

**GAMMA
DENTAL**

Артикулятор Референс SL



Всеобъемлющая система для диагностики и лечения

- Уникальная по точности имитация движений нижней челюсти
- Возможность модернизации для диагностических целей
- Модифицируемые направляющие
- Оптимальное функционирование
- Ретрузионная направляющая
- Совершенная синхронизация
- Идеальная совместимость



г. Москва

ул. Усачева, д. 62, стр. 1,
Деловой Центр, оф. 1
(Вход со стороны ОВД р-на "Хамовники")
Тел. +7 (495) 933-6147, 933-6148, 933-6149,
e-mail: info@maximum-implants.ru,
www.maximum-implants.ru

г. Санкт-Петербург

наб. Черной Речки, 41/1,
3 этаж, оф. 312
(м. Черная Речка, здание офисного
центра "Прогресс")
Тел.: +7 (812) 313-5108,
+7 (921) 899-2716

г. Нижний Новгород

ул. М. Горького, д.117,
Бизнес-Центр, 3 этаж,
офис 308
Тел. +7 (831) 278-5740

г. Самара

ул. Советской Армии,
д.180, стр. 3, оф. 511
Тел. +7 (846) 273-4955

Казахстан

г. Алматы,
пр-т Аль-Фараби,
уг. ул. Шашкина,
д. 61/26, кв. 1
Тел. +7 (727) 386-8500
+7 (727) 386-8367

Украина

г. Киев
Краснозвездный пр-т,
пер. Новонародный, 2
Тел. +38 (044) 228-0867
+38 (067) 328-9018



стр. 57

КОММЕНТАРИЙ

- 11 **ОТ РЕДАКТОРА** Век прогресса
Журнал Американской стоматологической ассоциации празднует столетнюю годовщину с момента основания
Брюс Ли Пилстром, Майкл Глик
Возможно, что история JADA больше, чем любого другого издания, отражает эволюцию стоматологии от начала XX века до настоящего времени.
- 15 **ОТ РЕДАКТОРА** Рисковое дело
Майкл Глик
Время от времени нужно анализировать факторы, которые позволили нам сформулировать определенные рекомендации в конкретном клиническом случае.

ПЕРСПЕКТИВЫ

- 21 **ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ** Должен ли я передать полную информацию о состоянии здоровья пациента его новому стоматологу, если пациент изъявил желание не делиться всей информацией о своем здоровье с новым лечащим врачом?
Уолтер Чиной, DMD
- 25 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Успешная стоматологическая практика в условиях послекризисной экономики
Роджер Левин, DDS
- 27 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Стоматологическая страховка – за и против
Роджер Левин, DDS
- 29 **ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ** Насколько этично предоставление «Бесплатного второго мнения»?
Род Уэнтурф, DDS
- 32 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Важность ключевых показателей эффективности
Роджер Левин, DDS
- 34 **ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ** Как должен поступить стоматолог, если он имеет основание полагать, что его коллега не может добросовестно выполнять свои профессиональные обязанности из-за злоупотребления лекарственными препаратами?
Кевин Хеннер, DDS
- 37 **МЫСЛИ ВСЛУХ**
Почему бы не устанавливать стоматологические имплантаты чаще?
Гордон Кристенсен, DDS, MSD, PhD

КОММЕНТАРИЙ

- 41 **ОТ РЕДАКТОРА** Лечение, основанное на практическом опыте или на данных строгих научных исследований?
Майкл Глик, DMD; Дэниэл Мейер, DDS
Нет необходимости противопоставлять строгие научные исследования и клинический опыт.
- 45 **КОЛОНКА ПРИГЛАШЕННОГО РЕДАКТОРА** Пародонтит и атеросклероз. Что нам известно и почему это важно
Панос Папанану, DDS, PhD; Маурицио Тревисан, MD, MS
Связь между пародонтитом и атеросклерозом нельзя объяснить исключительно известными общими факторами риска.



стр. 51

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

- 49 Мандибулярная анестезия устарела?
Стенли Маламед, DDS
- 55 Интралигаментарная и внутрикостная анестезия
Альтернативные методы обезболивания нижней челюсти
Пол Мур, DMD, PhD, MPH; Майкл Кадди, DMD; Метью Кук, DDS, MD, MPH; Честер Соколовский, DDS

ПЕРСПЕКТИВЫ

- 63 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Повышение значимости стоматологической практики
Роджер Левин, DDS
- 65 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Миф о формировании коллектива
Роджер Левин, DDS
- 67 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Лидерство и миссия
Роджер Левин, DDS
- 69 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Эффективное делегирование полномочий
Роджер Левин, DDS
- 71 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Мотивация ответственностью
Роджер Левин, DDS
- 73 **ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ** Какими с точки зрения врачебной этики должны быть действия стоматолога, который узнал, что его пациенту вылечили не тот зуб?
Лора Уильямс, DMD
- 75 **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКИ**
Искусство эффективного ведения пациентов
Роджер Левин, DDS



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Michael Glick, DMD, dean, School of Dental Medicine, University at Buffalo, The State University of New York

ЗАМЕСТИТЕЛИ РЕДАКТОРА

Стоматология и медицина

Peter B. Lockhart, DDS, chairman, Department of Oral Medicine, and director, Institute for Oral Medicine, Carolinas Medical Center, Charlotte, N.C.

Эстетическая

и реставрационная стоматология

Keith Phillips, DMD, MSD, affiliate associate professor, Department of Restorative Dentistry, School of Dentistry, University of Washington, Seattle

Научно обоснованная

стоматологическая практика

James D. Bader, DDS, MPH, research professor, Operative Dentistry, School of Dentistry, University of North Carolina, Chapel Hill

Исследования

Bruce L. Pihlstrom, DDS, MS, professor emeritus, Department of Surgical and Developmental Sciences, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis

ТЕМАТИЧЕСКИЕ РЕДАКТОРЫ

Проблемы диагностики

Публикуется в сотрудничестве с Американской академией патологии полости рта и челюстно-лицевой области и Американской академией медицины полости рта

Brad W. Neville, DDS, distinguished university professor, Division of Oral Pathology, Department of Stomatology, College of Dental Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston; and past president, American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology

Michael A. Siegel, DDS, MS, FDS, RCSEd, professor and chair, Department of Diagnostic Sciences, College of Dental Medicine, Nova Southeastern University, Fort Lauderdale-Davie, Fla.; and past president, American Academy of Oral Medicine

Обзор последних изданий

Bruce L. Pihlstrom, DDS, MS, professor emeritus, Department of Surgical and Developmental Sciences, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis

Проблемы питания

Публикуется в сотрудничестве с Группой изучения проблем питания Международной ассоциации стоматологических исследований

Riva Touger-Decker, PhD, RD, FADA, professor and chair, Department of Nutritional Sciences—School of Health Related Professions, director, Division of Nutrition, New Jersey Dental School, Newark; and councilor, Nutrition Research Group, International Association for Dental Research

Проблемы боли

Публикуется в сотрудничестве с Группой изучения неврологических проблем Международной ассоциации стоматологических исследований

Charles S. Greene, DDS, clinical professor, Department of Orthodontics, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago; and member, Neuroscience Group, International Association for Dental Research

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Barbara Greenberg, PhD, interim associate dean for research, Office of Research, New Jersey Dental School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark

This issue contains editorial material reprinted by Quintessence Moscow with permission from the American Dental Association, the publisher of The Journal of the American Dental Association. “JADA”, “The Journal of the American Dental Association”, and “ADA” are registered trademarks of the American Dental Association.

The American Dental Association makes no representations regarding the correctness or comprehensiveness of the translation of any material in this issue from the original English language issue on which this issue is based, is not responsible and does not assume liability for any consequences for errors or omissions in such translation. Furthermore, the ADA does not endorse, warrant or guarantee the quality, safety or efficacy of any products or services described in the advertisements or other commercial materials contained in this issue.

Индивидуальные хирургические комплекты Для начинающих и опытных хирургов

100% SAFETY
DOCTOR - PATIENT
GOAL REACHED



Безопасность и удобство
при подготовке операционной

С самого начала ключевыми факторами при производстве
одноразовых стерильных материалов
являлись качество и инновации



Индивидуальный комплект формируется из расходных материалов строго в соответствии с требованиями хирурга и с учетом особенностей различных хирургических протоколов. Основной задачей персонального подхода при формировании хирургического комплекта является оптимизация подготовки операционной, что повышает эффективность работы и позволяет сосредоточиться на клинических манипуляциях.

г. Москва

ООО «АйМакс»

ул. Усачева, д. 62, стр. 1, Деловой Центр, офис 1

Тел. +7(495)933-6147, 933-6148, 933-6149

e-mail: info@maximum-implants.ru

www.maximum-implants.ru



www.maximum-implants.ru

г. Санкт-Петербург «Максимум СПб» - наб. Черной Речки, д. 41/1, 3 этаж, офис 312 - Тел. +7(812)313-5108 / +7(921)899-2716
г. Нижний Новгород ООО «Нижимплант-Сервис» - ул. Горького, д. 117, Бизнес-Центр, 3 этаж, офис 308 - Тел. +7(831)278-5740
г. Самара «Максимум-С» - ул. Советской Армии, д. 180, стр. 3, офис 511 - Тел. +7(846)273-4955
Казахстан Издательский Дом «Азбука» г. Алматы, пр-т Аль-Фараби, уг. ул. Шашкина, д.61/26, кв.1 - Тел. +7(727)386-8500 / +7(727)386-8367
Украина ЧП «Импламакс» г. Киев, Краснозвездный пр-т, пер. Новонародный, д. 2 - Тел. +380 44 228-0867 / +380 67 328-9018

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Stephen C. Bayne, PhD, MS, professor and chair, Department of Cariology, Restorative Sciences, and Endodontics, School of Dentistry, University of Michigan, Ann Arbor

Paul S. Casamassimo, DDS, MS, chief of dentistry, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; and professor of pediatric dentistry, College of Dentistry, The Ohio State University, Columbus

Lois Cohen, PhD, consultant, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, Md.

Mark Donaldson, BSc (Pharm), PharmD, director of pharmacy services, Kalispell Regional Medical Center, Kalispell, Montana

Dennis W. Engel, DDS, private practitioner, Mequon, Wis.

Colleen Greene, MA, editor-in-chief, American Student Dental Association; and Catherine B. Reynolds Fellow, School of Public Health and School of Dental Medicine, Harvard University, Boston

Judith A. Jones, DDS, MPH, DScD, professor and chair, Department of General Dentistry, Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston University

Mel L. Kantor, DDS, MPH, PhD, professor, Department of Oral Health Practice, College of Dentistry, University of Kentucky, Lexington

Dushanka V. Kleinman, DDS, MScD, associate dean for research and academic affairs and professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, University of Maryland, College Park

Kent D. Nash, PhD, economist and president, Nash & Associates, College Station, Texas

Terry G. O'Toole, DDS, director, Dental Healthcare Analysis, Veterans Health Administration Office of Dentistry, Department of Veterans Affairs, Washington

Douglas E. Peterson, DMD, PhD, professor of oral medicine, Department of Oral Health and Diagnostic Sciences, School of Dental Medicine, University of Connecticut, Farmington; and chair, Program in Head and Neck Cancer and Oral Oncology, Neag Comprehensive Cancer Center, University of Connecticut Health Center, Farmington

Ronald L. Sakaguchi, DDS, MS, PhD, MBA, professor, Division of Biomaterials & Biomechanics, Department of Restorative Dentistry, School of Dentistry, and professor, Division of Management, School of Medicine, Oregon Health & Science University, Portland

David C. Sarrett, DMD, MS, dean, School of Dentistry, and associate vice president for health sciences, Virginia Commonwealth University, Richmond

Eli Schwarz, KOD, DDS, MPH, PhD, FHKAM, FCDSHK, FACD, chair, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Oregon Health & Science University, Portland

ПЕРЕВОДЧИКИ

Александр Островский,
Анастасия Никифорова, Галина Матвеева

РЕДАКТОРЫ РУССКОГО ИЗДАНИЯ

Елизавета Гельфанд,
Владимир Ордовский-Танаевский,
Борис Иосилевский,
Татьяна Лобкова

КООРДИНАТОР ПРОЕКТА

Елизавета Гельфанд

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР

Василий Герасков

© ООО «Издательство «Квинтэссенция», 2014

Россия, 119048, Москва,

ул. Усачева, д. 62, стр. 1, офис 1

Телефон/факс: 8(499)245-52-70

E-mail: info@quintessence.ru

http://www.quintessence.ru

Отпечатано в России.

ISBN 978-5-903567-16-4

В ежегоднике публикуются оригинальные статьи журнала Американской стоматологической ассоциации (The Journal of the American Dental Association).

Copyright © 2014

by Quintessence Publishing Co, Inc.

Все права защищены. Ни одна часть настоящего издания не может быть воспроизведена ни в какой форме без письменного разрешения издателя. Издательство не несет ответственности за содержание статей.

Мнения авторов статей могут не совпадать с мнением издательства.

Copyright © ADA

Никаких компромиссов



Предсказуемый успех имплантологического лечения достигается благодаря таким свойствам корневидных имплантатов, как превосходная первичная стабильность, сохранение стабильного уровня кости и формирование соединительнотканного прикрепления. Один универсальный хирургический набор служит для установки всех типов корневидных имплантатов, что в значительной степени облегчает выбор имплантата в соответствии с клиническими условиями.



удобство при протезировании
шестигранное соединение со скосом 45° имеет цветовую кодировку для простоты определения диаметра платформы и удобства подбора ортопедических частей



соединительнотканное прикрепление
обеспечивает физическое прикрепление мягких тканей



прикрепление костной ткани
микроканальцы Laser-Lok® способствуют лучшей остеоинтеграции

универсальный хирургический набор

цветовая кодировка инструментов для установки корневидных имплантатов* BioHorizons



г. Москва
ООО «Биоимплант»
ул. Усачева, д.62 стр.1, Деловой Центр, офис 1
тел. (495) 933-6147, 933-6148, 933-6149
e-mail: info@maximum-implants.ru
www.maximum-implants.ru



*Tapered 3.0, Tapered Internal and Tapered Plus
SPMP13154RU REV B JUNE 2013

Международный конгресс

КВИНТЭССЕНЦИЯ ЭНДОДОНТИИ

15-16.11.2014

Гостиница «ЛОТТЕ»
Москва

- Оливер Понтиус
- Йорг Шнайдер
- Илья Мер
- Цви Метцер

- Леонардо Баккерини
- Хорди Манауга
- Пол Даммер



Всем зарегистрировавшимся
на конгресс книга «Слой»
или «Эндодонтология»
в подарок!



Общая информация:



+7 495 781 06 30
kurs@quintessence.ru



+38 044 501 22 14
+38 093 880 85 44
hudz@quintessence.ru

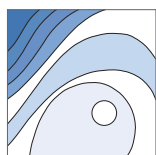


Квинтэссенция
Доктур

Doctor
doctour.ru



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО ЭНДОДОНТОЛОГОВ



Международный Симпозиум ПАРОДОНТОЛОГИЯ & РЕСТАВРАЦИОННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Москва

| 4-5 октября

| 2014

Выбор биоматериалов и методов в пародонтологической и имплантологической пластической хирургии

Джулио РАСПЕРИНИ

Переходные исследования: от эксперимента к клиническому применению

Франческо КАЙРО

Эффективность пластической пародонтологической хирургии при устранении локализованных рецессий десны

Мариано САНЦ

Использование заменителей соединительнотканного трансплантата при проведении пластических пародонтологических вмешательств

Джованни ЗУККЕЛЛИ

Эффективность пластической пародонтологической хирургии при устранении множественных рецессий десны

Антон СКУЛЕАН

Регенерация мягких тканей полости рта: каркасные и биологически активные материалы, возможности управления клеточными реакциями

Мауро МЕРЛИ

Увеличение объема мягких тканей в области имплантатов

Отто ЦУР

Проведение пластических пародонтологических вмешательств без отслаивания сосочков

Мауро Лабанка и др.

Всем зарегистрировавшимся на Симпозиум книга Фуада Кури «Регенеративные методы в имплантологии» в подарок!



Общая информация:



+7 (495) 781 06 30
kurs@quintessence.ru



+38 (044) 501 22 14
+38 (093) 880 85 44
hudz@quintessence.ru



Квинтэссенция
Доктур

Doctour
doctour.ru



SERVICE.INNOVATION.QUALITY.SERVICE.
SERVICE.INNOVATION.QUALITY.SERVICE.
SERVICE.INNOVATION.QUALITY.SERVICE.
ЗИММЕР

**ПРОРАСТАНИЕ КОСТИ
В ТЕЛО ИМПЛАНТАТА**



Стоматологический Трабекулярный имплантат Zimmer – первый имплантат с пористой средней частью (до 80%), благодаря чему кость не только прирастает снаружи, но и врастает внутрь имплантата. Уже более 10 лет Трабекулярная структура успешно используется в эндопротезах Zimmer.

Zimmer добавил ВРАСТАНИЕ кости в имплантологию.

Zimmer добавил ВРАСТАНИЕ кости в имплантологию.

Смотрите демо видео по трабекулярным имплантатам Zimmer на TrabecularMetal.zimmerdental.com.



www.zimmerdental.com

©2011 Zimmer Dental Inc. All rights reserved.
Please check with a Zimmer Dental representative for availability and additional information.

ОТ РЕДАКТОРА**Век прогресса****Журнал Американской
стоматологической ассоциации
празднует столетнюю
годовщину с момента основания**

Возможно, что история JADA больше, чем любого другого издания, отражает эволюцию стоматологии от начала XX века до настоящего времени.

Журнал Американской стоматологической ассоциации (The Journal of the American Dental Association, JADA), который начал издаваться в качестве Официального бюллетеня Национальной стоматологической ассоциации, отметил в 2013 г. свой столетний юбилей. В ноябре 1913 г. был опубликован первый номер журнала тиражом 18 000 экземпляров.¹ В настоящее время только на английском языке JADA ежемесячно выходит тиражом более 150 000 экземпляров, которые распространяются среди членов Американской стоматологической ассоциации и подписчиков во всем мире. Немаловажно отметить, что к электронной версии журнала на сайте обращается более одного миллиона читателей в год. Кроме того, переводы JADA выходят в Китае, Индии, Мексике, на Ближнем Востоке, в Португалии, Испании и России.

Попробуем вспомнить наиболее значимые этапы развития американской и мировой стоматологии за последние 100 лет. Средняя продолжительность жизни людей, родившихся в США в 1913 г., составила 50–55 лет, в то время как у детей, рожденных в наши дни, этот показатель должен достичь 75–80 лет.² За это время мир пережил две мировые войны, население Соединенных Штатов выросло с 97 миллионов (1913 г.) до 313 миллионов (2012 г.). Сердечно-сосудистые заболевания являлись основной причиной смертности в 1913 г. (11 % всех смертей³) и остаются таковыми сегодня (24 % всех смертей⁴). Однако в 1913 г. туберкулез, который сейчас редко встречается в индустриально развитых странах, вызывал примерно столько же смертей (10 % от общего числа умерших), что и сердечно-сосудистые заболевания.³

В начале прошлого века типичная стоматологическая клиника представляла собой место работы одного человека, почти всегда мужчины. В современных клиниках, даже относительно небольших, работают несколько стоматологов, ассистенты, гигиенисты, администраторы, офис-менеджеры, специалисты в области электронных средств информации и другие сотрудники. Представительство женщин в стоматологической профессии сегодня очень велико.

Возможно, что история JADA больше, чем любого другого издания, отражает эволюцию стоматологии от начала XX века до

**Брюс Ли Пилстром, DDS, MS;
Майкл Глик, DMD**

настоящего времени. Действительно, знакомство с публикациями JADA за конкретный период позволяет получить четкое представление о состоянии стоматологии, медицинской науки и даже о значимых социальных событиях, актуальных на тот момент. Например, многие статьи JADA в первой половине XX века были посвящены так называемым фокальным инфекциям и удалению зубов с целью лечения таких заболеваний, как ревматоидная лихорадка, артрит, сердечно-сосудистые заболевания, а также заболеваний почек и глаз, поскольку их связывали с инфекциями зубов. В годы Первой и Второй мировых войн многие статьи отражали вклад стоматологов в оказание специализированной помощи раненым. В конце XX века большее внимание уделялось профилактике стоматологических заболеваний и совершенствованию терапевтического подхода, поэтому многие статьи, опубликованные в то время, были посвящены новым методам диагностики и лечения. Благодаря дальновидности и умелому руководству главных редакторов JADA играл важную роль в обмене и распространении информации среди стоматологов. Наш журнал по праву считается одним из наиболее уважаемых источников проверенной научной информации для всех

сотрудников сферы здравоохранения. Многие годы JADA оказывает непосредственное влияние на развитие нашей профессии и повышение качества стоматологической помощи населению.

В 1963 г. д-р Lon Mogrey в своей статье, посвященной 50-летию JADA, писал: «Немногие стоматологи сегодня могут представить себе стоматологическую практику начала века, когда не было местных анестетиков в их современном виде, акриловой пластмассы, возможности изготавливать точные литые конструкции, антибиотиков и рентгенографии». Сегодня мы понимаем, какое значение имеет распространение профессиональной информации, и можем добавить к перечисленному выше множество достижений, без которых сложно представить современную стоматологию.

Каждый стоматолог может создать собственный список усовершенствований, изменивших стоматологическую практику за последние 100 лет, например: кардинальное изменение стоматологического образования, увеличение роли профилактики, предотвращение

кариеса благодаря фторированию, рост доли групповых клиник, развитие страховой медицины, значительное усовершенствование методов асептики и антисептики, разработка новых реставрационных материалов, уменьшающих объем препарирования зубов, распространение дентальных имплантатов, значительно расширивших возможности протезирования зубов, внедрение методов компьютерного моделирования и изготовления протезов, повсеместное использование электронных методов информации, что способствует развитию концепции научно обоснованной стоматологической практики.

Для празднования 100-летней годовщины JADA были отобраны 11 «эпохальных» статей, опубликованных в нашем журнале. В интернет-версию каждого выпуска JADA юбилейного года с февраля по декабрь включена одна из этих статей с комментарием того, кто досконально владеет обсуждаемой в ней темой.

Редакторы журнала Американской стоматологической ассоциации с 1913 г. по настоящее время*

Otto U. King, 1913–1925
 Charles N. Johnson, 1925–1938
 L. Pierce Anthony, 1938–1944
 Harold Hillenbrand, 1944–1947
 Lon W. Morrey, 1947–1963
 Leland C. Hendershot, 1963–1973
 Herbert C. Butts, 1974–1977
 Roger H. Scholle, 1978–1986
 William Wathen, 1987–1990
 Lawrence H. Meskin, 1990–2001
 Marjorie K. Jeffcoat, 2001–2004
 Michael Glick, с 2005 г. по настоящее время

* Информация собрана архивариусом Американской стоматологической ассоциации, август 2008.



Выбор «поворотных» статей осуществлялся с использованием следующих критериев:

- в статье должна суммироваться вся имеющаяся на момент публикации информация о конкретной стоматологической теме;
- в статье должна быть представлена научная информация, которая улучшила понимание природы стоматологических заболеваний, способствовала повышению эффективности их профилактики или лечения;
- в статье должна быть представлена научная или иная информация, которая изменила стоматологическую практику или здравоохранение в целом.

Авторы комментариев к этим статьям представляют краткий анализ того влияния, которое эти статьи и обсуждаемые в них темы оказали на стоматологическую практику. Редакционный совет журнала выражает глубокую благодарность авторам комментариев, согласившихся поделиться своими мыслями и мнениями.

Мы понимаем, что многие значимые статьи, опубликованные в JADA за последние 100 лет, в той или иной степени изменили стоматологию своего времени. Нередко ту или иную статью считает значимой только какая-то одна ограниченная группа людей. Например, стоматолог, который занимается только реставрационной стоматологией, естественно, обращает больше внимания на статьи,

посвященные области его профессионального интереса, т.е. реставрационным материалам и методам. Стоматолог государ-



ственной системы здравоохранения в основном читает статьи по профилактике стоматологических заболеваний. Напротив, представители конкретных стоматологических специальностей фокусируются на соответствующей информации. Поскольку аудитория JADA очень широка и захватывает все области стоматологии, выбор всего 11 «поворотных» статей представлял собой очень сложную, но интересную задачу. Поиск статей проводился вручную и в электронной базе данных, включал в себя консультации со многими стоматологами, преподавателями, специалистами, членами редакционного совета и сотрудниками JADA. В ходе поиска было проанализировано множество серьезных предложений. Безусловно, вместо выбранных статей могли быть включены другие. Наш выбор 11 статей является лишь нашим

видением рейтинга «топ 11». Мы надеемся, что эти статьи и сопровождающие их комментарии позволят читателям полу-

чить лучшее представление о пути, который прошла стоматология за последние 100 лет, а также о роли JADA в совершенствовании нашей профессии и повышении качества стоматологической помощи.

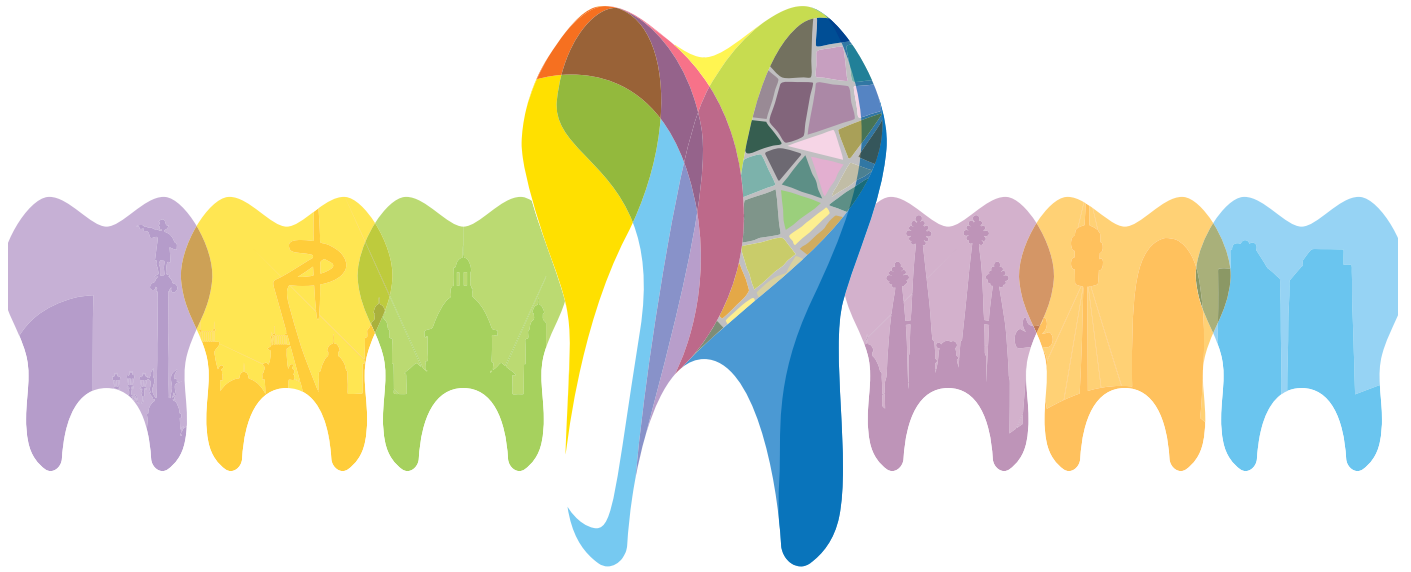
Наконец, нам бы хотелось, чтобы читатели потратили немного времени, задумавшись над будущим нашего журнала и изменениями, которые могут произойти в стоматологии к 200-летию юбилею JADA в 2113 г. ■

Д-р Пилстром – почетный профессор кафедры хирургической стоматологии и биологии стоматологического факультета Миннесотского университета (Миннеаполис, США); соредатор раздела «Исследования» журнала Американской стоматологической ассоциации; независимый консультант по вопросам стоматологических исследований.

Address reprint requests to:
Dr. Pihlstrom, 4801 Fairmont Ave., #902,
Bethesda, Md. 20814,
e-mail bpihls@umn.edu.

Д-р Глик – декан стоматологического факультета университета Баффало (Нью-Йорк, США); главный редактор журнала Американской стоматологической ассоциации.

1. Morrey LW. The Journal of the American Dental Association: a fifty year chronicle. JADA 1963;67:619-643.
2. Arias E. United States life tables, 2007. Natl Vital Stat Rep 2011;59(9):48. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_09.pdf. Accessed Dec. 10, 2012.
3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Leading Causes of Death, 1900-1998. www.cdc.gov/nchs/data/dvs/lead1900_98.pdf. Accessed Nov. 12, 2012.
4. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Miniño AM, Kung H-C. Deaths: final data for 2009. Natl Vital Stat Rep 2011;60(3):65. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_03.pdf. Accessed Nov. 12, 2012.



