

В.Ф. Макєєв, Н.І. Микиєвич

Експериментальне вивчення щільності прилягання прямих і непрямих реставрацій до твердих тканин зуба

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Резюме. У дослідженні в експерименті визначений ступінь прилягання прямих і непрямих (вкладок) реставрацій, виготовлених з композитних матеріалів різних типів, до твердих тканин бічних зубів. Визначено, що непрямі реставрації мають більш високий ступінь прилягання до тканин зуба, ніж прямі реставрації.

Ключові слова: прямі реставрації, непрямі реставрації, прилягання до твердих тканин зуба.

Проблема відновлення анатомічної форми та жувальної функції бічних зубів і сьогодні залишається актуальною, оскільки карієс і некаріозні ураження зубів займають провідне місце серед стоматологічних захворювань населення України [3, 4, 15, 16], незважаючи на розробку та впровадження нових підходів до їх профілактики й лікування [2, 3, 5, 6, 12, 14, 17, 18].

Високих функціональних та естетичних результатів лікування дефектів твердих тканин бічних зубів удалось досягнути завдяки фотополімерним композитним матеріалам. Проте численні експериментальні та клінічні дослідження вказують на необхідність чіткого дотримання певних умов при використанні цих матеріалів. Найменші порушення методики пломбування впливають на фізико-механічні властивості матеріалу, що проявляється різного роду ускладненнями як у найближчі, так і у віддалені строки [6, 10, 19, 20, 21, 23, 24]: це порушення форми оклюзійної поверхні, погіршення крайового прилягання, порушення контактних пунктів, запалення в ділянці ясен, сколювання стінки зуба тощо [8, 22].

Використання непрямих реставрацій для відновлення дефектів коронок зубів за дослідженнями [1, 7,

11, 13, 25] дозволяє уникнути ряду ускладнень, що виникають під час відновлення каріозних порожнин композитними матеріалами в агресивному середовищі порожнини рота, за рахунок перенесення низки технологічних етапів на модель. Завдяки цьому досягається оптимальне відновлення оклюзійних та апроксимальних контактів, анатомічної форми зубів, повної полімеризації композиту та зменшення полімеризаційної усадки реставрації в порівнянні з полімеризацією безпосередньо в каріозній порожнині [5, 9]. Однак через відсутність у спеціалізованій літературі чітко диференціації показань до прямих і непрямих реставрацій вибір методу відновлення дефектів твердих тканин бічних зубів здійснюється переважно на основі досвіду лікаря-стоматолога.

У зв'язку із зазначеним проблема вибору методу реставрації для забезпечення ефективного відновлення й довготривалого збереження анатомічної форми та функції відреставрованих бічних зубів залишається актуальною й потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження – порівняльна оцінка щільності прилягання прямих і непрямих реставрацій до твердих тканин зуба.

Таблиця

Крайове проникнення барвника при різних видах реставрацій

Відновлювальний матеріал	Вид реставрації	Кількість зубів	Оцінювальна шкала, бали					Середнє значення
			1	2	3	4	5	
Filtek Z 250	Пломба	10	4	5	1	–	–	1,7±0,67
	Вкладка	10	9	1	–	–	–	1,1±0,32*
Charisma	Пломба	10	2	5	2	1	–	2,2±0,86
	Вкладка	10	9	1	–	–	–	1,1±0,32**
Dipol	Пломба	10	1	2	4	2	1	3,0±1,15
	Вкладка	10	8	2	–	–	–	1,2±0,42***
Амальгама з адгезивом	Пломба	10	7	3	–	–	–	1,3±0,52****
Амальгама без адгезиву	Пломба	10	6	2	2	–	–	1,5±0,55*****
Золотомісний сплав 900 проби	Вкладка	10	8	2	–	–	–	1,2±0,42

Примітки: * $p < 0,05$ – достовірність різниці в порівнянні із пломбами з Filtek Z 250,

** $p < 0,01$ – достовірність різниці в порівнянні із пломбами з Charisma,

*** $p < 0,001$ – достовірність різниці в порівнянні із пломбами з Dipol,

**** $p < 0,05$ – достовірність різниці в порівнянні із пломбами з Filtek Z 250, Charisma та Dipol,

***** $p < 0,05$ – достовірність різниці в порівнянні із пломбами з Charisma та Dipol.



Рис. 1. Шліф моляра, дефект коронки якого відновлено прямою реставрацією з матеріалу «Charisma».

