

К.Г. Кривомовський

Обґрунтування діагностичних заходів у комплексному підході для визначення тактики ортодонтичного лікування пацієнтів зі скупченістю зубів у ранній змінний період прикусу

НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. Представлено огляд даних спеціальної літератури про етіологію, відомі сучасні методи діагностики й лікування скупченості зубів у період змінного прикусу.

Ключові слова: скупченість зубів, лицевий череп, етіологія, діагностика, тактика ортодонтичного лікування, змінний період прикусу.

Дані вітчизняної й зарубіжної літератури свідчать про стабільно високу частоту зубощелепних аномалій та деформацій у дітей і підлітків. Приріст їх розповсюдженості спостерігається в дітей у період змінного прикусу, який сягає 80 %. Причому найчастіше зустрічаються аномалії I класу, які за даними різних авторів складають від 50,6 до 84,4 %, а показник скупченості зубів у період змінного прикусу доходить до 77 %. Доведено також, що з віком скупченість зубів майже не піддається саморегуляції й у 80–90 % випадків зі змінного прикусу переходить у постійний. За даними обстеження дітей у США встановлено, що ступінь тяжкості скупченості зростає з 14 % у віці 6 років до 51 % у віці 14 років. Тому різноманітні етіологічні фактори, рання діагностика й лікування скупченості зубів є дуже актуальним питанням ортодонції сьогодні, що повинні враховувати сучасні тенденції ранньої зміни зубів у дітей, а також різні типи росту кісток лицевого черепа, що дають можливість більш точно спрогнозувати подальшу тактику лікаря-ортодонта для відновлення не тільки функціонального стану зубощелепного апарату, а й з метою забезпечення гармонійного розвитку всіх структур лицевого черепа пацієнта [1, 2].

Деякі автори відзначають, що величезну роль у розвитку зубощелепних аномалій відіграє спадковість. Однак частота спадкових аномалій невелика і приблизно становить 14 % від загальної кількості. А ось такі зовнішні фактори впливу, як смоктання або прикушування губ, язика, щік, пальців, олівця та інших предметів, є одними з головних причин, що

призводять до формування зубощелепних аномалій. Дослідниками виявлено, що шкідливі звички негативно впливають на ріст, розвиток і формування кісток лицевого черепа і прилеглих м'яких тканин, а аномалії розвитку вуздечок губ та язика, аномалії положення зубів, наявність надкомплектних зубів, а також спосіб вигодовування є причиною виникнення звуження зубних рядів верхньої щелепи й мають значний вплив на ріст і розвиток альвеолярного гребеня нижньої щелепи. Одним з найважливіших етіологічних факторів розвитку звуження зубних рядів і щелеп є порушення функції дихання, основною причиною якого є викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, глоткових і піднебінних мигдаликів, хронічний риносинусит, аденоїдні розростання та інше. Звуження задніх фарингеальних шляхів унаслідок збільшення аденоїдів призводить до послідовних процесів морфологічних порушень, починаючи з найближчих структур (верхня щелепа) й закінчуючи різноманітними порушеннями прикусу. Одні автори вважають, що ускладнення носового дихання є причиною звуження щелеп та інших зубощелепних аномалій, інші ж, навпаки, – що звужена верхня щелепа викликає порушення дихання. Деякі закордонні науковці заперечують безпосередній зв'язок між цими патологічними процесами [5, 6].

Етіологія скупченості зубів є багатофакторною. Багато з цих причин добре зрозумілі та задокументовані, проте існують ще причини та взаємозв'язки, що не були повністю досліджені, такі як залежність виникнення скупченості зубів від типу росту кісток лицевого черепа. Історично вважалося, що скупче-

ність зубів виникає внаслідок невідповідності розмірів щелеп і зубів. Однак існують і такі дослідження, що заперечують дану кореляцію [10].

