

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.Ф. Сидельникова, Ю.Г. Коленко, Н.И. Григ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: обосновать выбор нестероидных противовоспалительных препаратов «Найз» и «Кеторол» на этапах комплексного лечения стоматологических заболеваний воспалительного генеза, сопровождающихся болевым синдромом различной интенсивности.

Пациенты и методы. Проведены комплексные клиничко-лабораторные исследования 245 больных со стоматологическими заболеваниями воспалительного генеза, сопровождавшимися болевым синдромом различной интенсивности.

Результаты. Полученные в ходе исследований данные свидетельствуют о высокой эффективности Найза в тех клинических ситуациях, когда необходимо купировать боль, провести противовоспалительную терапию. Более выраженным и длительным обезболивающим эффектом обладает Кеторол.

Выводы. Кеторол и Найз обладают выраженным противовоспалительным, обезболивающим, жаропонижающим действием, хорошо переносятся пациентами, не раздражая желудочно-кишечный тракт. Это дает основание рекомендовать применение данных препаратов в терапии стоматологических заболеваний воспалительного генеза, сопровождающихся болевым синдромом.

Ключевые слова: стоматологические заболевания воспалительного генеза, сопровождающиеся болевым синдромом, противовоспалительная терапия, Кеторол, Найз.

ВВЕДЕНИЕ

Отсутствие боли на всех этапах лечения – это важнейшее требование современных стандартов оказания медицинской помощи, ведь именно боль способна в кратчайшие сроки снизить качество жизни человека, изменив его до неузнаваемости. Выбор оптимальной схемы терапии при лечении боли и воспаления является приоритетной задачей у большинства больных со стоматологической патологией.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) представляют собой патогенетическое средство лечения острой и хронической боли, связанной с тканевым повреждением и воспалением [1, 2, 5]. Большинство стоматологических заболеваний, а также проводимые оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области, сопровождаются интенсивным болевым симптомом, выраженным воспалением, ухудшением общего самочувствия и, соответственно, снижением качества жизни пациента. Облегчение страданий больного, купирование боли всегда относились к важнейшим медицинским проблемам. В настоящее время боль считается серьезным фактором, влияющим на жизненный прогноз.

Боль – это особенный, неприятный вид чувствительности, отличающийся от ощущений тепла, холода или прикосновения; выражается субъективным состоянием человека и сопровождается объективными изменениями физиологических функций организма [4]. Болевое ощущение – это общебиологическая приспособительная реакция, которая сигнализирует о наличии патологических отклонений, предупреждает и предохраняет организм от повреждения. Часто такой защитный смысл боли утрачивается, и она становится серьезной медицинской проблемой. Возникшее болевое ощущение приводит к активации стрессимитирующих систем, имеющих центральный, вегетативный и гуморальный компоненты.

Но когда боль становится чрезмерной и продолжительной, она может привести к регуляционной дезадаптации. Боль усиливает нагрузку практически на все жизненно важные системы организма. Возникает тахикардия, гипертензия, аритмия, учащается дыхание и уменьшается его глубина, снижается жизненная емкость легких и функциональная остаточная емкость, снижается двигательная активность, больной принимает вынужденное положение, может развиваться депрессивное состояние [4].

Субъективно ощущаемая боль с трудом поддается объективной количественной оценке, а сознанием пострадавшего воспринимается в разной степени по интенсивности и характеру. Эти различия являются следствием не только разной восприимчивости к болевым воздействиям, но и локализацией, и характером причин – от кратковременных болезненных воздействий до состояния, сопровождающегося устойчивой хронической болью. Восприятие боли определяется взаимодействием двух систем: ноцицептивной, воспринимающей и анализирующей боль, и антиноцицептивной, контролирующей уровень болевых ощущений.

Механизм возникновения боли мультифакторный, и в его формировании участвуют физические (механические и температурные) и химические воздействия. Среди химических агентов наиболее эффективными эндогенными алгическими субстанциями являются: брадикинин и калидин, гистамин, серотонин, простагландины, ионы водорода и калия. В механизме возникновения боли существенная роль принадлежит простагландинам. Алгогенные субстанции обладают раздражающим действием, формируя болевой синдром, кроме того, они могут взаимно усиливать действия друг друга и снижать порог чувствительности ноцицепторов к действию других болезнетворных факторов.