Матеріали та методи дослідження

Дослідження щільності крайового прилягання прямих і непрямих реставрацій в експерименті виконано на 90 інтактних молярах, видалених за ортодонтичними та пародонтологічними показаннями.

Після видалення зуби очищували у 3 % розчині перекису водню та промивали водою і в них формувалися стандартизовані порожнини I класу за Блеком глибиною 2,5–3,0 мм, шириною 2–3 мм й довжиною 2–3 мм. Для відновлення сформованих порожнин використані прями та непрямі реставрації з універсальних мікрогібридних композитних пломбувальних матеріалів «Charisma»

(Heraeus Kulzer) з адгезивною системою «Gluma Comfort Bond» (Heraeus Kulzer), Filtek Z 250 (3M ESPE) з адгезивною системою «Adper Single Bond 2» (3M ESPE), «Dipol» (Оксомат-Т) з оригінальною адгезивною системою, а також прями реставрації амальгамою «Galloy» (Southern Dental Industries Ltd, Australia) з використанням і без використання адгезиву та непрямі реставрації золотомісним сплавом 900 проби.

Відновлені зуби витримували впродовж 24-х годин в умовах 100 % вологості в герметичній посудині й покривали двома шарами ізоляційного лаку «Stumpflack» (ORBIS Dental, США), залишаючи вільною тільки жувальну поверхню. Потім зуби занурювали у 2 % водний розчин метиленової синьки на 24 години так, щоб розчин покривав коронку зуба лише на 2/3. Далі зуби промивали водою, висушували й фіксували в епоксидній смолі. Отримані блоки розрізали карборундовим диском уздовж серединної лінії пломби. Ступінь проникнення барвника у крайову щілину та тканини зуба визначали на мікрошліфах досліджуваних зубів (рис. 1) шляхом їх фотографування фотокамерою «Canon EOS 550D» (Японія) у стереомікроскопі МБС-10 (ЛЗОС, Росія) за п'ятибальною шкалою:

- 1 бал – відсутність проникнення барвника;
- 2 бали – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини;
- 3 бали – проникнення барвника до дна порожнини навколо всієї пломби, включаючи дно;
- 4 бали – часткове проникнення барвника в дентин;
- 5 балів – значне проникнення барвника в дентин.

При нерівномірному проникненні барвника за основу брали ділянки, де барвник проникав на найбільшу глибину.

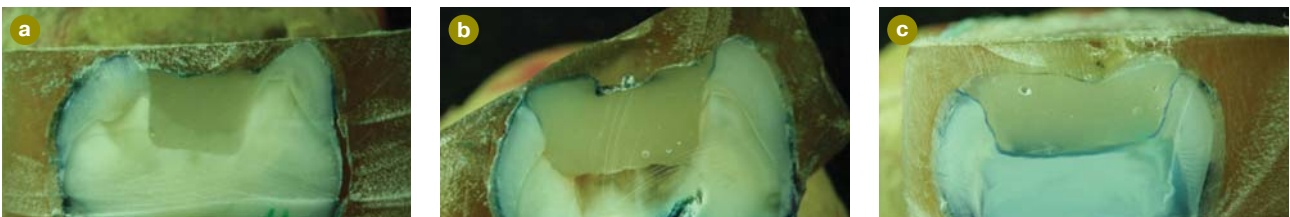


Рис. 2. Прямі реставрації з Filtek Z 250:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини;
с – проникнення барвника до дна порожнини й навколо всієї пломби, включаючи дно.

