуботехническое;
- мебель для оснащения стоматологических кабинетов и клиник.

Инструменты, принадлежности и материалы:

- общего назначения;
- для терапевтической стоматологии и реставрации;
- эндодонтические;
- ортопедические;
- для стоматологии хирургической, ортопедической, пародонтологии.

Профилактические средства:

- профессиональная гигиена;
- индивидуальная гигиена полости рта.

Специализированная литература.

12-я специализированная
выставка-конгресс

СТОМАТОЛОГИЯ

Ставрополья

4-6 апреля 2013 г.

Выставочный комплекс "Прогресс"
г. Ставрополь, пр. Кулакова, 37а
(8652) 500-700, 394-610

stoma@progrexpo.ru
www.progrexpo.ru



РЕКЛАМА

РЕКЛАМА

★ PRO-Endo

немецкий эндодонтический инструмент —
лучший в своем сегменте

2012 Новая инновационная
версия известного инструмента

VDW

NEW!

Улучшенный сплав стали с однородной структурой

Характеристики сплава улучшены на 18%, благодаря чему инструмент обладает максимальным сопротивлением к излому, превосходной гибкостью, упругостью и высокой режущей эффективностью

NEW!

«Золотое сечение» — новые размеры 12,5 и 17,5 по ISO

Дополнительные размеры, позволяющие максимально безопасно и эффективно расширить канал

NEW!

Неактивная верхушка

Позволяет направлять инструмент вдоль канала без риска перфорации

Новая эргономичная ручка CC+

Для оптимального комфорта в работе врача-стоматолога



RECIPROC®

Эндодонтия одним файлом

Профессионализм за счет простоты - Reciproc®

- ▶ **Меньшее количество этапов работы**
создание большей конусности корневого канала всего одним инструментом
- ▶ **Безопасное применение**
легкая обработка даже сильно искривленных и узких корневых каналов
- ▶ **Удобное использование**
стерильная упаковка



VDW .SILVER® RECIPROC®

Эволюция эндомоторов! Союз классики и инноваций

VDW.Silver® Reciproc®

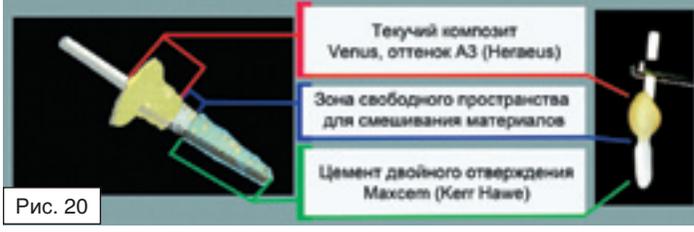
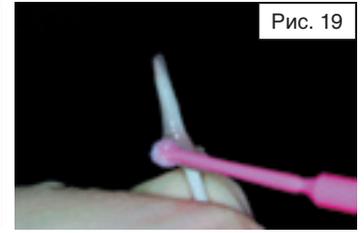
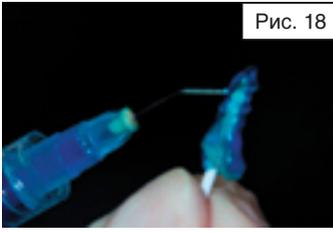
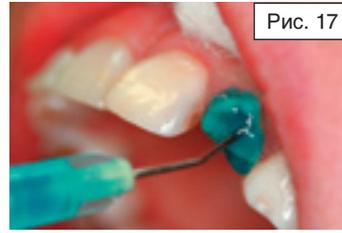
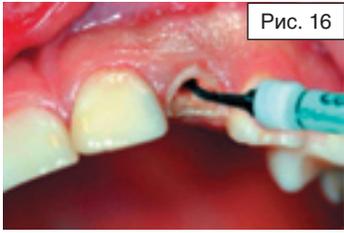
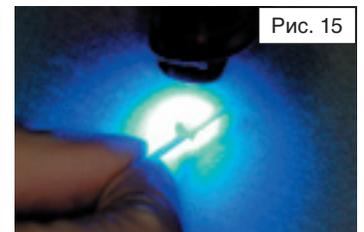
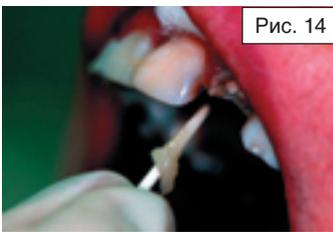
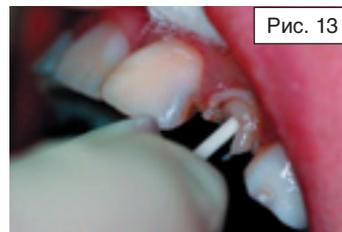
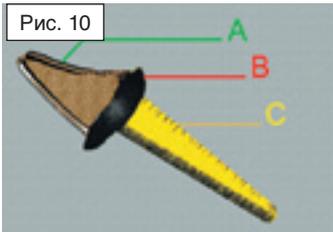
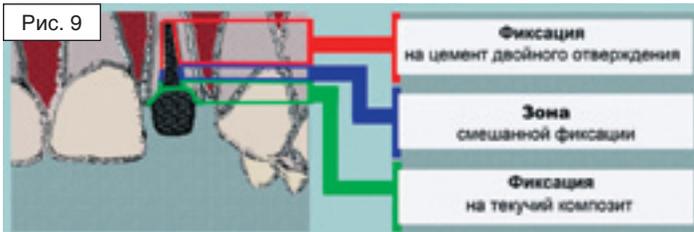
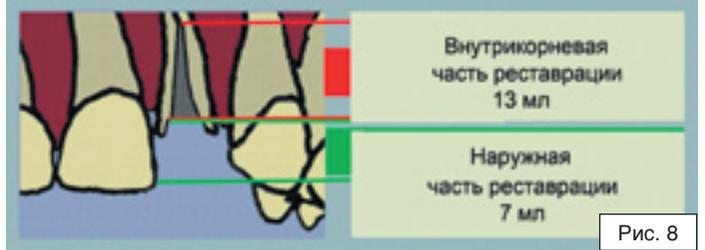
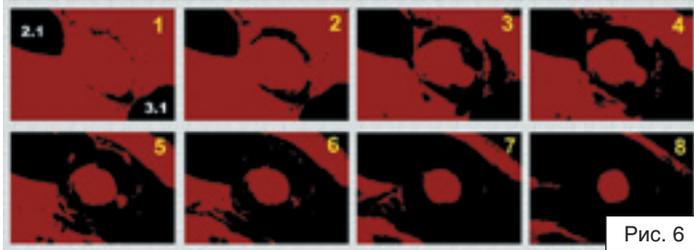
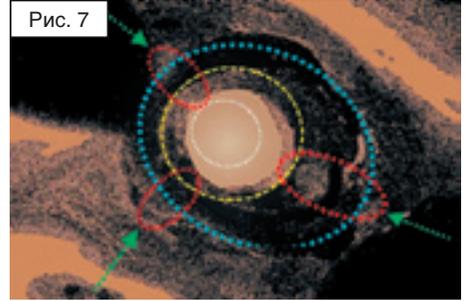
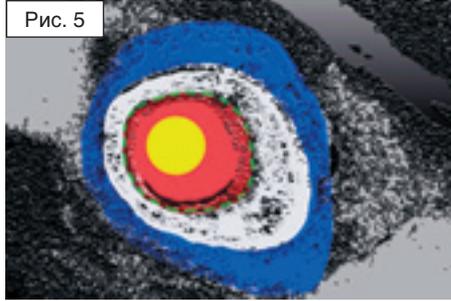
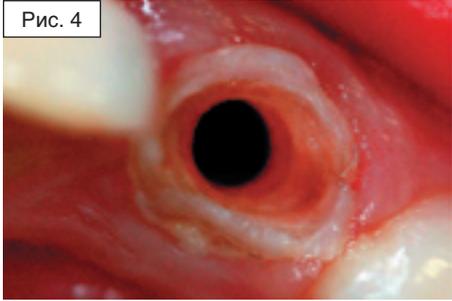
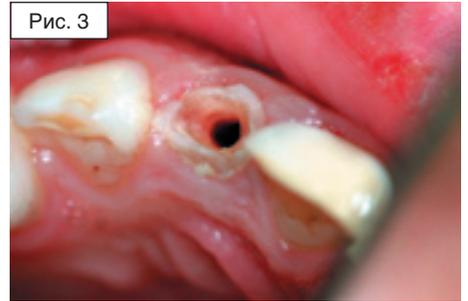
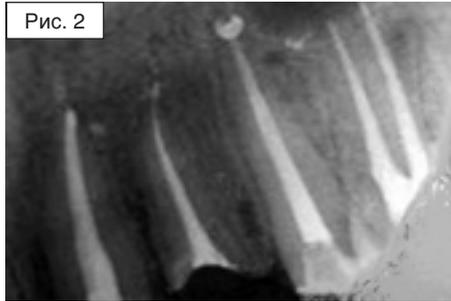
Инновационный эндодонтический мотор,
работающий как в реципрокном режиме вращения, так и в
режиме постоянного вращения с классическими NiTi системами

- Запрограммированные значения скорости и торка для инструментов всех классических роторных NiTi систем
- Предустановленные программы для инновационных реципрокных систем Reciproc и др.
- Возможность сохранения до 15 программ Dr's Choice для NiTi инструментов
- Простое в управлении меню и четкий жидкокристаллический дисплей
- Работает от аккумуляторной батареи, зарядка которой может производиться во время работы мотора
- Автоматическое включение автореверса при достижении 100% торка
- Акустический сигнал при достижении 75% установленного значения торка, а также при реверсном вращении мотора
- Наконечник Sirona 6:1 в комплекте
- Заводская гарантия 3 года