В настоящее время, учитывая мультифакторный механизм развития боли, разработаны общие принципы лечения болевых синдромов:

1. Лечение боли должно быть по возможности этиопатогенетическим (т.е. направленным на устранение причин, вызывающих боль), а не симптоматическим.
2. Применяется единая тактика лечения болевых синдромов, основанная на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания в зависимости от их интенсивности. Интенсивность боли устанавливается по простой шкале (рис. 1).
3. Назначаемое врачом средство обезболивания должно быть адекватно интенсивности боли и безопасно для пациента, т.е. должно устранять боль, не вызывая серьезных побочных эффектов. Неоправдано назначение слишком сильного наркотического средства при слабой или умеренной боли.
4. Не должна применяться монотерапия наркотиками любых болевых синдромов (в том числе сильных). В целях повышения эффективности и безопасности обезболивания наркотик всегда следует сочетать с ненаркотическими анальгетиками, избираемыми в соответствии с патогенезом конкретного болевого синдрома.

Купирование боли может идти как путем ограничения поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в ЦНС, так и путем подавления синтеза медиаторов воспаления. Третий подход – активация антиноцицептивной системы [4].

Первой ступенью для лечения острой и хронической боли при стоматологических заболеваниях являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [1, 2, 5]. НПВП различаются по степени выраженности противовоспалительного и анальгетического эффекта, а также по индивидуальной чувствительности и переносимости пациентами, что определяет их выбор для каждого конкретного больного.

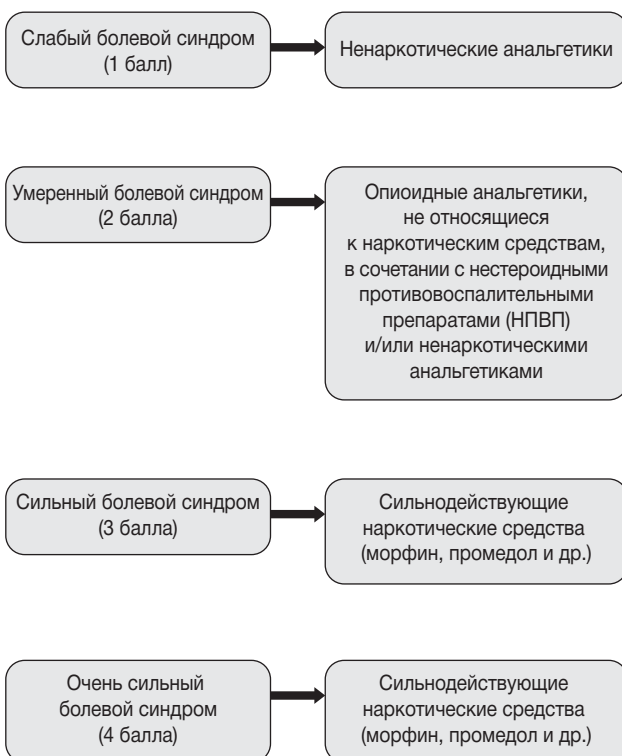


Рис. 1. Интенсивность боли и выбор анальгетических средств.

Основные принципы назначения НПВП:

1. Начинать терапию с наименее токсичных препаратов.
2. Начинать лечение с малых доз (минимальных терапевтических) и постепенно увеличивать дозу до эффективной, но не превышающей максимально допустимых.
3. Дозирование НПВП проводить с учетом наличия сопутствующей патологии печени или почек.
4. Нецелесообразно комбинировать НПВП между собой, так как терапевтический эффект препаратов в этих случаях не только не повышается, но и может снижаться в результате негативного фармакокинетического взаимодействия. Также не рекомендуется совместное применение НПВП с глюкокортикостероидами.

Нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота, индометацин, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, ибупрофен, пироксикам и др.) давно используются в медицине благодаря их способности подавлять воспаление, снижать температуру тела и интенсивность болей. Механизм их действия состоит в том, что они блокируют синтез простагландинов, ингибируя фермент циклооксигеназу, который катализирует конверсию арахидоновой кислоты и образование ряда предшественников простагландинов (рис. 2). Простагландины – это аллогенные субстанции, но, кроме того, они являются медиаторами воспалительной реакции в тканях и вызывают отек тканей, расширение сосудов, лихорадку. В последние годы было установлено, что существуют, как минимум, два изофермента циклооксигеназы, которые ингибируются НПВП. Первый изофермент – ЦОГ-1 (СОХ-1 – англ.) – контролирует выработку простагландинов, регулирующих целостность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), функцию тромбоцитов и почечный кровоток, а второй изофермент – ЦОГ-2 – участвует в синтезе простагландинов при воспалении. Причем ЦОГ-2 в нормальных условиях отсутствует, а образуется под действием некоторых тканевых факторов, инициирующих воспалительную реакцию (цитокины и другие). В связи с этим предполагается, что противовоспалительное действие НПВП обусловлено ингибированием ЦОГ-2, а их нежелательные реакции – ингибированием ЦОГ-1. Соотношение активности НПВП в плане блокирования ЦОГ-1/ЦОГ-2 позволяет судить об их потенциальной токсичности. Чем меньше эта величина, тем более селективен препарат в отношении ЦОГ-2 и, тем самым, менее токсичен. Назначение НПВП способствует торможению или полному устранению воспалительной реакции. При их применении не угнетается сознание, гемодинамика и дыхание, стабилизируются вегетативные реакции.

Одним из первых НПВП, имеющих высокую селективность в отношении ЦОГ-2, является нимесулид (месулид) [6–8]. Нимесулид обладает примерно в 1,3–2,5 раза более высокой активностью в отношении ЦОГ-2, чем ЦОГ-1. Этот препарат способен ингибировать активность ЦОГ-2 с образованием вторичного, медленно диссоциирующегося, стабильного комплекса фермент-ингибитор, в то время как в отношении ЦОГ-1 он проявляет активность конкурентного обратимого ингибитора ЦОГ. Эта уникальная особенность нимесулида в конечном счете и является важным фактором, определяющим более высокую селективность препарата в отношении ЦОГ-2, чем ЦОГ-1 [11, 17, 18].

Удачное сочетание эффективности, хорошей переносимости и низкой стоимости делает нимесулид одним из наиболее привлекательных представителей группы НПВП. Препарат «Найз» (нимесулид) относится к НПВП из группы сульфонамидов [1, 3, 6]. В отличие от большинства НПВП, нимесулид селективно ингибирует

«провоспалительную» изоформу ЦОГ-2 и не влияет на «физиологическую» ЦОГ-1 [7, 8], он является первым из синтезированных селективных ингибиторов ЦОГ-2. Одновременное ингибирование ЦОГ-1 и ЦОГ-2, свойственное другим НПВП, значительно сужает спектр их применения из-за возможных побочных действий со стороны ЖКТ. Еще одним преимуществом при назначении нимесулида является его некислотное происхождение

(в молекуле нимесулида карбоксильная группа заменена сульфанилидом), что обеспечивает дополнительное защитное действие на слизистую оболочку ЖКТ. Основным преимуществом перорального приема нимесулида является его лучшая по сравнению с другими НПВП переносимость. В частности, при применении нимесулида намного реже развивались желудочно-кишечные побочные эффекты, что, вероятнее всего, обусловлено его