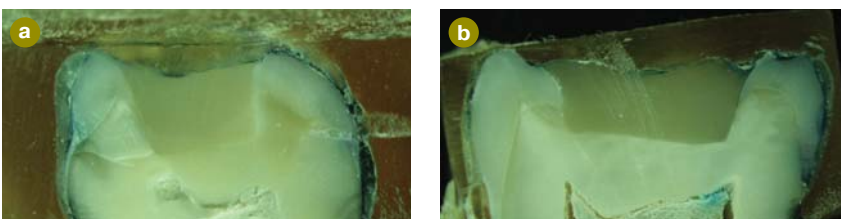


Рис. 3. Непрямі реставрації з Filtek Z 250:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–вкладка»;
б – проникнення барвника вздовж краю й на половину глибини порожнини.

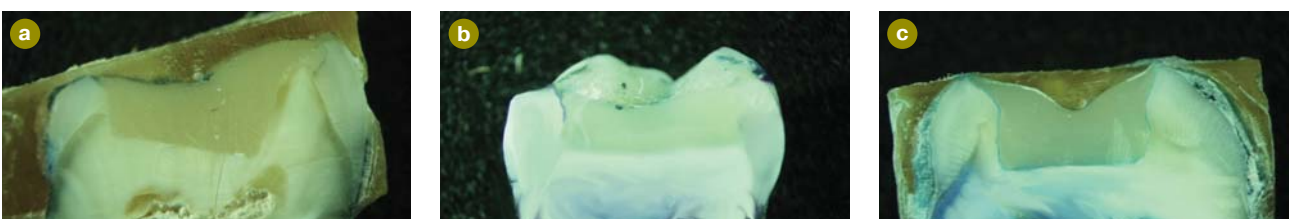


Рис. 4. Прямі реставрації з Charisma:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини;
с – проникнення барвника до дна порожнини й навколо всієї пломби, включаючи дно.

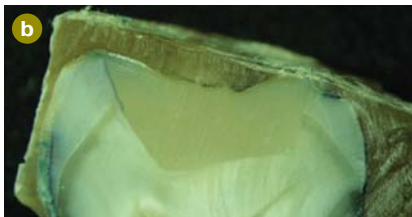


Рис. 5. Непрямі реставрації з Charisma:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–вкладка»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини.

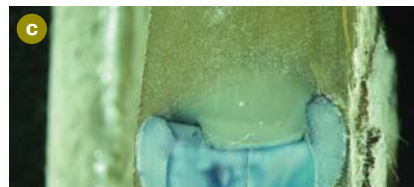


Рис. 6. Прямі реставрації з Dipol:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини;
с – проникнення барвника до дна порожнини й навколо всієї пломби, включаючи дно;
д – часткове проникнення барвника в дентин.



Рис. 7. Непрямі реставрації з Dipol:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–вкладка»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини.

Рис. 8. Прямі реставрації, виконані з амальгами з використанням адгезиву:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини.

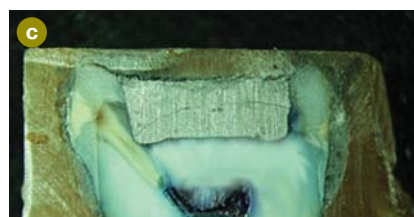
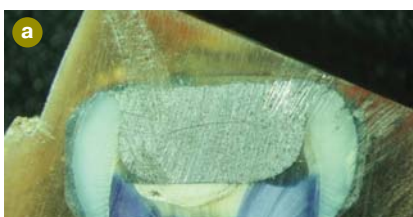
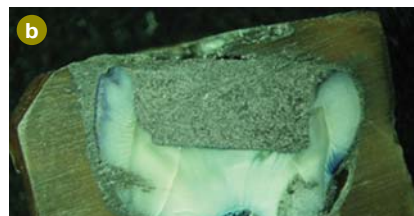


Рис. 9. Прямі реставрації з амальгами без адгезиву:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини;
с – проникнення барвника до дна порожнини й навколо всієї пломби, включаючи дно.