За даними національного обстеження здоров'я США (NHANES) було встановлено, що приблизно 22 % дітей у віці 8–11 років мають клінічно значущий ступінь (4 мм) невідповідності розмірів різців верхньої щелепи; у нижній щелепі поширеність клінічно значущих невідповідностей розмірів різців складає приблизно 20,6 %. Поширеність клінічно значущої скупченості зубів зростає з віком. Клінічно значущі ступені невідповідностей розмірів різців верхньої щелепи до довжини дуги зростають до 31 % серед підлітків. Клінічно значущі ступені невідповідностей розмірів різців нижньої щелепи до довжини зубної дуги зростають до 31 % серед підлітків, а потім до 39 % серед дорослих [13]. Вільям Проффіт відзначав, що майже 15 % дорослих і підлітків мають тяжкий ступінь скупченості різців, що вимагає видалення зубів задля вирівнювання фронтальної групи зубів [4], у той час як Buschang виявив, що приблизно 40 % нелікованих осіб у США віком від 15 до 50-ти років мають клінічно значущий ступінь невідповідності розмірів різців, що у свою чергу викликає середній і тяжкий ступені скупченості зубів [8].

Вільям Проффіт та Уільям Кларк вважають, що визначення етіологічного фактора розвитку зубощелепних аномалій, особливо скупченості зубів, є ключовим моментом при виборі тактики ортодонтичного лікування пацієнтів [4, 7]. Саме тому на перший план доцільно виносити питання діагностики, яка включає в себе збір анамнезу, аналіз ортопантограм для визначення стану прорізування постійних зубів, наявності зачатків зубів мудрості та їх розташування у щелепах, розшифровування цефалометричних знімків у боковій проекції (ТРГ) за аналізами Bjork, Jarabak, Ricketts, Kim, Tweed, що дозволяють не тільки оцінити форму зубощелепної патології, а і прогнозувати тип росту кісток лицевого черепа у змінному прикусі [9].

Перед початком планування лікування необхідно проводити клінічне обстеження пацієнтів зі звуженням верхньої щелепи, що включає опитування про: скарги пацієнта, дані анамнезу життя, стан матері під час вагітності, перебіг пологів, стан дитини при народженні, спосіб і строки вигодовування, загальний стан здоров'я дитини, перенесені та супутні захворювання, строки прорізування молочних зубів, початок зміни та прорізування постійних зубів. Далі з'ясовуються дані анамнезу хвороби, що включають відомості про те, коли вперше були помічені патологічні ознаки та якою була динаміка їх розвитку, чи звертався пацієнт до спеціалістів раніше, чи проводилось будь-яке лікування [7]. Треба акцентувати увагу на виявленні факторів, що сприяють розвитку ортодонтичної

патології, зазвичай захворювань ЛОР-органів [9]. Необхідним є застосування спеціальних методів обстеження: атропометричне дослідження голови та обличчя, вивчення діагностичних моделей щелеп з використанням графічних методів, біометричні, фотометричні – за фотографіями, вивчення функціональних порушень дихання.

У змінний період прикусу всі антропометричні методи засновані на врахуванні існуючих закономірностей взаємовідношень розмірів зубів, з одного боку, та довжини зубних рядів і апікальних базисів щелеп – з іншого. Це дозволяє з різним ступенем точності прогнозувати розвиток зубощелепних аномалій [11]. У цей період застосовуються методи Moyr, Tanaka-Johnston, Huckaba, Moorrees у модифікації Л.С. Андрєєвої. Деякі з них були розроблені на основі простого регресійного аналізу, інші – множинного регресійного аналізу та інших підходів.

Особливістю аналізу діагностичних моделей у змінний період – необхідність прогнозування мезіодистальних розмірів зубів, що не прорізувались, а саме іклів і премоларів [6].

Останнім часом для прогнозування скупченості зубів значну популярність набув аналіз моделей Tanaka-Johnston, що полягає у визначенні прогнозу дефіциту місця для постійних іклів і премоларів у залежності від мезіодистальних розмірів постійних різців нижньої щелепи. Отриману величину мезіодистальних розмірів центральних і бокових різців нижньої щелепи ділять на 2. Якщо вивчаються бокові сегменти верхньої щелепи, до отриманого числа додають коефіцієнт 11,0, а якщо нижньої – коефіцієнт 10,5. Потім вимірюють величину досліджуваного бокового сегмента – відстань між контактними точками латерального різця і тимчасового ікла, другого тимчасового моляра й першого постійного моляра. Потім порівнюють ці значення. Якщо друге значення менше першого на 3 мм і більше, то прогнозується дефіцит місця в цій ділянці зубної дуги [6]. І хоча даний метод є важливим в ортодонтії, повноцінна діагностика неможлива без проведення рентгенологічних обстежень.