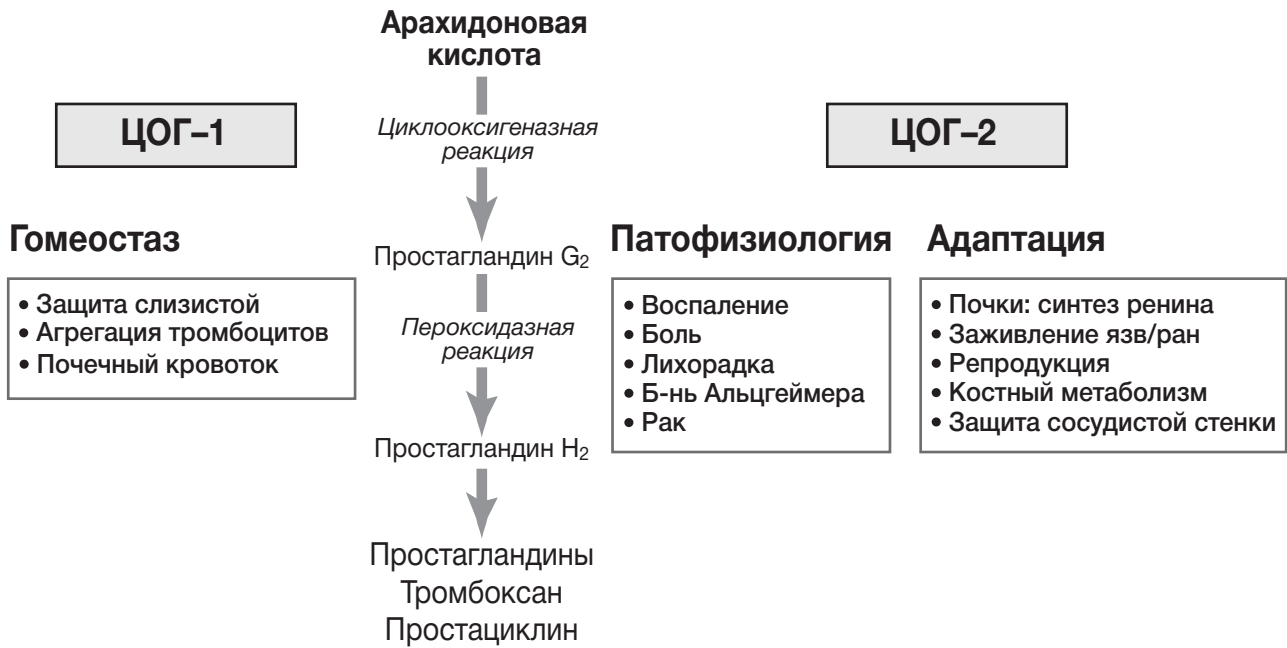


Рис. 2. Механизм действия НПВП.



Рис. 3. Механизмы действия препарата «Найз».

селективностью к ЦОГ-2 [2]. Период полураспада нимесулида колеблется в интервале от 1,8 до 4,7 часа, но ингибция ЦОГ-2 сохраняется, по меньшей мере, 8 часов. Анальгетический эффект наступает через 15–20 минут после приема препарата.

Найз обладает целым рядом свойств, определяющих его высокую терапевтическую эффективность (рис. 3).

Учитывая спектр действия Найза, патогенетически обосновано его применение в терапии стоматологических заболеваний воспалительного генеза с болевым синдромом слабой и средней интенсивности.

Противопоказания к применению Найза:

- пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения;
- беременность и лактация;
- повышенная чувствительность к препарату;
- выраженные нарушения функции печени и почек.

Терапевтический потенциал «Кеторола» (кеторол) доказан для всех областей ургентной анальгезии [2, 12, 14]. Его действие связано с подавлением активности циклооксигеназы – фермента, регулирующего синтез простагландинов, простаглицлина, тромбоксана А2 из арахидоновой кислоты. Кеторол подавляет активность обеих форм циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2) [13, 15, 16]. Он не действует на опиатные рецепторы, поэтому не вызывает побочных реакций со стороны ЦНС, угнетения дыхания и пареза гладкой мускулатуры. Анальгезирующие эффекты Кеторола обусловлены двумя механизмами – периферическим, через подавление синтеза простагландинов и кининогенов, и центральным – через ингибирование синтеза простагландинов и субстанции P в центральной нервной системе.