Заводская гарантия
3 года



Группа Компаний «ФАРМГЕОКОМ»
115201 г. Москва, Каширский проезд, д. 23/1
Телефон/факс: +7 (495) 411 5344 (многоканальный)
www.pharmgeocom.ru, info@pharmgeocom.ru



Использование передовых технологий в реставрационном лечении зубов

*С. В. Новгородский, И. В. Выгорко, Е. В. Мартыненко,
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону;
В. В. Мартыненко, ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника»,
г. Ростов-на-Дону*

За последние годы в стоматологии произошли революционные изменения, и связаны они с развитием мировой медицинской науки и техники. Внедрение и широкое использование новых передовых технологий лечения и протезирования — отличительная особенность организации работы современного стоматологического учреждения [2]. В частности, фотография в стоматологии также является одним из способов контроля качества стоматологической работы. Цифровая фотография сегодня широко используется в стоматологии для ведения рабочей документации, регистрации необычных случаев и проблем, систематизации и изучения опыта работы, оформления представления на получение или подтверждение врачебной категории, консультации, страховых случаев, организации совместной работы со стоматологической лабораторией, обучения и мотивации пациентов. Безусловно, фотографический материал практически всегда нуждается в компьютерной обработке [1, 3].

Врачи-стоматологи всех специальностей ГБУ РО «СП» широко используют в своей практике цифровую фотографию. В представленном материале подробно разбирается клинический случай восстановления корня зуба с применением композитной вкладки, изготовленной прямым способом с комбинированной фиксацией. Зуб пролечен примерно 5 лет назад, восстановлен без использования штифтов. За это время пациентка не обращалась к стоматологу по поводу лечения этого зуба, а фрактура произошла в результате травмы. При осмотре и инструментальном обследовании выявлено: граница скола проходит по клинической шейке зуба, края твердых тканей корня зуба имеют четкую границу, что подтверждает механическое происхождение откола (рис. 1, стр. 18, вид корня 2.2 зуба).

На рентгенограмме канал заломбирован до верхушки, патологических изменений в периапикальных тканях нет (рис. 2, стр. 18, рентгенограмма 2.2 зуба). После проведения местного обезболивания приступают к подготовке корня зуба к реставрации. Сначала проводится предварительное препарирование, которое заключается в удаление видимых кариозных и пигментированных тканей корня зуба, а также размягченных тканей внутри канала. Затем осуществляется окончательное препарирование под контролем индикатора кариеса Sable Seek фирмы Ultradent. Кариес-маркер наносится на ткани зуба и выдерживается в течение 5–7 секунд. Увеличение экспозиции недопустимо, так как это приводит к нежелательному окрашиванию здоровых тканей зуба. Затем индикатор смывается проточной водой, а пораженные ткани окрашиваются в зелено-черный цвет. В данном клиническом случае окрашенные участки незначительные, поэтому для их удаления достаточно двух нанесений кариес-маркера: одного — для препарирования, второго — для контроля качества препарирования. При обширных кариозных поражениях процедуру маркировки проводят до тех

пор, пока не произойдет полного смывания препарата с поверхности зуба без окрашивания. Удалив все кариозные ткани, переходят к подготовке корневого канала — формированию стенок и созданию стабилизационной площадки, которая в дальнейшем будет служить основанием реставрации.

После окончания всех манипуляций на этапе препарирования, визуально и инструментально оценивается клиническая ситуация с позиции предстоящей реставрации, определяются зоны основания реставрации и объем вынужденно препарированных твердых тканей корня (рис. 3, 4, стр. 18, вид корня 2.2 зуба после препарирования). Для более точного определения топографии зон будущей реставрации, а также для правильного выбора метода восстановления корня зуба проводится компьютерная диагностика.

Для этого необходимо осуществить цифровую фотосъемку операционного поля и провести компьютерную обработку полученного изображения в режиме сканирования (рис. 5, стр. 18, изображение после обработки в режиме сканирования). На сканированном изображении хорошо видна топография зон: зона основной реставрации выделена синим цветом; стабилизационная зона выделена белым; зона вынужденного препарирования выделена зеленым пунктиром. В зоне вынужденного препарирования определяется значительный дефицит твердых тканей посадочного гнезда, который намного превосходит диаметр штифта — желтый сектор. При цементировке штифта дефицит твердых тканей заполняется цементом, толщина которого будет критической, что негативно повлияет на качество фиксации — красный сектор.

Изучение послойного изображения срезов операционного поля помогает определить, какая часть корня располагается над или под десной (рис. 6, стр. 18, послойный компьютерный срез операционного поля). В данном клиническом случае на срезах видно, что незначительная часть твердых тканей корня располагается выше уровня десны — срезы 1 и 2, основная часть находится на уровне десны или ниже на 1 мм — срезы 3, 4, и есть участки, расположенные ниже уровня десны на 2 мм — срезы 5, 6. На срезах 7, 8 видно, что зона вынужденного препарирования тканей значительно не только по ширине стабилизационной площадки, но и по глубине, при этом активное формирование канала разверткой отмечается только на глубине 5 мм — срез 8.

Проведя обработку изображения в режиме сканирования оттиска, получили схему поверхностной структуры твердых тканей корня, которые неоднородны по своей природе (рис. 7, стр. 18, чем темнее участки изображения на оттиске, тем плотнее ткань зуба).

По наружному овалу корня расположено плотное кольцо дентина — синий контур, по внутреннему овалу располагается внутрикорневой дентин — между белым и желтым контурами. Оба кольца дентина имеют

пористые участки — красные контуры. Эти участки способствуют проникновению придесневой жидкости в зону фиксации штифта — зеленые стрелки. В то же время при цементировке штифта проникновение цемента в каналы внутреннего дентина не происходит из-за их малого диаметра и высокой вязкости цемента, следовательно, фиксация будет осуществляться только за счет адгезии. Все это со временем приведет к рассасыванию цемента и нарушению целостности реставрации. Поэтому в данном клиническом случае проводить фиксацию штифта на цемент нерационально. При таком дефиците твердых тканей и наличии зон диффузного проникновения придесневой жидкости идеально зафиксировать штифт на текучий композит. Но, учитывая большую глубину посадочного гнезда (примерно 13 мм) и значительную протяженность всей реставрации (20 мм), невозможно качественно провести световую полимеризацию материала на всем его протяжении фиксации, что не позволяет использовать для фиксации штифта композитный материал (рис. 8, стр. 18, общая протяженность реставрации 20 мм). Поэтому в данном клиническом случае решено изготовить внутрикорневую композитную вкладку прямым методом, армированную стекловолоконным штифтом, а ее фиксацию осуществить с использованием комбинации материалов:

- в зоне недосягаемости света — на цемент двойного отверждения,

- в зоне проникновения света — на текучий композитный материал (рис. 9, стр. 18, схема фиксации внутрикорневой вкладки).

Изготовление вкладки начинается с выбора стекловолоконного штифта, который ее армирует. Прочность конструкции зависела от глубины проникновения штифта в композитный материал. В данном клиническом случае на всю длину посадочного гнезда проникает только тонкий штифт диаметром 1,2 мм. При выборе более толстого штифта, например 1,5 мм, уменьшается глубина его проникновения в канал, и он не доходит до дна посадочного гнезда на 4 мм.

Структура композитной внутрикорневой вкладки состоит из трех частей: корневой (С), стабилизирующей (В) и коронковой (А) (рис. 10, стр. 18, схематическое изображение внутрикорневой вкладки). Для изготовления таких вкладок можно использовать любые стекловолоконные штифты. В данном клиническом случае использовались штифты Glassix производства Harald Nordin, увеличенные по длине, что очень удобно при формировании вкладки, когда посадочное гнездо глубокое. После выбора штифта проводится окончательная его припасовка в канале (рис. 11, стр. 18, припасовка стекловолоконного штифта). Штифт должен свободно погружаться на всю глубину гнезда и свободно из него выводиться. При необходимости проводится дополнительное препарирование внутриканальных стенок с целью расширения диаметра посадочного гнезда. Это создаст пространство между штифтом и стенкой гнезда, которое заполнится слоем композитного материала.

Для контроля толщины тканей корня после препарирования необходимо проводить рентгенографию. Глубина погружения штифта контролируется эндодонтической линейкой. Слой композитного материала вокруг штифта должен быть равномерный, истончаться к верхушке вкладки, образуя конус. Стабилизирующая часть вкладки должна перекрывать культю зуба,

оставляя по краевому периметру 1—2 мм собственных тканей корня, которые в ходе реставрации закроются материалом основной реставрации. В дальнейшем, стабилизирующая часть оформляется текучим композитом в основании реставрации.