Рентгенологічний метод дослідження знайшов широке застосування у стоматології, а також в ортодонтії. Він використовується як для діагностики, так і для визначення ефективності проведеного втручання. Ці методи особливо актуальні тому, що дозволяють оцінити співвідношення власне щелепно-лицьової ділянки з іншими структурами черепа, що є визначальним при вирішенні питання зубоальвеолярної чи скелетної етіології аномалії [12].

До впровадження конусно-променевої комп'ютерної томографії в повсякденне життя ортодонтії та оцінювання трансверзальних розмірів зубних і базальних дуг верхньої й нижньої щелеп широко застосовувався аналіз фронтальної ТРГ за Рікеттсом, який у свій час, досліджуючи зміни нижньощелепної

ширини та верхньощелепної ширини, що утворені між точками Jugale та Antegonion відповідно, а також міжмолярної ширини між найбільш помітними бічними точками на щічній поверхні других молочних або перших постійних молярів обох щелеп у здорових дітей, установив певну закономірність зміни цих показників зі зростанням віку пацієнта, починаючи з 9 років. Згодом багато дослідників оцінювали ці параметри в дітей з різними патологіями прикусу віком від 6 років і з певними типами росту щелеп, доповнюючи встановлені Рікетсом норми трансверсальних розмірів [14].

Певні закордонні науковці використовували бічні ТРГ для дослідження взаємозв'язку між розмірами базальних частин верхньої й нижньої щелеп і скупченістю зубів. Туркахраман та ін. досліджували асоціації між скупченістю зубів і щелепно-лицевими факторами, вимірюваними за допомогою бічних ТРГ. Невідповідність розмірів різців нижньої щелепи вимірювали за допомогою гіпсових моделей 60 пацієнтів у ранній період змінного прикусу. Невідповідність розмірів зубів поділяли однаково на групу з вираженою скупченістю та групу з її відсутністю. Скупченість розраховували на основі доступного переднього простору, вимірюваного за допомогою двох прямих відрізків між мезіальними поверхнями молочних іклів нижньої щелепи. Щелепно-лицеві вимірювання, включаючи довжини верхньої та нижньої щелеп (Co-A, і Co-Gn відповідно), були взяті з бічних ТРГ. Вони виявили значущу зворотну кореляцію між скупченістю нижніх різців і довжинами верхньої й нижньої щелеп [15].

На відміну від цього дослідження, Montasser M. та Таһа М., які використовували бічні ТРГ та зубні моделі для 15 пацієнтів без вираженої скупченості (індекс Літтла менше 3 мм) і 30 пацієнтів з вираженою скупченістю (індекс Літтла дорівнює або більше 3 мм), у підлітків з патологіями класу I не виявили зв'язків між верхньощелепною (Co-A) та нижньощелепною довжинами (Co-Gn) і скупченістю зубів нижньої щелепи [16]. Отриманими дані свідчать про те, що скупчення зубів не залежить від скелетних параметрів. Відмінності між цими дослідженнями можна пояснити віком пацієнтів і різновидами патологій прикусу. Що ще важливіше, цей метод визначення розмірів верхньої й нижньої щелеп є спірним і проблематичним, оскільки тривимірний розмір верхньощелепного та нижньощелепного апікального базису оцінювали за допомогою двовимірної рентгенограми при вимірюванні двох прямих ліній, що представляють лише довжини верхньої та нижньої щелеп [15, 16].

З появою конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) стали можливими точне відображення та вимірювання базальної кісткової тканини у тривимірному режимі та отримання істинного багатоплощинного зображення структур

черепно-щелепно-лищевої ділянки в нормі і при патології з мінімальним променевим навантаженням. 3D-діагностику застосовували багато спеціалістів при цефалометричному аналізі за Bjork і Jarabak.

Bell G. досліджував взаємозв'язок між скупченістю зубів і нижньощелепною базальною дугою з використанням технології КПКТ. У дослідження були включені 30 нелікованих пацієнтів віком 12–17 років. Гіпсові моделі використовували для вимірювання загальної невідповідності розмірів зубів нижньої щелепи до довжини зубної дуги (аналіз TSALD) та індекс Літтла. Периметр базальної кістки і площа поперечного перерізу були отримані із двох зрізів нижньої щелепи, перший зріз іде паралельно функціональній оклюзійній площині та проходить через точку B, а другий через ментальний отвір. Кожний зріз подовжений дозадку до перпендикулярної лінії, що проходить через мезіальний контактний пункт другого моляра. Вони дійшли висновку, що між ними немає прямих кореляцій [17]. Хоча це було хорошим дослідженням, обсяг вибірки був порівняно невеликим, і дослідники не досліджували пацієнтів у змінний період прикусу й пацієнтів з різними патологіями прикусу. Крім того, задня межа для оцінки площі базальної кістки та периметру визначалась положенням другого моляра. Багатьма дослідниками було встановлено, що при більш тяжкому ступені скупченості дистально розташовані зуби рухаються мезіально, роблячи проблематичним визначення базальної кістки за зубними орієнтирами [4, 6, 18].