По степени анальгезии он превосходит другие НПВП и входит в число препаратов первой линии для кратковременного лечения выраженной боли. Препарат быстро всасывается, обладает высокой биодоступностью (80–100 %), связывается с белками плазмы на 90–99 %, подвергается печеночному метаболизму, выводится почками (90 %) и кишечником (6 %). После приема внутрь 10 мг эффект развивается через 10–60 минут, после внутримышечного введения 30 мг – через 15 минут. Продолжительность действия препарата составляет 6–10 часов [9, 10, 18, 19].

Режим дозирования Кеторола:

- В/м – 30 мг – разовая доза, в/м – 60 мг – максимальная разовая доза. Интервал – каждые 4–6 часов. 90 мг – полная суточная доза и 60 мг для пациентов старше 65 лет, пациентов с нарушением функций почек и массой тела меньше 50 кг.
- Курс – не более 2-х суток.
- В таблетках по 1–2 таблетки (10–20 мг) с интервалом 6 часов, не более 40 мг в сутки.

Противопоказания к применению Кеторола:

- Повышенная чувствительность к препарату или другим препаратам группы НПВП.
- Ангионевротический отек в анамнезе, бронхиальная астма.
- Язвенная болезнь.
- Одновременный прием других НПВП (возможна суммация побочных эффектов).
- Прием детьми младше 16-ти лет.

Учитывая вышеизложенное, **целью** настоящего исследования являлось обоснование выбора нестероидных

противовоспалительных препаратов «Найз» и «Кеторол» на этапах комплексного лечения стоматологических заболеваний воспалительного генеза, которые сопровождаются болевым синдромом разной интенсивности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре терапевтической стоматологии НМУ была проведена серия клинических наблюдений применения в комплексной терапии различных стоматологических заболеваний нестероидных противовоспалительных препаратов «Найз» и «Кеторол» [8, 9, 10]. Эти препараты, обладающие разнонаправленными фармакологическими свойствами, обеспечивали мощный противовоспалительный, обезболивающий эффекты, жаропонижающее действие и не оказывали раздражающего действия на ЖКТ.

В клинике кафедры под нашим наблюдением находилось 245 пациентов с различными стоматологическими заболеваниями, в симптоматике которых присутствует болевой синдром различной интенсивности.

Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включавшей клинические и лабораторные методы исследования. Исследования проводились до лечения и через 3–5–7–10 дней с момента начала лечения.

Всем больным назначали соответствующую стандартную схему лечения. В качестве НПВП назначали по показаниям «Найз» и «Кеторол».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные в ходе исследований данные свидетельствуют о высокой эффективности Найза в тех клинических ситуациях, когда необходимо купировать боль, провести противовоспалительную терапию. Установлено купирование воспалительного процесса в более короткие сроки, у большинства пациентов зафиксировано значительное уменьшение отека, экссудации, кровоточивости, улучшение микроциркуляции в пораженных участках уже через двое суток от начала медикаментозной терапии. Реабилитационный период протекал мягко и быстро. Пациенты отмечали исчезновение неприятных ощущений в области поражения через двое суток, значительное улучшение общего состояния и отсутствие осложнений.

В ходе наблюдений было установлено, что более выраженным и длительным обезболивающим эффектом обладает Кеторол. Уменьшение интенсивности болевых ощущений было зафиксировано у всех исследуемых. Пациенты отметили начало обезболивающего действия через 30 минут после приема и полное исчезновение боли через 1–2 дня.

ВЫВОДЫ

Полученные в результате клинических наблюдений данные показали, что НПВП «Кеторол», «Найз» обладают выраженными противовоспалительным, обезболивающим, жаропонижающим эффектами, хорошо переносятся пациентами, не оказывая раздражающего действия на ЖКТ. Это дает основание рекомендовать данные препараты в терапии стоматологических заболеваний воспалительного генеза, сопровождающихся болевым синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атрушкевич В.Г. Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов Кеторол и Найз в пародонтологической практике / В.Г. Атрушкевич, У. А. Пихлак // Клин. стоматол. – 2005. – № 1. – С. 34–36.