После припасовывания штифта проводится его подготовка к оформлению композитным материалом. Сначала поверхность протравливается гелем в течение 20 секунд, затем смывается водой, а остатки влаги удаляются салфеткой, после чего тонким слоем наносится адгезив на зону контакта штифта с композитным материалом. Для этого используем наноуполненный адгезив V поколения Gluma Bond (Heraeus), который обладает надежной адгезией и может применяться со всеми современными композитными материалами. Адгезив наносится одноразовым аппликатором одним слоем и выдерживается на поверхности 15 секунд. Затем высушивается воздухом до состояния «глянцевой» поверхности и полимеризуется в течение 20 секунд. Подготовленный штифт устанавливается в подставку и изолируется специальным колпаком во избежание загрязнения. Одновременно готовится посадочное гнездо и очищается поверхность операционного поля. Для этого используется препарат Visco Stat Clear фирмы Ultradent, который не только очищает поверхность, но и останавливает капиллярное кровотечение. Препарат наносится на операционное поле и посадочное гнездо, экспозиция 3—5 минут, после чего смывается водой, поверхность хорошо высушивается струей воздуха. Чтобы композитный материал не прилипал к стенкам посадочного гнезда, тонким слоем наносится изоляционный материал. Для этих целей используется обычный вазелин, который вносится в канал корня одноразовым аппликатором и распределяется пассивной струей воздуха для создания тонкого слоя на поверхности внутренних стенок.

Для формирования вкладки используется композитный материал Charisma Opal (Heraeus), дентиновый оттенок ОМ, которым заполняется полость посадочного гнезда методом компрессии. Остатки уплотняются инструментом и удаляются на уровне стабилизирующей части (рис. 12, стр. 18, заполнение депо канала композитным материалом). В заполненное гнездо вводится штифт на всю длину проникновения. Погружаемая часть штифта, после обработки Gluma Bond, приобретает свойство повышенной адгезии (рис. 13, стр. 18, введение стекловолоконного штифта в канал 2.2 зуба). Композитный материал, хорошо прилипая к поверхности штифта, продвигается вместе с ним на всю глубину посадочного гнезда, и в условиях компрессии уплотняется, не образуя пор и раковин. Формирование вкладки заканчивается удалением излишков материала, выдвинутых из канала и частичной полимеризацией, для которой достаточно 5—7 секунд.

После частичной полимеризации вкладка эвакуируется из посадочного гнезда (рис. 14, стр. 18, эвакуация вкладки). Извлекаться она должна легко, иметь ровную поверхность без дефектов. Окончательную полимеризацию вкладки проводим в течение 40 секунд (рис. 15, стр. 18, окончательная полимеризация вкладки).

Следующий этап подготовка посадочного гнезда и вкладки к фиксации. С целью удаления остатков изолирующего материала обрабатываем посадочное гнездо и вкладку эндодонтической жидкостью «Эндо Жи №1». Высушивание и обезжиривание канала проводится дважды, каждое в течение одной минуты

без применения осушающей струи сжатого воздуха, затем обрабатываем антибактериальным раствором — Conserpsis фирмы Ultradent (рис. 16, стр. 18, обработка антибактериальным раствором Conserpsis).

Раствор наносится методом втирания в течение 30—60 секунд, за это время происходит его глубокое диффузное проникновение в ткани и их дезинфекция. Conserpsis не смывается, просто сушится пассивной струей воздуха, затем наносится протравливающий гель на зону композитной цементировки, экспозиция — 20 секунд (рис. 17, стр. 18, нанесение протравливающего геля). Гель смывается водой в течение времени конденсации. Чтобы не пересушивать поверхность перед нанесением адгезива, удаление излишков влаги лучше всего проводить пылесосом или сухими впитывающими бумажными штифтами. После удаления влаги наносится двухслойно адгезив V поколения Gluma Bond (Heraeus) с полимеризацией каждого слоя по 20 секунд.

Подготовка вкладки проводится в той же последовательности. Сначала обрабатывается протравочным гелем (рис. 18, стр. 18, подготовка вкладки к фиксации, протравливание), затем покрывается одним слоем адгезива и проводится полимеризация (рис. 19, стр. 18, нанесение адгезива на вкладку).

Компоненты фиксации вкладки наносятся последовательно. Сначала, на обработанную адгезивом поверхность тонким слоем наносится текучий композит Venus Flou, оттенок А3 (Heraeus). Затем, от верхушки вкладки к центру — цемент Махсет (Kerr Hawe). Между материалами остается зона свободного пространства 2—3 мм, которая предназначена для смещения и смешивания материалов (рис. 20, стр. 18, нанесение компонентов для фиксации на вкладку). Выбор материалов для цементирования вкладки основан на их свойствах и отдаленных клинических результатах. Достаточно отметить, что Махсет является самопротравливающим, самоадгезивным композитным цементом двойного отверждения, обладает исключительной стабильностью, отличными рабочими свойствами и высокоэффективным механизмом полимеризации в полной темноте. Махсет обеспечивает превосходную адгезию, механическую прочность, великолепную эстетику и уникальную простоту применения благодаря механическому смешиванию и специальным насадкам. Выбор текучего композитного материала Venus Flou определен с учетом основного реставрационного материала Charisma Opal. Эти материалы прекрасно сочетаются.

После нанесения компонентов фиксации устанавливаем вкладку в гнездо (рис. 21, стр. 18, вкладка установлена на фиксирующие компоненты). В момент компрессионного введения происходит выдавливание текучего композита на поверхность, образуются наплывы, внутри которых могут формироваться раковины и поры, что в дальнейшем снизит прочность цементирования. Поэтому излишки материала лучше удалять или распределять пассивной струей воздуха по основанию реставрации. Проводится последовательное засвечивание материалов в режимах обычной и глубокой полимеризации по 20 секунд. При таком способе цементирования текучий композитный материал в придесневой зоне полностью полимеризуется, образуя слой, устойчивый к рассасыванию. Там, где невозможно проникновение света, фиксация проводится цементом, который полностью полимеризуется за счет внутренней химической реакции. В зону смещения попадают оба фиксирующих компонента, которые имеют

общую основу — композитную смолу. При смешивании они образуют однородный по составу материал двойного отверждения, который полимеризуется не только за счет химической реакции, но и за счет частичного проникновения света. Таким образом, на всем протяжении цементирования достигается стабильная и прочная фиксация. Данная методика особенно хорошо зарекомендовала себя при фиксации фрагментов разборных композитных вкладок. Восстановление коронковой части 2.2 зуба начинается с оформления культи зуба. Сначала формируется основание реставрации (рис. 22, стр. 18, формирование текучим композитом основания реставрации). Для этого используется текучий композит Venus Flow, цвет А3. Подача материала производится равномерно, с постепенным заполнением пространства по всей окружности, что позволяет предотвратить образование внутренних пор. Для выравнивания и формирования основания реставрации толщина слоя не должна превышать 1 мм, после чего проводится полимеризация в течение 20 секунд.

Дальнейшее нанесение материала проводится тонким слоем по стенке стекловолоконного штифта по типу колонны, высота которой должна быть меньше высоты основной реставрации на 2 мм (рис. 23, стр. 18, нанесение текучего композита Venus Flow). Чтобы избежать стекания материала, он наносится маленькими порциями с частичной полимеризацией, на 3—5 секунд. После формирования колонны проводится полная полимеризация материала в течение 20 секунд с каждой стороны. Затем оформляется культи зуба композитным материалом Charisma Opal (Heraeus), дентин-опаковым оттенком ОМ (рис. 24, стр. 18, вид 2.2 зуба после окончания оформления культи).

После окончания оформления культи спиливается штифт и проводится препарирование с учетом будущей реставрации (рис. 25, стр. 18, вид после препарирования коронковой части вкладки). Все манипуляции на первом этапе реставрации должны выполняться особенно тщательно, так как любая небрежность, а тем более ошибка сведет на нет конечный результат реставрации (рис. 26, стр. 18, конечный результат реставрации).

Данная методика восстановления корня зуба широко применяется на практике, имеет хорошие отдаленные клинические результаты и отчасти является компромиссом между терапевтическими штифтами и ортопедическими внутрикорневыми металлическими вкладками. Также очевидно, что цифровая фотография играет особую роль в эстетической стоматологии. От ее качества зависит правильная диагностика, взаимопонимание между доктором и пациентом, между доктором и зуботехнической лабораторией. Фотография сегодня является незаменимым средством маркетинга, общения со страховыми компаниями и, при необходимости, с адвокатами.

Литература

1. Ефремов А. А. *Photoshop и не только фотография*. — СПб.: Питер, 2006.
2. Руле Жан-Франсуа, Уилсон Наирн, Фуцци Массимо. *Передовые технологии в оперативной стоматологии. Современная клиническая практика*. — Изд.: Азбука, 2005.
3. Панкратова Т. В. *Обработка цифровых фотографий (с CD-ROM)*. — СПб.: Питер, 2005.

Прямые реставрации полостей IV класса с использованием техники композитной стратификации

Отчет о клиническом случае

Dr. Javier Tapia Guadix, врач-стоматолог (Мадрид, Испания); Dr. Blanca Longas Bravo, врач-стоматолог (Мадрид, Испания)

Выполнение эстетичных реставраций с использованием техники композитной стратификации позволяет врачам-стоматологам соответствовать современным косметическим требованиям и действовать быстро в социально значимых ситуациях.

У детей и подростков вторым по частоте поводом обращения к стоматологу (после необходимости лечения кариозных поражений) являются стоматологические травмы [1, 2]. Такой вид травматизма превалирует в возрасте 18–30 месяцев, когда дети начинают ходить, и в возрасте 8–12 лет — как результат участия в спортивных играх, поскольку такой тип соревновательной активности сопряжен с физическим контактом и часто не обходится без ударов и фрактур зубов [3, 4, 5, 6]. У пациентов более старшего возраста этот тип дентальной травмы также часто встречается как результат падений, так как с возрастом ухудшается и замедляется реакция на воздействие внешних факторов. В Испании 30–35% людей страдают от падений. Схожие цифры наблюдаются в других странах, например в Соединенных Штатах, где ежегодно падает более трети жителей в возрасте старше 60 лет, причем половина таких ситуаций возникает на повторяющейся основе [7, 8, 9]. При этом наиболее частым наблюдающимся травматическим эффектом является смещение, если речь идет о молочных зубах (детский возраст).