Athar A. оцінював взаємозв'язки між скупченістю зубів нижньої щелепи, периметром зубної дуги та периметром базальної дуги нижньої щелепи на рівні нижньоальвеолярного нерва. Периметр каналу вважався периметром базальної дуги нижньої щелепи. При цьому дослідженні дійшли висновку, що значення апікальної основи й периметра зубної дуги були суттєво різними, тобто що між ними не існує суттєвих зв'язків. Обмеження цього дослідження були подібними до тих, що проводили раніше, включаючи відносно невеликий обсяг вибірки, відсутність контролю пацієнтів, які ростуть, і відсутність урахування зубоальвеолярної або скелетної форми патологій прикусу, визначаючи задню межу базальної дуги на рівні нижньощелепного другого моляра і не враховуючи верхньощелепний зубний ряд та її базальну дугу [19].

На сьогодні в ортодонтії значну популярність набуває використання КПКТ для визначення індивідуальних параметрів будови лищевого черепа пацієнта, таких як розміри щелеп та їх базиси, ширина задніх фарингеальних дихальних шляхів, у комбінації з антропометричними методами вимірювання гіпсових моделей для визначення ступеня тяжкості скупченості зубів (індексу Літтла),

прогнозування дефіциту місця для прорізування постійних зубів за Tanaka-Johnston, вимірювання розмірів зубних рядів і зубів [8–11].

Вибір методу лікування скученості зубів залежить від виду аномалії, віку пацієнта, ступеня формування зубоцелепного апарату, етіології та патогенезу аномалій, наявності патології функції жування, дихання, ковтання, загального стану пацієнта, його індивідуальних потреб тощо. Ефективність же залежить від правильної діагностики й від того, на якому етапі була виявлена патологія і коли було розпочато лікування, а також від психологічного стану пацієнта [18]. При лікуванні пацієнта в період росту в лікувальному процесі слід урахувувати й використовувати природні тенденції зубів до переміщення і зміни скелета, що відбуваються. Це можна здійснити тільки за умови правильного вибору ортодонтичної апаратури [18].

Перевагами раннього ортодонтичного лікування є можливість позитивно впливати на ріст і розвиток щелеп, гармонізувати ширину зубних дуг, мінімізувати ризик травмування протрузованих верхніх різців, виправити проблеми зі звуженням дихальних шляхів і мовленням, своєчасно усунути наявні шкідливі звички, зберегти та отримати простір для прорізування постійних зубів, що у свою чергу забезпечує гармонійний розвиток обличчя. Більшість науковців вважають, що однією з головних переваг раннього ортодонтичного лікування є можливість виправлення більшості патологій прикусу без видалення постійних зубів, не залучаючи ортогнатичну хірургію [3, 4].

У змінний період прикусу широко застосовуються функціонально-діючі апарати, джерелом сили яких є трансформована і скорочуюча діяльність жувальної й мимічної мускулатури, що впливають на лицевий скелет пацієнтів, які ростуть, у ділянках швів і скронево-нижньощелепних суглобів [4, 6]. За даними багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів, лікування скученості зубів повинно проводитися за рахунок розширення щелепи знімними або незнімними ортодонтичними апаратами, дисталізації зубів, видалення певних молочних або постійних зубів у залежності від періоду прикусу, використання лицеві маски, язичного та піднебінного бюгелів, ретракції фронтальних зубів [4], у той час як інші автори більш схильні до лікування скученості зубів шляхом проведення зубоальвеолярного камуфляжу співвідношення різців, який залежить від тяжкості аномалії прикусу на скелетній основі, але його варто провести з естетичних міркувань, навіть якщо не буде досягнута повна корекція [6].