THE 2ND INTERNATIONAL SYMPOSIUM ESTHETIC, RESTORATIVE & IMPLANT DENTISTRY

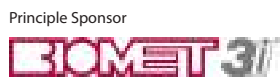
BARCELONA / 26TH, 27TH, 28TH JUNE 2014 / PALAU DE CONGRESSOS DE CATALUNYA

Day 1 is presented jointly with the Columbia University College of Dental Medicine (CITY) and the „Dennis Tarnow Alumni“. The congress is supported by an educational grant from Biomet 3i



Program Chairman: Prof. Jaime A. Gil **Speakers:** Francesco Amato - Michael Bergler - Nitzan Bichacho - João Caramês - Winston Chee - Stephen Chu - Christian Coachman - Luca Cordaro - Sillas Duarte - Stefan Fickl - Helen Francisco - German Galuzzi - David Garber - Ueli Grunder - Daewon Haam - Christoph Hämmerle - Jaime Jiménez - Sonia Leziy - José Manuel Navarro - John Sorensen - Dennis Tarnow - Tizano Testori - Xavier Vela - Robert Winter - Homayoun Zadeh - Borja Zabalegui - Ion Zabalegui - Giovanni Zucchelli

Speakers: more than 25 leading experts from all over the world. **The program:** presentation and discussion of the latest technological advances in esthetic, restorative and implant dentistry. **Audience:** over 1,000 specialists taking part in an event set out to be a landmark in these ever evolving fields of dentistry. **Location:** Barcelona, the city that combines history, contemporary life, nature... and cutting-edge trends. **Venue:** the Palau de Congressos de Catalunya, opposite the Hotel Rey Juan Carlos I.



Program is subject to change. Information: Tel. +34 934 912 300 | Fax +34 934 091 360 | www.quintevent.com/erid

ОТ РЕДАКТОРА

Рисковое дело

Время от времени нужно анализировать факторы, которые позволили нам сформулировать определенные рекомендации в конкретном клиническом случае.

Медицинская помощь требует выбора конкретного варианта лечения из многих. Практически все методы терапии сопряжены с определенными преимуществами, недостатками и потенциальными осложнениями, которые следует разъяснить пациенту. Разговор с пациентами о возможных вариантах лечения должен быть максимально откровенным. В идеале каждый врач должен понимать риск, уметь правильно объяснить его пациенту и оценить реакцию последнего на предоставленную информацию. Вне всяких сомнений, все медицинские решения и данные должны быть научно обоснованы.

Допустим, стоматолог сообщает своему пациенту, что прием рекомендуемого антибиотика в 20–30 % случаев вызывает проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта. Однако что имеет в виду врач и что понимает пациент? Означает ли это, что такие проблемы возникают у 20–30 % пациентов, принимающих указанный препарат? Или что именно у этого пациента 20–30 % случаев приема лекарства будут связаны с нарушениями деятельности ЖКТ?

Кроме того, с этим примером связаны и некоторые другие проблемы. Понимает ли сам стоматолог, как в ходе исследований определяется риск? Правильно ли пациент понимает числовое значение показателей риска «20–30 %»? Безусловно, доступное объяснение, а значит, полное понимание пациентом риска, связанного с рекомендуемым лечением (или отказом от него), способствует повышению качества медицинской помощи.

Недавно в журнале «Cancer» были опубликованы результаты исследования, которые позволяют предположить риск развития менингиомы после проведения рентгенографии по стоматологическим показаниям.¹ В средствах массовой информации это сообщение вызвало истерию, что заставило многих стоматологов оправдываться перед своими пациентами и доказывать им некорректность выводов указанного исследования. Оказалось, что авторы этого исследования использовали неверную методику расчета риска осложнений, но представили данные весьма убедительно для недостаточно подготовленного читателя.

Вероятность развития рака структур полости рта у пациентов с внутриротовой лейкоплакией представляет собой еще один

Майкл Глик, DMD
Главный редактор JADA
 E-mail “glickm@ada.org”

пример того, насколько важно хорошо понимать особенность расчета риска и уметь общаться с пациентами. Озлокачествление внутриротовой лейкоплакии ежегодно отмечается у 1 % пациентов с этой патологией.² Это означает, что риск развития злокачественной опухоли очень мал, но сопряжен с грозными, даже фатальными последствиями. Однако с учетом этого даже минимальный риск может показаться очень высоким.

В такой ситуации может быть предпочтительнее сообщить пациенту, что у 99 % людей, страдающих внутриротовой лейкоплакией, рак не развивается. По сути, в обоих случаях пациент получает одинаковую информацию, но разное отношение к смерти или выживанию может повлиять на его выбор.

Нобелевский лауреат Дэниэл Канеман (Daniel Kahneman) и его коллега Амос Тверски (Amos Tversky) сформулировали теорию, которая объясняет разную реакцию индивидуумов в ответ на разные способы предоставления одной и той же информации.³ Иными словами, такой подход значительно влияет на интерпретацию пациентами определенных данных и принятие решения относительно дальнейшего лечения.

В частности, намеренное использование стоматологом абсолютного или относительного снижения риска также влияет на согласие или отказ пациента от лечения. Например, если какая-либо манипуляция позволяет снизить риск развития кариеса от 40 на 1000 (4 %) (исходный показатель) до 30 на 1000 (3 %), то абсолютное снижение риска (АСР) составляет 10 на 1000 (1 %), а относи-

тельное снижение риска (ОСР) достигает 25 %.

Очевидно, что ОСР производит значительно большее впечатление на собеседника, чем АСР. При отсутствии адекватных разъяснений пациент может получить неверное представление о своем состоянии, что влияет на его дальнейшие решения и действия. Пациент должен знать о риске развития кариеса без проведения манипуляции. Без этой информации он не может понять, что выполнение конкретной процедуры

Поэтому стоматолог должен оценить указанные факторы, прежде чем приступать к обсуждению с пациентом риска, связанного с различными вариантами лечения или отказом от него.

1000 индивидуумам позволит предотвратить кариес только у 10 из них. Иными словами, нужно пролечить 100 человек, чтобы добиться улучшения лишь у одного из них. Этот показатель называется «числом, которое необходимо пролечить» (ЧНП). Если сама манипуляция ассоциируется с риском осложнений, то слишком высокое ЧНП может быть неприемлемым. Таким образом, недостаточно сказать пациенту об абстрактном «риске», стоматолог обязан представить конкретные цифры.

Кроме того, нужно учитывать способность пациента понимать числовую информацию. Люди по-разному оценивают числа, что связано с образованием, социальным статусом, опытом и использованием

числовых обозначений в ежедневной деятельности. Степень риска можно характеризовать частотой, в процентах, с помощью коэффициентов или образных аналогий, однако невозможно заранее предсказать, какой из перечисленных способов наиболее эффективен для каждого конкретного пациента.⁴ Интерпретация риска во многом зависит от личного опыта и уровня культуры пациентов.

К сожалению, при интерпретации риска невозможно полностью избежать некоторой неоднозначности. Однако при обсуждении вариантов лечения нужно не только учитывать предпочтения пациента и строгие научные данные, но и сохранять искренность и стараться быть максимально понятным для собеседника. Помимо прочего, такой подход позволяет построить доверительные отношения и способствует удовлетворению пациента результатами терапии.⁵

Все стоматологические манипуляции основаны на оценке соотношения риска с потенциальными преимуществами, и по мере накопления клинического опыта процесс принятия решения у большинства стоматологов проводится интуитивно. Однако для повышения эффективности планирования лечения и улучшения навыков общения время от времени нужно анализировать факторы, которые позволили нам сформулировать определенные рекомендации в конкретном клиническом случае. Такие упражнения способствуют выработке рационального клинического мышления, а значит, и повышению качества оказываемой помощи. ■

1. Claus EB, Calvocoressi L, Bondy ML, Schildkraut JM, Wiemels JL, Wrensch M. Dental x-rays and risk of meningioma (published online ahead of print April 10, 2012). *Cancer*. doi:10.1002/cncr.26625.

2. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management (published online ahead of print July 31, 2008). *Oral Oncol* 2009;45(4-5):317-323. doi:10.1016/j.oraloncology.2008.05.016.

3. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York City: Farrar, Straus and Giroux; 2009:88.

4. Visschers VHM, Meertens RM, Passchier WWF, de Vries NNK. Probability information in risk communication: a review of the research literature (published online ahead of print Nov. 5, 2008). *Risk Anal* 2009;29(2):267-287. doi:10.1111/j.1539-6924.2008.01137.x.

5. Epstein RM, Alper BS, Quil TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004;291(19):2359-2366.

Program Chair: **Prof. Pier Francesco Nocini**
Director of Surgery Department
Clinic of Maxillofacial Surgery and Dentistry
University of Verona

1° Congresso
Quintessenza Edizioni
**La cultura odontoiatrica
italiana nel mondo**

Verona, 29 - 31 maggio 2014



State of the Art of Italian Dentistry:

Efficient and Modern Care Plans, Innovative Advance
in Technology at the Service of the Patient

Speakers: Barducci, Bianchini, Bottacchiari, Bruschi, Cerutti,
Cocchetto, Cogo, Cozzani, De Santis, Fortini, Fradeani,
Galasso, Garotti, Gurrea, Inglese, Loi, Loiacono, Manauta,
Mangani, Massironi, Merli, Nocini, Pascetta, Pera, Perrotti,
Pini Prato, Politi, Preti, Prosper, Putignano, Roncati, Siervo,
Spreafico, Tealdo, Testori, Vercellotti, Vignoletti, Zucchelli

w w w . q u i n t e s s e n z a e d i z i o n i . c o m

SCIENTIFIC PROGRAM

● IMPLANT AND PERIODONTAL DAY

Friday, May 30, 2014

8.30 - 9.00 - Welcome by Quintessenza and the Authorities

Modern and Efficient Implant and Periodontal Protocols

Chairman: Luigi Galasso

- 9.00 - 9.30 - **Giovan Paolo Pini Prato**
Lectio Magistralis
- 9.30 - 10.15 - **Giovanni Zucchelli**
Role of Mucogingival Surgery in Periodontology and Implantology
- 10.15 - 11.00 - **Pier Francesco Nocini, Daniele De Santis**
3D Reconstructions versus Zygomatics
- 11.00 - 11.30 Coffee Break
- 11.30 - 12.15 - **Tiziano Testori**
The Outpatient Treatment of Maxillo-mandibular Atrophies: Treatment Protocols
- 12.15 - 13.00 - **Giovanni B. Bruschi**
Techniques to increase Bone Augmentation as an Alternative to the Grafts and to the Guided Bone Regeneration
- 13.00 - 14.00 Lunch
- 13.00 - 14.00 Lunch
Chairmen: **Pier Francesco Nocini, Tiziano Testori**
- 14.00 - 14.45 - **Tomaso Vercellotti**
Piezosurgery: State of the Art in Implantology
- 14.45 - 15.30 - **Sandro Siervo**
Diagnosis and Treatment of Complications in Implant Prosthesis
- 15.30 - 16.00 Coffee Break
- 16.00 - 16.45 - **Mauro Merli**
The Modern Diagnostic Protocol in Complex Implant Cases
- 16.45 - 17.15
Panel Discussion with all the Speakers

● PROSTHETIC AND CONSERVATIVE DAY

Saturday, May 31, 2014

Modern Protocols in Oral Prosthetic Rehabilitation from Single Tooth to Complex Cases

Chairmen: Giulio Preti, Luigi Galasso

- 9.00 - 9.30 - **Giulio Preti**
Lectio Magistralis
Prosthetic Rehabilitation and Psychological Aspects
- 9.30 - 10.15 - **Domenico Massironi**
State of the Art Teeth Preparation in Fixed Prosthodontics
- 10.15 - 11.00 - **Mauro Fradeani**
New Protocols and Innovative Procedures in Prosthetic Rehabilitation
- 11.00 - 11.30 Coffee Break
- 11.30 - 12.15 - **Ignazio Loi**
The Other Side of the Prosthetic Preparation
- 12.15 - 13.00 - **Roberto Cocchetto**
The Minimally Invasive Prosthetic for the Stability of Peri-implant Tissues
- 13.00 - 14.00 Lunch
- **The Modern Concept of Minimally Invasive Restorative**
Chairmen: **Mauro Fradeani, Domenico Massironi**
- 14.00 - 14.45 - **Antonio Cerutti**
Optimized Procedures in Adhesive Dentistry: a Tangible Goal?
- 14.45 - 15.30 - **Roberto Spreafico**
Keys to success in Direct and Indirect Restorations in Latero-Posterior Areas
- 15.30 - 16.00 Coffee Break
- 16.00 - 16.45 - **Angelo Putignano**
Keys to success in Direct and Indirect Restorations in Anterior Areas
- 16.45 - 17.30 - **Francesco Mangani**
Quality and Cost-effectiveness in Conservative Dentistry

● DENTAL TECHNICAL SESSION

Saturday, May 31, 2014

Dental Technology and Prosthesis Session

Chairman: Guido Garotti

- 8.30 - 9.00
Welcome and Presentation of Content
- 9.00 - 9.35 - **Eugenio Bianchini**
Dental Technical Trends for a New Kind of Dentistry
- 09.35 - 10.10 - **Romeo Pascetta**
Aesthetic and Functional Precision Restoration: New Pathways in Dental Technology
- 10.10 - 10.45 - **Stefano Inglese**
Aesthetic Perception and Individualization: Tools and Goals
- 10.45 - 11.15 Coffee Break
- 11.15 - 12.00 - **Enrico Steger**
I think I have some Good Solutions for You
- 12.00 - 12.35 - **Loris Prosper**
Lesson on Clinical, Technical and Maintenance Protocols in the Refresh Prosthetic of Gingival Profiles
- 12.35 - 13.10 - **Giancarlo Barducci**
Aesthetic Rehabilitation. Dental Technical Aspects in the Prosthetic Treatment
- 13.10 - 13.40
Panel Discussion with all the Speakers
- 13.40 - 14.40 Lunch

ORGANIZING SECRETARIAT Quintessenza Edizioni

Tel. +39 02 93180821
Fax +39 02 93509126
info@quintessenzaedizioni.it
www.quintessenzaedizioni.com

Thursday, May 29, 2014 • Pre-congress Course

- 14.00 - 18.30 - **Cerutti, Gorni, Testori, Zucchelli**
From Single Tooth Restoration to Complex Rehabilitation
- 16.00 - 16.30 Coffee Break

€ 150,00 VAT Included

All Lectures are held in English

Congress Registration Form

Dentists Session

- **Friday and Saturday** € 300,00 VAT included
- Students € 100,00 VAT included
- **Friday Session only** € 200,00 VAT included
- **Saturday Session only** € 200,00 VAT included

Dental Technical Session

- **Saturday** € 150,00 VAT included

Pre-congress Course of Quintessenza Edizioni

- **Thursday: Cerutti, Gorni, Testori, Zucchelli** € 150,00 VAT included

The registration fee includes 2 lunches and 4 coffee breaks

Method of payment

● **Wire Transfer** payable to: Quintessenza Edizioni - Congress Service: Banca Popolare Commercio e Industria-IBAN: IT 16T 05048 33190 00000000 2010 - SWIFT: POCIITM1 or: Banca Intesa San Paolo IBAN: IT 42U 03069 20501 615240013121 - SWIFT: BCITITMM

(Please attach a copy of the bank transfer and specify the name of the participant).

Registration is considered valid only if accompanied by the order of payment receipt.

- **Online payment** by credit card and PayPal: www.quintessenzaedizioni.com

My personal information will be treated as per D. Lgs. 196/2003

YES NO

Signature:

Billing Address

Name: Last Name:

Place of Birth: Date of Birth:

Address: Country:

City: ZIP Code:

Profession: Phone nr:

Email: Fax:

Fiscal Code: VAT Code:

Signature:

6TH SWISS SYMPOSIUM

ON ESTHETIC DENTISTRY



**MAY 9-10
2014
ZURICH**

FURTHER
INFORMATION
AND
REGISTRATION
AT:

WWW.QUINTEVENT.COM/SWISS

Location: Zurich Marriott Hotel
Neumuehlequai 42 | 8006 Zurich | Switzerland

www.zurichmarriott.com

programme may be subject to change

Friday 9th

MORNING PROGRAM

Extended lecture



Dr. Stefano GRACIS

Dr. Stefano GRACIS

Clinical & scientific evidences and concepts in conventional prosthodontics

AFTERNOON PROGRAM

Extended lecture



Dr. Tidu MANKOO

Dr. Tidu MANKOO

Clinical & scientific evidence and concepts in complex implant therapy

Saturday 10th

MORNING PROGRAM

The Master panel



Dr. Kony MEYENBERG

Dr. Kony MEYENBERG

Limits in treating esthetic deficiencies in natural anterior teeth



Dr. Ueli GRUNDER

Dr. Ueli GRUNDER

Immediate versus delayed implant placement: current rationale



Dr. Ronald JUNG

Dr. Ronald JUNG

Zirconia implants: current status

AFTERNOON PROGRAM

The Master panel



Dr. Stefan PAUL

Dr. Stefan PAUL

Present & future in esthetic adhesive dentistry (Part I)



Dr. Roberto SPREAFICO

Dr. Roberto SPREAFICO

Present & future in esthetic adhesive dentistry (Part II)



Dr. Didier DIETSCHI

Dr. Didier DIETSCHI

Present & future in esthetic adhesive dentistry (Part III)

 **QUINTESSENCE PUBLISHING**

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

«ДОЛЖЕН ЛИ Я ПЕРЕДАТЬ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА ЕГО НОВОМУ СТОМАТОЛОГУ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ИЗЪЯВИЛ ЖЕЛАНИЕ НЕ ДЕЛИТЬСЯ ВСЕЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ С НОВЫМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ?»

Ситуация заключается в следующем: мой пациент перенес операцию на сердце, ему установили протез сердечного клапана и назначили антибиотикопрофилактику, но он признался, что не собирается принимать антибиотики. Со своей стороны, я постарался убедить его в необходимости антибиотикопрофилактики и рассказал о возможных осложнениях при отказе от нее. Пациент настаивал на своем. Мне ничего не оставалось, как сказать, что в таком случае я отказываюсь лечить его. Пациент дал понять, что обратится к другому стоматологу. И когда я объяснил, что профилактический прием антибиотиков в его случае является обязательным и новый стоматолог тоже не начнет лечение до окончания этого курса, пациент сказал, что новый стоматолог не должен узнать ни об операции на сердце, ни об искусственном клапане. Следует ли мне поделиться с другим стоматологом информацией о здоровье его нового пациента, включая сведения о перенесенной операции и необходимом приеме антибиотиков?»

Ваш вопрос очень неоднозначен: в нем заключается не только сложная этическая проблема, но также возникает конфликт между этическим и правовым ее решением.

За помощью в данной ситуации следует обратиться к Принципам этики и Кодексу профессионального поведения Амери-

канской стоматологической ассоциации¹ (Кодекс АСА), а также к Положению о правах и обязанностях пациентов, которое утвердил Совет по этике, правовым нормам и судебным делам Американской стоматологической ассоциации.

Пациенты американских стоматологов имеют право принять, отсрочить или отказаться от любых рекомендаций относительно их лечения. В то же время пациенты обязаны честно предоставить полную информацию о своем состоянии здоровья и перенесенных ранее заболеваниях и операциях.²

В соответствии с главным принципом врачебной этики стоматолог обязан: а) удерживаться от действий, которые могут навредить пациенту; б) защищать пациента от любых возможных ситуаций, которые могут нанести ущерб здоровью пациента.¹ Поэтому надо сделать все, что в ваших силах, чтобы убедить вашего пациента пройти курс антибиотикопрофилактики, так как в противном случае последствия для его здоровья могут оказаться катастрофическими.

Кроме того, в Кодексе Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА) указано, что врач обязан способствовать улучшению здоровья пациента. И снова от вас требуется убедительно доказать пациенту необходимость рекомендованного лечения, если это действительно жизненно важно.

Однако этот же принцип подразумевает, что пациент имеет право выразить свою точку зрения, т.е. стоматолог должен действовать так, как того требуют клинические обстоятельства, принимая во внимание пожелание пациента.

Если ваши действия (или ваше бездействие) нанесут ущерб здоровью человека, пусть он даже не является уже вашим пациентом, как вы будете себя чувствовать? Разве оказание врачебной помощи не должно быть выше всех других обяза-

тельств? Разве не это является основой профессиональной этики стоматолога?

Пациент дал вам четко понять, что он не желает, чтобы стоматолог, к которому он решил обратиться, знал все подробности о его состоянии здоровья и о том, что он отказывается от профилактического приема антибиотиков.

Вам действительно трудно принять решение, потому что налицо конфликт между принципом необходимости оказания врачебной помощи, принципом соблюдения врачебной тайны и принципом автономии пациента.

Большая часть сведений, которые узнает стоматолог о состоянии здоровья своего пациента, равно как и подробности, касающиеся непосредственно стоматологического лечения, являются конфиденциальной информацией, врачебной тайной, и в каждом штате существуют свои законы, предполагающие ответственность за разглашение подобной информации.

Конфиденциальность предполагает неразглашение личной информации, которая может быть необходимой при оказании медицинской помощи, в частности в ходе стоматологического лечения.

Врачебная тайна подразумевает обязанность врача не разглашать такую информацию, которой поделился пациент в ходе лечения в уверенности, что она не будет разглашаться, хотя у клиента или пациента есть право изменить свое решение.

Мы обычно говорим о врачебной тайне, об адвокатской тайне, о тайне исповеди, когда первостепенной задачей является неразглашение информации (личной, относящейся к состоянию здоровья, не всегда положительной, возможно даже криминального характера), которую клиент доверяет профессионалу в надежде получить по возможности лучшую помощь или лечение. Это понятие помогает установить необходимые отношения доверия и открытости между клиентом и профессионалом.

Не следует забывать очень важный аспект этого понятия: информация, о которой идет речь, принадлежит пациенту или клиенту, а не профессиональному врачу или адвокату.

Конечно, существуют исключения, которые позволяют нарушить тайну и открыть информацию, если этого требует благополучие общества.

Например, если кто-либо под прикрытием категории профессиональной тайны сообщает, что собирается убить определенного человека или нанести ущерб какой-либо собственности так, что при этом могут пострадать люди, существует законное требование открыть подобную информацию соответствующим органам или потенциальным жертвам.³

Рассматривая ситуацию, приведенную вами, можно отметить, что данный пациент может навредить только себе, поэтому если стоматолог делает достоянием гласности информацию, которая была доверена ему как врачебная тайна, его можно привлечь к суду.

Принцип автономии пациента Кодекса Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА) гласит, что «стоматолог должен уважать право пациента на возможность выбора и право на конфиденциальность». Подробно информированный пациент имеет право отказаться от лечения, даже если это решение может неблагоприятно повлиять на его здоровье.

Иными словами, если руководствоваться Принципом автономии, ваш пациент может с полным правом отказаться от приема антибиотиков в профилактических целях, если он знает и понимает всю серьезность и возможные последствия такого решения.

Законы и правовые нормы созданы для того, чтобы защитить право пациента на неразглашение результатов лечения и сведений о состоянии его здоровья. За нарушение этих законов можно привлечь стоматолога к суду.

Должны ли вы рассказать новому врачу вашего пациента о его очень серьезной проблеме со здоровьем, рискуя при этом быть привлеченным к суду за разглашение врачебной тайны?

Однако сможете ли вы оставаться спокойным, зная, что ваш пациент подвергает себя серьезному риску? В таком случае также есть риск быть привлеченным к от-

ветственности, но уже за умышленное бездействие.

Какое влияние окажет ваше решение на авторитет профессии в целом?

И еще один вопрос может быть задан в этой ситуации: почему же пациент вообще не отказался от операции, зная, что общий курс лечения включает в себя обязательный прием антибиотиков?

Что касается конфиденциальности, то, если стоматолог получит письменный запрос с подписью пациента (как того требует закон или правила существующего стоматологического сообщества) с тем, чтобы передать всю информацию или часть ее другому врачу, это означает не что иное, как разрешение и согласие пациента на раскрытие конфиденциальной информации.

Кодекс Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА) говорит об этом так:

«Стоматологи обязаны сохранять в тайне все, что касается сведений о состоянии здоровья пациента и о проведенном лечении. Стоматологи должны хранить всю информацию о пациенте таким образом, чтобы способствовать благополучию пациента. По просьбе пациента или другого врача стоматолог может передать любую информацию, необходимую для дальнейшего лечения в соответствии с существующими законами».¹

Письменная просьба пациента о передаче другому врачу сведений о проведенном стоматологическом лечении и о состоянии его здоровья превалирует над устным соглашением о конфиденциальности такой информации.

Однако пациент все равно может возразить, что стоматолог знал о том, что пациент не желает раскрывать информацию об операции по вшиванию искусственного сердечного клапана, и поэтому врачу следовало бы отредактировать передаваемую информацию в соответствии с выраженным желанием пациента. Но стоматолог может не получить запроса от пациента о передаче информации новому врачу.

Кодекс Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА) разрешает обмен информацией между врачами, которые оказывают лечебные услуги одному и тому же пациенту.

Еще одно возможное решение может быть следующим: вручить врачебные записи с информацией о проведенном лечении и состоянии здоровья самому пациенту с просьбой передать их его новому стоматологу. Таким образом, вы действуете в соответствии с принципом «Не навреди», и вас нельзя обвинить в нарушении конфиденциальности пациента. Вы предприняли все законные меры, чтобы помочь пациенту, соблюдая основные принципы Американской стоматологической ассоциации (ADA Code). ■

*Уолтер Чиной,
DMD, стоматолог общей практики
(Скотч-Плэйнс, штат Нью-Джерси),
член Совета по этике,
уставным отношениям
и юридическим вопросам Американской
стоматологической ассоциации (АСА).*

Этические вопросы подготовлены членами Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации (СЕВJA) совместно с сотрудниками журнала Американской стоматологической ассоциации (JADA) с целью ознакомить общество с Принципами этики и Кодексом профессионального поведения АСА. Читатели могут присылать свои вопросы для СЕВJA по адресу: 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611, e-mail ethics@ada.org.

Точка зрения автора статьи необязательно отражает мнение СЕВJA и совпадает с политикой АСА.

1. American Dental Association. American Dental Association principles of ethics and code of professional conduct, with official advisory opinions revised to April 2012. www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2012.pdf. Accessed Oct. 9, 2012.

2. ADA Council on Ethics, Bylaws and Judicial Affairs. ADA statement on dental patient rights and responsibilities. August 2009. www.ada.org/sections/about/pdfs/statements_ethics_patient_rights.pdf. Accessed Sept. 23, 2012.

3. Tarasoff v Regents of the University of California, 551 P2d 334 (1976).



Антонелла Тани Боттичелли

Перенимая опыт

Руководство
по профессиональной
гигиене полости рта

Твердый переплет
380 страниц
722 иллюстрации
Цена 6000 руб.

Руководство по стоматологической гигиене «Опыт – лучший учитель» в оригинале вышло почти 10 лет назад и приобрело значительную популярность среди стоматологов и гигиенистов. Антонелла Тани является большим энтузиастом своей профессии и признанным экспертом в области гигиены полости рта. В своей книге она откровенно поделилась многолетним опытом работы и приемами, которые можно использовать при общении с пациентами.

Сегодня, спустя годы после первой книги, наступило время пересмотреть и дополнить руководство. С тех пор появились новые технологии, материалы и методы, которые значительно повысили эффективность стоматологической профилактики, что требует отдельного обсуждения.

В руководстве появились новые разделы, посвященные анатомии, микробиологии и гистопатологии. Вся книга включает в себя четыре основные части: «Основные положения», «Пациенты с пародонтитом», «Пациенты с предрасположенностью к кариесу» и «Пациенты с протезами с опорой на имплантаты». Таким образом, Антонелла Тани делает пациента главным действующим лицом своего руководства. Успешная профилактика и лечение, а также поддерживающая терапия пациентов, страдающих стоматологическими заболеваниями, должна быть основана на строгих научных данных.

Дидактически точное разделение на главы и разделы облегчает восприятие и усвоение информации. Вне всяких сомнений, эта книга станет очень полезной в практике каждого гигиениста.

Три части книги посвящены обсуждению конкретных клинических проблем и особенностям ведения пациентов. Новое руководство можно рекомендовать не только тем, кто еще учится в училищах, но и опытным гигиенистам, а также всем специалистам, которые занимаются проблемами стоматологической профилактики и пародонтологией.

Думаю, что Антонеллу Тани Боттичелли можно поздравить с прекрасной книгой, которая станет еще одним вкладом этой замечательной женщины в стоматологическое образование!

**Никлаус Ланг, DDS, MS, PhD,
Dr.dont.hc, Hon FRCPS (Glasgow)**

**Почетный профессор Бернского университета
Профессор имплантологии Гонконгского университета**

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Часть 1 ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Глава 1. Анатомия зубов
- Глава 2. Анатомия пародонта
- Глава 3. Бактериальный налет
- Глава 4. Кариес
- Глава 5. Пародонтологические заболевания
- Глава 6. Клиническая карта
- Глава 7. Организация работы гигиениста
- Глава 8. Коммуникация
- Глава 9. Гигиена полости рта – Инструменты и методы
- Глава 10. Эргономика – Осанка и движения
- Глава 11. Снятие отложений – Инструменты и методы
- Глава 12. Заточивание инструментов
- Глава 13. Лечение гиперчувствительности зубов
- Глава 14. Поддерживающая терапия

Часть 2 ПАЦИЕНТЫ С ПАРОДОНТИТОМ

- Глава 1. Пародонтологическое лечение
- Глава 2. Мотивирование пациентов с пародонтитом
- Глава 3. Инструменты гигиениста и материалы для гигиены полости рта
- Глава 4. Нехирургическое лечение заболеваний пародонта
- Глава 5. Поддерживающая терапия

Часть 3 ПАЦИЕНТЫ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К КАРИЕСУ

- Глава 1. Цели лечения
- Глава 2. Мотивирование пациентов с предрасположенностью к кариесу
- Глава 3. Инструменты гигиениста и материалы для гигиены полости рта
- Глава 4. Лечение пациентов с предрасположенностью к кариесу
- Глава 5. Поддерживающая пародонтологическая терапия

Часть 4 ПРОТЕЗЫ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

- Глава 1. Зуб и имплантат
- Глава 2. Мотивация пациентов с имплантатами
- Глава 3. Инструменты и материалы для гигиены полости рта
- Глава 4. Поддерживающая терапия

Успешная стоматологическая практика в условиях послекризисной экономики

ЧТО МОГУТ СДЕЛАТЬ СТОМАТОЛОГИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕКРИЗИСНОЙ ЭКОНОМИКИ?