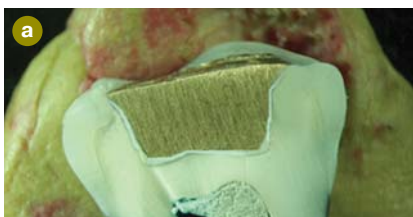


Рис. 10. Непрямі реставрації, виконані із золотовмісного сплаву 900 проби:
а – відсутність крайового проникнення барвника на межі «тверді тканини–пломба»;
б – проникнення барвника вздовж краю на половину глибини порожнини.

Залежно від матеріалу, яким відновлювався дефект коронкової частини зуба, усі моляри були розділені на шість груп. У I групі відновлення дефекту твердих тканин зуба здійснено універсальним мікрогібридним фотополімерним композитним матеріалом «Filtek Z 250» (3M ESPE, Німеччина); у II групі – універсальним мікрогібридним фотополімерним матеріалом «Charisma» (Heraeus Kulzer, Німеччина); у III групі – універсальним мікрогібридним фотополімерним композитним матеріалом «Dipol» (Оксомат-Т, Україна); у IV групі – амальгамою «Galloy» з використанням адгезиву; у V групі – амальгамою «Galloy» без використання адгезиву; у VI групі – золотомісним сплавом 900 проби.

Групи I, II, III були розділені на дві підгрупи по десять зубів у кожній. У підгрупу А ввійшли зуби, відновлені прямими реставраціями, у підгрупу Б – зуби з непрямыми реставраціями. У IV, V і VI групах також досліджено по десять зубів.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати експериментального дослідження показали, що в підгрупі I А (пряма реставрація) в 40 % спостережень не виявлено ознак проникнення барвника на межі «пломба–тверді тканини зуба». У 50 % зубів із прямими реставраціями з Filtek Z 250 виявлено проникнення барвника вздовж краю реставрації на половину глибини порожнини і в 10 % зубів – навколо всієї пломби (табл., рис. 2).

У підгрупі I Б (непряма реставрація) лише в 10 % спостережень виявлено проникнення барвника на межі «вкладка–тверді тканини зуба» до половини глибини порожнини (табл., рис. 3).

Трохи гірші результати показали прямі реставрації, виконані з матеріалу «Charisma» (підгрупа II А). Зокрема, відсутність проникнення барвника стверджено у 20 % зубів, його проникнення на половину глибини порожнини – у 50 % зубів, а навколо всієї пломби – у 20 % зубів. Крім того, у цій підгрупі виявлено й часткове проникнення барвника в дентин (10 % спостережень) (табл., рис. 4).

У той же час ступінь проникнення барвника між непрямыми реставраціями і твердими тканинами зуба в підгрупі II Б не відрізнявся від результату вкладок з Filtek Z 250 (табл., рис. 5).

У підгрупі III А спостерігалось не тільки проникнення барвника вздовж межі «пряма реставрація–тверді тканини зуба» (до половини порожнини – у 20 % зубів, навколо всієї пломби – у 40 % зубів), а і його проникнення в дентин (часткове – у 20 % зубів і значне – у 10 % зубів). Лише в 10 % спостережень ознаки проникнення барвника були відсутніми (табл., рис. 6).

У порівнянні із прямими реставраціями відновлення зубів вкладками з Dipol (підгрупа III Б) забезпечувало кращий результат: у 80 % зубів проникнення барвника не виявлено й у 20 % зубів барвник проникав на половину глибини порожнини (табл., рис. 7).

З наведених у таблиці результатів дослідження видно, що середньостатистичні відмінності між підгрупами I А та I Б мають достовірну значущість ($p < 0,05$). Така ж сама закономірність виявлена при порівнянні підгруп II А і II Б ($p < 0,01$) та підгруп III А і III Б ($p < 0,001$).

У групі IV (амальгама з використанням адгезиву) проникнення барвника на межі «пломба–тверді тканини зуба» на половину глибини порожнини визначено у 30 % спостережень (рис. 8). У 70 % зубів ознак проникнення барвника не виявлено.