В случае постоянных зубов наиболее часто наблюдаются неосложненные фрактуры коронок, в особенности в области центральных резцов верхней челюсти [5, 6, 10, 11, 12, 13, 14]. Незначительные фрактуры коронок как правило не приводят к обнажению пульпы. Однако они могут приводить к обнажению дентина и, соответственно, представляют собой риск травмирования пульпы, которое может последовать вслед за обнажением дентинных каналов. Поэтому такие клинические ситуации требуют быстрого вмешательства врача-стоматолога [3, 11].

Техника композитной стратификации, основанная на послойном моделировании керамики, принятом в зуботехнической лаборатории, позволяет создавать высокоэстетичные дентальные реконструкции.

Такая техника позволяет стоматологам работать непосредственно в полости рта и дает возможность учитывать при этом общую эстетику лица. Также это позволяет предложить пациентам с дентальной травмой в области верхних резцов выполнение работы за одно посещение с учетом предъявляемых ими косметических требований — даже в условиях оказания срочной помощи.

Клинический случай

79-летняя пациентка обратилась в стоматологическую клинику за консультацией по поводу возможного лечения дентальной травмы, затрагивающей оба центральных верхних резца (11 и 21), которые были повреждены месяц назад во время случайного падения и демонстрируют несколько разновидности травмы. Эти зубы уже подвергались лечению и находились под медицинским наблюдением.

Были проведены клинический осмотр и рентгеновское исследование зубов. Режущий край 11 ранее уже был фрактурирован, хотя и в меньшей степени. В соответствии с полученной в результате исследования информацией, подтверждаемой негативной реакцией на перкуссию, позитивным итогом теста на витальность пульпы (реакция на холод) и отсутствием по словам пациентки боли и гиперчувствительности каждого из резцов, мы диагностировали неосложненную фрактуру коронки, не затрагивающую корень и периодонтальную область обоих резцов 11 и 21 (рис. 1).

После этапа диагностики и предоставления пациентке информации о различных вариантах лечения, выбор был сделан в пользу выполнения косметической реконструкции с использованием техники композитной стратификации, поскольку в этом случае удастся сохранить максимально возможное количество твердых тканей зуба и добиться удовлетворительного косметического результата. С фронтальной области (сверху и снизу) был получен альгинатный оттиск, который позволяет в условиях клиники изготовить восковые формы, что чрезвычайно полезно для планирования лечения и дает гораздо больше возможностей для работы с формой и объемом дентальных структур (рис. 2).

Очень важна восковая небная поверхность, также особое внимание необходимо уделить окклюзионным соотношениям с антагонистами, так как ошибка в артикуляции легко может сделать бессмысленным применение техники стратификации (рис. 3). Воск также может быть использован для создания силиконового ключа, который окажет существенную помощь при реконструкции фрактурированного зуба.

Композитная система G-aenial от компании GC организована в соответствии с цветовой шкалой Vita Classical (Vita Zahnfabrik), поэтому для выбора оттенков использовалась именно эта шкала. В данном случае был выбран цвет А3 как наиболее подходящий для имеющейся ситуации.

Оба верхних центральных резца (11 и 21) были отпрепарированы с использованием сверла и алмазных боров. Было отмечено, что уровень разрушения зуба 11 требовал создания большого скоса для увеличения площади поверхности с целью улучшения адгезии к эмали, достижения большей прочности реставрации и увеличения срока ее службы. Ситуация, имеющаяся после установки раббердама, приведена на рисунке 4.

Поверхность эмали была протравлена ортофосфорной кислотой в виде геля (37%) в течение 15 секунд (рис. 5). Затем эмаль промыли и высушили (рис. 6). После этого был нанесен однокомпонентный самопротравливающий адгезив седьмого поколения (G-bond, GC) в соответствии с инструкциями производителя (рис. 7, 8).

После полимеризации адгезива небо было установлен силиконовый ключ, предварительно изготовленный по рабочей восковой модели, для воссоздания слоя эмали на небной поверхности (рис. 9).

Для достижения такого результата наносился тонкий слой эмалевого композита (G-aenial AE), который затем был разглажен плоской кисточкой, слегка увлажненной праймером (Composite Primer, GC) (рис. 10). Этот слой не должен входить в соприкосновение с соседними зубами, и по этой причине интерпроксимальные области оставляют незаполненными (рис. 11).



GC Kalore™ :

Композитный материал будущего. Разработан с применением уникальной технологии обработки мономеров от DuPont.

Kalore™ Композитный материал будущего. Разработан с применением уникальной технологии обработки мономеров от DuPont.

Kalore™ – будущее композитных реставраций. Реставрационный материал великолепно моделируется благодаря революционной технологии обработки мономеров, разработанной компанией DuPont.

Kalore™ обладает очень низкой полимеризационной усадкой, легко полируется, приобретая при этом естественный блеск, что гарантирует высокую эстетичность выполняемых работ. Вы готовы вступить в будущее?



GC Restorative Dentistry Guides



GC Restorative Guide для iPad, iPhone и PC – интерактивное руководство для врачей-стоматологов по правильному применению композитных материалов и бондинговых систем производства компании GC. Эти руководства также значительно помогут стоматологу в процессе общения с пациентами.

Москва
«Энигма Дент» (495) 787-32-74
«Всё для стоматологии» (495) 740-78-85
«Дентомир» (495) 785-22-70
«Денталео» (499) 390-10-17

Санкт-Петербург
«Северная Каролина» (812) 702-81-12
«Фирма Медэкспресс» (812) 326-29-17
«ДТЦ «КОРАЛ» (812) 712-43-69

Самара
Фирма «Инверсия» (846) 37-38-000

Ростов-на-Дону
«Ультрастом» (863) 262-47-50

Пермь
«ЧП Сидоров В.А.» (3422) 44-72-71
«Медика» (3422) 16-66-90

Барнаул
ООО «Сибирская стоматологическая компания» (3852) 200-781

Краснодар
«Аллеко-Кубань» (861) 239-65-47
«Актив Медикал Кубань» (961) 259-54-52

Екатеринбург
ООО «Ангара» (343) 221-46-90

'GC'

Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России: «Крафтвэй Медикал»



Новый номер: 8-800-100-100-9
(бесплатные звонки из любого региона)
Москва, 3-я Мытищинская ул., 16,
www.kraftwaydental.ru (495)232-69-33



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Следующий этап включал аккуратную установку в интрепроксимальные зоны ацетатных матриц и их фиксацию с помощью прозрачных клиньев (рис. 12). Интрепроксимальные области были заполнены тонким слоем эмалевого композита (G-aenial AE), который адгезивно фиксировался к предварительно созданной небной поверхности (рис. 13).

Таким образом в интрепроксимальной зоне и небно был создан эмалевый «каркас», который позволил далее в большей степени сконцентрироваться на внутренней анатомии дентина.

Для закрытия границы фактуры мы использовали опаковый дентинный композит (G-aenial АОЗ)

и наносили его вдоль этой линии, при этом формировались небольшие углубления, которые должны были сделать границу неровной (рис. 14). Затем для воссоздания остальных областей дентина использовался дентинный композит (G-aenial А3), который формировал контур мамелонов и частично закрывал имеющийся скос (рис. 15). После этого, используя увлажненную плоскую кисточку для праймера, наносили очень тонкий слой эмалевого композита высокой степени прозрачности (G-aenial TE), оставляя непокрытым один из сегментов сформированного при препарировании скоса и аккуратно заполняя пространство вокруг мамелонов (рис. 16). Цель — созда-

ние особой светопроводящей зоны эмали на дентинноэмалевой границе, что важно для достижения более натурального вида реставрации. После этого для создания вестибулярного эмалевого слоя поверх имеющихся слоев использовался эмалевый композит (G-aenial AE), который адгезивно фиксировался к ранее нанесенному интрепроксимальному эмалевому слою (рис. 17). Для этой цели также применялась увлажненная плоская кисточка для праймера.

По окончании стратификации удаляют матрицы и клинья (рис. 18) и приступают к этапу полирования. На этом этапе последовательно использовались интрепроксимальные



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14

полировочные штрипсы с пониженным уровнем абразивности (рис. 19).

Вестибулярные и небные поверхности полировались с использованием вольфрамового карбидного бора, резиновых накладок с алмазным покрытием и полировочных дисков (рис. 20). Для финальной полировки использовались алмазные пасты. При выполнении подобных реставраций всегда возникает существенная дегидратация оставшейся естественной эмали и соседних зубов, что хорошо заметно по их более белому

оттенку — это приводит к появлению сомнений в правильности полученного в результате цвета (рис. 21). Поэтому лучше подождать несколько часов или даже выполнить финальные проверки цвета и полировку в следующее посещение — после окончания процесса регидратации зубов.

В данном конкретном случае после регидратации мы наблюдали, что реставрация полностью интегрировалась в имеющееся окружение во фронтальной области верхней челюсти (рис. 22).

Литература

1. Ferreira J.M., Fernandes de Andrade E.M., Katz C.R., Rosenblatt A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children // Dent Traumatol. — 2009. — 25(2): 219—223.
2. Rediu S.C., Antohe M., Maxim A. Epidemiological aspects of frontal edentation of child and adolescent // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat Iasi. — 2010. — 114(2): 542—546.
3. Barberfa E. Traumatismos dentarios // Atlas de odontologia infantil para



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22

Pediatras y Odontologos. — Madrid: Ripano, SA, 2005. — P. 87—104.