Стоматология вступила в новую экономическую эпоху. По моему мнению, большинство стоматологов считают приоритетным оказание высококачественной стоматологической помощи. Однако стоматологическая клиника является предприятием, которое должно приносить прибыль. В современных экономических условиях это обстоятельство имеет особенно важное значение.

Недавний экономический кризис оказал отрицательное влияние на большинство стоматологических клиник, многие из которых продолжают испытывать значительные трудности. По данным опроса, проведенного Американской

стоматологической ассоциацией в 2011 г., 58 % стоматологов общей практики отметили снижение доходов в третьем квартале по сравнению со вторым кварталом 2011 г.¹ Кроме того, 52 % опрошенных стоматологов отметили снижение общего объема работ в тот же период.

Ниже кратко описаны принципы повышения эффективности работы частной стоматологической клиники, позволяющие организовать деловые операции и улучшить финансовые показатели. Прежде всего стоматолог должен четко определить цели, организовать документооборот и разработать критерии оценки эффективности клиники как коммерческого предприятия. Соблюдение этих принципов облегчает функционирование клиники в сложных экономических условиях.

Определение целей. Определение целей является первым этапом решения

любых кризисных ситуаций. Эти цели представляют собой конкретные числовые показатели, к достижению которых нужно стремиться. Например, можно поставить задачу собрать 99 % задолженности пациентов перед клиникой за проведенное лечение или добиться 98 %-ного соблюдения записи. Еще одним примером такой цели может быть снижение количества неявок пациентов (или отказов от посещения в последнюю минуту) до 1 % и меньше. Кроме того, можно поставить целью увеличение оборота клиники на 10 % как минимум.

Стоматолог (руководитель клиники) должен определить 10–15 таких целей. При этом сначала нужно не заикливаться на конкретных способах достижения поставленных целей, а четко понять, какой хочет увидеть свою клинику стоматолог и его сотрудники через 12 месяцев. По сути, цели представляют собой стратегический план развития практики на ближайший

Роджер Левин, DDS

год. На следующем этапе стоматолог должен организовать эффективную систему документооборота, которая удовлетворяла бы требованиям стоматолога и остальных сотрудников клиники с учетом поставленных целей.

Организация документооборота. Организованная система документации облегчает достижение поставленных целей. К сожалению, во многих клиниках такая система отсутствует. Наличие структурированного документооборота позволяет всем сотрудникам стоматологической клиники лучше понять свою роль и ответственность.

Систему документации следует пересматривать каждые три–пять лет, чтобы адаптировать ее к актуальным требованиям. За этот срок почти во всех клиниках появляются новые услуги и новые технологии, поэтому сохранение старой системы может не отвечать изменившимся условиям. В такой ситуации эффективность работы клиники снижается, а контроль над достижением целей утрачивается.

Разработка критериев оценки эффективности работы клиники. Стоматологи могут использовать особые критерии оценки эф-

фективности работы клиники и квалификации персонала. Обычно в клиниках с этой целью применяются показатели, основанные на впечатлениях пациентов. Однако этого недостаточно, для адекватного контроля нужны критерии, позволяющие оценить мотивацию пациентов. В таком случае стоматолог может предпринять требуемые меры для достижения необходимой степени сотрудничества. Это значительно облегчает выполнение поставленных задач, например: явку на контрольные осмотры и сеансы профессиональной гигиены 98 % пациентов клиники; повторное обращение пациентов, которые по каким-либо причинам перестали посещать клинику; получение согласия пациентов на рекомендованное лечение.

При построении доверительных отношений в ходе обычного стоматологического приема пациент неожиданно для себя получает положительный опыт. Многие пациенты оценивают стоматологическую помощь не только и не столько по качеству выполнения клинических манипуляций, сколько по уровню обслуживания в клинике. Нужно помнить, что именно высокий уровень обслужива-

ния повышает вероятность рекомендации пациентами клиники своим родственникам, друзьям и знакомым.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успех стоматологической практики зависит не только от уровня оказываемой пациентам помощи, но и от правильного делового подхода к ведению бизнеса. Выполнение высококачественного лечения всегда было приоритетом большинства стоматологов, однако в настоящее время следует уделять повышенное внимание организации дела в целом. Постановка конкретных целей, создание эффективной системы документооборота и разработка критериев оценки эффективности клиники способствуют развитию практики в условиях послекризисной экономики. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

1. American Dental Association Survey Center. Survey of Economic Confidence: Third Quarter of 2011—Dental Practice. Chicago: American Dental Association; 2011:4.

Стоматологическая страховка – за и против

СТОИТ ЛИ СОТРУДНИЧАТЬ СО СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ?

Во время моих семинаров стоматологи часто спрашивают меня о том, стоит ли им сотрудничать со страховыми компаниями. Однако ответить на этот вопрос можно только после тщательного анализа ситуации в конкретной клинике.

Кроме того, существует множество разных вариантов стоматологического страхования, что также нужно принимать во внимание. Невозможно предложить универсальную формулу, одинаково подходящую к каждой клинике.

К сожалению, в большинстве случаев решение о сотрудничестве со страховыми компаниями или отказе от него принимается интуитивно, без учета конкретных критериев.

СОТРУДНИЧЕСТВО СО СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ

Сотрудничество со страховыми компаниями обычно приводит к увеличению числа первичных пациентов. Более того, при отсутствии страховки многие пациенты даже не обратились бы к стоматологу для плановой помощи или регулярных сеансов профессиональной гигиены полости рта. Несмотря на определенные преимущества, участие в страховых планах может иметь некоторые недостатки. Контролируя деятельность стоматологов, страховые компании оказывают услугу потребителям и оплачивают стоматологическую помощь по минимальному тарифу, который часто ниже принятых в конкретной клинике цен. В прошлом стоматологи прибегали к сотрудничеству с одной или несколькими страховыми компаниями

с целью привлечения новых пациентов. Однако увеличение потока нивелировалось снижением выручки при лечении страховых пациентов.

В настоящее время ситуация изменилась. На фоне экономического кризиса многие стоматологи начали сотрудничать со страховыми компаниями в надежде привлечь новых пациентов, но не получили ожидаемого результата, поскольку таких клиник оказалось слишком много. В подобных случаях общий оборот стоматологических клиник снижается, даже несмотря на некоторое увеличение числа первичных пациентов.

На мой взгляд, из этой ситуации можно сделать определенные выводы. Следует тщательно анализировать возможные результаты участия в страховых программах. Прежде всего, необходимо посчитать потенциальное увеличение оборота с учетом относительно низкой оплаты за оказанные услуги и мини-

Роджер Левин, DDS

мального количества первичных пациентов. С помощью этой информации можно оценить целесообразность сотрудничества со страховыми компаниями.

В сложной экономической ситуации руководители клиники должны принимать решения, основываясь не на эмоциях или интуиции, а на всестороннем анализе преимуществ или недостатков того или иного плана действий.

ПОНИМАНИЕ СИТУАЦИИ

Для лучшего понимания ситуации в клиниках, ведущих прием как страховых пациентов, так и тех, кто самостоятельно оплачивает свое лечение, руководитель клиники должен ответить на следующие вопросы:

- Какую часть оборота клиники составляют все страховые пациенты?
- Какую часть оборота клиники составляет каждая программа страхования по отдельности?

- Насколько ниже страховое покрытие стоматологических услуг относительно их стоимости в преискусранте клиники?

- Какое количество первичных пациентов было получено в результате участия клиники в каждой программе страхования по отдельности?

- Какова средняя стоимость лечения первичного пациента по каждой программе страхования по отдельности?

- Какое количество новых пациентов привлекли первичные пациенты, направленные каждой страховой компанией?

Поиск ответов на эти вопросы может показаться слишком трудоемким, но без этого невозможен сколько-нибудь адекватный анализ ситуации. В противном случае решение об участии или отказе от участия в страховых программах оказывается слишком субъективным и может привести

к еще большему снижению эффективности клиники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участие стоматологической клиники в программах страхования может увеличивать количество первичных пациентов, но с учетом роста числа клиник, сотрудничающих со страховыми компаниями, снижает эффективность этого способа привлечения новых пациентов. Стоматологи должны принимать решение об участии в страховых программах на основе тщательного анализа ситуации. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной позицией Американской стоматологической ассоциации.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

НАСКОЛЬКО ЭТИЧНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ «БЕСПЛАТНОГО ВТОРОГО МНЕНИЯ?»

Отмечается увеличение числа стоматологов, предлагающих «бесплатное второе мнение». Полагаю, что этот прием используется для привлечения новых пациентов. Насколько этичен такой подход?

Так же как на многие другие морально-этические вопросы, ответить на этот вопрос однозначно невозможно.

Если вы спросите, является ли такая реклама своих услуг неэтичной, то ответ будет отрицательным. Само по себе предложение бесплатно провести консультацию для предоставления пациенту второго мнения о его состоянии абсолютно этично. Однако этот вопрос требует более тщательного анализа.

Проблемы второго мнения, рекламы и целей стоматологической помощи обсуждаются в своде Этических принципов и Кодексе профессиональных отношений Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА).

В разделе 1 (Принцип автономности пациента) отмечается, что «стоматолог обязан уважать право пациента на самоопределение и конфиденциальность»,¹ что подтверждает право пациента на выбор любого стоматолога. Кроме того, в том же разделе указано, что стоматолог обязан предоставлять пациенту адекватную стоматологическую помощь с учетом требований и пожеланий последнего. Поскольку удовлетворить этим условиям можно с использованием разных вариантов лечения, пациент может и должен получить всю нужную ему информацию для полного понимания имеющихся вариантов выбора. В разделе 2.В (Консультации и направление к специалистам) отмечается, что необходимо «всегда стремиться к сохранению

или повышению благополучия пациента».¹ При направлении пациента к специалисту последний должен «вернуть пациента направившему его специалисту, если только пациент активно не настаивает на предпочтении иного лечащего врача».¹ В разделе 2.В.1 (Второе мнение) отмечается, что «решения стоматолога, к которому пациент направлен третьей стороной для получения второго мнения, не должны быть обусловлены финансовой заинтересованностью».¹ Однако в разделе 2.В.1 указывается третья сторона, например страховая компания. В обсуждаемой ситуации сами пациенты ищут и обращаются к другим стоматологам для получения второго мнения.

Использование положений Кодекса АСА и любых других инструментов ограничения выбора пациента может рассматриваться как недобросовестная конкуренция.

Таким образом, само по себе предложение бесплатно провести консультацию для предоставления пациенту второго мнения о его состоянии нельзя считать неэтичным. Желание пациента получить второе мнение вполне понятно. Более того, стоматологам рекомендуется предлагать своим пациентам проконсультироваться с еще одним специалистом, особенно если у них возникают вопросы и сомнения в правильности назначенного лечения.

В разделе 5.Ф Кодекса АСА (Реклама) утверждается, что «стоматолог не должен рекламировать свои услуги с помощью некорректной или ложной информации, вводящей пациентов в заблуждение».¹

В рамках данной статьи особое внимание стоит уделить «некорректной или ложной информации». Сомнения в этичности обсуждаемого вопроса могут быть оправданны, если бесплатное второе мнение предлагается в качестве рекламной уловки. Таким образом, при рекламировании бесплатных услуг следует избегать двусмысленных формулировок и искажения

фактов, необходимых для корректного понимания информации.² Этическое предложение бесплатных профессиональных услуг обусловлено в первую очередь заботой о населении в целом, желанием помочь потенциальным пациентам, облегчая им доступ к определенным знаниям и навыкам.

Предоставление бесплатного второго мнения сопряжено и с другими сомнениями этического плана. Во-первых, Консультативный бюллетень 5.В.6 (Необязательные услуги) гласит, что «предложение необязательных стоматологических услуг считается неэтичным».¹ Например, для того чтобы не подвергать пациента ненужной лучевой нагрузке, консультирующий стоматолог должен осведомиться у него или направившего его врача о существовании рентгенограмм, корректно отражающих настоящий стоматологический статус. В соответствии с разделом 1.В (Ведение документации) такие рентгеновские снимки должны быть предоставлены по первому требованию.

Во-вторых, высказывая свое мнение о текущем состоянии пациента, стоматолог не должен пренебрежительно отзываться о работе другого специалиста. Консультативный бюллетень 4.С (Конструктивная критика) указывает, что «пациент должен быть проинформирован о реальном стоматологическом статусе без ущемления достоинства стоматологов, проводивших лечение раньше».¹ В Консультативном бюллетене 4.С.1 (Трактовка «оправданности») отмечается, что разночтения врачей относительно предпочтительного дальнейшего лечения не следует доводить до сведения пациента в неподобающей форме, чтобы пациент не счел назначенное или уже проведенное лечение некачественным. Безусловно, в некоторых случаях сложно определить оправданность комментариев, поэтому разговор с пациентом нужно вести с большой осторожностью, воздерживаясь от необоснованной критики в адрес другого стоматолога. Комментарии, которые не имеют четкого обоснования, считаются неоправданными и могут послужить причиной дисциплинарных взысканий к стоматологу, который их высказывает.¹

Рекомендуется проанализировать следующие вопросы и оценить, насколько полученные ответы соответствуют Кодексу АСА:

- Насколько информация обо мне и об условиях предоставления мной «бесплатного второго мнения» корректна и соответствует действительности?
- По завершении консультации говорю ли я пациенту о необходимости вернуться к направившему его стоматологу для последующего лечения?
- Рекомендую ли я лечение с учетом интересов обратившегося за консультацией пациента или исходя из расчета, что, услышав желаемое, он предпочтет продолжить лечение у меня?
- Рекомендую ли я технологии или методы лечения, которые никогда бы не рекомендовал своим постоянным пациентам, только с тем, чтобы убедить обратившегося за консультацией пациента в исключительном превосходстве предлагаемых мной услуг?
- Говорю ли я во время консультации о преимуществах и удобствах лечения в моей клинике, особенно когда я осведомлен о состоянии практики и возможностях направившего стоматолога? И в таком случае не по этой ли причине я разместил рекламное объявление о предложении бесплатного второго мнения?
- Упоминаю ли я о стоимости участия в реферативной базе стоматологов, предлагающих «бесплатное второе мнение», в разговоре с обратившимся за консультацией пациентом?
- Информую ли я пациента заранее о необходимости предоставить имеющиеся рентгенограммы или предпочитаю не затрагивать этой темы в надежде, что он не возобновит контакт с предыдущим стоматологом, или для получения прибыли от выполнения нового рентгенологического исследования?
- Стараюсь ли я скомпрометировать другого специалиста в глазах пациента, чтобы тот продолжил лечение у меня? Безусловно, предложение «бесплатного второго мнения» не является неэтичным.

Пациент свободен в выборе стоматолога, в том числе и на основании мнения нескольких специалистов. Однако необоснованная критика лечащего стоматолога, выполнение ненужных манипуляций, искажение информации о стоимости своих услуг, опыте и квалификации, несомненно, нарушают этические принципы. Только сам стоматолог может знать, чем он руководствовался в собственных поступках и насколько эти поступки соответствуют морально-этическим нормам. Истинно профессиональное суждение определяется прежде всего интересами и благополучием пациента. ■

Род Уэнтурф, DDS, стоматолог общей практики (Белвью, Вашингтон, США), председатель Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации.

Материал раздела «Этические вопросы» подготовлен отдельными членами Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации в сотрудничестве с журналом Американской стоматологической ассоциации. Цель данной статьи заключается в популяризации Этических принципов и Кодекса профессионального поведения Американской стоматологической ассоциации. Читатели могут отправлять свои вопросы в Совет по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам АСА по адресу: 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611 или по электронной почте: ethics@ada.org.

Мнения авторов могут не совпадать с мнением Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации или официальной политикой АСА.

Address reprint requests to the American Dental Association Council on Ethics, Bylaws and Judicial Affairs, 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611.

1. American Dental Association. American Dental Association principles of ethics and code of professional conduct, with official advisory opinions revised to August 2011. "www.ada.org/194.aspx". Accessed Aug. 31, 2011.

2. Federal Trade Commission. FTC Guide Concerning Use of the Word "Free" and Similar Representations. §251.1. "www.ftc.gov/bcp/guides/free.htm". Accessed Aug. 29, 2011.

Важность ключевых показателей эффективности

КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОМОЖЕТ МНЕ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО РУКОВОДИТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКОЙ?

Стоматологическая клиника является сложным предприятием малого бизнеса. Стоматологи сталкиваются с теми же проблемами организации, построения сплоченной команды, лидерства и финансирования, что и руководители крупных корпораций, только в меньшем масштабе.

Одним из действенных способов решения этих проблем без отрыва от клинической практики является определение и исследование ключевых показателей эффективности. Регулярный анализ наиболее важной информации позволяет оценивать и своевременно корректировать траекторию движения практики к поставленным целям.

Роджер Левин, DDS

32 JADA 2014

ИЗБЫТОК ИНФОРМАЦИИ

Большинство современных стоматологических клиник оснащено тем или иным программным обеспечением, генерирующим многочисленные отчеты, таблицы и графики. Количество получаемой информации сбивает с толку. Сам стоматолог в третьем поколении, я прекрасно понимаю, что большую часть рабочего времени мы посвящаем клинической практике. Когда мы не общаемся с пациентом, то отвечаем на вопросы сотрудников и обмениваемся информацией с зубными техниками и другими участвующими в лечении специалистами. Времени на чтение отчетов практически не остается.

Редкий стоматолог по окончании трудового дня хочет сидеть в кабинете, анализируя показатели продуктивности. Именно поэтому многие

игнорируют эту свою обязанность и терпеливо ждут, когда главный бухгалтер расскажет, как идут дела. В спокойные времена такой подход может оправдывать себя. Однако в столь нестабильной ситуации жизненно необходимо держать руку на пульсе и ориентироваться в потоке информации.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Проблема избытка информации решается использованием ключевых показателей эффективности (КПЭ). Систематический анализ 12–15 основных статистических показателей занимает не более 5 мин и дает четкое представление о текущем состоянии дел.

Каждый стоматолог самостоятельно определяет объем и характер интересующей его информации, однако нижеперечисленные показатели важны в любой практике:

- коэффициент производительности;

- скорректированный коэффициент производительности;
- прибыль;
- накладные расходы;
- дебиторская задолженность;
- процент сбора платежей;
- валовой доход;
- количество неявок пациентов и визитов, отмененных в последний момент;
- средняя производительность (в пересчете на одного пациента);
- количество новых пациентов.

Использование дополнительных КПЭ зависит от расставленных приоритетов. Основная идея заключается в максимально быстром получении наиболее ценной информации.

Всю необходимую информацию редко можно получить

из одного источника. Сбор и обработку требуемых данных следует поручить ответственному сотруднику, который регулярно должен предоставлять стоматологу односторонний отчет. Документы большего объема рискуют быть отправленными прямым в корзину.

Каждый КПЭ следует сравнивать с заранее определенными нормативами. Выход КПЭ за пределы допустимого диапазона говорит о необходимости анализа ситуации и действий по ее исправлению. Например, превышение процента неявок и отмененных в последний момент визитов допустимых для конкретной практики значений может быть единственным случаем или же указанием на системную проблему. В последнем случае

стоматологу следует задуматься о правильности составления и строгости соблюдения записи пациентов на прием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Систематический анализ КПЭ позволит стоматологу своевременно получать всю необходимую информацию для принятия стратегически правильных решений в условиях экономической нестабильности. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

КАК ДОЛЖЕН ПОСТУПИТЬ СТОМАТОЛОГ, ЕСЛИ ОН ИМЕЕТ ОСНОВАНИЕ ПОЛАГАТЬ, ЧТО ЕГО КОЛЛЕГА НЕ МОЖЕТ ДОБРОСОВЕСТНО ВЫПОЛНЯТЬ СВОИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ИЗ-ЗА ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?

Последние 25 лет мы с коллегой, который стал моим лучшим другом еще в студенческие годы, занимаемся частной практикой и являемся партнерами. В прошлом году партнер попал в автокатастрофу, в результате которой стали непрекращающиеся сильные боли в области спины и шеи. После хирургического лечения и постоянного наблюдения врач назначил ему обезболивающие препараты. На прошлой неделе наш фармацевт сообщил мне о подозрительно большом количестве рецептов на наркотические препараты, выписанные моим коллегой. Фармацевт просто хотел убедиться в правильности назначений. Меня беспокоит вероятность развития наркотической зависимости у моего коллеги. Как это может повлиять на его профессиональные способности? Я знаю о наличии у него сильной хронической боли, но в то же время не могу не думать о здоровье наших пациентов, а также о возможном вреде его собственному физическому и душевному здоровью. Меня беспокоит потенциальная угроза его профессиональным навыкам, которую представляет такое пристрастие. Что мне делать в этой ситуации?

Этическая дилемма, представленная в этом вопросе, является сложной с точки зрения и профессиональных, и личностных взаимоотношений. Такая ситуация может повлечь за собой серьезные последствия,

если не дать им соответствующую морально-этическую и правовую оценку.

Кодекс профессионального поведения и Принципы этики Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА) помогут принять правильное решение.

Раздел 2 (Принцип: «Не навреди») гласит, что стоматолог обязан воздерживаться от причинения вреда пациенту. Это означает, что, прежде всего, стоматолог должен следить за тем, чтобы его знания и умения соответствовали требованиям современности; он должен знать, когда следует направить пациента к более квалифицированному специалисту; лечащий стоматолог должен понимать, когда и при каких обстоятельствах уместно передать заботу о пациенте помощникам.

Разумно предположить, что стоматолог может навредить пациенту, если проводит лечебные действия под воздействием наркотических препаратов. Следует помнить о тонкой границе между применением этих лекарств и злоупотреблением ими; в то же время строгое применение предписанных терапевтических доз лечебных медицинских препаратов не может повлиять на способность вести профессиональную деятельность.

Пункт 2.D в Комментариях к Кодексу Американской стоматологической ассоциации по этому поводу говорит, что стоматолог нарушает правила врачебной этики, если проводит лечение в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием каких-либо других химических препаратов, это увеличивает риск принятия неправильных решений во время оказания помощи пациентам. Все стоматологи обязаны убедить коллегу в подобной ситуации обратиться за медицинской помощью.

Те врачи, которым достоверно известно, что коллега ведет прием под воздействием сильнодействующих лекарственных препаратов, должны сообщить об этом в комитет стоматологического сообщества по оказанию профессиональной помощи.

Комментарии или Консультативные заключения к Кодексу Американской стоматологической ассоциации представляют собой интерпретацию и разъяснения положений Кодекса, что позволяет стоматологам лучше понять, как применять эти принципы в ежедневной практике.

В данной ситуации Комментарии предлагают рассмотреть проблему с точки зрения стоматолога, принимающего сильнодействующие препараты при прохождении медикаментозного лечения, и с точки зрения его коллег, то есть вашей.

Прежде всего, мы рассмотрим действия врача, на профессиональные умения которого могли повлиять принимаемые лекарственные препараты. Как отмечалось выше, злоупотребление наркотическими средствами может привести к нарушению главной заповеди «Не навреди» и к нарушению положений Кодекса.

Кроме того, в пункте 2.D.1 Комментарии отмечается: «Стоматолог, который болен или по какой-либо другой причине затрудняется выполнять свои профессиональные обязанности, должен, проконсультировавшись с квалифицированным врачом, ограничить свою практическую деятельность так, чтобы не навредить пациентам и не скомпрометировать коллег».

Стоматолог, которому было рекомендовано ограничить свою профессиональную деятельность из-за болезни или по иной причине, должен находиться под наблюдением врачей и быть готовым к дальнейшему ограничению своей профессиональной деятельности, если это потребует. Стоматолог с любым повреждением, которое может оказать влияние на его лечебную деятельность, должен признать этот факт и поступать соответственно, чтобы оградить пациентов и коллег от возможных негативных последствий своей нетрудоспособности.

Стоматолог, который имеет пристрастие к применению болеутоляющих медицинских препаратов, должен воздержаться или отказаться от любого аспекта профессиональной деятельности, если это может привести к неблагоприятным последствиям для пациентов.

Следующие рассуждения относятся к действиям и обязательствам профессионального сообщества. Какими должны быть

действия коллег и в особенности его партнеров по практике?

Любой стоматолог, который знает наверняка, что его коллега не справляется со своими профессиональными обязанностями по состоянию здоровья, должен настойчиво рекомендовать ему обратиться за соответствующей медицинской помощью.

Кроме того, он обязан сообщить об этом в Комитет по оказанию профессиональной помощи или Комитет по химической зависимости регионального отделения стоматологического общества. Конечно, это трудно сделать и с профессиональной точки зрения, и с точки зрения личностных взаимоотношений, но приоритетным в этом вопросе должно быть намерение защитить от возможных негативных последствий и пациентов, и общество, и самого врача вместе с его партнером, и профессию в целом.

Однако с вашей стороны будет разумно, прежде чем начинать какие-либо действия, проверить соответствующие законы штата и выяснить, существуют ли в региональном стоматологическом обществе специальные программы для подобных ситуаций.

Согласно разделу 3 Кодекса профессионального поведения (Кодекс АСА), стоматолог обязан улучшать состояние здоровья пациента, чему может способствовать создание атмосферы взаимоуважения и сотрудничества между врачом и пациентом, доброжелательные отношения с коллегами на рабочем месте.

Раздел 4 (Принцип справедливости) говорит о том, что работать в ослабленном состоянии – это несправедливо по отношению к пациентам, партнеру и, по большому счету, к обществу и профессии в целом.

То, что ваш партнер работает под влиянием каких-либо лекарственных препаратов, может повлиять на его профессиональные способности, на умение принять правильное решение и, конечно, может скомпрометировать его (ее) как врача-специалиста и пошатнуть доверие общества к работе стоматолога в целом.

Это четко описано в разделе 3А, где говорится о служении обществу:

«Поскольку стоматологи обязаны использовать свои навыки, знания и опыт для улучшения

стоматологического здоровья общества, быть лидерами в своих коллективах, им следует вести себя таким образом, чтобы поддерживать и повышать престиж своей профессии».

Раздел 5 (Принцип правдивости) тоже относится к вашему вопросу, хотя не напрямую.

«Профессионалы обязаны быть честными и заслуживающими доверие. Согласно этому принципу, стоматолог должен общаться с пациентами правдиво и без обмана, поддерживая интеллектуальное единство, что будет укреплять уважение к профессии стоматолога, которое сложилось в обществе».¹

Предположим, мы видим, что профессионал работает в неподобающем состоянии. Это нарушает доверие общества к профессии стоматолога. Следует помнить, что это необязательно означает несостоятельность вашего коллеги, но нужно убедить его признать, что проблема существует и что надо принимать меры во избежание возможного риска для пациентов и для укрепления чувства уверенности, что они получают соответствующее медицинское лечение и консультации.

Все аспекты этой дискуссии относятся к главной цели, которая обозначена в преамбуле к Кодексу АСА: высокие морально-этические нормы, которые предполагает профессия стоматолога, нацелены только на благо пациента.

Я считаю, что если врач придерживается этих стандартов, то это принесет пользу не только одному пациенту, но и обществу, и профессии стоматолога в целом.

Понимание и принятие Кодекса АСА позволяет стоматологам правильно оценить и адресовать этические спорные вопросы, возникающие в ежедневной практике. ■

Кевин Хеннер, стоматолог, доктор медицинских наук (Дип-Парк, Нью-Йорк), является членом Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации.

Этические вопросы подготовлены членами Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации (СЕВJA) совместно с сотрудниками журнала Американской стоматологической ассоциации (JADA) с целью ознакомить общество с Принципами этики и Кодексом профессионального поведения Американской стоматологической ассоциации.

Читатели могут присылать свои вопросы членам СЕВJA по адресу: 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611, e-mail ethics@ada.org.

Точка зрения автора статьи необязательно отражает мнение СЕВJA и совпадает с политикой ADA.

1. American Dental Association. American Dental Association principles of ethics and code of professional conduct, with official advisory opinions revised to April 2012. www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2012.pdf. Accessed May 23, 2012.

Почему бы не устанавливать стоматологические имплантаты чаще?

В США проживает 313 миллионов человек,¹ около 225 миллионов из них совершеннолетние.² У двух из трех американцев отсутствует как минимум один зуб.³ По данным Американской академии стоматологической имплантологии (American Academy of Implant Dentistry),⁴ более 30 миллионов жителей США страдают полной адентией.

С учетом этой информации было бы справедливо предположить, что у большинства американцев установлен как минимум один стоматологический имплантат. Однако такое предположение ошибочно – в реальности лишь небольшой процент населения США имеет хотя бы приблизительное представление об имплантации зубов.⁴

В своей практике я использую имплантаты вот уже 25 лет, т.е. практически с момента их появления на рынке. Долгосрочная выживаемость

корневидных имплантатов превышает 95%.^{5,6} Так почему же при явной нужде в имплантологическом лечении оно проводится столь ничтожному количеству пациентов?

В данной статье я поделюсь своим взглядом на причины недостаточной популярности имплантации, методы повышения спроса на имплантологическое лечение и на перспективы стоматологической имплантологии в целом.

ПРИЧИНЫ НИЗКОГО СПРОСА НА ИМПЛАНТАТЫ

С моей точки зрения, можно выделить следующие причины минимального использования имплантатов.

Удовлетворенность результатами традиционных методов лечения.

Клиническая эффективность, в том числе функциональная и эстетическая состоятельность и благоприятный долгосрочный прогноз использования

классических методов, не подвергается сомнению. Многие стоматологи, имея возможность добиться предсказуемого результата лечения, предпочитают не рисковать выполнением незнакомых вмешательств.