Трохи гірші результати показали прямі реставрації, виконані з амальгами без адгезиву (група V). Зокрема, відсутність проникнення барвника виявлено в 60 % зубів, його проникнення на половину глибини порожнини – у 20 % зубів, а навколо всієї пломби – у 20 % зубів (рис. 9).

Непрямі реставрації із золотомісного сплаву 900 проби (група VI) показали такі результати: у 80 % зубів проникнення барвника не виявлено й у 20 % зубів барвник проникав на половину глибини порожнини (табл., рис. 10).

Висновки

Аналіз отриманих результатів переконливо доводить, що якість прилягання непрямих реставрацій до твердих тканин зуба є значно краще, ніж прямих реставрацій. При цьому ступінь проникності барвника вздовж краю вкладок з Filtek Z 250 і Charisma був однаковим, але нижче, ніж у вкладок з Dipol. Найкращу щільність крайового прилягання серед прямих композитних реставрацій показали пломби з Filtek Z 250, а найгіршу – з Dipol.

Якість крайового прилягання пломб з амальгами у значній мірі залежить від застосування адгезивного прошарка між реставрацією та твердими тканинами зуба і краще, ніж при прямому фотополімерному відновленні.

Вкладки, виготовлені із золотомісного сплаву, показують високу стабільність до крайового проникнення барвника й за своєю якістю практично не відрізняються від непрямих реставрацій, виготовлених з фотополімерних композитних матеріалів, і прямих відновлень з амальгами із застосуванням адгезиву.

Таким чином, на основі експериментального дослідження встановлено, що при відновленні дефектів твердих тканин зубів віддавати перевагу слід непрямым реставраціям.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахмад И. Эстетика непрямої реставрації / И. Ахмад. – М.: МЕДпресс – информ, 2009. – 230 с.
2. Беда В.И. Ортопедическое лечение с применением адгезивных мостовидных конструкций / В.И. Беда, О.В. Павленко // Панорама ортопедической стоматологии. – 2008. – № 2. – С. 40–48.
3. Бекжанова О.Е. Клиническая оценка пломб из композитного материала «Filtek Z 250» / О.Е. Бекжанова, Е.В. Курбанова // Российский стоматологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 41–43.
4. Білоклицька Г.Ф. Універсальний реставраційний матеріал «Brilliant New Line» – представник наногібридних композитів / Г.Ф. Білоклицька, Л.М. Заноздра // Новини стоматології. – 2008. – № 4. – С. 6–9.
5. Борисенко А.В. Каріес зубів / А.В. Борисенко. – К.: Книга плюс, 2005. – 344 с.
6. Борисенко А.В. Композиційні пломбирочні та облицювальні матеріали / А.В. Борисенко, В.П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2001. – 195 с.
7. Власенко А.З. Технологія виготовлення зубних протезів з використанням керамічних і композитних матеріалів / А.З. Власенко, К.М. Стрелковський. – К.: Здо-

- ров'я, 2005. – 164 с.
8. Гюрель Г. Керамические виниры – искусство и наука / Г. Гюрель. – М. – 2007. – 865 с.
9. Жаров М. Прямі композитні реставрації типу onlay при значному руйнуванні коронок бічних зубів. Частина 1 / М. Жаров, Е. Крупінський // Новини стоматології. – 2005. – № 2. – С. 42–47.
10. Капируліна О.В. Осложнения при использовании композитных пломбирочных материалов / О.В. Капируліна // Стоматолог. – 2008. – № 12. – С. 30–32.
11. Козицька С.И. Замещение дефектов твердых тканей зубов вкладками / С.И. Козицька, И.Г. Грицай. – Из-во МЕДИ. – 2007. – 88 с.
12. Косенко С.В. Карієспрофілактична ефективність засобів «Пектодент» / С.В. Косенко, М.М. Рожко, Г.М. Гаврилів // Матеріали ювілейної міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективи напрямки розвитку». – Львів, 2009. – С. 39.
13. Мангани Ф. Непрямые эстетические реставрации: композитные инлеи и оверлеи / Ф. Мангани // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 49–58.