2. Базикян Э.А. Оценка эффективности Кеторола и Найза в клинической практике хирургической стоматологии / Э.А. Базикян, В.В. Игнатович // Стоматология. – 2005. – Т. 84, № 3. – С. 49–50.

3. Беловол А. Н. Терапевтическая эффективность Нимесулида / А.Н. Беловол, И.И. Князькова // Здоров'я України. Ревматологія. Фармакотерапія. 2012. – С. 89–90.
4. Боль (практическое руководство для врачей) / под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. – М.: Издательство РАМН, 2012. – 512 с.
5. Буров Н.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты как компонент комплексной терапии боли. Фокус на нимесулид / Н.Е. Буров // РМЖ. – 2012. – № 36. – С. 1730–1733.
6. Елисеев М.С. Нимесулид: основные механизмы действия и безопасность / М.С. Елисеев // РМЖ. – 2008. – № 24. – С. 1630–1633.
7. Каратеев А.Е. Российский опыт применения нимесулида: обзор клинических испытаний / А.Е. Каратеев // Consilium medicum. – 2011. – № 13 (9). – С. 89–95.
8. Сидельникова Л.Ф. Клинические аспекты применения препарата «Найз» в терапевтической стоматологии / Л.Ф. Сидельникова, Ю.Г. Коленко, О.В. Линовицкая // Совр. стоматол. – 2005. – № 1. – С. 27–30.
9. Сидельникова Л.Ф. Проблема «сбалансированной анальгезии» в стоматологии и возможности ее решения с применением препарата «Кеторол» / Сидельникова Л.Ф., Коленко Ю.Г., Линовицкая О.В. // Совр. стоматол. – 2005. – № 3. – С. 27–30.
10. Сидельников П.В. Пути повышения качества обезболивания при проведении костно-пластических операций с дентальной имплантацией / П.В. Сидельников, В.В. Чув // Совр. стоматол. – 2008. – № 2. – С. 29–32.
11. Rainsford K. Nimesulide – a multifactorial approach to inflammation and pain: scientific and clinical consensus / K. Rainsford // Curr Med Res Opin. – 2006. – Vol. 22 (6). – P. 1161–1170.
12. Barber F. Comparison of oral ketorolac and hydrocodone for pain relief after anterior cruciate ligament reconstruction / F. Barber, D. Gladu // Arthroscopy. – 1998. – Vol. 14 (6). – P. 605–612.
13. Dong L. Ketorolac reduces spinal astrocytic activation and PAR1 expression associated with attenuation of pain following facet joint injury / L. Dong, J. Smith, B. Winkelstein // J. Neurotrauma. – 2012. [Epub ahead of print].
14. Dula D. A prospective study comparing i.m. ketorolac with i.m. meperidine in the treatment of acute biliary colic / D. Dula, R. Anderson, G. Wood // J. Emerg. Med. – 2001. – Vol. 20 (2). – P. 121–124.
15. Ebersson C. The role of ketorolac in decreasing length of stay and narcotic complications in the postoperative pediatric orthopaedic patient / C. Ebersson, D. Pacicca, M. Ehrlich // J. Pediatr. Orthop. – 1999. – Vol. 19 (5). – P. 688–692.
16. Hochman J. What Price Pain Relief? / J. Hochman, N. Shah // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 2868–2870.
17. Nimesulide: 25 years later / Mattia C., Ciarcia S., Muhindo A., Coluzzi F. // Minerva Med. – 2010. – Vol. 101 (4). – P. 285–293.
18. A double-blind randomized controlled trial comparing the effects of subacromial injection with corticosteroid versus NSAID in patients with shoulder impingement syndrome / Min K., Pierre P., Ryan P. [et al.] // J. Shoulder. Elbow. Surg. – 2012. pii: S1058-2746(12)00372-2. doi: 10.1016/j.jse.2012.08.026. [Epub ahead of print].
19. A randomized comparison of ketorolac tromethamine and morphine for postoperative analgesia in critically ill children / Lieh-Lai M., Kauffman R., Uy H. [et al.] // Crit. Care Med. – 1999. – Vol. 27 (12). – P. 2786–2791.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ БОЛЮ І ЗАПАЛЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Л.Ф. Сідельнікова, Ю.Г. Коленко, Н.І. Григ

Мета: обґрунтування вибору нестероїдних протизапальних препаратів «Найз» і «Кеторол» на етапах комплексного лікування стоматологічних захворювань запального генезу, які супроводжуються больовим синдромом різної інтенсивності.