И часто лишь наличие противопоказаний к традиционным методам и сложная клиническая ситуация заставляют их обратиться к имплантации. Далее я продемонстрирую, что выбор метода лечения должен прежде всего определяться физиологическими и психологическими потребностями пациента.

Кажущаяся сложность протокола и озабоченность сроком службы имплантатов. Я наблюдаю за эволюцией подхода к имплантологическому лечению практически с первых дней развития имплантологии в США, когда немногие клиницисты, преимущественно челюстно-лицевые хирурги, отваживались на установку имплантатов. Вскоре метод начали осваивать пародонтологи, затем ортопеды и, наконец,

Гордон Кристенсен, DDS, MSD, PhD

некоторые стоматологи общей практики. Сейчас имплантациям заинтересовались и эндодонтисты. Можно понять озабоченность пионеров имплантологии несостоятельностью новой дорогостоящей методики, которая и заставляла многих использовать несъемные частичные протезы, съемные частичные протезы, полные протезы без опоры на имплантаты. Однако на сегодняшний день клиническая эффективность корневидных имплантатов подтверждена многочисленными исследованиями. Я наблюдал установленные разными специалистами имплантаты, которые функционировали дольше фиксированных на них ортопедических конструкций. Так насколько непредсказуемой может быть установка имплантата соматически здоровому пациенту без показаний к увеличению объема альвеолярной кости? Вернемся к этому вопросу чуть позже.

Стоимость. По данным Американской стоматологической ассоциации (АСА), в 2011 г. средняя стоимость установки имплантата составила 1741\$, абатмента – 605\$, коронки – 1001\$. Общая стоимость лечения \$3347 весьма значительна для среднестатистической семьи с годовым доходом от \$50 000 до \$74 999.⁸ По карману ли стоматологическое лечение среднестатистическому пациенту? Сомневаюсь. Можно ли уменьшить названную цифру? На этот вопрос я постараюсь ответить далее.

Сложность и стоимость зуботехнического этапа. На первых порах изготовление ортопедических конструкций с опорой на имплантаты представляло определенные трудно-

сти. Опасения зубных техников выражались в более высокой цене на такие реставрации по сравнению с аналогичной конструкцией с опорой на зубы. Сохраняется ли эта тенденция? Обсудим это в следующем разделе.

Низкая информированность пациентов. Если мы с вами информируем пациентов об имплантатах, при прочих равных они выбирают имплантацию. Неинформированные пациенты даже не предполагают возможности такой терапии. Ниже я поделюсь своим опытом информирования пациентов об имплантологическом лечении.

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ПОПУЛЯРНОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ

Удалось ли мне убедить вас в высокой эффективности и безопасности качественного имплантологического лечения? В этом разделе я хочу порекомендовать способы популяризации имплантологии среди наших коллег и пациентов.

Узнать о преимуществах имплантологии. Доказано, что в определенных клинических ситуациях имплантация эффективнее методов лечения, которые принято считать классическими. Например, замещение утраченного центрального резца верхней челюсти одиночной коронкой с опорой на имплантат гораздо эффективнее препарирования соседних зубов для фиксации мостовидного протеза. Еще более успешным вариантом лечения считается установка съемного протеза с опорой на два и более имплантатов для восстановления целостности зубного ряда нижней челюсти. Думаю, что для стоматологов, как и для

пациентов, целесообразность имплантологического лечения увеличивается пропорционально осведомленности и по мере накопления клинического опыта.

Преодолеть мнение о сложности имплантации. Подход к решению проблемы варьируется и во многом зависит от специализации стоматолога. Я неоднократно задавал этот вопрос в ходе курсов повышения квалификации с большой посещаемостью. И всегда получал один и тот же ответ: установка имплантата соматически здоровому пациенту при отсутствии дефектов альвеолярной кости не представляет трудности. Сложность и риск несостоятельности имплантации возрастают при наличии показаний к увеличению объема костной ткани (недостаточное количество и (или) качество костной ткани, серьезные соматические проблемы, небольшое расстояние до дна верхнечелюстной пазухи или нижнечелюстного канала). Мне неизвестно, когда и почему имплантация приобрела репутацию трудновыполнимого вмешательства. Многие стоматологи с легкостью идут на удаление третьих моляров, однако избегают гораздо менее рискованной процедуры установки имплантата. Некоторые клиницисты довольны результатами давно используемых ими методов терапии и не стремятся вводить в практику новые незнакомые методы, предпочитая при необходимости направлять пациентов к соответствующим специалистам. Думаю, что посещение образовательных мероприятий и курсов повышения квалификации поможет стоматологам преодолеть страх перед ис-

пользованием имплантатов, по крайней мере у пациентов группы низкого риска.

Снизить стоимость имплантации. Высокая цена процедуры является одним из основных препятствий для пациентов с доходом ниже среднего. В последнее время на рынок стали выходить компании, предлагающие имплантаты достойного качества по гораздо более низкой цене по сравнению с теми, кто стоял у истоков имплантологии. Полагаю, что использование таких имплантатов наряду с постоянным повышением клинических навыков практикующего специалиста для уменьшения длительности процедуры позволяют преодолеть обозначенную проблему.

Сотрудничать со специализированной зуботехнической лабораторией. Современные ортопедические компоненты значительно облегчают процесс изготовления реставраций с опорой на имплантаты. Накопленные опыт и знания позволяют квалифицированным зубным техникам с уверенностью создавать работы стабильно высокого качества. Сотрудничество со специализированной лабораторией существенно упрощает и ускоряет этап протезирования и имплантологическое лечение в целом.

Информировать пациентов. Сотрудникам стоматологической клиники

следует взять на вооружение доступные визуальные методы просвещения, которые существенно упростят и повысят эффективность информирования пациентов. Информированные пациенты могут в полной мере оценить все преимущества имплантации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Долгосрочная эффективность имплантации подтверждена многочисленными исследованиями. В определенных клинических ситуациях установка ортопедических конструкций с опорой на имплантаты обладает существенными преимуществами по сравнению с другими методами стоматологического лечения. Стоматологи должны максимально способствовать популяризации качественного имплантологического лечения как среди пациентов, так и среди своих коллег. Для решения обозначенной в статье проблемы необходимо осознать, что имплантация далеко не всегда трудновыполнима; снизить стоимость имплантологического лечения; сотрудничать с опытными специалистами и совершенствовать собственные клинические навыки, в том числе обучаясь на курсах повышения квалификации; обучать и мотивировать пациентов. Я абсолютно уверен, что рост популярности имплантологического лечения продолжится и оно вскоре станет рутинной

манипуляцией как для стоматологов общей практики, так и для узких специалистов. ■

Д-р Кристенсен – директор Практических клинических курсов (Practical Clinical Courses), соучредитель и старший консультант Фонда CR (Прово, Юта, США). Кроме того, он занимает пост адъюнкт-профессора в университете Бригам Юнг (Прово, Юта, США) и в университете штата Юта (Солт-Лейк-Сити, Юта, США). Д-р Кристенсен является дипломатом Американского совета по ортопедической стоматологии.

Мнение автора может не совпадать с мнением и официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

1. U.S. Census Bureau. (2012) US and world population clocks. www.census.gov/main/www/popclock.html. Accessed June 27, 2012.
2. U.S. Census Bureau. Table 7, resident population by sex and age: 1980 to 2010. The 2012 statistical abstract: the national data book—population. www.census.gov/compendia/statab/cats/population.html. Accessed July 5, 2012.
3. American Academy of Implant Dentistry. About dental implants. www.aaid-implant.org/about/Press_Room/History_and_Background.html. Accessed June 27, 2012.
4. American Academy of Implant Dentistry. Dental implants facts and figures. www.aaid-implant.org/about/Press_Room/Dental_Implants_FAQ.html. Accessed June 27, 2012.
5. Lang NP, Pun L, Lau KY, Li KY, Wong MC. A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year. *Clin Oral Implants Res* 2012;23(suppl 5):39-66.
6. Sohrabi K, Mushantat A, Esfandiari S, Feine J. How successful are small-diameter implants? A literature review. *Clin Oral Implants Res* 2012;23(5):515-525.
7. American Dental Association. 2011 Survey of Dental Fees. Chicago: American Dental Association; 2011:25-27.
8. U S Census Bureau. Income in the past 12 months. 2010 American community survey 1-year estimates. http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=ACS_10_1YR_S1901&prodType=table. Accessed June 29, 2012.



Антон Скулеан

Регенерация пародонта



Твердый переплет
304 страницы
731 иллюстрация
Цена 6400 руб.

Пародонтологические регенеративные вмешательства постоянно совершенствуются, что позволяет значительно повысить качество жизни пациентов. Тони Скулеану в соавторстве с ведущими специалистами в этой области стоматологии удалось создать очень важную и полезную книгу, в которой обсуждаются самые актуальные аспекты регенерации пародонта. В последние годы в пародонтологическом реконструктивном лечении отмечается выраженная тенденция перехода от в основном нехирургического подхода с преимущественным использованием снятия отложений и сглаживания корней к комплексной терапии, включающей в себя хирургические методы и применение современных биоматериалов, способствующих регенерации альвеолярной кости, периодонтальной связки и цемента корня зуба. Безусловно, достижения в пародонтологии влияют на другие стоматологические и даже медицинские специальности. Значительный прорыв наметился в области биоинженерии костной и мягких тканей полости рта, а также регенерации зубов и оптимизации зон планируемой имплантации. В книге под редакцией д-ра Скулеана обсуждаются наиболее важные вопросы пародонтологической регенеративной терапии, поэтому она несомненно будет полезна не только студентам и опытным пародонтологам, но и специалистам, проводящим экспериментальные и клинические исследования. Ведущие мировые эксперты представили вниманию читателей интереснейший материал по фундаментальным вопросам и рассказали о перспективах развития пародонтологической специальности. В этой книге подробно описаны базовые принципы диагностики, планирования, проведения и определения прогноза пародонтологической терапии, проанализированы особенности заживления пародонта и значение хирургического подхода для получения оптимального результата регенеративного лечения. В отдельных главах обсуждаются наиболее важные биологические материалы и методы, способствующие увеличению объема кости и мягких тканей полости рта, например факторы роста, костные морфогенетические и эмалевые матриксные протеины. Наряду с этим представлены последние достижения в области клеточной и генной инженерии, а также проведен подробный анализ возможностей направленной тканевой регенерации для устранения внутрикостных дефектов и дефектов с вовлечением бифуркаций зубов. Постатальные демонстрации клинических вмешательств позволят любому специалисту усовершенствовать свои мануальные навыки. В книге представлен междисциплинарный подход с использованием методов реставрационного, эндодонтического и ортодонтического лечения. Особое внимание уделено микрохирургическим методикам, которые в настоящее время благодаря улучшению результатов становятся все более популярными. Развитие тканевой инженерии открывает новые перспективы в регенеративной медицине, а эта книга позволяет нам подготовиться к практической реализации последних достижений в клинической практике.

Уильям Джаннобиле, DDS, Dr Med Sc
Почетный профессор стоматологии и биоинженерии
Директор
Мичиганский центр стоматологических исследований
Стоматологический и инженерный факультеты Мичиганского университета
Энн-Арбор, Мичиган, США

С О Д Е Р Ж А Н И Е

- Введение
- Нормальная и патологическая анатомия пародонта
- Заживление пародонтальных ран, регенерация пародонта
- Направленная тканевая регенерация: биологическая концепция и клиническое применение
- Направленная тканевая регенерация: устранение дефектов бифуркации
- Биологические принципы применения препарата Эмдогейн
- Применение эмалевых матриксных протеинов для устранения внутрикостных дефектов: биологически обоснованное регенеративное лечение
- Применение эмалевых матриксных протеинов для устранения дефектов бифуркации
- Устранение рецессий десны с использованием направленной тканевой регенерации или препарата Эмдогейн
- Роль костных материалов в регенеративном пародонтологическом лечении
- Комбинированные методы регенерации пародонта
- Клиническое применение методов регенеративного пародонтологического лечения
- Тканевая инженерия в пародонтологии: факторы роста
- Новые подходы к достижению регенерации пародонта
- Прогноз и факторы риска пародонтологического регенеративного лечения
- Виды лоскутов и методы наложения швов. Возможности оптимизации результатов реконструктивных вмешательств
- Регенерация пародонта: риск развития осложнений и современные хирургические методы
- Микрохирургические методы регенеративного пародонтологического лечения
- Указатель

ОТ РЕДАКТОРА

Лечение, основанное на практическом опыте или на данных строгих научных исследований?

Нет необходимости противопоставлять строгие научные исследования и клинический опыт.

Научно обоснованная стоматологическая практика (НОСП) и научно обоснованная медицинская практика предполагают использование наиболее объективной актуальной информации при принятии клинического решения.¹ Считается, что наиболее объективные научные данные получают в ходе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Один из самых сложных аспектов научно обоснованной практики заключается в определении научной ценности клинического исследования, результаты и выводы которого используются при принятии решения в конкретном клиническом случае. В действительности в настоящее время невозможно обосновать какое-либо клиническое решение исключительно результатами РКИ. Это касается даже самых рутинных стоматологических манипуляций, выполняемых в США. Так чем же вызван такой ажиотаж вокруг НОСП?

В ироничной статье, опубликованной в 2003 г. в *British Medical Journal*, подчеркивается слабость доказательной базы РКИ. Авторы поставили себе задачу определить «эффективность парашюта для профилактики гравитационной травмы».² Неудивительно, что они не смогли найти ни одного РКИ, подтверждающего тот факт, что использование парашюта более безопасно, чем прыжок с самолета без парашюта. Для проведения такого исследования просто не нашлось бы добровольцев.

Недостаточное количество РКИ в стоматологии и медицине обусловлено не только неотъемлемым риском, связанным с проведением таких клинических испытаний. Кроме того, попытка набора добровольцев в подобное исследование также может быть связана с определенными этическими, юридическими и практическими трудностями. Помимо обязанности защищать людей, участвующих в эксперименте, клинические исследования, направленные на выявление причинно-следственных связей, часто требуют очень большого числа добровольцев, значительного времени и серьезных финансовых затрат.

В настоящее время, например, невозможно провести РКИ для определения эффективности принятых рекомендаций по профилактике распространения инфекции. По этическим причинам

**Майкл Глик, DMD;
Дэниэл Мейер, DDS**

исследование, предназначенное для оценки эффективности имеющихся методов инфекционного контроля, может быть оправдано только при наличии у стоматологов сомнений относительно этих методов и при наличии предположений относительно более высокой эффективности других методов. Эти требования формируют принцип «клинического равновесия», или «клинического противовеса».

При проверке эффективности конкретных методов инфекционного контроля альтернативные методы асептики и антисептики следует сравнить со стандартными методами, например мытьем рук, использованием перчаток и др. Такое исследование потребует участия волонтеров, которых случайным образом распределяют по группам, причем как минимум в одной из этих групп должны будут применяться методы асептики и антисептики, не имеющие доказанной эффективности (по меньшей мере до получения результатов эксперимента). Однако научно доказано, что в стоматологической клинике возможна передача возбудителей инфекции, поэтому неэтично проводить исследование, если пациент намеренно подвергается более высокому риску заражения.

Внедрение научно обоснованных моделей оценки исходов лечения играет положительную роль. Применение результатов многих исследований, включающих в себя большое количество участников, является важным шагом к повышению качества медицинской помощи. Как бы то ни было, использование только РКИ имеет значительные ограничения. Кроме того,

нужно учитывать научное правдоподобие, или априорную вероятность.* Истинная наука учитывает все релевантные доказательства, в том числе априорную вероятность.

К априорной вероятности могут относиться опыт применения конкретных методов диагностики, лечения и профилактики. В общем, результаты РКИ не позволяют судить о том, что врачи, проводящие исследование, или добровольцы (пациенты), участвующие в нем, могли иметь определен-

Определение наиболее строгих научных данных для ответа на конкретный клинический вопрос зависит от самого вопроса.

ные ожидания относительно исхода исследования. Однако этот момент может иметь очень большое значение не только при оценке нетрадиционных методов терапии психологических расстройств, но и при лечении расстройств, связанных с болью в челюстно-лицевой области, а также взаимосвязанных общих и стоматологических заболеваний.

Таким образом, при принятии клинического решения в соответствии с принципами научно обоснованной стоматологической практики нужно помнить, что «доказательства» не ограничиваются результатами РКИ. Более того, хотя дизайн РКИ ассоциируется с минимально возможной субъективностью, такие исследования имеют серьезный недостаток – их результаты характеризуются высокой специфичностью и часто не могут быть экстрапо-

лированы на всех пациентов.

Еще одна проблема научно обоснованной стоматологической практики заключается в недостаточном глубоком понимании самого процесса принятия решения, что во многих случаях ведет к отсутствию внимания к индивидуальным требованиям пациента.

Определение наиболее строгих научных данных для ответа на конкретный клинический вопрос зависит от самого вопроса. РКИ не являются золотым стандартом для решения всех клинических задач. В ряде случаев (при редких состояниях, наличии этических, юридических и практических ограничений) приходится полагаться на результаты менее строгих исследований, например когортных исследований, серий клинических случаев или даже лабораторных испытаний. В рецензируемых журналах опубликовано множество систематических обзоров, основанных на менее строгих исследованиях. Однако даже последние характеризуются определенной степенью объективности и могут быть лучшим на данный момент источником информации. Более того, в случае с методами инфекционного контроля РКИ могут быть не только неэтичными, но и ненужными.

Приведем другой гипотетический пример: РКИ проводится для сравнения вероятности развития вторичного кариеса в течение трехлетнего периода в области композитных и амальгамных реставраций II класса на первых молярах нижней челюсти. Допустим, что трехлетние результаты демонстрируют меньший риск развития кариеса в области композитных реставраций.

Поэтому вполне логично предположить, что композитные реставрации предпочтительнее амальгамных. Однако, если учесть и другие переменные (развитие пародонтальных дефектов из-за недостаточного краевого прилегания, продолжительность изготовления реставрации и финансовые затраты, сложность контроля влажности), вывод мог быть совершенно иным.

Еще одна сложность (не уникальная для стоматологии) заключается в осуществлении плацебо-контроля для определения наиболее эффективного метода. Очевидно, что создание плацебо-реставраций является неэтичным, а сделать так, чтобы сам стоматолог не знал, какую манипуляцию выполняет, невозможно. Кроме того, несмотря на принятие калибровку исследователей, очень сложно учесть разный уровень их навыков при оценке исхода хирургического лечения.

В действительности малое число клинических исследований или недостаточные клинические доказательства в медицине и стоматологии являются правилом, а не исключением. Это чистая правда. К сожалению, мы редко имеем достаточное подтверждение или клиническое обоснование конкретного решения. Однако медицинская и стоматологическая практика продолжает развиваться, врачи продолжают искать способы повышения качества медицинской помощи. Каждое клиническое

решение должно базироваться на взвешенном профессиональном суждении лечащего врача, основанного на его опыте и навыках, а также на наиболее строгих данных клинических исследований.

Решение нынешних и будущих проблем заключается не в отступлении от принципов научно обоснованной практики и не в принижении значения РКИ, систематических обзоров или других видов клинических или лабораторных исследований. Мы должны продолжать задавать вопросы и искать на них ответы. Поскольку далеко не все клинические исследования имеют одинаковый научный вес, врачи и пациенты должны принимать информированные решения с учетом возможной пользы и потенциального риска. Следование этому правилу при лечении конкретного пациента является основной чертой НОСП.

Попытки обоснования клинических решений исключительно данными строгих научных исследований не позволяют проводить эффективное и безопасное стоматологическое лечение во всех клинических случаях. Это требует использования других научно обоснованных моделей для получения информации, необходимой для оказания качественной стоматологической помощи.

Главная ценность НОСП заключается не столько в разработке определенных рекомендаций, сколько в выявлении недостатков имеющихся

исследований во избежание неправильной интерпретации и неверного применения научных данных, а также в компенсации этих недостатков другими методами. В таком случае мы сможем удовлетворить потребности не только нынешних, но и будущих пациентов. Определение Американской стоматологической ассоциацией термина «научно обоснованная стоматологическая практика» подчеркивает значение результатов строгих научных исследований, но вовсе не противопоставляет их клиническому опыту и практическим навыкам. ■

Д-р Глик – декан стоматологического факультета Университета Баффало (Нью-Йорк, США); главный редактор журнала Американской стоматологической ассоциации (The Journal of the American Dental Association)

Address reprint requests to Dr. Glick at School of Dental Medicine, University at Buffalo, 325 Squire Hall, Buffalo, N. Y. 14214-8006, e-mail “glickm@ada.org”.

Д-р Мейер – директор Отдела науки и старший вице-президент по науке и профессиональным связям Американской стоматологической ассоциации

* Априорная вероятность – распределение вероятностей до учета экспериментальных данных.

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-72.

2. Smith GCS, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 327(7429):1459-1461.

3. American Dental Association Center for Evidence-Based Dentistry. Definition of EBD. “<http://ebd.ada.org/About.aspx>”. Accessed Dec. 2, 2010.

Welcome to Dental Campus

World-Class Online Education in Implant Dentistry



Plan a case for free:
www.dental-campus.com/QZ

Learn with global experts Whenever & wherever you are!

Clinical Case Library
 Interactive case planning

Dental campus sets new standards in e-learning for implant dentistry. Experience peer-reviewed presentations, world-renowned speakers and interactive case studies on a whole new level.

Online Lectures
 Learn with global experts

The didactic quality and professional know-how of our structured training is comprehensive and guaranteed by an international panel of experts.

Forums & Groups
 Discuss and exchange

www.dental-campus.com

Members of the Dental Campus Board.

Publishing Partner:



Prof. Mauricio Araujo, Brazil



Dr. Lyndon Cooper, USA



Prof. Christoph Hämmerle, Switzerland (President)



PD Dr. Ronald Jung, Switzerland



Dr. Franck Renouard, France



Prof. Mariano Sanz, Spain

Founding Partners:



КОЛОНКА ПРИГЛАШЕННОГО РЕДАКТОРА

Пародонтит и атеросклероз. Что нам известно и почему это важно

Связь между пародонтитом и атеросклерозом нельзя объяснить исключительно известными общими факторами риска.

Опубликованные в 2012 г. методические рекомендации Американской кардиологической ассоциации (АКА; American Heart Association) «Пародонтит и атеросклероз: существует ли независимая связь?»¹ привлекли внимание средств массовой информации к столь важной теме. К сожалению, изданный (и впоследствии отредактированный и дополненный) пресс-релиз привел к распространению в печатных и электронных СМИ недостоверной информации, которая только больше запутала читателей. Авторы данной статьи попробуют внести ясность и более подробно осветить:

- результаты анализа многочисленных публикаций, посвященных изучению взаимосвязи пародонтита и атеросклероза;
- проблему недостатка знаний по этой теме, который требуется восполнить в ходе дальнейших научных изысканий;
- необходимость информирования пациентов по столь важному вопросу.

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРАВДОПОДОБИЕ

При поиске причинно-следственной связи между фактором риска и гипотетическим исходом в первую очередь нужно сформулировать биологический сценарий, который согласуется с существующими знаниями и объясняет механизм развития заболевания при воздействии изучаемого фактора. Связь между пародонтитом и атеросклерозом, безусловно, биологически правдоподобна.² Как известно, даже самое слабое воздействие на ткани пародонта, например при жевании или во время чистки зубов, вызывает попадание бактерий из зубного налета через изъязвленный эпителий пародонтального кармана в кровоток, что приводит к транзиторной бактериемии. Медиаторы воспаления, в избытке продуцируемые пораженными тканями десны, также распространяются по сосудистому руслу. Циркулирующие в крови продукты жизнедеятельности бактерий и медиаторы воспаления «стимулируют» эндотелий сосудов, активируя его, что является начальной стадией развития атеросклероза. Пероральное заражение экспериментальных животных пародонтальными патогенами привело к прогрессированию атеросклероза. Бактериальная ДНК инфекционного патогена

**Панос Папапаноу, DDS, PhD;
Маурицио Тревисан, MD, MS**

была обнаружена в стенках сосудов таких животных, а также в образцах тканей, полученных у пациентов с атеросклерозом. По сравнению со здоровыми людьми у пациентов с пародонтитом наблюдают повышенное содержание медиаторов воспаления в сыворотке крови, в том числе С-реактивного белка,³ известного фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.⁴

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРОДОНТИТА И АТЕРОСКЛЕРОЗА

За последние два десятилетия выявление связи между пародонтитом и атеросклерозом легло в основу многочисленных эпидемиологических исследований (различающихся по дизайну (перекрестные, случай-контроль, проспективные и ретроспективные когортные), размеру выборки, методу диагностики (выявление пародонтита стоматологом или самим пациентом, рентгенологически подтвержденная резорбция костной ткани, адентия, специфическая патогенная микрофлора и сывороточные антитела) и выходным переменным (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт). Общие факторы риска (табакокурение, сахарный диабет, низкое социально-экономическое положение) могут отражаться на результатах исследования. Учитывая такую возможность, авторы эпидемиологических исследований высокого качества анализировали полученные результаты уже после поправки на наличие таких факторов и выявили независимую положительную корреляцию между пародонтитом и исходом атеросклероза. Положительная связь между двумя этими заболеваниями также была найдена

у некурящих пациентов, что позволило исключить потенциальное резидуальное влияние курения, которое может быть как вмешивающимся фактором, так и модификатором эффекта.

Проанализировав все имеющиеся эпидемиологические доказательства, авторы методических рекомендаций АКА пришли к выводу о связи пародонтита и атеросклероза и ее независимости от известных вмешивающихся факторов.¹ Тем не менее причинно-следственный характер этой связи не доказан. Следует учесть, однако, что для многофакторного заболевания такую зависимость в принципе установить довольно сложно.

ВЛИЯНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. НЕОБХОДИМОСТЬ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Означает ли выявленная взаимосвязь возможность предотвратить или повлиять на течение заболеваний органов сердечно-сосудистой системы с помощью пародонтологического лечения? Поскольку этот вопрос до сих пор не исследован, авторы Методических рекомендаций сделали вывод об отсутствии подобной зависимости. Результаты недавно проведенного обсервационного исследования, включающего анализ данных национальной программы медицинского страхования Тайваня за 7 лет, выявили связь между регулярным снятием зубных отложений и снижением риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.⁵ Интервенционные исследования суррогатных маркеров атеросклероза продемонстрировали улучшение эндотелиальной функции,⁶ снижение толщины

комплекса интима-медиа⁷ и уменьшение системного воспаления на фоне пародонтологического лечения.^{2,3} При этом уровень индивидуальных маркеров воспаления существенно варьировался. Требуется дальнейшие исследования для выявления причин наблюдаемой гетерогенности. Авторы пилотного исследования, анализирувшие эффективность нехирургического пародонтологического лечения для вторичной профилактики атеросклероза, предположили снижение эффективности терапии у пациентов, страдающих ожирением.⁸

Чувствительные исследования влияния пародонтологического лечения на исход атеросклероза на данный момент отсутствуют. Требуется определить сроки и характер вмешательств (нехирургическое, хирургическое, комбинированное в сочетании с медикаментозной терапией), разработать эффективный протокол поддерживающего лечения и выявить оптимальную продолжительность наблюдения за пациентом. Кроме того, необходимо понять, зависит ли системный эффект пародонтологического лечения от степени риска атеросклероза, существует ли чувствительность к подобного рода вмешательствам и от чего она зависит. Таким образом, требуется проведение масштабного длительного исследования с репрезентативной выборкой. Однако даже при должном финансировании и незамедлительной организации такого исследования клинически значимые результаты будут получены лишь через несколько лет.

ЧТО НАМ ИЗВЕСТНО И ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНО

Какие же выводы можно сделать, опираясь на полученные данные и учитывая имеющиеся пробелы в знаниях? И какую основанную на этих выводах информацию мы должны донести до пациентов?

- Полиэтиологические заболевания, в том числе атеросклероз, являются результатом комплексного взаимодействия множества факторов риска.
- Пародонтит повышает риск развития атеросклероза; эта корреляция независима и не может быть отнесена на счет общих факторов риска.
- Выявленная связь биологически правдоподобна, определены важные механизмы опосредованной связи двух заболеваний, в том числе воспалительный процесс.
- Преимущества пародонтологического лечения (без назначения системных лекарственных препаратов) перевешивают его возможные риски.
- Пародонтологическое лечение улучшает эндотелиальную функцию и уменьшает системное воспаление, что благоприятно сказывается на состоянии органов сердечно-сосудистой системы.

Влияние пародонтологического лечения на течение и исход атеросклероза не исследовано.

- Достижение и поддержание здоровья пародонта и полости рта в целом наряду с другими составляющими здорового образа жизни (полноценное питание, физические упражнения, отказ от курения) являются неотъемлемой частью комплексного подхода к лечению системных заболеваний. Задача сотрудников стоматологической клиники заключается в контроле факторов риска и популяризации здорового образа жизни. ■

Д-р Папапану – профессор, заведующий отделением диагностики полости рта, руководитель кафедры пародонтологии стоматологического факультета Колумбийского университета (Нью-Йорк, США)

630 W. 168th St., PH7 East 110, New York, N.Y. 10032, e-mail pp192@columbia.edu. Address reprint requests to Dr. Papapanou.

Д-р Тревисан – декан биомедицинского факультета им. Софии Девис Колледжа Нью-Йорка (Нью-Йорк, США).

Раскрытие информации. Авторы не сообщили о какой-либо заинтересованности в связи с содержанием данной статьи.