4. Gassner R., Bosch R., Tuli T., Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. — 1999. — 87(1): 27—33.

5. Arikan V., Sari S., Sonmez H. The prevalence and treatment outcomes of primary tooth injuries // Eur. J. Dent. — 2010. — 4(4): 447—453.

6. Onetto J.E., Flores M.T., Garbarino M.L. Dental trauma in children and adolescents in Valparaiso, Chile // Endod. Dent. Traumatol. — 1994. — 10(5): 223—227.

7. Parraga I., Navarro B., Andres F., Denia J.N., Elicegui R.P., Lopez-Torres J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas // Gac. Sanit. — 2010. — 24(6): 453—459.

8. Chang J.T., Morton S.C., Rubenstein L.Z., Mojica W.A., Maglione M., Suttorp M.J., Roth E.A., Shekelle P.G. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials // BMJ. — 2004. — 328(7441): 680.

9. Bloch F., Thibaud M., Dugue B., Braque C., Rigaud A.S., Kemoun G. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics // Clinics. — 2010. — 65(9): 895—903.

10. Jesus M.A., Antunes L.A., Risso P. de A., Freire M.V., Maia L.C. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil // Braz. Oral. Res. — 2010. — 24(1): 89—94.

11. Flores M.T., Andersson L., Andreassen J.O., Bakland L.K., Malmgren B., Barnett F., Bourguignon C., DiAngelis A., Hicks L., Sigurdsson A., Trope M., Tsukiboshi M., von Arx T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth // Dent. Traumatol. — 2007. — 23(2): 66—71.

12. Brunner F., Krastl G., Filippi A. Dental trauma in adults in Switzerland // Dent. Traumatol. — 2009. — 25(2): 181—184.

13. Ravishankar T.L., Kumar M.A., Ramesh N., Chaitra T.R. Prevalence of traumatic dental injuries to permanent incisors among 12-year-old school children in Davangere, South India // Chin. J. Dent. Res. — 2010. — 13(1): 57—60.

14. Zerman N., Cavalleri G. Traumatic injuries to permanent incisors // Endod. Dent. Traumatol. — 1993. — 9(2): 61—64.



© 2011. Первая публикация статьи — labor dental clinica. Vol. 12. №2 04—06/2011. Перепечатка выполнена с разрешения правообладателя. Официальный импортер и дистрибьютор продукции компании ДЖИ СИ в России: ООО «Крафтвэй Медикал» 129626, г. Москва, 3-я Мытищинская ул., 16, тел. (495) 232-69-33, факс (495) 737-78-88 e-mail: dental@kraftway.ru, www.kraftwaydental.ru

Клиент всегда прав?

И. И. Гусева, директор сети детских стоматологических клиник «Бобренок»

Частная медицина с каждым годом становится все более востребованной. Скорость нашей жизни диктует свои условия, и очень важно для современного человека экономить время для отдыха, семьи, друзей. К тому же, оплачивая, пациент хочет получить услуги более высокого уровня. И здесь встает вопрос не только о качестве самой медицинской услуги, но и о качестве самого обслуживания.

Не только в медицинской сфере, но и в других областях обретает популярность термин «клиентоориентированность». Везде, где есть человек, есть понятие «максимального удовлетворения потребности» этого человека. Опять же повторю, это касается компаний, ориентированных на клиента.

Иногда приходится слышать такое высказывание в медицинской среде: «Я учился лечить, а не продавать». Да, безусловно, 6 лет в институте и 3 года в интернатуре — невероятно сложный процесс подготовки, и он имеет огромную важность. Но уметь «продать», если хочешь быть высококлассным специалистом во всех отношениях, не менее важно. Так диктует наше время.

Давайте разберемся, почему же об этом так много говорят и почему «клиентоориентированность» становится трендом современности.

Где-то мы с вами продавцы, но при этом сами являемся покупателями различных продуктов, услуг и т. д. Как мы хотим, чтобы продавец к нам обращался, какое поведение мы ожидаем от него, с какими эмоциями хотим получать необходимое? Для нас как потребителей очень важными становятся внимание, забота, готовность помочь, а если это касается нашего здоровья, к примеру, то еще и сопереживание, не так ли? Того же от нас ждет и наш пациент. Поэтому, для того чтобы быть на рынке, более того — быть успешными, «клиентоориентированность» становится нашим конкурентным преимуществом.

Итак, с важностью и необходимостью определились, теперь поговорим о том, что же такое «клиентоориентированность» и как стать «клиентоориентированными».

Клиентоориентированность, как известно, это ориентация компании на удовлетворение потребностей клиента. А что же такое клиентоориентированность в медицине?

Для начала необходимо помнить, что в производстве медицинской услуги участвует не только доктор и его помощник (средний и младший медперсонал), но и административные работники. Ведь прежде чем пациент попадает к врачу, он проходит этап телефонного или личного общения с администратором. На этом этапе может все и закончиться. Представим такую ситуацию. Нужно посетить стоматолога, и вы звоните в клинику. После пяти (!) гудков с другого конца провода раздастся: «Алло». «Куда это я попал, — думаете вы, и уточняете: — Это стоматология?». «Да», — отвечают вам. И молчат. «Можно записаться к доктору Иванову?» (Звоните по рекомендации или по рекламе, не знаете лично Иванова). На что следует ответ: «На этой неделе все занято». И больше никаких встречных предложений. Вы в недоумении и со словами «спасибо, до свидания» кладете трубку. Хотя в этом случае больше подошло бы слово «прощайте».



Я намеренно утрировала ситуацию, хотя, наверное, и такое встречается. Что мы имеем? Полное равнодушие, никакого интереса к звонившему, отсутствие корпоративных стандартов общения, не говоря уже об интересе к проблеме потенциального пациента. А что, на следующей неделе Иванов не работает? Или кроме него в клинике нет больше докторов? По сути, отсутствовала этика делового телефонного разговора. Как будто вы позвонили в квартиру к этому самому Иванову и упорно добиваетесь личной встречи. Ну, очень уж должен быть хорош Иванов и настолько незаменим, что вы продолжите «пытать» девушку и все-таки добьетесь записи. Сколько таких звонков было в эту клинику, и сколько человек записала администратор на прием к докторам?

Кстати, работу администратора можно оценить с помощью очень простого коэффициента. Он называется «коэффициент записи». Это соотношение количества первично записанных на прием пациентов к количеству потенциальных пациентов, обратившихся в клинику. Это едва ли не самый важный показатель работы вашего сотрудника. В успешных клиниках этот коэффициент равен 0,8—0,9. Посчитайте, какой у вас показатель?

Поэтому как театр начинается с вешалки, так и ваша услуга начинается с администратора. И если

его показатели низкие, то никакая, даже самая гениальная реклама не будет полезной и не сможет победить в схватке с неграмотным сотрудником, а ваша база клиентов не увеличится.

Существует такое мнение, что если доктор хороший, то и пациенты в достаточном количестве найдутся. К сожалению, практика показывает, что это не совсем так. Бывает, у не самого выдающегося специалиста наблюдается большой поток пациентов, а более профессиональный и имеющий больший опыт врач имеет клиентскую базу, но гораздо меньшую. Если посмотреть внимательнее, то тот, первый, доктор более коммуникабельный, приветливый, выслушает пациента с вниманием, уделит достаточно времени. Вот еще один плюс в копилку успешности, ведь люди покупают не только товар (в нашем случае товар — это услуга), но и отношение к себе. Это и есть клиентоориентированность.

Что же привлекает людей и что хочет получить потребитель услуги, обращаясь в то или иное медицинское заведение?

Ваш пациент ждет внимания к себе! Обращаясь за платными услугами, он априори ждет более внимательного отношения. Необходимо выяснить потребность клиента, в чем он действительно нуждается. Поэтому нужно быть при этом активным и самому задавать вопросы. Такое поведение не будет выглядеть навязчивым, если сделать это доброжелательно и вежливо. При этом полезным будет внимательно слушать, что говорит сам пациент, чтобы слышать и понимать

друг друга. Улыбка, располагающие жесты и адекватная мимика только помогут во взаимопонимании и расположении доктора и пациента друг к другу. Искреннее отношение, сопереживание и проявление заботы — вот то, что больше всего ценят клиенты. Разве в обычной жизни не так?

Необходимо учитывать, что пациент (если он сам не доктор), обращаясь в медицинское учреждение, не может реально оценить, насколько современным оборудованием оснащена клиника, какие курсы повышения квалификации прошел тот или иной врач, его профессионализм. Сколько бы вы ни тратили денег на супер-современный ремонт и на рекламные кампании, но если доктор не завоеует доверие пациента, не превратит его в постоянного клиента и приверженца вашей компании, то все усилия напрасны.

Есть и другая сторона. Не переусердствуйте. Есть очень хорошее определение клиентоориентированности, которое я как-то нашла. Это способность организации извлекать дополнительную прибыль за счет глубокого понимания и эффективного удовлетворения потребностей клиентов. Если этой дополнительной прибыли или нематериального фактора (конкурентного преимущества) нет, то все ваши клиентоориентированные мероприятия бесполезны. Возможно, вы настолько стандартизировали обслуживание, в погоне стать лучше, что забыли про самого «клиента». А ведь в начале был «индивидуальный подход». В этом и заключается вся идея!