Пацієнти і методи. Проведено комплексні клініко-лабораторні дослідження 245 хворих зі стоматологічними захворюваннями запального генезу, які супроводжувалися больовим синдромом різної інтенсивності.

Результати. Отримані в ході досліджень дані свідчать про високу ефективність Найза у тих клінічних ситуаціях, коли необхідно купірувати біль, провести протизапальну терапію. Більш виразним і тривалим знеболювальним ефектом володіє Кеторол.

Висновки. Кеторол і Найз чинять виразну протизапальну, знеболювальну жарознижувальну дію, добре переносяться пацієнтами, не подразнюючі шлунково-кишковий тракт. Це дає підстави рекомендувати застосування даних препаратів у терапії стоматологічних захворювань запального генезу, які супроводжуються больовим синдромом.

Ключові слова: стоматологічні захворювання запального генезу, які супроводжуються больовим синдромом, протизапальна терапія, Кеторол, Найз.

SUBSTANTIATION OF SELECTION THE OPTIMAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF PAIN AND INFLAMMATION IN DENTISTRY

L. Sidelnikova, Y. Kolenko, N. Gryg

Purpose: substantiation of a choice of non-steroidal anti-inflammatory drugs Nise and Ketorol on the stages of complex treatment of dental diseases of inflammatory genesis, accompanied by pain of varying intensity.

Methods. Clinical and laboratory examinations of 245 patients with dental diseases of inflammatory genesis, accompanied by pain of varying intensity are made.

Results. Obtained during carried out researches data indicate to high efficiency Nise in those clinical situations where it is necessary: stop the pain, to carry out anti-inflammatory therapy. Ketorol has more pronounced and prolonged anesthetizing effect.

Conclusions. Ketorol and Nise have pronounced anti-inflammatory and anesthetizing properties, have antipyretic effect, they are well tolerated by patients, without causing irritation to the gastro-intestinal tract. It gives the reason to recommend these medications in the therapy dental diseases of inflammatory genesis, accompanied by pain.

Key words: dental diseases of inflammatory genesis, which attend with painful syndrome, antiinflammatory therapy, Ketorol, Nise.

Коленко Ю.Г. – к.мед.н., доц. кафедри терапевтичної стоматології

Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

Дом. адрес: 03179, г. Київ, ул. Прилужнaя, д. 4/15, кв. 194.

Тел.: 095-832-68-48.

E-mail: kolenko@i.ua

Сидельникова Л.Ф. – к.мед.н., доц. кафедри терапевтичної стоматології

Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

Адрес: г. Київ, ул. Зоологическая, 1.

Григ Н.И. – к.мед.н., ассистент кафедри терапевтичної стоматології

Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

Адрес: г. Київ, ул. Зоологическая, 1.

Remin Pro



ОЗДОРОВЛЕНИЕ ЗУБОВ

Средство для защиты и ухода за зубами,
содержащее гидроксиапатит, фтор и ксилитол

- Заполнение гидроксиапатитом поверхностных повреждений эмали
- Одноразовая аппликация после консервативного стоматологического лечения; особенно рекомендуется после проведения отбеливания и профессиональной чистки зубов
- Выпускается в 3х вкусовых направлениях: «мята», «дыня» и «клубника»
- Для использования в стоматологическом кабинете и в домашних условиях
- Создает в полости рта ощущение комфорта



Официальные дистрибьюторы в Украине:

Дентал депо Запорожье · Медсервис · Меридиан ·
Оксамат-Дент · Оксия · Стамил · Укрмед · Усмішка

Remin Pro



VOCO
THE DENTALISTS