Деякі вітчизняні та закордонні спеціалісти вважають, що перший ортодонтичний огляд треба проводити в сім років, коли вже повинні прорізатись перші постійні моляри, постійні центральні та латеральні різці на обох щелепах [20]. Ми ж вважаємо,

що перший ортодонтичний огляд треба проводити не пізніше 6-ти років, коли вже можна бачити перші ознаки майбутньої проблеми із прикусом або прорізуванням постійних зубів, їх скученості, вестибулярного, орального положення тощо.

Раннє ортодонтичне лікування дітей у змінний період прикусу зазвичай починається приблизно із 7–9 років, коли наявна більшість молочних зубів і кілька постійних, а саме різців і перших молярів [4, 7, 15]. Метою лікування є виправлення тяжких випадків, що включають патології прикусу гнатичної форми, вираженої скученості зубів за рахунок використання міофункціональних апаратів, таких як Twin-block, Myobrace, LM-Activator, Андресена-Гойпля в період стрибка росту перед статевим дозріванням. Причому певні апарати (Марко-Роса) фіксуються на тимчасових других молярах замість перших постійних, що дає можливість не тільки уникнути небажаних ефектів при розширенні верхньої щелепи, таких як щічний нахил перших постійних молярів унаслідок зубоальвеолярної компенсації та висока вірогідність передчасної втрати перших постійних молярів через ускладнення гігієни ротової порожнини, а й досягти стабільних і довготривалих результатів ортодонтичного лікування.

У зв'язку із сучасною тенденцією ранньої зміни та прорізування зубів у дітей також постає питання використання незнімних механічно-діючих ортодонтичних апаратів у ранній період змінного прикусу, і саме тому раннє ортодонтичне лікування займає одну із ключових позицій у плануванні лікування пацієнтів у змінний період прикусу зі скученістю зубів, але до теперішнього моменту відсутні дані про рекомендації щодо використання різних методів лікування відповідно до типу росту кісток лицевого черепа.

Отже, на сьогодні залишається актуальним питання більш детального вивчення показника розповсюдженості скученості зубів, особливостей діагностики та лікування скученості зубів у змінний період прикусу в залежності від типу росту кісток лицевого черепа. Відомі алгоритми діагностики не дозволяють установити взаємозв'язок скученості зубів, звуження щелеп відповідно до типу росту кісток лицевого черепа. Детально вивчені етіологічні фактори патології дають можливість розробити оптимальний метод лікування з досягненням естетичного, функціонального, стабільного результату. Також, маючи детальну інформацію про етіологічні чинники, можна запропонувати ортодонтичну конструкцію апарату для пацієнтів періоду раннього змінного прикусу та, маючи певний набір симптоматичного комплексу, підтверджений детальними діагностичними методами, можна розробити алгоритм лікування скученого положення фронтальної групи зубів з використанням авторського ортодонтичного апарату з досягненням стабільного результату.