Д-ра Папапану и Тревисан участвовали в разработке Методических рекомендаций Американской кардиологической ассоциации.¹

1. Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, et al; on behalf of the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the American Heart Association (published online ahead of print April 18, 2012). *Circulation* 2012;125(20):2520-2544. doi:10.1161/CIR.0b013e31825719f3.

2. Kerschull M, Demmer RT, Papapanou PN. "Gum bug, leave my heart alone!": epidemiologic and mechanistic evidence linking periodontal infections and atherosclerosis (published online ahead of print July 16, 2010). *J Dent Res* 2010;89(9):879-902. doi:10.1177/0022034510375281.

3. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis (published online ahead of print Feb. 20, 2008). *J Clin Periodontol* 2008;35(4):277-290. doi:10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x.

4. Ridker PM. Clinical application of C-reactive protein for cardiovascular disease detection and prevention. *Circulation* 2003;107(3):363-369.

5. Chen ZY, Chiang CH, Huang CC, et al. The association of tooth scaling and decreased cardiovascular disease: a nationwide population-based study (published online ahead of print April 4, 2012). *Am J Med* 2012;125(6):568-575. doi:10.1016/j.amjmed.2011.10.034.

6. Tonetti MS, D'Aiuto F, Nibali L, et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med* 2007;356(9):911-920.

7. Piconi S, Trabattoni D, Luraghi C, et al. Treatment of periodontal disease results in improvements in endothelial dysfunction and reduction of the carotid intima-media thickness (published online ahead of print Dec. 12, 2008). *FASEB J* 2009;23(4):1196-1204. doi:10.1096/fj.08.119578.

8. Offenbacher S, Beck JD, Moss K, et al. Results from the Periodontitis and Vascular Events (PAVE) Study: a pilot multicentered, randomized, controlled trial to study effects of periodontal therapy in a secondary prevention model of cardiovascular disease. *J Periodontol* 2009;80(2):190-201.



Вольфганг Йост

Иллюстрированный атлас использования ботулинического токсина



Твердый переплет
264 страницы
Цена 3200 руб.

Ботулинический токсин оказал такое большое медикаментозное влияние на лечение неврологических заболеваний, как никакое другое средство. Этот препарат применялся для терапии многих болезней. После появления лекарственной формы ботулинического токсина многие неврологи стали уделять значительное внимание новым методам диагностики и лечения.

Более того, именно с внедрением данного препарата в клиническую практику связано открытие многих междисциплинарных взаимосвязей, что привело к повышению эффективности сотрудничества ученых и клиницистов в самых разных областях медицины. В настоящее время ботулинический токсин считается препаратом выбора при лечении шейной дистонии, блефароспазма и гемифациального спазма. Инъекции данного средства являются нетъемлемым компонентом комплексной терапии спастических синдромов верхних конечностей. Сегодня терапевтическое использование ботулинического токсина распространено в педиатрии (например, при лечении «конской стопы» – контрактура голеностопного сустава) и дерматологии (гипергидроз), а также в урологии и с целью купирования болевого синдрома.

Большинство специалистов осваивают методики применения ботулинического токсина с помощью различных программ постдипломного образования и специальных руководств.

В представленном вниманию читателя атласе описаны методики применения ботулинического токсина на все клинически значимые группы мышц. Этот атлас поможет практикующему специалисту в ежедневной практике, способствуя стандартизации подходов лечения и оценки эффективности терапии. Авторы атласа понимают, что применение ботулинического токсина изучено не полностью, поэтому будут благодарны читателям за дополнения и конструктивную критику.

Профессор, доктор медицины Вольфганг Йост

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Часть 1. Вступление

- лечение ботулиническим токсином
- лицензированная медицина и клиническая значимость
- применение вне зарегистрированных показаний

Часть 2. Верхняя конечность

- мышцы пояса верхней конечности
- мышцы плеча
- мышцы предплечья
- мышцы кисти
- мышцы фаланговых суставов

Часть 3. Нижняя конечность

- мышцы, действующие на тазобедренный сустав
- мышцы, действующие на коленный сустав
- мышцы, действующие на голеностопный сустав
- мышцы, действующие на пальцы стопы

Часть 4. Туловище

- мышцы передней стенки живота
- внутренняя косая мышца живота
- наружная косая мышца живота
- поперечная мышца живота

Часть 5. Шея

- передняя группа мышц
- собственно мышцы шеи

Часть 6. Голова

- мышцы лица
- жевательные мышцы
- мышцы языка
- наружные мышцы глазного яблока

Часть 7. Дно полости таза

- наружный сфинктер заднего прохода
- лобково-прямокишечная мышца

Часть 8. Вегетативная нервная система

- гиперсаливация
- гиперактивный мочевой пузырь
- гипергидроз

Часть 9. Заключение

Список литературы

Мандибулярная анестезия устарела?

Стенли Маламед, DDS

Купирование боли является одной из главных составляющих стоматологического лечения. В рейтинге пациентов уверенно лидируют стоматологи, которые «совсем не больно лечат» и «безболезненно делают уколы». ¹ Добиться надежной анестезии при вмешательствах на нижней челюсти по-прежнему довольно сложно, особенно если речь идет о лечении инфицированных зубов (в первую очередь моляров). Проблема обезболивания верхней челюсти не столь актуальна, поскольку строение кортикальной пластинки альвеолярного отростка обеспечивает лучшую диффузию местного анестетика при наднадкостничном введении. Блокада задних, средней и передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва ² является альтернативой инфльтрационной анестезии.

Значительно более высокий процент неудач анестезии на нижней челюсти по сравнению с верхней обусловлен многими факторами, в том числе: строением зрелой кортикальной кости тела нижней челюсти, препятствующим диффузии анестетика; трудностью локализации нижнего альвеолярного нерва (НАН) из-за толщины мягких тканей в области вкола иглы; ³ дополнительной иннервацией и т.д.

Инфльтрационная анестезия нижней челюсти эффективна у детей с молочным прикусом. ^{4,5} Считается, что прорезывание постоянных зубов стимулирует увеличение толщины и плотности кортикальной пластинки нижней челюсти, что существенно снижает эффективность инфльтрационной анестезии и является показанием к мандибулярной анестезии. ⁶ Толщина мягких тканей в области инъекции в норме составляет 20–25 мм. Косой срез иглы затрудняет сохранение заданного направления по мере приближения к НАН. Чем тоньше игла, тем больше ее отклонение и выше риск неудачи инъекции. ⁷ В полости рта отсутствуют постоянные ориентиры для определения

РЕЗЮМЕ

Предыстория. Купирование боли является важной составляющей стоматологического лечения. Однако достижение адекватного обезбоживания при вмешательствах на нижней челюсти сопряжено с определенными трудностями. Традиционная проводниковая анестезия нижнего альвеолярного нерва (ПАНАН) характеризуется высоким риском неудач (до 81 %), что потребовало разработки более эффективных методик анестезии. Цель данной публикации заключается в оценке актуальности и дальнейших перспектив мандибулярной анестезии.

Заключение. Значительный риск неудач ПАНАН снижает возможности стоматолога и существенно повышает дискомфорт лечения для пациента. Низкая эффективность ПАНАН объясняется большой толщиной зрелой кортикальной кости, отклонением иглы от заданного направления в толстой мягкой ткани в области вкола, сложностью локализации нижнего альвеолярного нерва, а также дополнительной иннервацией области обезбоживания. Однако, несмотря на низкую надежность ПАНАН, этот метод широко используется при стоматологических вмешательствах на нижней челюсти.

Клиническое применение. Обезболивание области вмешательства является неотъемлемой составляющей стоматологического лечения. Современные методы и материалы позволяют повысить эффективность мандибулярной анестезии.

Ключевые слова: нижний альвеолярный нерв, проводниковая анестезия нижнего альвеолярного нерва, мандибулярная анестезия, анестезия по Гоу-Гейтсу, анестезия по Вазирани-Акинози, артикаина гидрохлорид, интралигаментарная анестезия, внутрикостная анестезия.

JADA 2011; 142(9): 3S–7S.

Д-р Маламед – стоматолог-анестезиолог и профессор кафедры анестезиологии и общей медицины стоматологического факультета им. Германа Остроу Южнокалифорнийского университета (Лос-Анджелес, Калифорния, США).
925 W. 34th St., Los Angeles, Calif. 90089-0641, e-mail "malamed@usc.edu".
Address reprint requests to Dr. Malamed.

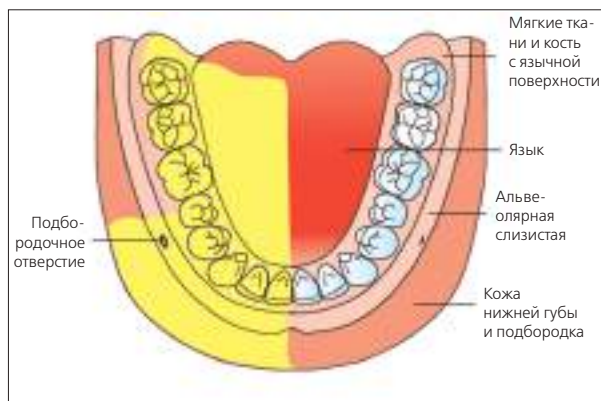


Рис. 1. Зоны обезболивания при анестезии нижнего альвеолярного нерва³

оптимального места вкола. Разработано множество техник обезболивания НАН.⁸⁻¹⁰ Коэффициент несостоятельности ПАНАН, которую принято ошибочно называть мандибулярной анестезией, очень высок и достигает 81 % в области боковых резцов.¹¹ Столь значительный процент неудач может объясняться коллатеральной иннервацией этих зубов.¹²

Однако даже преодоление трудности локализации НАН с использованием ультразвукового¹³ и рентгенологического^{14,15} контроля для обнаружения нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка или нижнечелюстного отверстия с последующим максимально точным введением иглы не является гарантией успеха анестезии.¹⁶ Согласно теории центрального расположения волокон,^{17,18} местный анестетик диффундирует, полностью блокируя периферийные волокна нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка, иннервирующие моляры, при этом не достигая центральных волокон, обеспечивающих иннервацию резцов нижней челюсти.

Многие стоматологи разочаровываются в ПАНАН после ряда неудачных попыток надежно обезболить нижнюю челюсть. Ранее воспроизводимая манипуляция теперь без всякой видимой причины может требовать многократного повторения для получения необходимого результата, что может заставить любого клинициста усомниться в своих профессиональных навыках. А если учесть, что половина всех стоматологических вмешательств выполняется на нижней челюсти, проблема неэффективности ПАНАН требует пристального внимания. Для решения этой проблемы разработаны альтернативные варианты обезболивания нижней челюсти:

анестезия по Гоу-Гейтсу¹⁹ и Вазирани-Акинози²⁰, интралигаментарная²¹ и внутрикостная²² анестезия. Кроме того, пристально изучается эффективность инфильтрационного обезболивания нижней челюсти.¹² Несмотря на все преимущества данных методов по сравнению с ПАНАН, ни один из них нельзя считать универсальным.

В данной статье проанализированы перспективы традиционной ПАНАН и описаны альтернативные подходы к обезболиванию нижней челюсти.

ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Наряду с инфильтрационной анестезией ПАНАН является наиболее распространенным и, возможно, наиболее важным вариантом обезболивания в стоматологии. Метод технически сложен, но даже правильное выполнение манипуляции не гарантирует купирования болезненных ощущений.^{11,23} Чаще всего стоматологи используют технику Холстеда, названную так в честь хирурга Уильяма Стюарта Холстеда (William Stewart Halsted, MD), впервые применившего местный анестетик (кокаин с адреналином) в 1884 г. для проводниковой блокады НАН.²⁴

При успехе ПАНАН блокируются нижний альвеолярный, резцовый, подбородочный и в большинстве случаев язычный нервы. Следовательно, временно теряют чувствительность зубы соответствующей половины нижней челюсти до средней линии, костная ткань тела и частично ветви нижней челюсти, надкостница и слизистая оболочка с вестибулярной стороны, слизистая спереди от подбородочного отверстия (подбородочный нерв), передние две трети языка, дно полости рта, надкостница и слизистая оболочка с язычной стороны (язычный нерв) (рис. 1).

ПАНАН показана при вмешательствах на нескольких зубах в одном квадранте нижней челюсти, на вестибулярной слизистой в области резцов, клыков и премоляров и на тканях десны с язычной стороны. Противопоказаниями к ПАНАН являются инфекция или острое воспаление в месте инъекции, а также высокий риск прикусывания пациентом и повреждения онемевшей губы или языка по завершении лечения. ПАНАН позволяет с помощью одной инъекции обезболить большую площадь полости рта. Однако это преимуще-



Рис. 2. Высота вкола иглы определяется по линии (стрелка), соединяющей венечную вырезку и дистальную границу крыловидно-нижнечелюстной складки³



Рис. 3. Место вкола находится на $\frac{3}{4}$ расстояния от венечной вырезки до крыловидно-нижнечелюстной складки

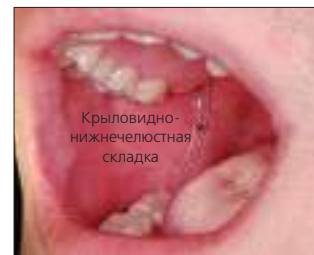


Рис. 4. Задний край ветви нижней челюсти можно определить по крыловидно-нижнечелюстной складке³

ство превращается в недостаток при локализованных вмешательствах. Кроме того, ПАНАН характеризуется высоким риском неполного обезболивания (до 81 %); отсутствием постоянных внутриротовых ориентиров; наиболее высоким риском аспирации по сравнению со всеми внутриротовыми методами обезболивания (10–15 %);²⁵ дискомфортом при онемении языка и нижней губы, которое может приводить к самоповреждению мягких тканей полости рта;²⁶ частичной анестезией при раздвоении нижнечелюстного канала и НАН,²⁷ а также вследствие коллатеральной иннервации.

Для выполнения ПАНАН взрослым пациентам рекомендуется использовать длинную иглу (около 32 мм) 25-го калибра (однако допустим и 27-й калибр). Более короткие и тонкие иглы (30-го калибра) не рекомендуются из-за существующего риска их перелома.²⁸ Основной целью является депонирование местного анестетика в участке между овальным и нижнечелюстным отверстиями. Пациента переводят в положение лежа или полулежа и просят широко открыть рот для лучшей визуализации и доступа к месту инъекции.

При определении места инъекции учитывают высоту и глубину вкола иглы и ее положение в сагиттальной плоскости. Для определения высоты вкола указательный или большой палец помещают в венечную вырезку и проводят воображаемую линию от кончика пальца до наиболее глубокой точки крыловидно-нижнечелюстной складки на 6–10 мм выше и параллельно жевательной поверхности моляров нижней челюсти (рис. 2). Место вкола иглы отсчитывается от переднего края ветви нижней челюсти (рис. 3). При определении заднего края ветви нижней челюсти следует ориентироваться на восходящую к твердому небу крыловидно-нижнечелюстную складку

(рис. 4). Ширину ветви нижней челюсти также можно определить по расстоянию между большим пальцем, установленным в венечной вырезке, и указательным пальцем, находящимся снаружи в проекции заднего края ветви нижней челюсти.

Шприц располагают над жевательной поверхностью премоляров противоположной стороны нижней челюсти (рис. 5). Место вкола иглы находится на пересечении двух прямых (рис. 3): горизонтали, соединяющей венечную вырезку с наиболее глубокой точкой крыловидно-нижнечелюстной складки (рис. 4), и вертикали, проходящей от точки на расстоянии трех четвертей от передней границы до ветви. Иглу медленно продвигают до контакта с костью, в среднем на глубину 20–25 мм, т.е. приблизительно на $\frac{2}{3}$ – $\frac{3}{4}$ длины иглы. После контакта с костью иглу извлекают примерно на 1 мм во избежание поднадкостничного введения анестетика, после чего выполняют аспирационную пробу. При отрицательном результате медленно вводят 1,5 мл анестетика в течение как минимум 60 с. Из-за высокого риска положительной аспирационной пробы и естественного желания как можно быстрее ввести раствор рекомендуется чередовать медленную инъекцию с повторными аспирационными пробами. Шприц извлекают так, чтобы игла оставалась в мягких тканях примерно на половину длины, и снова проводят аспирационную пробу. При отрицательном результате оставшиеся 0,2 мл раствора вводят для обезболивания язычного нерва. В большинстве случаев необходимость в отдельном блокировании язычного нерва при выполнении ПАНАН отсутствует. После извлечения иглы пациента возвращают в положение сидя или полусидя.

Глубина проникновения иглы до контакта с костью позволяет определить приблизитель-



Рис. 5. А. Шприц располагают над премолярами противоположной стороны. **В.** Положение шприца и иглы при выполнении ПАНАН³



Рис. 6. А. Латеральное расположение иглы. **В.** Шприц смещен в область латерального резца и клыка³



Рис. 7. А. Отсутствие контакта с костью объясняется медиальным смещением иглы. **В.** Шприц расположен в области моляров³

ное положение кончика иглы относительно НАН. Как отмечалось выше, в среднем этот показатель равен 20–25 мм, что соответствует 2/3 – 3/4 длины иглы. Преждевременный контакт с костью (т.е. при погружении иглы менее чем на половину длины) означает латеральное смещение кончика иглы относительно ветви челюсти. Для исправления ситуации рекомендуется немного вывести иглу и сместить шприц к центру, расположив его на уровне противоположных клыка или бокового резца. Дистальное смещение кончика иглы в нижне-челюстной борозде позволит достичь нужной глубины инъекции (рис. 6).

Отсутствие контакта с костью говорит о медиальном смещении кончика иглы. После извлечения иглы на 3/4 длины и отведении шприца еще больше в противоположную сторону в область моляров расстояние до кости сократится до положенных 20–25 мм (рис. 7).

Субъективными признаками и симптомами обезболивания являются покалывание или онемение нижней губы, указывающие на

анестезию подбородочного нерва, конечной ветви НАН. Однако подобные ощущения нельзя считать достоверным показателем глубины анестезии. Покалывание или онемение языка говорят о выключении язычного нерва, ветви подбородочного нерва. Обезболивание мягких тканей обычно является следствием ПАНАН, но может возникать и без анестезии НАН. Объективно анестезия НАН подтверждается отсутствием болезненных ощущений при максимальной силе тока во время проведения двух последовательных электроодонтодиагностических (ЭОД) исследований недепульсированных зубов с интервалом не менее 2 мин.^{29–31}

Наиболее распространенной причиной отсутствующего или неполного обезболивания после проведения ПАНАН является депонирование анестетика ниже нижнечелюстного отверстия. Повторная инъекция на 5–10 мм выше места предыдущего вкола поможет решить эту проблему. Отсутствие чувствительности слизистой исключительно в месте

вкола означает попадание анестетика латеральнее ветви нижней челюсти. Для устранения этой проблемы требуется дистальнее сместить кончик иглы. Еще одной причиной несостоятельности ПАНАН является дополнительная иннервация зубов нижней челюсти, которую можно предположить при изолированном неполном обезболивании резцов и моляров (чаще всего медиальной части первого моляра). Решением может стать интралигаментарная или внутрикостная анестезия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Закономерным результатом несостоятельности традиционной ПАНАН стала разработка альтернативных методов купирования боли при лечении интактных зубов (анестезия по Гоу-Гейтсу и Вазирани-Акинози³², интралигаментарная и внутрикостная анестезия³³). Появление на рынке гидрохлорида артикаина (в 1985 г. в Канаде и в 2000 г. в США) создало условия для распространения инфильтрационной анестезии нижней челюсти у взрослых пациентов.³⁴

Неужели дни мандибулярной анестезии сочтены? В настоящее время можно с полной уверенностью утверждать лишь о наличии более эффективных современных методов обезболивания нижней челюсти. ■

Раскрытие информации. Доктор Маламед является консультантом компаний Septodont и OnPharma.

1. de St Georges J. How dentists are judged by patients. *Dent Today* 2004;23(8):96, 98-99.
2. Friedman MJ, Hochman MN. The AMSA injection: a new concept for local anesthesia of maxillary teeth using a computer-controlled injection system. *Quintessence Int* 1998;29(5):297-303.
3. Malamed SF. Techniques of mandibular anesthesia. In: *Handbook of Local Anesthesia*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004: 228-235.
4. Oulis CJ, Vadiakis GP, Vasilopoulou A. The effectiveness of mandibular infiltration compared to mandibular block anesthesia in treating primary molars in children. *Pediatr Dent* 1996;18(4):301-305.
5. Sharaf AA. Evaluation of mandibular infiltration versus block anesthesia in pediatric dentistry. *ASDC J Dent Child* 1997;64(4):276-281.
6. Malamed SF. Local anesthetic considerations in dental specialties. In: *Handbook of Local Anesthesia*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004:275.
7. Robison SF, Mayhew RB, Cowan RD, Hawley RJ. Comparative study of deflection characteristics and fragility of 25-, 27-, and 30-gauge short dental needles. *JADA* 1984;109(6):920-924.
8. Bennett CR. Techniques of regional anesthesia and analgesia. In: *Monheim's Local Anesthesia and Pain Control in Dental Practice*. 7th ed. St. Louis: CV Mosby; 1984:69-124.
9. Evers H, Haegerstam G. Anaesthesia of the lower jaw. In: *Introduction to Dental Local Anaesthesia*. Fribourg, Switzerland: Mediglobe SA; 1990:59-87.
10. Trieger N. New approaches to local anesthesia. In: *Pain Control*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1994:49-66.
11. Kanaa MD, Whitworth JM, Corbett IP, Meechan JG. Articaine buccal infiltration enhances the effectiveness of lidocaine inferior alveolar nerve block. *Int Endod J* 2009;42(3):238-246.
12. Meechan JG. Infiltration anesthesia in the mandible. *Dent Clin North Am* 2010;54(4):621-629.
13. Hannan L, Reader A, Nist R, Beck M, Meyers WJ. The use of ultrasound for guiding needle placement for inferior alveolar nerve blocks. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(6):658-665.
14. Berns JM, Sadove MS. Mandibular block injection: a method of study using an injected radiopaque material. *JADA* 1962;65(12): 736-745.
15. Galbreath JC. Tracing the course of the mandibular block injection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970;30(4):571-582.
16. Reader A. Taking the pain out of restorative dentistry and endodontics: current thoughts and treatment options to help patients achieve profound anesthesia. Chicago: American Association of Endodontists; 2009. *Endodontics: Colleagues for Excellence*.
17. De Jong RH. *Local Anesthetics*. St. Louis: CV Mosby; 1994: 110-111.
18. Strichartz G. Molecular mechanisms of nerve block by local anesthetics. *Anesthesiology* 1976;45(4):421-441.
19. Gow-Gates GA. Mandibular conduction anesthesia: a new technique using extraoral landmarks. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973;36(3):321-328.
20. Akinosi JO. A new approach to the mandibular nerve block. *Br J Oral Surg* 1977;15(1):83-87.
21. Malamed SF. The periodontal ligament (PDL) injection; an alternative to inferior alveolar nerve block. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;53(2):117-121.
22. Coggins R, Reader A, Nist R, Beck M, Meyers WJ. Anesthetic efficacy of the intraosseous injection in maxillary and mandibular teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81(6):634-641.
23. Kaufman E, Weinstein P, Milgrom P. Difficulties in achieving local anesthesia. *JADA* 1984;108(2):205-208.
24. Olch PD, William S. Halsted and local anesthesia: contributions and complications. *Anesthesiology* 1975;42(4):479-486.
25. Bartlett SZ. Clinical observations on the effects of injections of local anesthetic preceded by aspiration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972;33(4):520-526.
26. College C, Feigl R, Wandera A, Strange M. Bilateral versus unilateral mandibular block anesthesia in a pediatric population. *Pediatr Dent* 2000;22(6):453-457.
27. Langlais RP, Broadus R, Glass BJ. Bifid mandibular canals in panoramic radiographs. *JADA* 1985;110(6):923-926.
28. Malamed SF, Reed K, Poorsattar S. Needle breakage: incidence and prevention. *Dent Clin North Am* 2010;54(4):745-756.
29. Robertson D, Nusstein J, Reader A, Beck M, McCartney M. The anesthetic efficacy of articaine in buccal infiltration of mandibular posterior teeth. *JADA* 2007;138(8):1104-1112.
30. Dreven LJ, Reader A, Beck M, Meyers WJ, Weaver J. An evaluation of an electric pulp tester as a measure of analgesia in human vital teeth. *J Endod* 1987;13(5):233-238.
31. Certosimo AJ, Archer RD. A clinical evaluation of the electric pulp tester as an indicator of local anesthesia. *Oper Dent* 1996;21(1): 25-30.
32. Haas DA. Alternative mandibular nerve block techniques: a review of the Gow-Gates and Akinosi-Vazirani closed-mouth mandibular nerve block techniques. *JADA* 2011;142(9 suppl):8S-12S.
33. Moore PA, Cuddy MA, Cooke MR, Sokolowski CJ. Periodontal ligament and intraosseous anesthetic injection techniques: alternatives to mandibular nerve blocks. *JADA* 2011;142(9 suppl):13S-18S.
34. Meechan JG. The use of the mandibular infiltration anesthetic technique in adults. *JADA* 2011;142(9 suppl):19S-24S.



Фуад Кури

Соавторы

**Т. Ханзер, Ч. Кури, Й. Нойгебауэр,
Т. Терпелле, Й. Тункель, Й. Цёллер**

Регенеративные методы в имплантологии

Твердый переплет
514 страниц
1894 иллюстраций
Цена 10000 руб.

Книга «Регенеративные методы в имплантологии» является уникальным справочником по всем современным методам трансплантации, применяемым в стоматологической имплантологии. На более чем 500 страницах текста, который дополняют более 1800 иллюстраций, подробно описаны различные методы увеличения высоты и толщины альвеолярного гребня верхней и нижней челюстей, в том числе с помощью трансплантации костной ткани из внутриротовых и внеротовых донорских участков, а также дистракционный остеогенез. Материал книги основан на современных научных концепциях и содержит практические рекомендации.

Правильный выбор материалов и методов регенеративного вмешательства невозможен без знания и понимания биологических процессов, происходящих в костной ткани, и их особенностей после трансплантации. Опытных специалистов заинтересует подробное описание сложных операций, а также современные научно обоснованные данные, способствующие дальнейшему совершенствованию оперативных методик. Тема каждой главы излагается максимально подробно и в соответствии с основополагающими научными концепциями.

На клинических примерах подробно представлены этапы и современные возможности трехмерной реконструкции альвеолярного гребня. При этом обсуждаются факторы, определяющие успех лечения, а также указываются возможные осложнения и методы их устранения.

Книга «Регенеративные методы в имплантологии» адресована имплантологам, челюстным хирургам, а также стоматологам, ведущим хирургическую практику.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

1. Особенности биологии и физиологии тканей в области имплантации в зависимости от метода предшествующей трансплантации
2. Влияние поверхности имплантатов на их выживаемость в новообразованной костной ткани
3. Диагностика и планирование лечения
4. Реконструкция мягких тканей при проведении регенеративных вмешательств и имплантации
5. Костные трансплантаты нижней челюсти: диагностика, инструменты, способы получения и хирургические этапы
6. Аутогенные костные трансплантаты из внеротовых донорских участков
7. Дистракционный остеогенез
8. Изготовление провизорных и окончательных протезов при комплексном имплантологическом лечении
9. Факторы риска и осложнения при регенеративных вмешательствах

Интралигаментарная и внутрикостная анестезия

Альтернативные методы обезболивания нижней челюсти

Пол Мур, DMD, PhD, MPH; Майкл Кадди, DMD; Метью Кук, DDS, MD, MPH; Честер Соколовский, DDS

Разработка эффективных и безопасных местных анестетиков позволила повысить качество стоматологического лечения. Однако использование анестетиков последнего поколения не является гарантией успешного обезболивания, особенно при выполнении мандибулярной анестезии. Нервы, обеспечивающие чувствительность периодонта и зубов нижней челюсти, залегают глубоко в костной ткани, а значительная толщина кортикальной пластинки нижней челюсти препятствует диффузии раствора анестетика, что снижает выраженность инфльтрационной анестезии.

Альтернативные методы обезболивания позволяют преодолеть анатомические барьеры. Принцип интралигаментарной анестезии (ИЛА) заключается во введении обезболивающего раствора через периодонтальную связку в губчатую кость под высоким давлением. При внутрикостной анестезии (ВКА) раствор поступает в губчатое вещество кости через перфорационное отверстие в плотной кортикальной пластинке. В обоих случаях анестетик доставляется в костную ткань в области причинного зуба, временно снижая болевую чувствительность пульпы.

ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

ИЛА применяется для избирательного обезболивания зубов верхней и нижней челюсти. Метод является альтернативой при несостоятельности мандибулярной анестезии, хотя известны случаи его целенаправленного исполь-

РЕЗЮМЕ

Предыстория и обзор. Традиционными методами обезболивания нижней челюсти считают анестезию по Холстеду, Гоу-Гейтсу и Вазиран-Акинози. В данной статье представлены две альтернативные методики местного обезболивания зубов нижней челюсти: интралигаментарная и внутрикостная анестезия. Особое внимание авторы уделили анализу показаний и возможных осложнений этих методов.

Закключение. Интралигаментарная и внутрикостная анестезия позволяет избирательно обезболить зубы нижней челюсти при недостаточной эффективности традиционной проводниковой анестезии.

Клиническое применение. Рассматриваемые методы могут применяться стоматологами в качестве альтернативы проводниковой анестезии.

Ключевые слова: обезболивание в стоматологии, местная анестезия, интралигаментарная анестезия, внутрикостная анестезия.

JADA 2011; 142(9): 13S–18S.