Анатомические особенности корневой системы зубов человека

*О. В. Тегачко, М. С. Иванов, Стоматологическая поликлиника НА РБ,
8-я клиническая стоматологическая поликлиника, г. Минск
www.mednovosti.by*

В литературе накоплен большой объем данных по особенностям строения коронки зуба у различных народов и ее изменчивости в процессе эволюции [2]. Работы отечественных авторов внесли значительный вклад в изучение анатомии коронки и корня зуба [3, 6, 7], определение зон безопасного препарирования твердых тканей [1], оценку эффективности проведения различных этапов эндодонтического лечения [4, 5]. В то же время индивидуальные, расовые, возрастные вариации строения корневой системы зубов остаются малоизученными.

Детальное исследование корневой системы зубов имеет не только теоретическое, но и практическое значение при эндодонтическом лечении зубов. В настоящее время в результате активных миграционных процессов, а также распространения «медицинского туризма» стоматологам приходится сталкиваться с возрастающим количеством пациентов, принадлежащих к различным, часто смешанным, расовым типам. В таких ситуациях для осуществления качественного эндодонтического лечения исключительно важно знать об этнических вариациях корневой системы.

При изучении морфологии корневой системы верхних моляров одонтологи учитывают следующие параметры строения [22, 23, 36]: длину зуба и (или) корня зуба, количество корней, изгибы корней, наличие сросшихся корней, количество каналов в корнях, типы ветвления корневых каналов.

Исследование может проводиться клинически (*in vivo*) и лабораторно (на удаленных зубах). К клиническим исследованиям относятся рентгенологические методы: непосредственно дентальные или панорамные снимки, а также модификации в виде рентгенографии с эндодонтическим инструментарием, радиовизиография [24, 28], использование эндодонтического микроскопа [32]. К лабораторным методам исследования относятся такие рентгенологические методы, как рентгенография после инъекции рентгеноконтрастных веществ, микротомография [13, 24, 28]; секционное исследование — изготовление шлифов зуба [18]; методики очистки и придания прозрачности стенкам корня с одновременным введением красящих веществ в полость зуба и корневые каналы [23, 27]. Подходы, основанные на методиках очистки зуба с введением красящих веществ, более информативны. Они демонстрируют более сложное ветвление каналов, чем рентгенологический метод [8]. Введение в практику эндодонтического микроскопа привело к появлению большого количества сообщений о вариациях в количестве корневых каналов многих групп зубов, что меняет общепринятое представление о количестве и строении корневых каналов [32]. Наиболее прогрессивной и информативной методикой изучения внутренней структуры зуба следует считать микротомографию [13]. К сожалению, эта методика

Частота встречаемости первых верхних моляров с одним и двумя каналами в мезиальном щечном корне, по данным различных авторов, %.

Автор, ссылка	Год исследования	Страна	Метод	Кол-во исследованных зубов	Один канал, %	Два канала, %
Hess W. [17]	1925	США	Метод очистки	513	46	54
Weine F.S. et al. [39]	1969	США	Продольный распил	208	48,5	51,5
Pineda F., Kuttler Y. [24]	1972	Мексика	Рентгенография	245	41	59
Vertucci F.J. [36]	1984	США	Метод очистки	100	45	55
Kulild J.C., Peters D.D. [20]	1990	США	Эндодонтический микроскоп	51	4	96
Pecora J.D. et al. [23]	1992	Бразилия	Метод очистки	120	75	25
Thomas R.P. [33]	1993	Австралия	Рентгенография	216	41	59
Fogel H.M. et al. [12]	1994	Канада	Эндодонтический микроскоп	208	29	71
Caliskan M.L. et al. [9]	1995	Турция	Метод очистки	100	36	64
Weine F.S. et al. [40]	1999	Япония	Рентгенография	293	45	54
Stropko J.J. [32]	1999	США	Эндодонтический микроскоп	802	7	93

не применяется в массовых исследованиях из-за длительности и дороговизны исследования.

Результаты исследований корневой системы верхних и нижних моляров. Рассмотрим такие признаки, как длина зубов, количество корней и корневых каналов в них, типы ветвления каналов, наличие срастания корней верхних и нижних моляров человека. Ниже приведены обобщенные данные об этнических вариациях этих признаков у моляров.

Верхние моляры. Длина верхнего первого моляра у европеоидов составляет в среднем 21–22 мм. Второй верхний моляр обычно чуть меньше первого, и его длина у представителей европеоидной расы составляет в среднем 21 мм [22]. Длина третьего моляра составляет в среднем 19 мм [16]. Небный корень у моляров обычно длиннее щечных, длина от верхушки небного корня до верхушки соответствующего бугра составляет в среднем у первого моляра 21,3 мм и у второго моляра 21,1 мм. Самый короткий

корень — дистальный щечный, длина зуба в области этого корня в среднем составляет у первого и второго верхних моляров 19,6 мм. Эти данные относятся к зубам представителей преимущественно европеоидной расы. Врачи, часто лечащие представителей негроидной и монголоидной рас, отмечают, что эти значения не совпадают с теми, которые встречались в их практике. Так, у монголоидов корни верхних моляров обычно расположены ближе друг к другу, намечается тенденция к срастанию корней, средняя длина зубов немного меньше. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования длины зубов у представителей различных рас.

Количество корней и корневых каналов у верхних моляров. Первые и вторые верхние моляры, как правило, имеют три корня. Корневых каналов, по данным последних исследований, в первом моляре обычно не три, а четыре [14, 32]. Дополнительный корневой канал располагается в мезиальном щечном корне. Сравнительные

Таблица 2

Срастание корней у верхних моляров, % [22, 23]

Вариант строения	Первый моляр (n = 140)	Второй моляр (n = 220)	Третий моляр (n = 384)
Все корни отдельные	86,4	76,0	18,8
Сросшиеся корни отдельные только в апикальной трети	0,0	0,0	19,5
Щечные корни срослись	7,9	20,4	28,9
Небный и мезиальный щечный корни срослись	0,0	0,9	2,9
Небный и дистальный щечный корни срослись	5,0	0,9	2,9
Все корни срослись	0,7	1,8	17,4
Атипичные корни	0,0	0,0	9,6

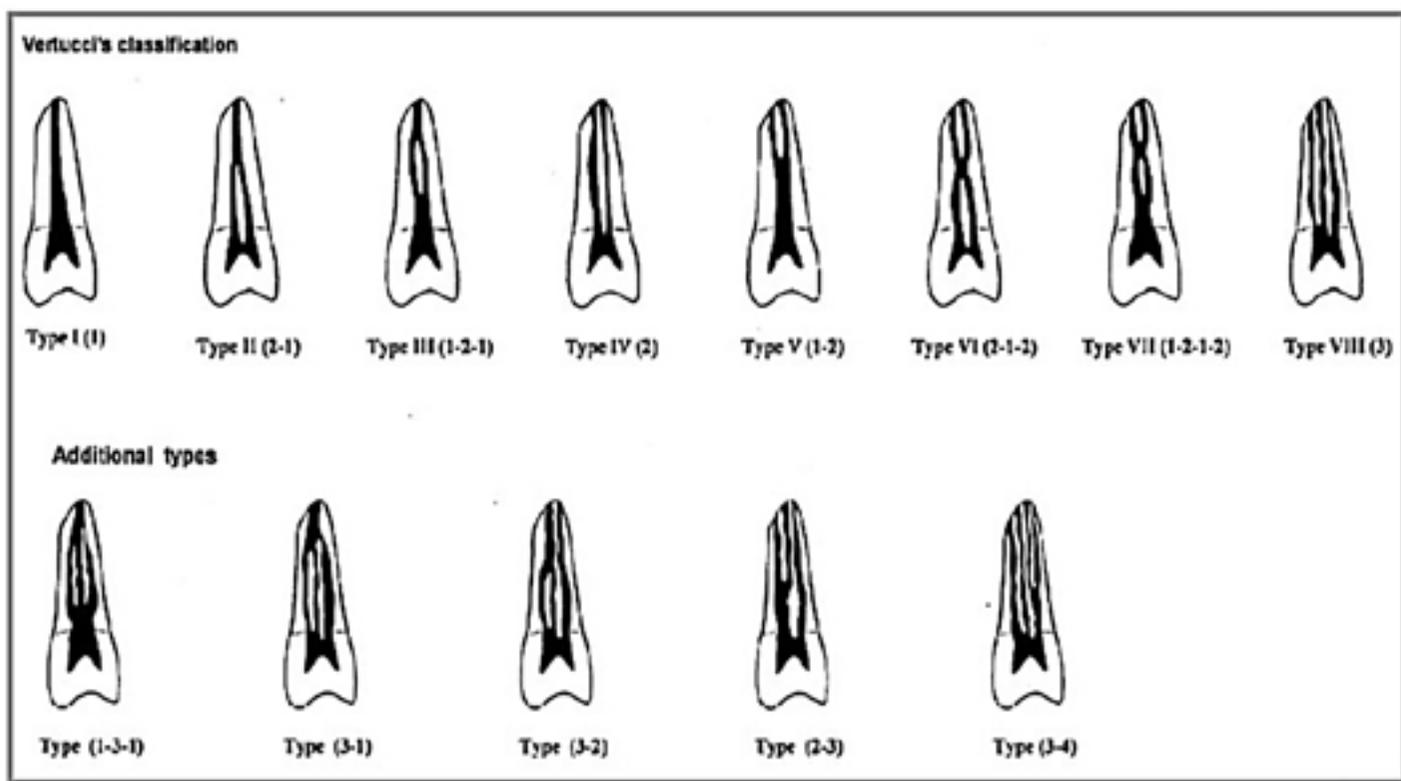


Рис. 1. Типы ветвления корневых каналов по Vertucci [цит. по 8].