ПОСИЛАННЯ

1. Karasiunok A.Ie. Morfo-funktsionalnyi stan zuboshchelepnoi dilianky u ditei 6–11 rokov m. Poltavy /A.Ie. Karasiunok, K.L. Kuroiedova //Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainsoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. – 2010. – Tom 10, vypusk 3 (31). – S. 27–29.
2. Chastota i poshyrenist anomalii ta deformatsii zuboshchelepnogo aparatu v period zminnoho prykusu / P.S. Flis, V.V. Filonenko, N.M. Doroshenko // Ukrayinskyi stomatolohichnyi almanakh. – 2016. – № 1 (1). – S. 75–78.
3. Buschang PH. Class I malocclusions – The development and etiology of mandibular malalignments // Seminars in Orthodontics, 2014; 20 (1): 3–15.
4. Proffit W. Fields H. Malocclusion and dentofacial deformity in contemporary society // Contemporary Orthodontics. 5 ed; 2013.
5. Macari AI. New insights on age-related association between nasopharyngeal airway clearance and facial morphology / Macari A.I., Bitar M.A., Ghafari J.G. // Orthod Craniofac Res. – 2012. – Vol. 15. – P. 188–197.
6. Bishara SE. Textbook of Orthodontics / Bishara S.E. – N.-Y.: Saunderscompany, 2001. – 592 p.
7. Clark WJ. The twin-block technique. A functional orthopaedic appliance system // Am. J. Orthod, 1988; 93: 88–118.
8. Buschang PH, Shulman JD. Incisor crowding in untreated persons 15-50 years of age: United states, 1988-1994 // Angle Orthodontist. – 2003;73 (5): 502–08.
9. Fabian G, Balint M, Fabian TK. Psychology and psychosomatics of the orthodontic treatment // Fogorv. Sz. – 2005; 98 (3): 113–118.
10. Little RM. The Irregularity Index: A quantitative score of mandibular anterior alignment // American Journal of Orthodontics, 1975; 68 (5): 554–63.
11. Shmut HPF. Praktycheskaia ortodontyia / Shmut H.P.F., Kholthreiv Э.А., Dresher D. / pod red. P.S. Flysa. – Lvov: HalDent, 1999. – 208 s.
12. Batterson K. Nonextraction treatment of a Class II malocclusion and impacted maxillary central incisor // Amer. J. Orthod. – 2004; 125 (1): 107–114.
13. Proffit WR, Fields HW, Jr, Moray LJ. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHANES III survey // The International Journal Of Adult Orthodontics And Orthognathic Surgery. – 1998; 13 (2): 97–106.
14. Lux CJ, Conrad C, Burden D, Komposch G. Transverse development of the craniofacial skeleton and dentition between 7 and 15 years of age – a longitudinal postero-anterior cephalometric study // Eur. J. Orthod. – 2004, Feb.; 26 (1): 31–42.
15. Türkkahraman H, Özgür Sayın M. Relationship between mandibular anterior crowding and lateral dentofacial morphology in the early mixed dentition // Angle Orthodontist. – 2004; 74 (6): 759–64.
16. Montasser MA, Taha M. Relationship between dental crowding, skeletal base lengths, and dentofacial measurements // Progress in Orthodontics. – 2012; 13 (3): 281–87.
17. Bell G. Three-dimensional cone beam computerized tomography assessment of basal bone parameters and crowding // Masters thesis. St. Louis University Dept of Orthodontics. – 2008.
18. McLaughlin, R. P. Systemized Orthodontic Treatment Mechanics / McLaughlin R.P., Bennett J.C., Trevisi H.J. – St. Louis: Mosby, 2001. – 324 p.
19. Athar A. An assessment of mandibular apical base and curve of spee from a developmental perspective // Masters thesis, St. Louis University Dept of Orthodontics. – 2011.
20. Fleming PS, Johal A. Self-Ligating Brackets in Orthodontics: A systematic review // Angle Orthodontist, 2010, May; 80 (3): 575–84.

Обоснование диагностических мероприятий в комплексном подходе к определению тактики ортодонтического лечения пациентов с скученными зубами в раннем вариабельном периоде прикуса

К.Г. Крымковский

Резюме. Представлен обзор данных специальной литературы по этиологии, известных современных методов диагностики и лечения скученности зубов в период вариабельной окклюзии.

Ключевые слова: гиперемия зубов, лицевой череп, этиология, диагностика, тактика ортодонтического лечения, вариабельный период прикуса.

Justification of diagnostic measures in an integrated approach to determine tactics orthodontic treatment of patients with crowded teeth in the early variable period of occlusion

K. Krymovsky

Resume. The review of data of the special literature on an etiology, known modern methods of diagnostics and treatment is presented crowding of teeth during the period of variable occlusion.

Key words: congestion of teeth, facial skull, etiology, diagnosis, tactics of orthodontic treatment, variable bite period

К.Г. Крымковский – аспірант кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця.

Содоструй MDS Handy Junior

380\$



Призначений для гігієни порожнини роту, а саме для зняття м'яких зубних відкладень, чистки та поліровки зубної емалі.

- ◆ Носик автоклавується та під час роботи обертається на 360 °.
- ◆ Завдяки високоякісній конструкції носика подається тонкий та сфокусований потік порошку.
- ◆ Наявність зворотнього клапану високої якості.
- ◆ Гарантія 12 місяців.



Даємо можливість спочатку протестувати, а вже потім купувати!



м. Київ, вул. Колекторна, 24/26
(068) 337-37-37, (068) 380-76-46
www.mg-dental.com.ua

MDS



3^й МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

10-12
12.2021
Украина/Львов



ОККЛЮЗИЯ
МЫШЦЫ
ВНЧС
ПОСТУРА

КВАРТЕТ ГАРМОНИИ И БАЛАНСА

Организаторы:



PRO MED[®]
Учебный центр
СП "ПРОМЕД"



Регистрация: +38 067 341 56 03

VITAPLANT®

ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



З нами вже понад 2 000 лікарів,
приєднуйтеся!