Д-р Мур – профессор кафедры фармакологии и эпидемиологии, заведующий кафедрой стоматологической анестезиологии стоматологического факультета Питтсбургского университета (Питтсбург, Пенсильвания, США).

Д-р Кадди – доцент кафедры стоматологической анестезиологии стоматологического факультета Питтсбургского университета (Питтсбург, Пенсильвания, США).

Д-р Кук – доцент кафедры стоматологической анестезиологии стоматологического факультета Питтсбургского университета (Питтсбург, Пенсильвания, США).

Д-р Соколовский – старший ординатор отделения стоматологической анестезиологии медицинского центра Питтсбургского университета (Питтсбург, Пенсильвания, США).

Address reprint requests to Dr Moore at G87 Salk Hall, Department of Dental Anesthesiology, School of Dental Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pa. 15261, e-mail "pam7@pitt.edu".

зования для кратковременного обезболивания одного зуба.¹

Наиболее сложными для обезболивания считаются зубы с выраженными симптомами необратимого пульпита.² Опрос членов Американской эндодонтической ассоциации (American Association of Endodontists) подтвердил, что именно при этом диагнозе чаще всего возникает необходимость в дополнительной анестезии, предпочтение отдается ИЛА.³

Метод ИЛА был разработан в начале XX в., однако приобрел популярность в 1970-е гг. с появлением специальных шприцев, например Перипресс (Панадент; Peripress Pen, Panadent) и Лигмаджект (Хенке-Сасс; Ligmaject, Henke-Sass), которые при использовании стандартной карпулы одной рукой позволяли дозированно вводить анестетик под высоким давлением. Сегодня на рынке в ассортименте представлены специально разработанные механические и автоматизированные приспособления для ИЛА, в том числе система Интра-Флоу (Про-Декс; Intra-Flow Intraosseous Anesthesia Delivery System, Pro-Dex), шприц Мидвест Камфорт Контрол (Дентсплай; Midwest Comfort Control Syringe, Dentsply Professional), система STA (Майлстоун Сайентифик; STA Single Tooth Anesthesia System, Milestone Scientific), наконечник Уонд (Майлстоун Сайентифик; Wand handpiece), инструмент Компю-Дент (Майлстоун Сайентифик; Compu-Dent instrument). Автоматизированные инструменты позволяют контролировать инъекционные скорость и давление, однако повышение эффективности анестезии при их использовании пока не доказано.⁴⁻⁶

Техника анестезии аналогична при использовании традиционного и специального инструментария. Malamed⁷ рекомендует выбирать для ИЛА короткие иглы от 27-го до 30-го калибра. Кончик иглы вводят в периодонтальную щель с мезиальной или дистальной поверхности зуба до дна зубодесневой борозды. Скол иглы направлен к поверхности корня. После проникновения иглы на максимальную глубину ограниченное количество анестетика (0,2 мл на корень) вводят медленно и с большим давлением при ощутимом противодействии. Каждый корень зуба обезболивают отдельно (рис. 1-3).

Название метода может вводить в заблуждение.⁸ Несмотря на поступление анестетика в корональный отдел периодонтальной щели,

его апикальное распространение благодаря решетчатому строению зубных альвеол происходит в прилежащей губчатой кости, а не по периодонтальной щели. В отличие от кортикальной пластинки нижней челюсти, лунка зуба имеет множество пор, обеспечивающих кровоснабжение периодонта. При интралигаментарном введении собакам обезболивающего раствора, содержащего суспендированные красители, выявили диффузию анестетика в мягкие ткани и прилежащую к зубу костную ткань.⁹ Зона распространения раствора увеличивалась пропорционально силе инъекционного давления. Авторы исследования заключили, что ИЛА является вариантом внутрикостной анестезии.

Согласно результатам одного клинического исследования, эффективность обезболивания при ИЛА варьируется от 60 % при эндодонтическом лечении до 100 % при лечении пародонтита и удалении зубов.¹⁰ Эффект анестезии наступает немедленно и длится 30–45 мин. Сама инъекция может быть болезненна, кроме того, существует вероятность послеоперационной чувствительности и субъективного ощущения «выросшего» зуба. Результаты данной работы были подтверждены и в другом сравнительном исследовании,⁹ авторы которого также отметили небольшое увеличение ЧСС.¹¹

Пациентам с необратимым пульпитом первого моляра нижней челюсти выполнили проводниковую анестезию нижнего альвеолярного нерва (ПАНАН), при этом у одной группы пациентов ее сочетали с инфльтрационной анестезией, а у второй – с ИЛА.¹² Статистически значимая разница эффективности обезболивания в этих группах отсутствовала (81 и 83 % соответственно; $P > 0,05$).

Для определения максимально эффективного обезболивающего средства для ИЛА сравнили результаты использования 4 % раствора артикаина с адреналином (1:100000) и 2 % раствора лидокаина с адреналином (1:100000).¹³ Статистически значимая разница в болезненности инъекции, повышении ЧСС и послеоперационной чувствительности отсут-

СОКРАЩЕНИЯ, ПРИНЯТЫЕ В ТЕКСТЕ

ПАНАН – проводниковая анестезия нижнего альвеолярного нерва

ВКА – внутрикостная анестезия

ИЛА – интралигаментарная анестезия



Рис. 1. Положение иглы при выполнении интралигаментарной анестезии



Рис. 2. Положение иглы при выполнении интралигаментарной анестезии на рентгеновском снимке



Рис. 3. Схематическое изображение положения иглы при выполнении интралигаментарной анестезии

ствовала. Электроодонтодиагностика (ЭОД) также не выявила отличия между препаратами, введенными по 1,4 мл в область периодонтальной связки нижних моляров (86 % успеха инъекции артикаина и 74 % – лидокаина; $P > 0,05$).¹⁴

Малый объем анестетика при ИЛА значительно снижает риск системного воздействия. ИЛА является методом выбора при краткосрочном лечении одного или двух зубов.¹⁵ Отсутствие необходимости глубоко вводить инъекционную иглу позволяет применять ИЛА у пациентов с коагулопатиями. Yamashiro и Fuguя¹⁶ представили клинический случай лечения пациента с обширной гемангиомой нижней челюсти, которому во избежание нередких при ПАНАН разрывов и травм сосудов и последующего обильного кровотечения выполнили ИЛА.

Эффективность ИЛА зависит от точности позиционирования инъекционной иглы.⁸ Malamed⁷ не рекомендует выполнять инъекцию в области воспаленных или инфицированных тканей.

В действующих Методических рекомендациях Американской кардиологической ассоциации (American Heart Association) специфическая информация по антибактериальной профилактике при проведении ИЛА отсутствует.¹⁷ Профилактическое назначение антибиотиков при рутинной анестезии в отсутствие инфекции не показано. Однако даже в области неинфицированных тканей ИЛА провоцирует кратковременную бактериемию¹⁸, повышая риск развития инфекционного эндокардита. С учетом такого риска стоматологу следует задуматься об антибиотикопрфилактике при выполнении ИЛА, особенно

в области воспаления. При известном высоком риске инфекционного эндокардита следует по возможности отказаться от проведения ИЛА.

Некоторые пациенты жалуются на гиперчувствительность зубов в области вмешательства в течение 1–2 дней после ИЛА.^{19,20} Наиболее болезненной на этапе вкола иглы они называют ПАНАН, далее следуют ИЛА, ментальная и инфльтрационная анестезия. Однако, по мнению все тех же пациентов, ИЛА лидирует по количеству неприятных ощущений в момент введения обезболивающего раствора.²¹

Положение иглы и оказываемое при инъекции давление могут травмировать ткани, вызывая послеоперационный дискомфорт. ИЛА молочных зубов противопоказана, поскольку известны случаи гипоплазии эмали и гипоминерализации постоянных зубов в области ранее проведенной инъекции.²² Гистологически отмечалось минимальное повреждение краевой кости после ИЛА, которое спонтанно и быстро устранилось.²³ Гистологическое исследование образцов пародонтальных тканей собак выявило повреждение периодонтальной связки и признаки активной наружной резорбции корней зубов вследствие ИЛА.²⁴ Также на фоне ИЛА некоторые пациенты отмечают чувство «выросшего» зуба, которого можно избежать, контролируя давление и объем инъекции.⁷

ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Эффективность инфльтрационной анестезии верхней челюсти превышает 95 %, эффективность ПАНАН варьируется в пределах 80–85 %.^{7,25} Более низкие показатели объясняются более высокой плотностью вести-



Рис. 4. Положение иглы при выполнении внутрикостной анестезии (изображение системы Икс-Тип публикуется с любезного разрешения компании Дентсплай Майлифер)



Рис. 5. Рентгенологическая картина в области перфорационного отверстия для внутрикостной анестезии

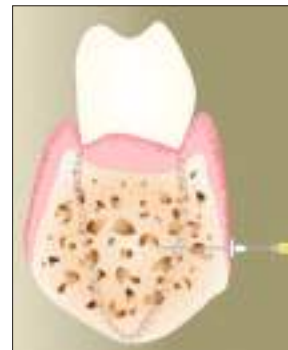


Рис. 6. Схематическое изображение положения иглы при выполнении внутрикостной анестезии (изображение системы Икс-Тип использовано с разрешения компании Дентсплай Майлифер)

булярной кортикальной пластинки нижней челюсти, ограниченным доступом к нижнему альвеолярному нерву и разнообразием вариантов анатомии нервной системы.

Другой причиной неэффективности обезболивания может быть гипералгезия на фоне пульпита. Воспалительная реакция изменяет потенциал покоя и снижает порог возбудимости нервной ткани не только в пульпе, но и на всем проводящем пути ЦНС, таким образом ограничивая эффективность местной анестезии.²⁶

Впервые техника ВКА была описана в 1910 г.²⁷, однако не получила популярности из-за нежелания стоматологов сверлить кортикальную кость, а затем пытаться адаптировать иглу в узком трепанационном отверстии. В оригинальный набор инструментов для ВКА входил полусферический бор или эндодонтический ример и стандартная короткая игла 27-го калибра. В высверленное отверстие вводили 0,5–1,5 мл раствора анестетика. Невозможность плотного контакта между инъекционной иглой и костными стенками отверстия приводила к вытеканию анестетика, эффективный объем которого при ВКА всегда был меньше общего введенного объема.²⁷

Инструментарий. По мере совершенствования метода ВКА разрабатывались специальные инструменты для контроля за введением обезболивающего раствора, например системы Стабидент (Фейрфакс Дентал; Stabident, Fairfax Dental) и Икс-Тип (Дентсплай Майлифер; X-Tip, Dentsply Maillefer). Специальным вращающимся инструментом перфорируют кортикальную пластинку между

корнями зубов приблизительно на 5 мм апикальнее вершины межзубного сосочка. Постоянное давление перфорирующего инструмента может привести к перегреву кости. Malamed⁷ рекомендует использовать легкие прерывистые движения с периодическим извлечением сверла из отверстия. Входящий в комплект Икс-Тип проводник существенно облегчает введение иглы в губчатую кость. Для анестезии используют от четверти до половины канюли обезболивающего раствора (рис. 4–6).

Первоначально ВКА применялась только как альтернатива блокады НАН, особенно часто при обезболивании зубов с необратимым пульпитом.^{28–34} С разработкой специальных систем ВКА стала методом выбора при лечении одиночных зубов нижней челюсти. Однако при правильном выборе места и объема инъекции ВКА также эффективна при обезболивании нескольких зубов одного квадранта.¹

По некоторым данным, сочетание ПАНАН с ВКА существенно повышает коэффициент успеха обезболивания первых моляров и вторых премоляров,²⁸ а также положительно влияет на эффективность анестезии пульпы зубов с необратимым пульпитом.^{29,31–34} Эффект анестезии наступает практически немедленно и длится до 60 мин при использовании анестетика с вазоконстриктором, без которого время действия ВКА ограничено 15–30 мин.^{34,35}

Противопоказания. ВКА противопоказана при генерализованном пародонтите и острой периапикальной инфекции. В области перфорации возможно формирование свища.⁷ Следует проявлять осторожность при незна-

чительном расхождении корней причинного зуба, затрудняющем доступ к межзубной губчатой кости. Относительным противопоказанием к ВКА является большая толщина кортикальной пластинки (например, дистальнее второго моляра), которая повышает риск перелома сверла.⁷ Высокая плотность губчатой кости в некоторых участках нижней челюсти осложняет диффузию анестетика.³³

Побочные действия и осложнения.

Поскольку использование сосудосуживающих препаратов нередко повышает частоту сердечных сокращений, рекомендуется применять анестетик без вазоконстриктора, например 3 % раствор мепивакаина. Медленное однократное введение 1/8–1/4 карпулы анестетика позволит добиться адекватного обезболивания. Необходимо тщательно контролировать объем инъекции, поскольку из-за хорошей васкуляризации губчатой кости нижней челюсти существует высокий риск попадания анестетика в системный кровоток и его передозировки.³⁶

Применение вазоконстриктора определяется планом лечения и анамнезом пациента. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы средней и высокой степени тяжести, приеме трициклических антидепрессантов или неселективных β-адреноблокаторов не рекомендуется использовать анестетики с адреналином или левонордефрином.³⁴

При внутрикостном введении анестетика с вазоконстриктором может возникнуть транзиторная тахикардия. По данным опроса Coggins и соавт.,³⁵ 60 % пациентов ощущали учащение сердцебиения после ВКА 1,8 мл 2 % раствора лидокаина с адреналином (1:100000). Repogle и соавт.³⁴ провели электрокардиографическое исследование пациентов после ВКА 2 % раствором лидокаина с адреналином (1:100000), объективные признаки тахикардии выявили у 67 % участников. В среднем ЧСС увеличилась на 28 уд/мин,³⁴ что совпадает с результатами других исследований применения местных анестетиков с вазоконстриктором.^{28,39} Repogle и соавт.³⁴ и Chamberlain и соавт.³⁹ не наблюдали клинически значимых изменений артериального давления после внутрикостной инъекции 2 % раствора лидокаина с адреналином (1:100000).

В большинстве случаев сердцебиение нормализовалось в течение 4 мин. Пациентов необходимо информировать о возможности

возникновения и краткосрочности таких осложнений. Использование для ВКА 3 % раствора мепивакаина не спровоцировало клинически значимого усиления ЧСС,³⁴ так что предупреждать пациентов о таком осложнении в данном случае не требуется.

Еще одним осложнением являются болезненные ощущения во время перфорации кортикальной кости и после вмешательства.⁵ По данным Reisman и соавт.,³¹ 27 % пациентов отмечают умеренную боль, а 6 % говорят о сильной боли при ВКА. В 2–15 % случаев возникает послеоперационная боль в области инъекции, которая проходит через несколько дней. Образующиеся в 4–5 % случаев отек, гематома или нагноение разрешаются в течение двух недель. В первые несколько дней после ВКА 4–13 % пациентов испытывают чувство «выросшего» зуба.

Отсоединение сверла или иглы в ходе вмешательства случается редко, но может привести к ее застреванию в костной ткани, для извлечения иглы рекомендуется использовать кровоостанавливающий зажим.^{35,37} В результате может произойти перфорация язычной кортикальной пластинки или повреждение корней зуба. ВКА молочных зубов противопоказана из-за дефицита губчатой кости и риска повредить зубные зачатки.³⁸

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интралигаментарная и внутрикостная анестезия являются эффективными методами местного обезболивания и представляют собой альтернативу традиционным методам анестезии нижней челюсти, особенно полезную при неудаче блокады НАН. Возможны побочные реакции в виде стимуляции сердечно-сосудистой системы, неприятных ощущений во время инъекции и послеоперационной чувствительности. Современные методы и системы контроля введения анестетика позволяют уменьшить эти побочные явления. ■

Раскрытие информации. Д-р Мур является консультантом по фармакологическому надзору компании Дентсплай (Dentsply International). Д-ра Кадди, Кук и Соколовский не сообщили о какой-либо заинтересованности в связи с материалом данной статьи.

Авторы благодарят Кристин Беттингер (Christine T. Bettinger) за создание иллюстраций (рис. 3 и 6) и Дарси Бернс (Darcie Burns) за помощь в редакции рукописи.

1. Blanton PL, Jeske AH. Dental local anesthetics: alternate delivery methods. *JADA* 2003;134(2):228-234.
2. Nusstein JM, Reader A, Drum M. Local anesthesia strategies for the patient with a "hot" tooth. *Dent Clin North Am* 2010;54(2):237-247.
3. Bangerter C, Mines P, Sweet M. The use of intraosseous anesthesia among endodontists: results of a questionnaire. *J Endod* 2009;35(1):15-18.
4. Nusstein J, Claffey E, Reader A, Beck M, Weaver J. Anesthetic effectiveness of the supplemental intraligamentary injection, administered with a computer-controlled local anesthetic delivery system, in patients with irreversible pulpitis. *J Endod* 2005;31(5):354-358.
5. Asarch T, Allen K, Petersen B, Beiraghi S. Efficacy of a computerized local anesthesia device in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1999;21(7):421-424.
6. Ram D, Peretz B. The assessment of pain sensation during local anesthesia using a computerized local anesthesia (Wand) and a conventional syringe. *J Dent Child (Chic)* 2003;70(2):130-133.
7. Malamed SF. Supplemental injection techniques. In: *Handbook of Local Anesthesia*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2004:256-275.
8. Meechan JG. Supplementary routes to local anaesthesia. *Int Endod J* 2002;35(11):885-896.
9. Smith GN, Walton RE. Periodontal ligament injection: distribution of injected solutions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983;55(3):232-238.
10. Malamed SF. The periodontal ligament (PDL) injection: an alternative to inferior alveolar nerve block. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;53(2):117-121.
11. Brkovic BM, Savic M, Andric M, Jurisic M, Todorovic L. Intraseptal vs. periodontal ligament anaesthesia for maxillary tooth extraction: quality of local anaesthesia and haemodynamic response. *Clin Oral Investig* 2010;14(6):675-681.
12. Fan S, Chen WL, Pan CB, et al. Anesthetic efficacy of inferior alveolar nerve block plus buccal infiltration or periodontal ligament injections with articaine in patients with irreversible pulpitis in the mandibular first molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108(5):e89-e93. "www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210409004132". Accessed July 21, 2011.
13. Nusstein J, Berlin J, Reader A, Beck M, Weaver JM. Comparison of injection pain, heart rate increase, and postinjection pain of articaine and lidocaine in a primary intraligamentary injection administered with a computer-controlled local anesthetic delivery system. *Anesth Prog* 2004;51(4):126-133.
14. Berlin J, Nusstein J, Reader A, Beck M, Weaver J. Efficacy of articaine and lidocaine in a primary intraligamentary injection administered with a computer-controlled local anesthetic delivery system. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99(3):361-366.
15. Hochman MN. Single-tooth anesthesia: pressure-sensing technology provides innovative advancement in the field of dental local anesthesia. *Compend Contin Educ Dent* 2007;28(4):186-188, 190, 192-193.
16. Yamashiro M, Furuya H. Anesthetic management of a patient with Sturge-Weber syndrome undergoing oral surgery. *Anesth Prog* 2006;53(1):17-19.
17. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; American Dental Association. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association—a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *JADA* 2007;138(6):739-745, 747-760.
18. Roberts GJ, Simmons NB, Longhurst P, Hewitt PB. Bacteremia following local anaesthetic injections in children. *Br Dent J* 1998;185(6):295-298.
19. Meechan JG, Ledvinka JI. Pulpal anaesthesia for mandibular central incisor teeth: a comparison of infiltration and intraligamentary injections. *Int Endod J* 2002;35(7):629-634.
20. Endo T, Gabka J, Taubenheim L. Intraligamentary anesthesia: benefits and limitations. *Quintessence Int* 2008;39(1):e15-e25. "www.quintpub.com/journals/qi/abstract.php?iss2_id=256&article_id=3132&article=16&title=Intraligamentary%20anesthesia:%20Benefits%20and%20limitations". Accessed July 21, 2011.
21. Kaufman E, Epstein JB, Naveh E, Gorsky M, Gross A, Cohen G. A survey of pain, pressure, and discomfort induced by commonly used oral local anesthesia injections. *Anesth Prog* 2005;52(4):122-127.
22. Brannstrom M, Lindsog S, Nordenvall KJ. Enamel hypoplasia in permanent teeth induced by periodontal ligament anesthesia of primary teeth. *JADA* 1984;109(5):735-736.
23. Walton RE, Garnick JJ. The periodontal ligament injection: histologic effects on the periodontium in monkeys. *J Endod* 1982;8(1):22-26.
24. Roahen JO, Marshall FJ. The effects of periodontal ligament injection on pulpal and periodontal tissues. *J Endod* 1990;16(1):28-33.
25. Kaufman E, Weinstein P, Milgrom P. Difficulties in achieving local anesthesia. *JADA* 1984;108(2):205-208.
26. Torabinejad M, Walton R. *Endodontics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2009:135.
27. Masselink BH. The advent of painless dentistry. *Dent Cosmos* 1910;52(8):868-872.
28. Guglielmo A, Reader A, Nist R, Beck M, Weaver J. Anesthetic efficacy and heart rate effects of the supplemental intraosseous injection of 2% mepivacaine with 1:20,000 levonordefrin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87(3):284-293.
29. Brown R. Intraosseous anesthesia: a review. *J Calif Dent Assoc* 1999;27(10):785-792.
30. Claffey E, Reader A, Nusstein J, Beck M, Weaver J. Anesthetic efficacy of articaine for inferior alveolar nerve blocks in patients with irreversible pulpitis. *J Endod* 2004;30(8):568-571.
31. Reisman D, Reader A, Nist R, Beck M, Weaver J. Anesthetic efficacy of the supplemental intraosseous injection of 3% mepivacaine in irreversible pulpitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84(6):676-682.
32. Nusstein J, Reader A, Nist R, Beck M, Meyers WJ. Anesthetic efficacy of the supplemental intraosseous injection of 2% lidocaine with 1:100,000 epinephrine in irreversible pulpitis. *J Endod* 1998;24(7):487-491.
33. Dunbar D, Reader A, Nist R, Beck M, Meyers WJ. Anesthetic efficacy of the intraosseous injection after an inferior alveolar nerve block. *J Endod* 1996;22(9):481-486.
34. Replegle K, Reader A, Nist R, Beck M, Weaver J, Meyers WJ. Cardiovascular effects of intraosseous injections of 2 percent lidocaine with 1:100,000 epinephrine and 3 percent mepivacaine. *JADA* 1999;130(5):649-657.
35. Coggins R, Reader A, Nist R, Beck M, Meyers WJ. Anesthetic efficacy of the intraosseous injection in maxillary and mandibular teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81(6):634-641.
36. Leonard MS. The efficacy of an intraosseous injection system of delivering local anesthetic. *JADA* 1995;126(1):81-86.
37. Replegle K, Reader A, Nist R, Beck M, Weaver J, Meyers WJ. Anesthetic efficacy of the intraosseous injection of 2% lidocaine (1:100,000 epinephrine) and 3% mepivacaine in mandibular first molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83(1):30-37.
38. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on use of local anesthesia for pediatric dental patients. "www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_LocalAnesthesia.pdf". Accessed Aug. 2, 2011.
39. Chamberlain TM, Davis RD, Murchison DF, Hansen SR, Richardson BW. Systemic effects of an intraosseous injection of 2% lidocaine with 1:100,000 epinephrine. *Gen Dent* 2000;48(3):299-302.



Ф. Мангани
А. Путиньяно
А. Черутти

Руководство по адгезивной стоматологии

Ключевые аспекты
успешной реставрации зубов



Твердый переплет
417 страниц
1365 иллюстраций
Цена 7000 руб.

Обучаться

Мы долго искали тех, кто не только мог бы объяснить нам суть методов реставрации зубов, но и продемонстрировать точные движения рук при выполнении тех или иных манипуляций. Каждый из нас в ходе обучения стоматологической профессии мог убедиться в том, как далека практика от теории. Мы штудировали учебники, спорили, экспериментировали с материалами. Но самое главное – мы стремились разработать простой и надежный протокол оказания качественной стоматологической помощи в соответствии с наиболее строгими научными данными. И это была совсем не простая задача!

Преподавать

Существует множество методов преподавания. Несколько поколений профессоров в ходе своих лекций использовали тысячи слайдов, и многим может показаться, что этого достаточно. По мере совершенствования компьютерных технологий процесс обмена информацией стал значительно проще – сегодня нужные данные можно передать одним нажатием кнопки на клавиатуре. Однако в настоящее время для подробного разъяснения особенностей использования реставрационных материалов и методов мы можем применять анимацию и трехмерные изображения.

Над созданием этого мультимедийного руководства работали многие наши друзья и коллеги. В частности, нам помогли аспиранты, которые писали диссертации, посвященные роли мультимедийных технологий в обучении стоматологов. Кроме того, много часов было потрачено на совместную работу с программистами.

Руководство по адгезивной стоматологии является первым в серии учебных пособий, перед каждым из которых стоят две основные задачи – оптимизировать методы обучения, предоставив возможность контроля и самоконтроля в любой момент, и облегчить восприятие материала для студентов и коллег.

И только они могут судить, в правильном ли направлении мы двигаемся.

Авторы

С О Д Е Р Ж А Н И Е

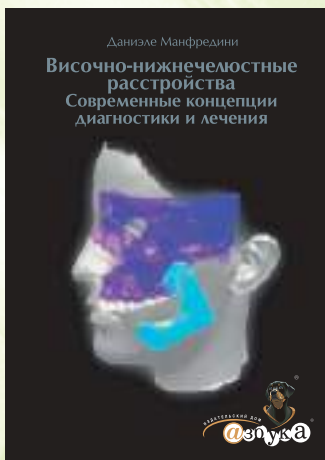
1. Введение в анатомию
2. Этиология кариеса зубов
3. Изоляция операционного поля
4. Адгезия к эмали и дентину
5. Оперативные манипуляции
6. Приложение



Даниэле Манфредини

Височно-нижнечелюстные расстройства

Современные концепции
диагностики и лечения



Твердый переплет
500 страниц
320 иллюстраций
Цена 6400 руб.

Некоторое время назад у меня возникла идея объединить ведущих мировых экспертов в области височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР) для создания руководства, посвященного этой проблеме. Несмотря на весь мой энтузиазм, возможность выполнения этой задачи казалась весьма сомнительной.

Взгляды исследователей и клиницистов на проблему ВНЧР традиционно различаются, поскольку последние убеждены в том, что главную роль в развитии данной патологии играют окклюзионные аномалии, а первые не находят этому научного подтверждения. Амбициозная цель данной книги заключается в попытке синтезировать два разных подхода, поэтому все ее составители стремились предоставить одновременно клинически значимую и научно обоснованную информацию.

Вероятно, это последняя книга, в которой используется термин «височно-нижнечелюстные расстройства», поскольку в скором времени ожидается принятие новой терминологии, соответствующей современным знаниям о патофизиологии этих аномалий. Действительно, отсутствие научно обоснованной модели многих симптомов ВНЧР привело к объединению самых разных с этиопатогенетической точки зрения признаков в общей нозологической форме, что ведет к неоправданной унификации симптоматического лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательной мускулатуры. Значительная часть этой книги посвящена этиологии ВНЧР, кроме того, предпринята попытка классифицировать расстройства по следующим группам: мышечные расстройства, смещение диска ВНЧС, артроз (артрит). В книге также представлены наиболее актуальные данные по диагностике и лечению указанной патологии, при этом отмечается схожий подход к ведению пациентов с патологией ВНЧС, за исключением редких расстройств, требующих применения специфического лечения.

Авторы не ограничились сугубо стоматологическими аспектами ВНЧР и постарались отразить общемедицинский взгляд на эту проблему, но избежали чрезмерного академизма. Мне всегда казалось, что по-настоящему достойные люди отличаются скромностью. Работа над этой книгой подтвердила эту уверенность, поскольку квалифицированные специалисты, работавшие над ее созданием, являли собой пример открытости и коммуникабельности. Для меня большая честь работать с 45 экспертами в области ВНЧР и челюстно-лицевой боли, которые всегда с готовностью делились своим мнением, а также не только делились, но и прислушивались к советам. Все они заслуживают глубочайшей благодарности за работу над этой книгой, которая, вне всяких сомнений, является вершиной моей профессиональной карьеры на данный момент.

Надеюсь, что книга «Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения» будет полезна всем читателям, интересующимся ВНЧР.

Автор

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Часть I
ОСНОВЫ

Часть II
ЭТИОЛОГИЯ

Часть III
ДИАГНОСТИКА

Часть IV
ЛЕЧЕНИЕ

Повышение значимости стоматологической практики

КАК ПОВЫСИТЬ ЗНАЧИМОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА?

В списке приоритетов стоматолога повышение значимости стоматологического лечения для каждого пациента должно занимать одну из первых строчек. Однако в сложившейся экономической ситуации все большему количеству клиницистов становится все труднее оказывать необходимую профессиональную помощь.

По данным исследований, 27,5 % стоматологов отмечают значительное увеличение отказов на предложенное лечение по итогам второго квартала 2012 г.¹ Сегодня пациенты склонны отказываться от рекомендуемого лечения, особенно если не испытывают неприятных ощущений. Стоматологам следует задуматься о повышении эффективности коммуникации

с помощью новых методов информирования и мотивации пациентов к поддержанию здорового состояния полости рта. Повышение значимости стоматологического лечения, клиники и ее сотрудников в глазах пациентов позволит улучшить состояние стоматологического здоровья и максимально удовлетворить потребности.

СОЗДАНИЕ ЗНАЧИМОСТИ

Следующие действия помогут донести до пациента важность и значимость рекомендуемого лечения.

Создавайте значимость уже во время первого телефонного разговора.