данные разных авторов о частоте встречаемости второго канала в мезиальном щечном корне представлены в табл. 1.

По представленным в табл. 1 данным видно, что разбежка в значениях очень велика, а результаты далеко не однозначны. Это объясняется в основном различной информативностью методов исследования, а также в меньшей степени — вариациями морфологии исследованных групп зубов. Современные технологии с использованием эндодонтического микроскопа определяют наличие устья второго канала в мезиальном щечном корне в 93—96% случаев [32].

При наличии двух каналов в первом верхнем моляре конфигурацию их обычно можно отнести к типу II (2—1) по классификации Vertucci (рис. 1), когда два независимых канала берут начало на дне полости зуба и объединяются вблизи верхушки, открываясь общим апикальным отверстием. Однако частота типа IV (2) с двумя отдельными апикальными отверстиями достигает 48% [8].

Структура верхнего второго моляра более вариативна (рис. 2). Он обычно имеет три корня, но корни менее дивергентны и могут срастаться, формируя два или один корень. У 72% вторых верхних моляров

Таблица 3

Встречаемость трехкорневых первых моляров нижней челюсти в монголоидных популяциях, по данным различных авторов

Авторы	Год исследования	Этнос	Встречаемость трехкорневых нижних первых моляров, %
Tatman E. K. [34]	1938	Малазийцы	12,0
Tatman E. K. [34]	1938	Китайцы	8,0
Cruzon M. E. J. [10]	1971	Эскимосы	12,5
Sousa-Freitas J. A. et al. [31]	1971	Японцы	22,7
Somogyi C. W. [30]	1971	Американские индейцы	16,0
Jones A. W. [19]	1980	Китайцы	13,4
Jones A. W. [19]	1980	Малазийцы	16,0
Reichart P. A., Metah D. [25]	1981	Тайцы	19,2
Walker R. T., Quackenbush L. E. [37]	1985	Китайцы	14,5
Ferraz J. A. B. et al. [11]	1992	Японцы	11,4

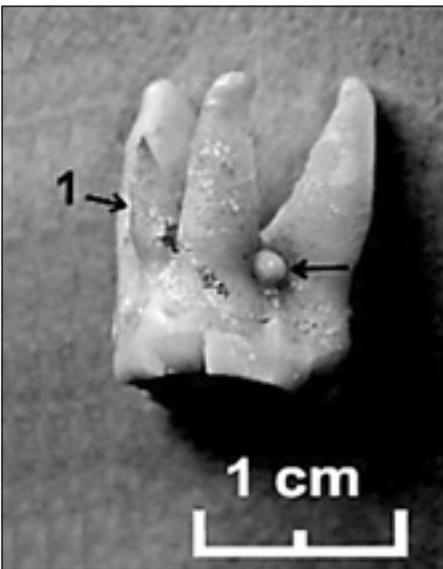


Рис. 2. Верхний моляр: добавочный корень, межкорневой затек эмали.

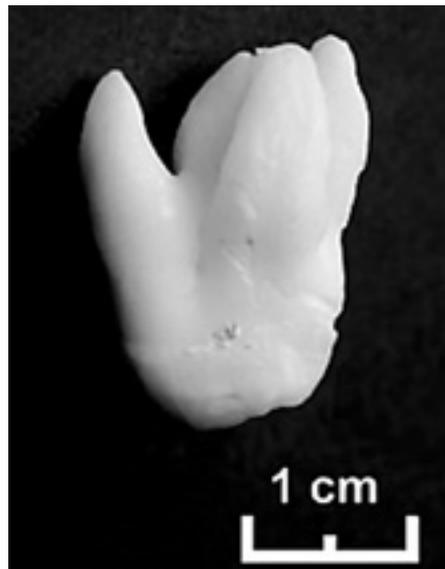


Рис. 3. Верхний левый моляр (зуб 2.8): четыре корня.



Рис. 4. Верхний правый моляр (зуб 1.8): четыре корня.

встречается три канала, у 6% — два канала, у 1% — один канал [21, 29].

Третий моляр верхней челюсти имеет весьма вариативную структуру [16]. В этом зубе может быть до пяти корней и до восьми каналов (рис. 3, 4).

Срастание корней нетипично для первого верхнего моляра, чаще встречается у вторых и третьих моляров. Срастание корней отмечено у 13,6% первых верхних моляров, у 24% — вторых и 71,6% — третьих. Чаще срастаются щечные корни (табл. 2). У третьих моляров в 17,4% случаев срастаются все корни. Частота встречаемости различных вариантов срастания корней, по данным J. D. Pecora [22, 23], представлена в табл. 2.

Многими авторами были отмечены популяционные различия в частоте срастания корней. Корни вторых верхних моляров чаще срастаются у представителей монголоидной расы [15, 18, 40]. Среди европеоидных популяций срастание корней вторых верхних моляров встречается в 45–55%, у монголоидных — в 65–85% случаев.

У населения Китая (Тайвань), по данным Z. P. Yang et al. [35], сросшиеся корни встречались в 6,2% случаев среди верхних первых моляров и в 40,1% — среди вторых верхних моляров [35]. Чаще всего срастались небный и медиальный щечный корни вторых моляров (18,1%).

У популяции тайцев, по данным исследований A. M. Alavi et al. [8], все корни первых (n = 52) и вторых (n = 65) верхних моляров были раздельные. Корни третьих моляров (n = 77) были раздельными в 50,0%, сросшимися полностью — в 26,5%, щечные корни были сросшимися в 10,6% случаев.

Нижние моляры. Средняя длина первого моляра нижней челюсти составляет 21 мм. Дистальный корень немного короче, чем мезиальный. Дистальный имеет длину в среднем 20,3 мм, мезиальные — 21,3 мм [26]. Длина второго моляра нижней челюсти в среднем составляет 20 мм. Дистальный корень также немного короче (20,0 мм), чем мезиальные (20,87 мм). Средняя длина третьего моляра — 19 мм.

Первый нижний моляр обычно имеет два корня — мезиальный и дистальный. Однако в монголоидных популяциях довольно часто встречаются трехкорневые нижние первые моляры. Причем дополнительный корень

расположен дисталингуально [11]. Частота встречаемости дополнительного корня, по данным различных исследователей, варьирует от 8% [34] до 22,7% [31]. Данные о распространенности трехкорневых первых моляров нижней челюсти в монголоидных популяциях, по данным разных авторов, представлены в табл. 3 [11].

Срастание корней было обнаружено в 15,9% исследованных вторых нижних моляров у представителей европеоидной расы. У представителей монголоидной расы (китайцы) срастание корней в этих же зубах отмечено в 33–52% случаев [35].

У 51,8% третьих нижних моляров один корень, у 46,4% — два корня, у 1,6% — три корня [16] (рис. 6).

Количество корневых каналов в нижних молярах. В европеоидных популяциях двухкорневые первые нижние моляры обычно имеют три канала. Два канала располагаются в мезиальном корне, один — в дистальном. Но достаточно часто в нижних первых молярах встречается четыре канала. При этом дополнительный четвертый канал располагается в дистальном корне. Этот канал встречается у 38% европеоидов [28]. В монголоидных популяциях четырехканальные первые нижние моляры встречаются примерно в половине случаев. Два канала в дистальном корне были обнаружены в 45 из 100 обследованных зубов [11].

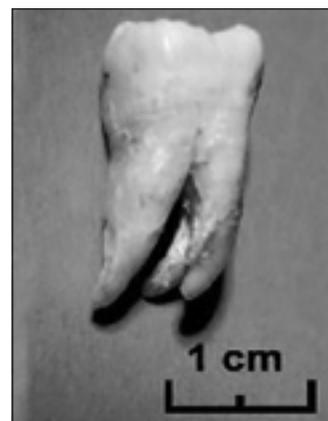


Рис. 5. Нижний левый моляр (зуб 3.7): три корня.

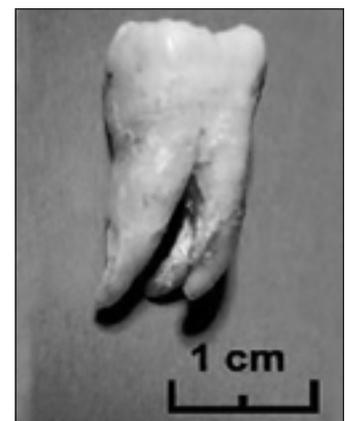


Рис. 6. Нижний правый моляр (зуб 4.8): добавочный корень.

Вторые нижние моляры так же, как и первые, имеют три корневых канала. Два канала расположены в мезиальном корне, один — в дистальном. Однако у вторых нижних моляров мезиальные каналы часто соединяются в апикальной части и открываются одним апикальным отверстием (тип II по классификации Vertucci) [15, 21].

В монголоидных популяциях часто встречаются С-образные каналы — 31,5% случаев [35]. В европеоидных популяциях такие каналы встречаются у 7,6—9% вторых нижних моляров [38].

У третьих нижних моляров в 69,3% случаев были обнаружены два корневых канала, в 18,4% — три канала, в 12,3% — один канал [16].