ОДНОЕТАПНИЙ
ІМПЛАНТ UKi

498 грн.

Здоров'я може
бути доступним!

+38 (067) 637-73-77, +38 (067) 611-04-50, +38 (097) 784-00-76
vitaplant.pro mail@vitaplant.pro



НАДОЕЛО ИСКАТЬ КЛИЕНТОВ?

Увеличиваем продажи для стоматологий
с помощью социальных сетей

Узнайте, сколько клиентов
сможем привести в ваш бизнес!



Павел Полищук
Партнёр журнала
«Современная стоматология»

+380 50 845 86 86

pvlp1



КЕДРОВА ПРОДУКЦІЯ «МЕГРЕ» В УКРАЇНІ

КЕДРОВІ ЗУБНІ ПАСТИ ТМ «КЕДРА» ТА ТМ «МЕГРЕ»

ВДСЄЕ №12.2-18-3/5745 від 26.03.2021р.

1. Зубна паста з ефірною олією кедр, живицею та прополісом (лікувально-профілактична)
2. Зубна паста з живицею кедровою та м'ятою (лікувально-профілактична)
3. Зубна паста з живицею кедровою (профілактична)
4. Зубна паста з кедровою макухою з відбілюючим ефектом (профілактична)



СЕРІЯ НАТУРАЛЬНИХ ЕФІРНИХ ОЛІЙ З СИБІРСЬКОГО КЕДРА ТМ «МЕГРЕ»

ВДСЄЕ №12.2-18-3/5744 від 26.03.2021р.



1. Ефірна олія з живиці сибірського кедр
2. Ефірна олія з хвої сибірського кедр
3. Ефірна олія з шишки кедр

Офіційний партнер
ТОВ «Мегре» в Україні
ТОВ «Кедровий Світ»
тел.: +38-067-787-81-40
<https://kedrasvit.com.ua/>
тел. в Києві: +38-050-351-11-74



КОСМЕТИЧНА СЕРІЯ КРЕМІВ-БАЛЬЗАМІВ «КЕДРА»

ВДСЄЕ №12.2-18-3/5746 від 26.03.2021р.

1. Крем-бальзам для обличчя денний
2. Крем-бальзам для обличчя нічний
3. Крем-бальзам для шкіри омолоджуючий
4. Крем-бальзам масажний з чагою
5. Крем-бальзам для ніг дезодоруючий



Симптоматичне лікування гострого болю^{1,2,3,*}

Дексалгін®

декскетопрофену трометамол



ШВИДКА^{3,4,5} та ЕФЕКТИВНА^{1,6,7,8,9,10} знеболювальна дія



ПАНАЦЕЯ ПРЕПАРАТ РОКУ 2020¹²



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фазмакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A E17.
ДЕКСАЛГІН®. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. Лікарська форма. Таблетки, вкрите плівковою оболонкою. **Показання.** Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетний біль, болісні менструації (дисменорея), зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв), тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 12,5 мг (1/2 таблетки, вкрите плівковою оболонкою) кожні 4-6 годин або 25 мг (1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою) кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Небжані дії препарату можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективних доз протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Дексалгін® не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. Оптимізаційний прийом з тією сповільнює всмоктування лікарського засобу, тому при гострому болю рекомендовано приймати препарат не менше ніж за 30 хвилин до їди. **Побічні реакції.** Найчастіше спостерігаються побічні реакції з боку травного тракту. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81. **Виробник.** Лабораторієс Менаріні С.А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія. А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аква (АК), Італія.

ДЕКСАЛГІН® ІН'ЕКТ. Склад: 1 мл розчину для ін'єкції містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг). Лікарська форма. Розчин для ін'єкції. **Показання.** Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коліках та болю у попереку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводять через 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЕКТ** призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. Побічні реакції можна скоротити за рахунок застосування найменшої ефективної дози протягом якомога коротшого часу, необхідного для покращення стану. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® ІН'ЕКТ від 15.10.2020 №2338. **Виробник.** Альфонс С.р.Л. вул.Енріко Фермі, 1-65020 Аланно (Пескара), Італія.