Основной целью телефонного разговора с потенциальным пациентом является назначение его на прием к стоматологу. В ходе общения администратор должен создать ощущение значимости стоматологического лечения, стоматолога и практики в

целом для каждого конкретного пациента.

Использование заранее прописанных сценариев разговора позволяет наиболее полно информировать нового пациента о лечащем враче, клинике, оказываемых услугах и их качестве, применяемых технологиях лечения и т.д. В результате пациент формирует первое впечатление о практике и убеждается в правильности своего выбора, а сотрудники клиники получают представление о потребностях пациента и мотивируют его на посещение стоматолога.

Произведите впечатление при первой встрече.

Слишком многие упускают возможность создать хорошее впечатление при первом посещении клиники пациентом. Вновь прибывшего пациента приветливо встречают, предлагают заполнить необходимые документы и сопровождают в кабинет стоматолога или гигиениста. Однако для максимального удовлетворения всех потребностей пациента

Роджер Левин, DDS

всегда требуется несколько больше усилий.

Следует разработать индивидуальную систему знакомства пациента с практикой, благодаря которой он получит представление о:

- самой практике – истории, оказываемых услугах, философии лечения;
- сотрудниках клиники – опыте, квалификации, участии в специализированных образовательных мероприятиях;
- стандартах лечения – приверженности высокому качеству, заботе о комфорте пациента и его полном информировании о ходе лечения.

Такая система позволит вселить в пациента уверенность в стоматологе, сотрудниках клиники и предоставляемом ими лечении.

Проявляйте интерес. Каждый пациент требует индивидуального к себе отношения. Персонал клиники должен стремиться как можно больше узнать обо всех пациентах:

- хобби – наличие общих интересов позволяет найти больше точек соприкосновения;

- спорт – обсуждение любимых спортивных команд дает возможность в нужный момент переключить внимание пациента на более приятную тему;

- дети – родители обожают говорить о своих чадах, делаясь собственными советами по их воспитанию: разговор родителя с родителем может оказаться гораздо эффективнее разговора врача с пациентом. Полученная информация требует тщательного документирования.

Создание доверительных профессиональных отношений позволит пациенту чувствовать себя комфортнее при посещении клиники и в полной мере оценить важность качественного стоматологического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задача всех сотрудников стоматологической клиники состоит в предоставлении качественных профессиональных услуг любому нуждающемуся, будь то новый пациент, впервые пришедший на прием к гигиенисту, или постоянный пациент, об-

ратившийся за экстренной помощью. Каждое посещение стоматологической клиники должно быть максимально комфортным опытом.

Вопрос создания и донесения значимости практики для пациентов необходимо внести в повестку регулярных собраний с персоналом. Коллективное обсуждение всестороннего взаимодействия с пациентами, несомненно, позволит повысить качество обслуживания.

В сложившейся экономической ситуации довольные пациенты скорее соглашаются на необходимое лечение, выполняют рекомендации стоматолога и по достоинству ценят качество оказываемой помощи. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

1. Survey of Dentists' Economic Confidence: Second Quarter of 2012. Chicago: Health Policy Resource Center, American Dental Association; 2012.

Миф о формировании коллектива

ПОЧЕМУ ТАК СЛОЖНО СОЗДАТЬ СПЛОЧЕННЫЙ КОЛЛЕКТИВ?

Я часто сталкиваюсь с жалобами на трудности формирования «идеального» коллектива стоматологической клиники. Стоматологи убеждены в том, что стоит нанять нужных людей – и все административные проблемы моментально разрешатся, продуктивность и прибыль резко возрастут, а они, врачи, смогут полностью посвятить себя лечению пациентов. Правильнее было бы сформулировать вопрос так: «Что поможет мне сплотить коллектив?» Действенность методов формирования коллектива часто недооценивают. Более того, по-настоящему эффективные системы управления не работают, пока стоматолог убежден, что именно «идеальная» команда является ключевым

фактором успеха стоматологической практики.

МИФЫ, МЕШАЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ КОЛЛЕКТИВА

Первым шагом на пути к созданию сплоченного коллектива является избавление от распространенных заблуждений и ошибочных представлений.

Миф 1. Идеальные сотрудники где-то рядом, нужно лишь найти их.

«Идеальный» сотрудник – это не торговое наименование, которое можно взять с полки магазина или заказать по каталогу, а затем поставить к станку. Даже опыт работы в стоматологической клинике и блестящие рекомендации от предыдущего работодателя не гарантируют успешного сотрудничества. Как и в любой организации, работа в стоматологической клинике во многом определяется личностями, их способностями и

амбициями, а также обстоятельствами, которые бывает сложно предугадать и еще сложнее контролировать.

Миф 2. Идеальная команда – залог процветания стоматологической практики. Другое заблуждение заключается в уверенности в том, что успех полностью определяется стоматологом и членами его команды. Точно так же, как качество лечения зависит от клинических навыков, так и развитие практики зависит от разработки и внедрения эффективных систем организации. Самый опытный сотрудник не способен устранить проблемы, возникшие из-за использования неадекватных методов управления.

Миф 3. Однажды создав идеальный коллектив, можно перестать отвлекаться на кадровые проблемы и посвятить все время лечению пациентов. Многие стоматологи ведут себя так, словно формирование команды является целью,

Роджер Левин, DDS

а не процессом. Целью (оправданной и достижимой) может быть увеличение времени, потраченного непосредственно на клиническую практику. Однако команда, сегодня казавшаяся идеальной, может сильно удалиться от идеала завтра. Все меняется: кадровый состав, восприимчивость, технологии, экономические условия и т.д., – руководителю и сотрудникам стоматологической практики необходимо приспосабливаться к этим изменениям.

РЕАЛИИ КОМАНДО-ОБРАЗОВАНИЯ

Формирование коллектива – одна из задач лидера. Будучи руководителем, стоматолог должен четко доносить до подчиненных командные цели. В этом могут помочь правильно сформулированные принципы работы, суть которых заключается в предоставлении пациентам квалифицированной и качественной помощи. Помимо мотивирования персонала на реализацию поставленных целей, к задачам лидера относятся своевременное внедрение в практику оптимальных систем управления, налаживание общения в коллективе, поощрение сотрудников.

Создание команды – это непрерывный поиск баланса, и процесс этот немалозначим без трудностей. Уход одних и прием на работу других сотрудников изменяют динамику коллектива, что неизбежно сказывается на философии и культуре всей практики. Самые ответ-

ственные и мотивированные сотрудники клиники через 10–15 лет нередко перестают быть таковыми. Семейные и финансовые трудности, проблемы со здоровьем зачастую вмешиваются в рабочий процесс и провоцируют конфликты. Руководитель должен быть гарантом стабильности и наставником для всех членов команды.

«Идеальными» сотрудниками (как и лидерами) не рождаются, а становятся. Для достижения идеала требуются время, желание и эффективная программа обучения. Кандидатов с необходимыми навыками и опытом работы в стоматологической клинике найти непросто. Мировой экономический кризис только усугубил положение: в отсутствие стабильности немногие готовы рисковать сменой работы. В такой ситуации рекомендуется обратить внимание на кандидатов, не имеющих требуемого опыта, но готовых учиться, обладающих соответствующими качествами и способных найти общий язык с коллегами.

Продуманное техническое обеспечение клиники – эффективный инструмент обучения персонала. Многочисленные системы управления, используемые для организации рабочего процесса стоматологической практики, требуют подробного документирования. Пошаговые инструкции помогают освоить новое оборудование или программу и являются эффективным руко-

водством для обучения персонала. Необходимо убедиться, что правила использования систем коммуникации сотрудников с пациентами и между собой также четко прописаны.

С сотрудниками нужно вовремя расставаться.

Существует много способов направлять, обучать, контролировать и мотивировать персонал. Однако если, несмотря на все усилия улучшить производительность, сотрудник не оправдывает ожиданий, его следует уволить. Увольнение неприятно для обеих сторон и является крайней мерой. Но это не менее важная задача лидера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ошибочные представления о реалиях создания команды единомышленников мешают развитию. Развенчание мифов об «идеальном коллективе» поможет разработать эффективную стратегию развития и избежать разочарований на пути к раскрытию истинного потенциала стоматологической практики. Работа, пусть не в «идеальном», но сплоченном коллективе, дает возможность оказывать квалифицированную и качественную помощь пациентам. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

Лидерство и миссия

ТАК ЛИ ВАЖНО ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ИМЕТЬ МИССИЮ?

Руководители стоматологических клиник часто недооценивают значение такого эффективного инструмента управления, как миссия.

Большую часть рабочего дня стоматолог посвящает лечению пациентов, поэтому времени на развитие и проявление лидерских качеств почти всегда недостает. Миссия помогает инструктировать и мотивировать персонал стоматологической клиники.

Одним из наиболее важных качеств лидера является способность четко формулировать и доносить до подчиненных командные цели и задачи. Основная цель стоматологической практики заключается в оказании качественных медицинских услуг. Однако решение насущных вопросов на фоне нестабильной эконо-

мической ситуации в мире порой заставляет забыть о долгосрочных целях. Другими словами, персонал клиники склонен концентрироваться на каждодневной рутинной работе, а не на глобальных задачах и перспективах.

МИССИЯ И ЦЕЛЬ

Миссия является незаменимым средством информирования персонала о целях стоматологической практики и способах их достижения. С момента начала моей стоматологической деятельности необходимость формулирования миссии для стоматологической практики постоянно обсуждается и ставится под сомнение. Однажды я провел эксперимент и поинтересовался у пятисот с лишним сотрудников стоматологических клиник, есть ли у их организации миссия. Многие ответили утвердительно, однако большинство так и не вспомнили, в чем она заклю-

чается. Немногим удалось процитировать отдельные фразы, и только несколько человек знали миссию клиники наизусть.

Миссия должна работать, ее нельзя поместить в рамочку, повесить на стену клиники и время от времени смахивать пыль. Напротив, необходимо постоянно к ней апеллировать при возникновении сомнений, разногласий и недопонимания. Регулярное обращение к миссии поможет донести до подчиненных видение стоматологом предназначения и стратегии развития практики. Важно выразить свою позицию четко, в двух-четыре предложениях.

ВОПЛОЩАЯ МИССИЮ

На этапе активного развития практики единственным стремлением самого стоматолога и сотрудников клиники становится желание успеть выполнить все запланированные дела до конца рабочего дня. В подобной спешке не сложно забыть о миссии. Во

Роджер Левин, DDS

многих компаниях, с которыми мне довелось сотрудничать и которые не имели отношения к стоматологии, каждое совещание начиналось с зачитывания миссии. Руководители таких организаций объясняли это необходимостью напоминать коллегам, для чего те ежедневно приходят на работу.

Подобный подход применим и для стоматологической практики. Стоматолог должен как можно чаще обращаться к миссии при возникновении

вопросов и конфликтов и для обоснования принятых им решений. Также миссия помогает сотрудникам осознать долгосрочные цели практики и свою роль в их достижении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стоматологу необходимо помнить, насколько успех практики зависит от осознания персоналом миссии и понимания глобальной цели – оказания качественной квалифицированной медицинской помощи. Будучи лидером, стоматолог

должен напоминать подчиненным о важности создания положительной атмосферы и доброжелательности по отношению к пациентам и коллегам. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

Эффективное делегирование полномочий

КАК РУКОВОДИТЕЛЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ДЕЛЕГИРОВАТЬ СВОИ ОБЯЗАННОСТИ?

Делегирование полномочий является обязательным условием создания успешной стоматологической практики. Неспособность руководителя передать часть своих полномочий подчиненным ограничивает потенциал роста организации. Делегировать не так уж сложно, особенно если следовать предложенному алгоритму:

- определить задание для делегирования;
- назначить исполнителя;
- убедиться, что исполнитель обладает нужными для выполнения задания качествами;
- убедиться, что исполнитель обладает всей информацией и понимает конечную цель;

- определить контрольные точки, по которым отслеживать выполнение задания;
- проанализировать полученный результат.

СФОРМУЛИРУЙТЕ ЗАДАНИЕ

Часто руководитель клиники выполняет ту или иную работу по инерции, не задумываясь, что с этим же заданием его подчиненные справились бы гораздо быстрее. Многие сотрудники только приветствуют расширение своих полномочий, воспринимая это как дополнительную возможность проявить себя и внести свой вклад в развитие практики. Стоматологу необходимо составить список всех рутинных задач и определить, какие из них можно делегировать подчиненным или сторонним специалистам. В результате у стоматолога появится больше времени на лечение пациентов, что, несомненно,

способствует повышению эффективности работы стоматологической клиники.

ПРАВИЛЬНО ВЫБЕРИТЕ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Делегирование требует индивидуального подхода. Квалификация исполнителя должна максимально соответствовать сложности задачи. Необходимо понять, готовы ли сотрудник взять на себя ответственность. Ошибочный выбор может деморализовать сотрудника и привести к снижению как его собственной продуктивности, так и эффективности функционирования клиники в целом.

Другая проблема заключается в отсутствии в штате клиники сотрудника с требуемыми навыками. Решением может стать дополнительное обучение персонала. Однако если ситуация не улучшается, то стоматолог должен понимать, что практика, в которой некому делегировать полномочия, ограничена в развитии.

Роджер Левин, DDS

ПРЕДОСТАВЛЯЙТЕ ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ

Исполнителю следует предоставить всю информацию, необходимую для выполнения конкретного задания. Сотрудник должен понимать, какого результата и в какой срок нужно добиться. Каждой делегируемой задаче соответствуют определенные критерии успеха. Исполнитель должен без колебаний отвечать на вопрос: «От чего зависит успех этого задания?»

КОНТРОЛИРУЙТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ И АНАЛИЗИРУЙТЕ РЕЗУЛЬТАТ

Контрольные точки позволяют своевременно получать информацию о ходе выполнения делегированного поручения. Они определяют вероятность успешного результата и необходимость изменения сроков

или объема задания, помогают выяснить, нуждается ли исполнитель в помощи коллег.

В процессе выполнения задания могут возникнуть проблемы, для решения которых требуется изменение существующих и внедрение новых процессов. К примеру, при неэффективности мероприятий по возврату дебиторской задолженности следует задуматься о коррекции финансовой политики клиники и привлечении страховых компаний. Таким образом, анализ полученного результата влечет за собой инновации, которые повышают производительность стоматологической клиники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективное делегирование полномочий играет важную роль в успехе любой организации. В стоматологической клинике, где руководитель

должен уделять достаточно времени лечению пациентов, делегирование требует еще более ответственного подхода. Стоматологу рекомендуется передавать подчиненным максимально возможное число обязанностей, не касающихся непосредственно клинической практики. При этом нужно убедиться, что исполнители обладают соответствующей квалификацией и своевременно получают всю информацию. Такой подход позволяет упростить и повысить эффективность процесса делегирования. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

Мотивация ответственностью

КАК Я МОГУ ПОМОЧЬ СВОИМ СОТРУДНИКАМ ПРЕУСПЕТЬ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СПАДА?

Возникшие в результате мирового экономического кризиса финансовые трудности заставили многих стоматологов переосмыслить принципы функционирования своей практики. Зачастую серьезную озабоченность вызывает эффективность командной работы. Недочеты в работе сотрудников, которые в лучшие времена могли сойти с рук или просто пройти незамеченными, в сложившейся ситуации непростительны. Если раньше при существующей высокой занятости клиники администратору позволялось назначать на регулярный визит к гигиенисту только 70 % имеющихся пациентов, то в условиях сегодняшней конкуренции цели обязаны быть выше.

На стоматологических факультетах, к сожалению, не преподают основы лидерства, создания сплоченного коллектива, организации труда, т.е. методы повышения продуктивности в новой экономической ситуации. Одним из таких эффективных инструментов управления является распределение рабочих обязанностей.

МОТИВАЦИЯ В ДЕЛЕ

Опытные руководители знают, что каждая ситуация требует индивидуального управленческого решения. Однако распределение рабочих обязанностей является универсальным методом максимального раскрытия и развития потенциала сотрудника. Понимание круга своих обязанностей и полномочий, а также личной ответственности за результат командной работы способно повысить мотивацию и производительность конкретного члена коллектива.

Метод индивидуальной ответственности эффективен только при индивидуальной постановке конкретных целей. Совокупность таких целей представляет собой желаемый уровень эффективности функционирования практики. Задача стоматолога заключается в формулировании и разъяснении обязанностей наиболее подходящему для достижения поставленной цели сотруднику.

Например, администратор, перед которым не стоит конкретных задач, во многих отношениях может быть незаменимым работником: он трудолюбив, представитель и со всей ответственностью подходит к выполнению своих обязанностей (отвечает на телефонные звонки, назначает и подтверждает прием, встречает пациентов и получает платежи). О чем еще может мечтать работодатель?

Администратор, ответственный за достижение конкретных целей, способен принести гораздо больше

Роджер Левин, DDS

пользы стоматологической практике. Он понимает цели своей работы и стремится их достичь. К примеру, не просто составляет расписание приема, а пытается обеспечить явку 98 % пациентов. В ходе телефонного разговора с перспективным пациентом учитывает, что 98 % звонящих должны попасть на прием к стоматологу. При сборе платежей администратор помнит о необходимости получить 99 % всех задолженностей.

Сотрудники с большей вероятностью добиваются успеха, когда в своей работе ориентируются на четко поставленные цели. Это в равной мере справедливо как для администратора, так и для гигиениста или управляющего стоматологической практикой.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ РАБОТЫ И ОБУЧЕНИЯ

Будучи лидером относительно небольшого коллектива, члены которого привыкли к тесному сотрудничеству и взаимовыручке, стоматолог на первых порах может

чувствовать себя не в своей тарелке, возлагая определенную ответственность на подчиненного. Осознание, что вся команда только выиграет от распределения рабочих обязанностей среди всех сотрудников, поможет преодолеть этот дискомфорт. Невыполнение уполномоченным сотрудником возложенной на него обязанности может говорить о необходимости пересмотреть существующую систему управления. Даже самый продвинутый специалист обречен на провал в рамках отжившей свое системы.

Обновление системы и внедрение новых механизмов управления способны повысить результативность сотрудников. Если какие-то трудности по-прежнему не удается преодолеть, то следует уделить внимание обучению, наставничеству и тренировке. Повышение квалификации существующего сотрудника обычно рентабельнее поиска и обучения нового.

Так же как работники несут ответственность за достижение поставленных целей, руководитель отвечает

за обеспечение надлежащих условий труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индивидуальное распределение рабочих обязанностей является основным инструментом построения сплоченной команды. Постановка конкретных измеримых целей и анализ полученных результатов помогают определить необходимость новых систем управления стоматологической клиникой. Не менее важно обучать персонал использованию этих средств, а также ежедневному общению друг с другом и пациентами. Ответственный персонал, умеющий использовать запатентованные современные системы для достижения поставленных задач, является залогом успеха стоматологической практики в условиях экономического спада. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

КАКИМИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГА, КОТОРЫЙ УЗНАЛ, ЧТО ЕГО ПАЦИЕНТУ ВЫЛЕЧИЛИ НЕ ТОТ ЗУБ?

Ко мне обратилась пациентка с жалобами на боль при жевании и гиперчувствительность к температурным раздражителям в области правых моляров нижней челюсти. Пациентка была недовольна проведенным ранее лечением в другой клинике, поскольку после изготовления коронки на зуб 30 боль и гиперчувствительность не прекратились. Она несколько раз приходила к стоматологу с повторными жалобами, но получала неизменный ответ, что все сделано правильно и коронка в порядке. При осмотре я обнаружила, что металлокерамическая коронка, фиксированная на зуб 30, действительно изготовлена качественно, окклюзионные контакты не завышены, краевая десна здоровая, контакты и контуры правильные. На периапикальной рентгенограмме зуба 30 отсутствуют признаки патологии. Однако зуб 31 имел несколько вертикальных трещин и восстановлен амальгамной пломбой, которая также имеет трещины, распространяющиеся до десневого края. Тест на гиперчувствительность с помощью прерывистого воздействия струей холодного воздуха из водно-воздушного пистолета подтвердил патологию зуба 31. Мой диагноз: перелом зуба 31 и, возможно, хронический пульпит. Когда я сообщила пациентке о своих выводах, она сильно расстроилась, потому что предыдущий стоматолог ошибочно провел лечение здорового зуба и поставил коронку, не спросив

ее согласия. Пациентка выразила намерение подать заявление в суд на некомпетентного, по ее мнению, стоматолога и попросила меня помочь ей в этом. Подскажите, пожалуйста, какими должны быть мои действия, так как я не хочу обидеть пациентку и в то же время не могу поступить неэтично по отношению к коллеге.

Сориентироваться и принять правильное решение вам поможет Кодекс профессионального поведения и Принципы этики Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА). Эти документы позволяют разрешить профессиональные конфликтные и спорные ситуации, возникающие между стоматологами, а также между стоматологом и обществом.

Прежде всего, следует обратиться к принципам автономии пациента, справедливости, оказания всевозможной сильной помощи пациенту.

Раздел 4 (Принцип справедливости) гласит, что стоматолог должен быть честным и справедливым по отношению к людям. Это в равной степени относится и к пациентам, и к коллегам. Поэтому, прежде чем сделать предположение о недобросовестно выполненной коллегой работе, вы должны убедиться в справедливости и обоснованности своей критики.

Информируя пациента о состоянии его ротовой полости, старайтесь воздерживаться от пренебрежительных или оскорбительных комментариев о проведенном раньше лечении. Согласно Комментариям к Кодексу АСА, постарайтесь узнать у стоматолога, который проводил лечение пациента до вас, при каких обстоятельствах и в каких условиях проводилось лечение, поскольку без полной информации вы не можете осуждать стоматолога и его лечебные действия.

Однако при наличии доказательств врачебной халатности или ошибки вы обязаны сообщить об этом в ваше отделение стоматологического общества.

Как только вы приняли пациента в свою клинику, от вас требуется в соответствии с разделом 3 Кодекса АСА «способствовать обеспечению общего благополучия пациента». В вашем случае это заключается в проведении соответствующего лечения.

Не забудьте, что раздел 1 (Принцип автономии пациента) гласит, что пациент имеет право выбрать лечение из нескольких вариантов, предложенных стоматологом.

Вам следует обсуждать с пациенткой все аспекты лечебного курса для построения доверительных отношений и повысить степень ее вовлеченности. Такое сотрудничество особенно важно, чтобы избежать недоверия пациентки к стоматологической специальности в целом.

Предыдущий стоматолог обязан, по закону, предоставить любую информацию, которая необходима для дальнейшего лечения пациента и поможет вам определить, действителен ли он репутал зуб.

Все эти детали особенно важны, если вам придется выступать в суде, так как раздел 4С (Обоснованная критика) требует, чтобы стоматолог, выступающий с показаниями в суде по поводу профессиональной деятельности другого стоматолога, имел для этого веские основания.

Обязательство начать любое судебное разбирательство возникает, если вы считаете, что стоматолог нарушил врачебную этику, хотя большинство этических проблем неоднозначны, многое зависит от обстоятельств и людей, вовлеченных в эту проблему.

Если вы переговорите с прежним стоматологом вашей пациентки, вам будет легче принять правильное решение. Возможно, стоматолог признает свою ошибку и проведет соответствующее лечение (или покроет связанные с ним затраты). Такой исход дела стал бы благоприятным не только для пациентки и врача, но и для стоматологической специальности в целом.

Если не удастся встретиться с предыдущим стоматологом, то ваша обязанность заключается в объяснении ситуации пациентке и оказании ей необходимой помощи,

которая в данном случае может включать в себя эндодонтическое лечение и установку коронки на зуб 31.

Вам или другому стоматологу соответствующей квалификации следует провести это лечение. Пациентка может решить удалить больной зуб, хотя это крайняя мера. В любом случае пациентка сама принимает решение, исходя из своих соображений и личных обстоятельств.

Руководствуясь положениями Кодекса (ADA Code) и заручившись доверием пациентки, вам легче будет решить многие проблемы и понять, какие действия необходимы в данной ситуации.

После обсуждения всех вариантов лечения пациентка сама принимает окончательное решение, включая возможность общения со стоматологом, проводившим лечение раньше.

Кроме того, тщательного анализа требует ситуация передачи дела в суд по поводу неправомерных действий предыдущего врача.

Если пациентка решит довести дело до судебного разбирательства и вам надлежит в нем участвовать, то ваша обязанность заключается только в том, чтобы засвидетельствовать симптомы, обнаруженные вами в ходе обследования, и ни в чем больше. ■

Лора Уильямс, DMD, врач-стоматолог общей практики (Венатчи, штат Вашингтон), член Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации (АСА).

Этические вопросы подготовлены членами Совета по этике, уставным отношениям и юридическим вопросам Американской стоматологической ассоциации совместно с сотрудниками журнала Американской стоматологической ассоциации (JADA) с целью ознакомить общество с Принципами этики и Кодексом профессионального поведения Американской стоматологической ассоциации (Кодекс АСА).

Читатели могут присылать свои вопросы для СЕВЖА по адресу: 211 E. Chicago Ave., Chicago, Ill. 60611, e-mail ethics@ada.org.

1. American Dental Association. American Dental Association principles of ethics and code of professional conduct, with official advisory opinions revised to April 2012. www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2012.pdf. Accessed May 23, 2012.

Искусство эффективного ведения пациентов

КАК ВЛАДЕЛЬЦУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ РЕАГИРОВАТЬ НА ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИМ КРИЗИСОМ ИЗМЕНЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ?

Еще пять лет назад пациенты с готовностью соглашались на рекомендованное стоматологом лечение. Однако мировой экономический кризис внес свои коррективы: каждое финансовое решение теперь дается с трудом, что не может не сказываться на работе стоматологической практики.

Сегодняшние пациенты дольше обдумывают предлагаемый план терапии, откладывают лечение, иногда и вовсе от него отказываясь.¹ Такое поведение не способствует с задачей стоматолога своевременно оказывать качественную профессиональную помощь. К счастью, стоматологу доступно несколько способов убедиться, что пациент не подвергает свое здоровье неоправданному риску.

логу доступно несколько способов убедиться, что пациент не подвергает свое здоровье неоправданному риску.

НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

В кризис, когда пациенту требуется больше времени для согласия на рекомендованное лечение, стоматологу следует проявить дальновидность и обратить внимание на информирование и мотивацию пациентов. Важно помнить о разнице между отказом от лечения и отсутствием согласия на него. Пациент, который сказал «нет» и вышел за порог клиники, необязательно принял окончательное решение. Такое «нет» может означать: «Я не уверен, что это так уж срочно», «Мне нужно все обдумать» и даже «Сомневаюсь, что могу сейчас позволить рекомендованное вами лечение».

Составление плана терапии должно перерасти из ра-

зовой акции в непрерывный процесс обучения и мотивации пациента, в ходе которого он получает ответы на интересующие его вопросы, что уже само по себе вселяет уверенность в необходимости проведения лечения.

ТЕРПЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА НАБЛЮДЕНИЯ

Во времена экономической нестабильности финансовые решения принимаются гораздо медленнее. Рекомендация стоматолога уже не обладает той силой мотивации, особенно если пациент не испытывает боли. Для того чтобы преодолеть сопротивление пациента, теперь требуется не только наглядное представление плана лечения, но и налаженная система последующего наблюдения. Эффективность такой системы базируется на нескольких принципах.

Не жалейте времени на обучение пациента. Во время ознакомления пациента

Роджер Левин, DDS

с предварительным планом лечения не нужно перегружать его техническими деталями. Простая, изложенная понятным пациенту языком и подчеркивающая преимущества лечения информация лучше всего поможет донести характер проблемы, алгоритм ее решения и ожидаемый результат.

После того как стоматолог ответит на все возникшие вопросы, он должен поинтересоваться готовностью пациента приступить к лечению. При отсутствии согласия пациенту дают понять, что лечение можно начать в любой момент и персонал клиники всегда готов ему помочь. На этой ноте завершается первый этап, возможно, длительного образовательного процесса.

Привлеките гигиениста. Согласие на лечение может быть всего лишь вопросом времени. Уже следующий визит к гигиенисту шесть месяцами позже способен мотивировать пациента. Подготовленный и компетентный гигиенист должен деликатно напомнить о рекомендованном лечении. При согласии пациента гигиенист приглашает в кабинет лечащего стоматолога для дальнейшего обсуждения плана терапии. Если пациент по-прежнему

не настроен на лечение, следует продолжить наблюдение и образовательный процесс. В ходе следующего посещения гигиенист может вновь ненавязчиво затронуть тему необходимости лечения.

Квалифицированный гигиенист является неотъемлемой частью системы длительного наблюдения за пациентом. Проводя с пациентом достаточно времени, гигиенист должен стремиться к созданию доверительных отношений и установлению конструктивного контакта для продолжения сотрудничества.

Вовлеките администратора. Администратор клиники занимает превосходное положение для обеспечения эффективного наблюдения за пациентом. Нередко пациент не может сразу определиться с удобной для него датой следующего посещения и обещает вскоре связаться с администратором. Поскольку в ежедневной суете пациенты не всегда вспоминают о данном обещании, администратор интересуется, можно ли перезвонить пациенту на следующий день в удобное для него время для назначения очередного визита.

Эффективная система наблюдения способна упро-

стить многие аспекты работы с пациентами, например имеющими задолженность перед гигиенистом или не соблюдающими регулярность визитов. Налаживание диалога с пациентами в рамках системы наблюдения крайне важно для установления доверительных отношений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С началом мирового экономического кризиса принятие финансовых решений дается все труднее и занимает все больше времени. Разработка и внедрение эффективной системы обучения и последующего наблюдения за пациентом поможет построить доверительные отношения, что уже само по себе повысит ценность стоматологической практики и лечения в целом. ■

Д-р Левин – основатель и исполнительный директор компании «Левин Групп» (10 New Plant Court, Owings Mills, Md. 21117, e-mail “rlevin@levingroup.com”).