Анализ литературы выявил значительные этнические особенности количества, формы корней и корневых каналов в молярах. Однако комплексных системных исследований в этом направлении не проводилось. Данные по этой теме носят в основном отрывочный характер или представлены небольшими исследованиями. Их авторы обычно не дают точных представлений о достоверности групповых различий из-за методик исследования, которые неодинаковы по информативности (рентгенологический метод, распилы зубов, методики придания зубам прозрачности, микроскопия).

Последние исследования, проводившиеся с использованием эндодонтического микроскопа, выявили высокую частоту встречаемости четвертого корневого канала в первых молярах: до 96% в верхних и до 38% в нижних первых молярах [32].

Итак, на основании анализа наиболее известных научных литературных источников в настоящей статье представлены данные по морфологии корневой системы верхних и нижних моляров и указаны их этнические особенности. Этнические вариации корневой системы нуждаются в детальном системном изучении с использованием унифицированных методов исследования, чтобы обеспечить возможность применить научные данные в практике.

Литература

1. Аболмасов Н. Г. Зоны безопасности в твердых тканях передних зубов и их клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Калинин, 1967.
2. Зубов А. А. Этническая одонтология. — М., 1973.
3. Дмитриенко С. В., Краюшкин А. И., Сапин М. Р. Анатомия зубов человека. — М.; Н. Новгород, 2003.
4. Ковецкая Е. Е. Оценка эффективности проведения основных этапов эндодонтического лечения: Дис. ... канд. мед. наук. — Мн., 2004.
5. Луцкая И. К. // Новое в стоматологии. — 1997. — №2. — С. 9—14.
6. Мамедова Ф. Н., Крахмалев В. А. Микроскопическая анатомия корня зуба: Атлас. — Ташкент, 1988.
7. Петрикас А. Ж. // Клиническая стоматология. — 1997. — №1. — С. 10—11.
8. Alavi A. M., Opananon A., Gulabivala Y. L. // *Int. Endod. J.* — 2002. — V. 35. — P. 478—485.
9. Caliskan M. L., Pehlivan Y., Sepetcioglu F. et al. // *J. Endodontics.* — 1995. — V.21. — P. 200—204.
10. Cruzon M. E. J. // *Can. Dent. Assoc.* — 1971. — V. 37. — P. 71—73.
11. Ferraz J. A. B., Pecora J. D. // *Braz. Dent. J.* — 1992. — V. 3, №2. — P. 113—117.

12. Fogel H. M., Peikoff M.D., Christie W. H. // *J. Endodontics.* — 1994. — V.20. — P. 135—137.
13. Gnatt D.G., Kappelman J., Ketchman R. *Hominoid Enamel and Dentin Volumes by Means of HRXCT and 3D Reconstruction: 13th Int. Symposium on Dental Morphology.* — Lodz, 2005. — P. 82—85.
14. Green D. // *Oral Surgery.* — 1973. — V. 35, №5. — P. 689—696.
15. Grossman L. I., Oliet S., DelRio C.E. *Endodontic practice.* — 11th ed. — Philadelphia: Lea and Febiger, 1991.
16. Guerisoli D. M. Z., Souza R. A., Souza Neto M. D. et al. // *Braz. Dent. J.* — 1998. — V. 9, №2. — P. 91—94.
17. Hess W., Zurcher E. *The Anatomy of the Root Canals of the Teeth of the Permanent and Deciduous Dentitions.* — New York: William Wood & Co, 1925.
18. Ingle J. I., Bakland L. K. *Endodontics.* — 4th ed. — Philadelphia: Lea and Febiger, 1994.
19. Jones A. W. // *Singapore Dent. J.* — 1980. — V. 5. — P. 15—17.
20. Kulild J.C., Peters D.D. // *J. Endodontics.* — 1990. — V. 16. — P. 311—317.
21. Manning S. A. // *Intern. Endod. J.* — 1990. — V. 23. — P. 40—45.
22. Pecora J. D., Woelfel J. B., Souza Neto M. D. // *Braz. Dent. J.* — 1991. — V. 2, №1. — P. 45—50.
23. Pecora J.D., Woelfel J. B., Souza Neto M. D., Issa E. P. // *Braz. Dent. J.* — 1992. — V. 3. — P. 53—57.
24. Pienda F., Kuttler Y. // *Oral Surgery.* — 1972. — V. 33, №1. — P. 101—110.
25. Reichart P.A., Metah D. // *Com. Dent. Oral Epidemiol.* — 1981. — V. 9. — P. 191—192.
26. Rocha L. F. C., Sousa Neto M. D., Costa W.F., Pecora J. D. // *Braz. Dent. J.* — 1996. — V. 7, №1. — P. 33—40.
27. Robertson D., Leeb J., McKee M., Brewer E. A. // *J. Endod.* — 1980. — V. 6, №1. — P. 421—424.
28. Skidmore A. E. // *Quint. Int.* — 1979. — V. 3. — P. 55—61.
29. Sikri V. K. // *J. Ind. Dent. Assoc.* — 1989. — V. 60. — P. 51.
30. Somoguyi C. W. // *Can. Dent. Assoc.* — 1971. — V. 37. — P. 71—73.
31. Sousa-Freitas J. A., Lopes E. S., Casati-Alvares L. // *Oral Surgery.* — 1971. — V.31. — P. 274—278.
32. Stropko J. J. // *J. Endod.* — 1999. — V. 25, №46. — P. 446—450.
33. Thomas R. P., Moule A. J., Bryant R. // *Intern. Endod. J.* — 1993. — V. 26. — P. 257—267.
34. Tratman E. K. // *Brit. Dent. J.* — 1938. — V. 64. — P. 264—267.
35. Yang Z.P., Yang S.F., Lee G. // *Endod. Dent. Traumatol.* — 1988. — V. 4. — P. 215—218.
36. Vertucci F.J. // *Oral Surg.* — 1984. — V. 58, №5. — P. 589—599.
37. Walker R.T., Quackenbush L. E. // *Brit. Dent. J.* — 1985. — V. 159. — P. 298—299.
38. Weine F.S. // *J. Endod.* — 1998. — V. 24, №5. — P. 372—375.
39. Weine F.S., Healey H.J., Gerstein H., Evanson L. // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* — 1969. — V. 28. — P. 419—425.
40. Weine F.S., Hayami S., Hata G., Toda T. // *Intern. Endod. J.* — 1999. — V. 32. — P. 79—87.

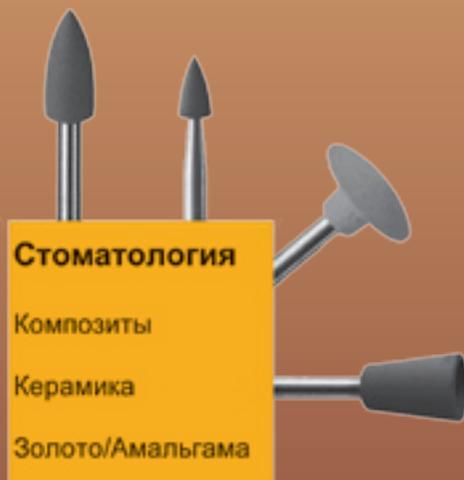
ПРЕКРАСНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Особое внимание
уделено улучшению
краевой адаптации
к стенкам
больших полостей
жевательных зубов



НОВЫЙ КАТАЛОГ ПОЛИРОВ ОТ КОМПАНИИ EVE-POLITEC (ГЕРМАНИЯ)

PoliTec



Новая технология изготовления,
позволяющая снизить себестоимость
при сохранении великолепного качества

КОРАЛЛ

ООО «Коралл».
г. Ростов-на-Дону,
ул. Шеболдаева, 15б

тел.: (863) **296-96-24, 8-901-000-76-67, 8-918-534-76-48**
www.korall-dent.ru, e-mail: korall-dent@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ

ПРОДАЖА, СЕМИНАРЫ, КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧЕЙ



Ormco
3M Unitek
Ortho Technology
Lancer



**САМЫЙ ШИРОКИЙ АССОРТИМЕНТ
НА ЮГЕ РОССИИ**

**Препараты отечественного
и импортного производства фирм:**

GC, DMG, 3M, Zhermack, ULTRADENT, Densply,
VDW, Mani, Septodont, Tokuyama Dental;
ортодонтические материалы фирм Ormco,
Forestadent, Lanscer и др.



УЛЬТРАСТОМ

**ДОСТАВКА В ВАШ ГОРОД
БЕСПЛАТНО**

г. Ростов-на-Дону,
ул. Серафимовича, 79, оф. 10, 42, тел.: 8 (863)

**262-47-50, 262-53-09,
8-928-178-76-75**



**Готовится к печати
очередной выпуск справочника**

**«Донская медицина.
Ростов и область»
2013/2014**

Характеристики:
формат А-5, бумага мелованная
и офсетная,
объем 150 страниц

Тираж:
5000 экземпляров

В справочнике собрана информация практически обо всех государственных, муниципальных и частных медицинских учреждениях Ростовской области, в том числе фармацевтических компаниях, аптеках, санаториях, медицинских центрах, страховых компаниях, производителях и поставщиках медицинской техники, расходных материалов, медицинской мебели и т.д.

Распространение: Ростов и область. Розничная продажа (книжные магазины, книжные и журнальные склады, киоски), медицинские выставки, медицинские учреждения и предприятия медицинской направленности, поликлиники, министерство и управления здравоохранения.

Приглашаем к сотрудничеству рекламодателей

Адрес редакции: г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 404,
тел. (863) 223-23-26, тел./факс (863) 273-25-16,
e-mail: info@akvarel2002.ru, www.akvarel2002.ru