ДЕКСАЛГІН® САШЕ. Склад: декскетопрофену трометамолу, 1 однодозовий пакет містить декскетопрофену трометамолу 36,90 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. Лікарська форма. Гранули для орального розчину. **Показання.** Короточасне симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня тяжкості, наприклад, м'язово-скелетний біль, дисменорея та зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю). Та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 25 мг кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Побічні дії препарату можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективної дози протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Перед застосуванням розчинити весь вміст 1 пакета у скляній воді та добре перемішати для кращого розчинення. Отриманий розчин слід приймати відразу після приготування. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 04.09.2020 № 2032. **Виробник.** Лабораторієс Менаріні С.А. Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81. ² Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 04.09.2020 № 2032. ³ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® ІН'ЕКТ від 15.10.2020 №2338. ⁴ Sanchez-Cargena J, et al. Comparison of dextketoprofen trometamol and dipyrone in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003; 23:139-152. ⁵ Baranov MJ, et al. Clinical pharmacokinetics of dextketoprofen. Clin Pharmacokinet 2001; 40:245-262. ⁶ Mareco JL, et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dextketoprofen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. Clin Drug Invest 2000; 19:247-256. ⁷ Metscher B, et al. Dextketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortschr Med Orig 2001; 118:147-151. ⁸ Leman P, et al. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dextketoprofen and diclofenac in lower limb injury. Emerg Med J 2003; 20:511-513. ⁹ Ay, MO et al. Comparison of the Analgesic Efficacy of Dextketoprofen Trometamol and Meperidine HCl in the Relief of Renal Colic. American Journal of Therapeutics 2013, May 9, 1-8. ¹⁰ Karaman Y, et al. Efficacy of Dextketoprofen trometamol for acute postoperative pain relief after ENT surgery: a comparison with paracetamol and metamizole. Nobel Medicus, 2010, 6(2), 47-52. ¹¹ Дексалгін® та Дексалгін® ІН'ЕКТ є першими лікарськими засобами в Україні, що були зареєстровані у 2004 та 2005 рр відповідно та мають дозую речовини декскетопрофену (Market research system «Pharmastandart», ТОВ «Моріон», 2003-2020, Year 2003-2020, M01A market). ¹² <http://panacea.ua/> ¹³ Показання: Симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня (Дексалгін® та Дексалгін® саше) до болю середньої та високої (Дексалгін® ІН'ЕКТ) інтенсивності. ¹⁴ Пацієнтам особливих груп (літнього віку, при порушеннях функцій печінки легкого та помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функцій нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. ¹⁵ Додаткова інформація в інструкціях для медичного застосування препаратів Дексалгін® від 11.01.2019 №81, Дексалгін® ІН'ЕКТ від 15.10.2020 №2338, Дексалгін® саше від 04.09.2020 № 2032. **ДЕКСАЛГІН®** не передбачений для тривалої терапії; лікування триває, поки є симптоми. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЕКТ** призначений для симптоматичного лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЕКТ** призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2-х діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. **ДЕКСАЛГІН® САШЕ** призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів.

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ІмбХ»
Адреса: м.Київ, вул. Березилівська, 29,
тел.: (044) 354-1717, факс: (044) 354-1718



ІЛ_06_33_2020_V1 - Преса. Загальнодоступно до друку 16.12.2020.

НОВИНКА



БЕЗДОГАННЕ ОЧИЩЕННЯ^{1,2}

ДЛЯ ВАШИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

СИЛА
2x

БІЛЬШЕ ОЧИЩАЮЧИХ
ІНГРЕДІЄНТІВ²



¹В лабораторних тестах. ²У порівнянні з таблетками для очищення зубних протезів Korega Біо завдяки більш високому вмісту калію моноперсульфату та натрію перкарбонату. Імпортер та уповноважена організація в Україні: ТОВ "ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.". Адреса: Україна, 02152, м. Київ, проспект Павла Тичини, 1-В, тел. (044) 585-51-85, email: oax70065@gsk.com. Торгові марки належать або використовуються за ліцензією групою компаній GSK. (c) 2020 група компаній GSK або їх ліцензіар. Реклама медичного виробу. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та обов'язково ознайомтеся з інструкцією до використання. Інформаційний матеріал №РМ-UA-PLD-20-00042. Дата виробництва матеріалу: листопад 2020. Сертифікат відповідності № UA.TR. 039.255.

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я