Мнение автора может не совпадать с мнением или официальной политикой Американской стоматологической ассоциации.

1. Survey Center, American Dental Association. Dentists' Economic Confidence: Second Quarter of 2012. Chicago: American Dental Association; 2012.



Пародонтология и реставрационная стоматология. Международный журнал. Ежегодник 2013

Твердый переплет
200 страниц
608 иллюстраций
Цена 4000 руб.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Как известно, из маленького желудя может вырасти огромный столетний дуб. Любые мелочи могут иметь значительные последствия, а незначительные детали послужить началом великих открытий. Точно так же кажущиеся совершенно ничтожными особенности поверхности титанового имплантата, контактирующие с костной тканью, обеспечивают остеоинтеграцию. Однако для достижения остеоинтеграции необходимо время, а сегодня мало кто готов ждать. Перед клиницистами и учеными встает вопрос: может ли микротекстура поверхности имплантата способствовать немедленной нагрузке? Другими словами: могут ли достижения нанотехнологий обеспечить преимущества для проведения немедленного протезирования с опорой на имплантаты? Бенгт Касемо (Bengt Kasemo) описал сложный пьезоэлектрический эксперимент, в котором металлическая поверхность вибрировала аналогично камертону, но после смачивания протеиновым монослоем вибрация рассеивалась или заглушалась до определенной степени. Этот феномен, вызванный поверхностной абсорбцией протеина, называют D-фактором осцилляции. Деформация самого протеина обусловлена вибрацией, на которую в свою очередь влияет степень смачивания вибрирующей поверхности. Данный эксперимент использовался для анализа различных биомолекулярных слоев посредством мониторинга рассеивания колебаний с помощью кварцевых микровесов (quartz crystal microbalance with dissipation monitoring). В ходе эксперимента можно одновременно определить смачиваемость, D-фактор, оптические показатели и сухую массу поверхностно активных материалов. Сегодня ученые активно изучают возможности применения нанотехнологий и стволовых клеток для улучшения поверхностных характеристик имплантатов. Например, Дэвид Коллард (David Collard) из Политехнического института штата Джорджия использовал нити из полимеров высокой плотности, содержащие производные аргинин-глицин-аспарагиновой кислоты, что способствовало образованию фибронектина и клеточному прикреплению. Оказалось, что титановые имплантаты с такой полимерной поверхностью приводили к увеличению площади контакта кости с имплантатом на 50 % и увеличению механической фиксации на 250 % по сравнению с контрольной группой. Нет никаких сомнений в том, что улучшение механической фиксации имплантатов имеет большое значение для достижения остеоинтеграции. Первые попытки тканевой инженерии биологических структур оказались менее удачными, чем способность самой Природы продуцировать нужные материалы. Ву-Жа Чунг (Woo-Jae Chung) и Сунг-Вук Ли (Seung-Wuk Lee) из Калифорнийского университета в Беркли смогли воспроизвести в лаборатории естественный процесс образования тканей. С помощью бактериофага M13 ученые продемонстрировали многоуровневую организацию молекул, которую можно использовать для прикрепления биологически активных пептидных лиганд, регулирующих рост костной и мягких тканей. Сегодня многие усовершенствования микротекстуры поверхностей имплантатов так или иначе связаны с необходимостью немедленного протезирования, в первую очередь посредством улучшения первичной фиксации. Однако для достижения этих целей одной только тканевой инженерии недостаточно. Нужно совершенствовать хирургический протокол, чтобы нивелировать недостатки имеющихся костных материалов при имплантации в кости недостаточного качества, в том числе для немедленной нагрузки. В последнее время уделяется большое внимание установке имплантатов при выраженной атрофии челюстей с вовлечением скуловой кости и носовой перегородки. Таким образом, макро- и микродизайн имплантатов, эндоскопические методы навигации и визуализации, а также модифицированные хирургические методики приближают нас к заветной цели – ускорению остеоинтеграции.

Оле Дженсен, DDS, MS,
редактор журнала Tissue Engineering

- Колонка редактора. Основные литературные источники о трансплантации десны. Разъяснение
- Немедленная имплантация и немедленное протезирование при замещении зуба с вертикальным переломом корня и полной утратой вестибулярной костной пластинки
- Долгосрочный результат трансплантации костных блоков у пациентов с агрессивным пародонитом
- Новый нехирургический метод увеличения высоты клинической коронки зуба после ортодонтической экструзии
- Тридцатилетние результаты устранения рецессий десны с помощью ортодонтического лечения
- Гидропневматический метод синус-лифтинга: ретроспективное исследование с участием 40 пациентов
- Комбинированная терапия с использованием факторов роста для устранения локализованных дефектов альвеолярного гребня у человека
- Увеличение объема мягких тканей в области имплантатов с помощью подворачивания соединительнотканного трансплантата на питающей ножке в конвертное ложе. Вариант модифицированного метода валика
- Оценка эффективности увеличения объема мягких тканей в области имплантатов с помощью коллагеновой матрицы, пропитанной рч-ТФР-ββ. Предварительные результаты наблюдения в течение 3,5 лет
- Увеличение толщины костного гребня с созданием поднадкостничного конвертного лоскута. Серия клинических случаев
- Анкилозирование частиц нерезорбируемого гидроксиапатита как предрасполагающий фактор рецидивирующего пародонтита
- Клинический случай быстрого ортодонтического перемещения зубов после расщепления альвеолярного гребня. Комбинированное использование хирургических и ортодонтических методов для создания оптимальных условий для имплантации
- От редактора. Биологическая ширина: физиологически и анатомически реальная структура
- Использование коллагеновой матрицы Мукографт при устранении множественных рецессий
- От редактора. Значение хирургического лечения
- Новая классификация периимплантата
- Увеличение толщины переднего отдела альвеолярного гребня в области одного отсутствующего зуба с помощью отщепления вестибулярной костной пластинки одновременно с установкой имплантата
- Новый подход к устранению рецессий десны: методика игольного ушка
- От редактора журнала Tissue Engineering. Нанонаука немедленной нагрузки
- Принципы и практика пародонтологической микрохирургии
- Заблаговременная подготовка малолберцового лоскута для реконструкции верхней челюсти: планирование, методика, долгосрочные наблюдения
- Установка имплантатов после устранения дефектов альвеолярного гребня с помощью титановой сетки, рч-КМП-2 и ксеногенного костного минерала. Сообщение о семи клинических случаях
- Реконструкция альвеолярного гребня с помощью титановой формы и костного материала с КМП-2



Майкл Коэн, DDS, MSD



Междисциплинарное планирование стоматологического лечения

Принципы, цели, практическое применение

Твердый переплет
568 страниц
1280 иллюстраций
Цена 9000 руб.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

- Предисловие
Введение
Соавторы
Благодарность
1. Пропорции, степень визуализации и высота. Планирование высокого эстетического результата
Жерар Шми, DDS
 2. Изменение вертикального расстояния окклюзии у пациентов с сочетанной пульпарно-пародонтальной патологией. Ортодонтические методы
Винсен Кокич, DDS, MSD
 3. Высокий эстетический результат имплантологического лечения. Путь к успеху
Соня Лежи, DDS и Брам Миллер, DDS, MSc
 4. Прогноз эндодонтического лечения – Выбор между сохранением и удалением
Джон Уэст, DDS, MSD
 5. Создание шедевра. Принципы формирования оптимального контура десны
Ллойд Такер, DMD, MSD
 6. Междисциплинарное планирование лечения
Джон Коус, DMD, MSD
 7. На перепутье – удалять или сохранять?
Эндрю Алперт, DMD
 8. Определение вертикального расстояния
Фрэнк Спир DDS, MSD и Грегори Кинзер, DDS, MSD
 9. Фундаментальное планирование лечения: применение трех основных принципов
Генри Николс, DDS
 10. Формирование стабильной окклюзионной схемы
Нил Старр, DDS, PC
 11. Междисциплинарное ведение пациентов с отсутствующими или аномальными зубами
Уард Смолли, DDS, MSD
 12. Выбор материалов для цельнокерамических протезов
Ариель Райгородски, DMD, MS
 13. Возможности ортогнатической хирургии в общем лечении
Стивен Ример, BDS, PA
 14. Ортодонтическое выдвигание как неотъемлемая часть междисциплинарного лечения
Рикардо Митрани, DDS, MSD
 15. Улучшение внешнего вида здоровых зубов с помощью керамических виниров
Галип Гюрель, MSc
 16. Человеческий фактор в планировании лечения
Майкл Коэн, DDS, MSD
 17. Всеобъемлющий подход к лечению с использованием внутрикостных имплантатов и без них
Нил Старр, DDS, PC
- Список отделений Сизтлского клуба



Дуглас Терри
Вилли Геллер

Эстетическая и реставрационная стоматология

Выбор материалов
и методов



Твердый переплет
750 страниц
1037 иллюстраций
Цена 13000 руб.

Большую часть истории стоматологической специальности ее целью было устранение последствий заболеваний зубов и окружающих их тканей и структур. Однако в последние 20 лет под влиянием достижений науки и лучшего понимания многих биологических процессов в оказании стоматологической помощи наметились новые подходы. При проведении реставрационного лечения стоматологи используют медицинскую модель принятия решений и планирования терапии, что предполагает тщательную диагностику и оценку клинически значимых аспектов с учетом особенностей каждого клинического случая. Кроме того, этот процесс требует привлечения пациента к активному участию в планировании и проведении лечения.

Повышение внимания людей к состоянию своего здоровья и внешнему виду привело к значительному развитию косметических стоматологических процедур, а также росту требований к эстетическим результатам терапии. В прошлом для достижения благоприятного внешнего вида зубов нередко нужно было проводить довольно инвазивные и дорогостоящие вмешательства, связанные с созданием несъемных ортопедических конструкций. Совершенствование стоматологических материалов и адгезивных технологий расширило возможности стоматологов и зубных техников, а также сделало эстетическую стоматологию доступной большему числу пациентов. Более того, это позволило сделать такое лечение менее инвазивным и относительно простым. Такое изменение взглядов привело к тому, что пациенты все чаще обращаются за стоматологической помощью исключительно по косметическим показаниям, т.е. для элективного улучшения внешнего вида зубных рядов.

В книге «Эстетическая и реставрационная стоматология. Выбор материалов и методов» на примере реальных клинических случаев подробно описаны многие современные материалы и методы, используемые для достижения оптимального эстетического результата стоматологического лечения. Однако следует отметить, что авторы не считают, что тот или иной материал либо метод предпочтительнее в какой-либо клинической ситуации. Напротив, данная книга призвана продемонстрировать алгоритм выбора материалов или методов с учетом их преимуществ и недостатков для конкретного пациента. Члены редакционного совета этой книги являются всемирно признанными экспертами в области материаловедения, зуботехнических технологий, оперативной стоматологии, ортопедии, пародонтологии и имплантологии. Совместная работа многих прекрасных специалистов позволила создать по-настоящему ценное руководство, знакомство с которым несомненно будет способствовать повышению качества оказания стоматологической помощи.

Дуглас Терри

С О Д Е Р Ж А Н И Е

- Глава 1**
Диагностика и коммуникация
- Глава 2**
Принципы препарирования зубов
- Глава 3**
Композиты
- Глава 4**
Керамические материалы
- Глава 5**
Эластомерные оттисковые материалы
- Глава 6**
Современные адгезивные цементы
- Глава 7**
Провизорные реставрации
- Глава 8**
Эстетичные штифтовые конструкции
- Глава 9**
Механизмы адгезии
- Глава 10**
Окончательная обработка
и полирование реставраций
- Глава 11**
Фотография в стоматологии
- Глава 12**
Пародонтологическая
пластическая хирургия
- Глава 13**
Междисциплинарный подход
к имплантологическому лечению
- Глава 14**
Биомодификация темных зубов

jobGESUCHT

jobGEFUNDEN



jobDENTAL



Nutzen Sie auch unsere
dentale **Bewerberdaten-
bank** für die Suche nach
neuen Mitarbeitern!

www.jobdental.de

Das Branchenportal.



2 ПОДВИЖНЫЕ СТОРОНЫ, 1 - СУПЕРЧИСТКА!*

УДАЛЯЕТ БОЛЬШЕ
НАЛЕТА ВДОЛЬ
ЛИНИИ ДЁСЕН*



Зубная щётка Oral-B PRO-EXPERT Clinic Line Pro-Flex обладает непревзойденной эффективностью в отношении удаления зубного налёта, благодаря щетинкам CrissCross®, расположенным под углом 25°, и технологии Pro-Flex, позволяющей щётке адаптироваться к индивидуальным особенностям строения полости рта.

*по сравнению с обычной мануальной зубной щёткой при регулярном использовании

истинная забота о пациенте
не заканчивается в кресле стоматолога



Д-р Джованни Зуккелли



20-21 июня 2014 года
Санкт-Петербург, Россия

**Пластическая хирургия на мягких тканях полости рта в эстетически значимой зоне:
устранение десневых дефектов в области зубов**


6-7 октября 2014 года
Москва, Россия

**Пластическая хирургия на мягких тканях полости рта
в эстетически значимой зоне:
устранение десневых дефектов в области имплантатов**


Всем зарегистрировавшимся
на теоретическую часть курса - **50% скидка**,
а на теорию и практику - **книга в подарок!**



Общая информация:

 +7 495 781 06 30
kurs@quintessence.ru

 +38 044 501 22 14
+38 093 880 85 44
hudz@quintessence.ru


 КВИНТЭССЕНЦИЯ
Доктур

Doctour
doctour.ru


РУССКОЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

АКЦИИ:

Накопительная скидка 10% на книгу за одно мероприятие, организуемое Квинтэссенция/Доктур. По итогам этого года вы можете получить любую книгу ИД «Азбука стоматолога» и издательства «Квинтэссенция» бесплатно, если посетите (или уже посетили) 10 мероприятий. Кроме того, в ходе каждого нашего мероприятия вы можете приобрести любую нашу книгу со скидкой 30%.

 КВИНТЭССЕНЦИЯ
Азбука

Джулио Расперини

18 сентября 2014

Одесса, Украина




Переходные исследования: от эксперимента к клиническому применению

Переходные исследования направлены на изучение возможности переноса результатов экспериментальных исследований в реальную клиническую практику. Новые технологии, основанные на изготовлении трехмерного прототипа (каркаса) с использованием избирательного лазерного спекания, могут способствовать регенерации комплекса альвеолярной кости и периодонтальной связи. Эта технология является первой попыткой применения компьютерного моделирования *in vivo*. В лекции будут продемонстрированы реальные клинические примеры использования избирательного ядерного спекания для создания трехмерного каркаса при устранении пародонтальных дефектов.

Общая информация:

 +7 495 781 06 30
kurs@quintessence.ru

 +38 044 501 22 14
+38 093 880 85 44
hudz@quintessence.ru

 Квинтэссенция
Доктур


doctour.ru


РОССИЙСКОЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

АКЦИИ:

Накопительная скидка 10% на книгу за одно мероприятие, организуемое Квинтэссенция/Доктур. По итогам этого года вы можете получить любую книгу ИД «Азбука стоматолога» и издательства «Квинтэссенция» бесплатно, если посетите (или уже посетили) 10 мероприятий. Кроме того, в ходе каждого нашего мероприятия вы можете приобрести любую нашу книгу со скидкой 30%.

 Квинтэссенция
Азбука

Доктор Мауро ФРАДЕАНИ
Пезаро, Италия



Трехмодульная мастерская программа подготовки по несъемному протезированию. Эстетическая и функциональная реабилитация.

30 апреля – 3 мая 2014 года

Модуль I. Создание полного плана лечения в сложных клинических случаях

2–5 июля 2014 года

Модуль II. Эстетическая, функциональная и биологическая интеграция протезов с опорой на зубы и имплантаты

27–30 августа 2014 года


Модуль III. Выбор керамических материалов: от одиночных реставраций до протезирования всех зубов полости рта


Всем зарегистрировавшимся на курс книги Мауро Фрадеани «Анализ эстетики» и «Ортопедическое лечение» в **подарок!**



Общая информация:

 +7 495 781 06 30
kurs@quintessence.ru

 +38 044 501 22 14
+38 093 880 85 44
hudz@quintessence.ru


 Квинтэссенция
Доктур

 doctour.ru

 РОССИЙСКОЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

АКЦИИ:

Накопительная скидка 10% на книгу за одно мероприятие, организуемое Квинтэссенция/Доктур. По итогам этого года вы можете получить любую книгу ИД «Азбука стоматолога» и издательства «Квинтэссенция» бесплатно, если посетите (или уже посетили) 10 мероприятий. Кроме того, в ходе каждого нашего мероприятия вы можете приобрести любую нашу книгу со скидкой 30%.

 Квинтэссенция
Азбука



6-8.06.2014



International Symposium of Ceramics

XXIV Международный симпозиум по керамике РАСШИФРОВКА КОДА ЭСТЕТИЧЕСКОГО УСПЕХА

Отель Lowes Hollywood, Лос-Анджелес, Калифорния, США

Пятница, 6 июня 2014

Модератор: Авишай Садан

Паскаль Манье, Силлас Дуарте, Панос Базос, Анас Алум, Кристиан Коачман, Рикардо Митрани, Эрик Ван Дорен, Даниэль Эдельхофф, Мауро Фрадеани, Наоки Айба, Франческа Вайлати

Суббота, 7 июня 2014

Модератор: Жерар Шиш

Галип Гюрель, Маттиас Керн, Эрик Ван Дорен, Иньяки Гамборена, Наоки Айба, Мауро Фрадеани, Даниэль Эдельхофф, Аки Йошида, Освальдо Скопин де Андраде, Наоки Хаяши, Юрген Мерхоф, Сидней Кина

Воскресенье, 8 июня 2014

Модератор: Маркус Блатц

Клод Зибер, Пауло Кано, Кристиан Коачман, Рикардо Митрани, Наото Юаса, Галип Гюрель, Аугусто Бругера, Иньяки Гамборена, Мишель Манье, Наоки Хаяши



4-5 июня 2014 года

Практический курс
Паскаля Манье

 КВИНТЭССЕНЦИЯ

Общая информация:



+7 (495) 781 06 30
kurs@quintessence.ru



+38 (044) 501 22 14
+38 (093) 880 85 44
hudz@quintessence.ru



Квинтэссенция
Доктур


doctour.ru





28th Annual Meeting ATHENS HELLAS

Hilton Athens Hotel
May 29 - 31 2014



CONTEXTUALISM in Esthetic Dentistry

Organizing Committee

Chairman: Aris Petros Tripodakis
EAED President

Members: Argirios Pissiotis
Panagiotis Andritsakis

ARISTON ARMONIA ARETI

Congress information available at www.eaed.org



FREI S.A. TRAVEL-CONGRESS

3 Paparigopoulou Str., 105 61 Athens, Greece
Tel.: +30 210 3215600, Fax.: +30 210 3219296
web: www.frei.gr - email: eaed2014@frei.gr

Scientific Co-Chairmen: Jaime Gil & Aris Petros Tripodakis

Contextual unity and the human face
Bishop Nikolaos Hatzinikolaou, *Hellas*

The human smile and the "oral personality"
Moderator: Nitzan Bichacho, *Israel*
Lecturers: Galip Gurel, *Turkey*
Braulio Paolucci, *Brazil*
Adriano Schayder, *Brazil*

Integrated Periodontal & Prosthodontic form and composition
Moderator: Nitzan Bichacho, *Israel*
Lecturers: Roberto Pontoriero, *Italy*
Mauro Fradeani, *Italy*

Dento-facial architecture
Moderator: Massimo Ronchin, *Italy*
Lecturers: Dario Castellani, *Italy*
Rafi Romano, *Israel*
Larry Rifkin, *US*

Growth and facial esthetics
Moderator: Guido Bracchetti, *Italy*
Lecturers: Fereidoun Daftary, *US*
Mitsa Nasic, *Hellas*

Integral implant prosthodontics
Moderator: Jaime Gil, *Spain*
Lecturers: Ronie Jung, *Switzerland*
Ernesto Lee, *US*
Egon Euiwe, *Italy*
Homa Zadeh, *US*
Lyndon Cooper, *US*

Light and optical behavior
Moderator: David Winkler, *GB*
Lecturers: Rade Paravina, *US*
Ed McLaren, *US*
Nicola Pietrobon, *Switzerland*

John McLean Honorary Lecture
Moderator: David Winkler, *GB*
Lecturer: Van Thompson, *US*

Restoring and mimicking the dental substrate and adhesion
Moderator: Didier Dietschi, *Switzerland*
Lecturers: Nikolaos Perakis, *Italy*
Michel Magne, *USA*

Restorative intervention in context with function
Moderator: Joerg Strub, *Germany*
Lecturers: Daniel Edlehoff, *Germany*
Martin Gross, *Israel*

Peter Schärer Treatment plan session
Moderator: Markus Hürzeler, *Germany*
Clinicians: Francesco Mintrone, *Italy*
Stefan Rebele, *Germany*

35-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка

DENTAL[®]
SALON

Дентал Салон

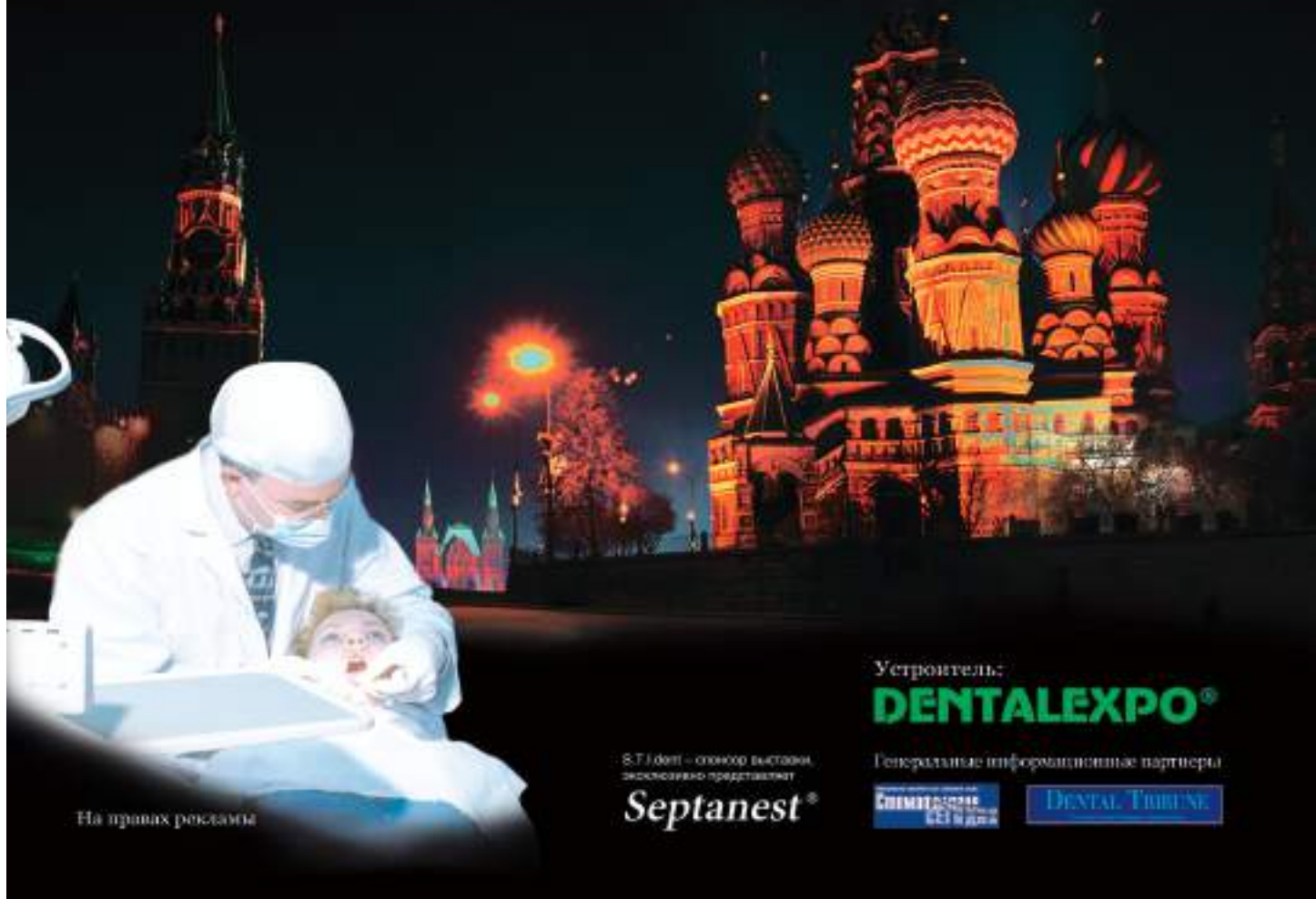
21-24 апреля 2014

Москва, Крокус Экспо

Проезд: м. "Мякинино"



www.dental-expo.com



На правах рекламы

8.T.J.dent – спонсор выставки,
эксклюзивно представляет

Septanest[®]

Устроитель:

DENTALEXPO[®]

Генеральные информационные партнеры

Стоматология
СЕРВИС

DENTAL TRIBUNE



Силлас Дуарте



QDT Квинтэссенция зубного протезирования

2011	216 страниц 800 иллюстраций Цена 3000 руб.
2012	236 страниц 850 иллюстраций Цена 3000 руб.
2013	236 страниц 850 иллюстраций Цена 3000 руб.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

2011 **От редактора:** Оправданный риск
 • Флюоресценция - имитация естественных характеристик для достижения оптимального эстетического результата при протезировании с опорой на имплантаты
 • Использование платиновой фольги: история, показания, изготовление и припасовка

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ

- Адгезивные композитные цементы для фиксации эстетических реставраций: обзор
- Оптимальный цвет и протокол послойного изготовления цельнокерамических реставраций в эстетически значимой зоне. Часть 1: коронка с оксидиркониевым каркасом и винир из полевошпатной керамики, усиленной лейцитом
- Достижение высокого эстетического результата: возможности междисциплинарного подхода в сложных клинических случаях
- Минимально инвазивный метод изготовления не прямых реставраций передних зубов

ЛУЧШИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

- Искусство и компьютерные технологии моделирования и изготовления протезов: прогнозируемый результат в современной имплантологии

- Изготовление реставраций с помощью внутреннего окрашивания
- Экспериментальная стоматологическая фотография с использованием двулучепреломления: безграничные творческие возможности
- Значение десны при протезировании в эстетически значимой зоне
- Опаковость, часть 2: контроль яркости прилегающих керамических виниров и коронок
- Достижение естественного внешнего вида керамических коронок: клинические случаи и методы изготовления реставраций
- Минимально инвазивный метод изготовления керамических виниров в XXI веке
- Улучшение внешнего вида зубов с тетрациклиновым окрашиванием и выраженным истиранием с помощью керамических виниров
- Инновационный метод изготовления искусственных коронок

2012 **От редактора:** Установить планку
 • Эстетическая реабилитация при восстановлении передних зубов: ортопедическая альтернатива ортодонтическому лечению
 • Сверхтонкие керамические виниры: максимальное сохранение эмали с помощью минимального препарирования зубов

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ

- Руководство по использованию штифтовых культовых конструкций
- Малоинвазивное лечение начальной эрозии зуба с использованием прессованных стеклокерамических реставраций на основе дисиликата лития. Клинический случай

ЯРКОСТЬ, ОТТЕНОК И НАСЫЩЕННОСТЬ

- Контроль яркости для точного воспроизведения цвета реставрации
- Альтернативный способ лечения анкилозированного центрального резца: комплексный пародонтологический и ортопедический подход
- Виртуальное моделирование улыбки: инструмент коммуникации и планирования лечения в эстетической стоматологии

ЛУЧШИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

- Достижение высокого эстетического результата при проведении щадящего стоматологического лечения: междисциплинарный подход
- Воспроизведение естественного внешнего вида зубного ряда с помощью керамических реставраций. Часть 2: Значение внутреннего окрашивания
- Флюоресценция: клиническая оценка новых композитных материалов
- Реконструкция улыбки: использование стеклокерамики на основе дисиликата лития для эстетической и функциональной реабилитации пациента с незавершенным дентиногенезом
- Микро- и макроэстетика зубов: ключевые факторы индивидуализации улыбки
- Визажизм: искусство правильного восстановления зубов
- Изготовление эстетичных керамических реставраций
- Индивидуальный подход для достижения высокого эстетического результата: клинический случай
- Сколы облицовочной керамики цельнокерамических протезов с каркасом из оксида циркония

2013 В ежегоднике QDT 2013 ведущие мировые стоматологи и зубные техники представляют новые концепции, описывают новые методики и материалы, используемые в реставрационной и эстетической стоматологии. Основное внимание в статьях уделяется достижению высокого эстетического результата с помощью розовой керамики, точных анатомических заготовок реставраций, временных реставраций, послойному нанесению керамики. Этот ежегодник является прекрасным продолжением библиотеки QDT.

Авторы:
 Dario Adolffi, Oswaldo Scopin de Andrade, Gustavo Javier Vernazza, Mauricio Contar Adolffi, Jungo Endo, Anas Aloum, Paulo Kano, Cristiano Xavier, Jonathan L. Ferencz, Eric Van Dooren, Nelson R.F.A. Silva, Vincenzo Musella, Masayuki Saito, Kimiyo Sawyer, Josef Schweiger, Daniel Edelhoff, Gilberto Borges, Marcelo Kyrillos, Marcelo Moreira, Luis Calicchio, Lourenço Corrêa Sobrinho, Naoki Hayashi, Jun Suzuki, Giuseppe Romeo, Galip Girel и Sillas Duarte