14. Маньє П. Сравнение керамических и композитных вкладок и накладок. Влияние механического воздействия на распределение нагрузки, адгезию и сгибание коронки / П. Маньє, У. Белсер // *DentaliQ*. – 2004. – № 1. – С. 48–59.

15. Mount G.J. Современный рынок стеклоиономерных цементов / G.J. Mount // *Стоматолог*. – 2003. – № 8. – С. 35–38.

16. Николишин А.К. Восстановление (реставрация) и пломбирование зубов современными материалами и технологиями / А.К. Николишин. – Полтава, 2001. – 176 с.

17. Ожоган І. А. Поширеність дефектів твердих тканин зубів різної етіології / І.А. Ожоган // *Український стоматологічний альманах*. – 2008. – № 6. – С. 10–11.

18. Павленко О.В. Сучасні проблеми стоматологічного здоров'я України / О.В. Павленко, І.О. Головня, І.П. Мазур // *Журнал практичного лікаря: спеціалізоване інформаційне видання*. – 2005. – № 5. – С. 8–13.

19. Полімеризація фотокompозиційних матеріалів: дослідження та проблеми / О.А. Удод, А.Б. Мороз, І.О. Трубка, К.М. Хачатурова // *Вісник стоматології*. – 2006. – № 2. – С. 92–96.

20. Рожко М.М. Ортопедична стоматологія / М.М. Рожко, В.П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. – 567 с.

21. Современная эстетическая стоматология. Практические основы / Б.Д. Крипин, Е.Р. Хьюлетт, Я.Х. Джо, С. Хобо. – М.: Квинтэссенция, 2003. – 303 с.

22. Уголева С. Клинические аспекты изготовления композитных вкладок по системе «SR-Isosit Inlay»/Onlay / С. Уголева // *Новое в стоматологии*. – 1996. – № 3, спец. вып. – С. 51–55.

23. Hajto J. Достоинства и недостатки прямых композитных реставраций. Часть 1 / J. Hajto // *Новое в стоматологии*. – 2006. – № 7. – С. 4–18.

24. Чиликин В.Н. Сравнительная характеристика композитных пломбировочных материалов с различной дисперсностью наполнителя / В.Н. Чиликин, Т.В. Гринева, Н.П. Сотникова // *Клиническая стоматология*. – 2008. – № 4. – С. 4–7.

25. Reiss B. Clinical results of Cerec inlays in a dental practice over a period of 18 years / B. Reiss // *Int. J. Comput. Dent.* – 2006. – № 9. – P. 11–22.

Експериментальне вивчення щільності соприкосновения прямих и непрямих реставрацій с твердыми тканями зуба

В.Ф. Макеєв, Н.І. Микиєвич

Резюме. В дослідженні в експерименті вивчена ступінь соприкосновения прямих и непрямих (вкладок) реставрацій, виготовлених из композитних матеріалів різних типів, с твердыми тканями бокових зубів. Установлено, що непрямі реставрації мають більшу ступінь соприкосновения с твердыми тканями зуба, чем прямі реставрації.

Ключові слова: прямі реставрації, непрямі реставрації, соприкосновение с твердыми тканями зуба.

Experimental study of adjacency of direct and indirect inlays to dental tissue

V. Makeev, N. Mykyeyevych

Summary. The research experimentally measures the degree of adjacency of direct and indirect inlays made of different types of composite materials to the dental tissue of lateral teeth. Indirect inlays have proved to have higher degree of adjacency as compared to direct ones.

Key words: direct inlays, indirect inlays, adjacency to dental tissue.

В.Ф. Макеєв – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна.

Н.І. Микиєвич – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна.

НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ

ОТСУТСТВИЕ БЕЛКА ТРИТЕТРАПРОЛИНА ВЕДЕТ К УБЫЛИ КОСТНЫХ ТКАНЕЙ

Исследователи Университета Буффало утверждают, что отсутствие белка тритетрапролина (ТТП), играющего важную роль в борьбе организма с воспалениями, может привести к быстрой и существенной убыли костной ткани. В рамках эксперимента на лабораторных мышах, ученые инактивировали ген, отвечающий за выработку белка ТТП, в результате чего у здоровых мышей наблюдалась потеря костных тканей, соответствующая состоянию костей у пожилых грызунов.

По истечении 9 месяцев эксперимента, убыль костных тканей в челюсти подопытных грызунов составила 20 %. Также оказалось, что стимуляция чрезмерного производства белка приводит к потере 13 % костной ткани у подопытных мышей, по сравнению со здоровыми особями.

Воспаление – это обязательная реакция иммунной системы для защиты организма от инфекций и травм. Однако если не следить за воспалительным процессом, то в ряде случаев может происходить разрушение костей или замедление процессов формирования костных тканей. Известно, что белок ТТП играет важную роль в контроле воспалительных процессов, но с возрастом выработка этого белка существенно сокращается. Предполагается, что результаты данной работы будут полезны для разработки новых стратегий борьбы с костными заболеваниями у пожилых людей, ведь именно в этом возрасте наиболее высок риск развития остеопороза и пародонтоза.

Автор, преподаватель на факультете Биологии ротовой полости в Стоматологической школе Университета Буффало, д.м.н. Кит Кирквуд комментирует работу: «Белок ТТП в определенный момент тормозит воспалительный процесс, без него воспаление и потеря костной ткани не регулировалась бы со стороны организма. Неизвестно, почему с возрастом выработка ТТП снижается. На данном этапе мы стараемся определить факторы, влияющие на его экспрессию, а также механизмы взаимосвязи белка с убылью костной ткани, чтобы в дальнейшем разрабатывать новые терапевтические методики». В планах также перенести исследование на человеческую модель, в частности – собрать группу пожилых участников для продолжения работы.



Міжнародний день стоматолога та перший ювілей Національної спілки стоматологів України

На 9 лютого, Міжнародний день стоматолога припала перша річниця заснування ГО «Національна спілка стоматологів України» (НССУ). Сама НССУ, очолювана президентом Мироном Угрином, та виставкова компанія «МЕДВІН» (генеральний директор - Едвін Задорожний) були ініціаторами особливої події – відзначення волонтерів-стоматологів АТО, об'єднаних у неполітичну спільноту «ТриЗуб Дентал», шевронами зі зображенням ордена «Народний Герой України».

Також НССУ було організовано проведення конференції для волонтерів-стоматологів з питань кваліфікованої допомоги пораненим «Кращі для кращих». Програма конференції викликала чимале зацікавлення, її відвідали



понад 150 волонтерів-стоматологів. А ще присутні могли отримати естетичне задоволення і відволіктись від суворих буднів завдяки виступам композитора-пісняра, поета і співака Анатолія Сердюка та учасників студії ірландського танцю FireDance.

Вперше відзначення Міжнародного дня стоматолога, проведене Національною спілкою стоматологів України, відбулося на такому рівні та у неформальній атмосфері. Також НССУ звернулась до представників державних органів з пропозицією включити Міжнародний день стоматолога (9 лютого) до переліку Державних свят України.





Організатори

НМАПО ім. П.Л. Шупика

ВГО «Асоціація лікарів-пародонтологів України»

За підтримки

Європейської федерації пародонтологів (EFP)

ГО «Асоціація стоматологів України»

ГС «Сприяння професійного розвитку стоматологів України»

ГО «Академія стоматологічного здоров'я»

ГО «Асоціація зубних гігієністів України»

Шановні колеги, друзі та однодумці Асоціації лікарів-пародонтологів України!

Дорогі колеги!

Асоціація лікарів-пародонтологів України запрошує вас взяти участь у міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційні підходи до лікування захворювань пародонту від Perio до Impla».

У програмі конференції доповіді провідних фахівців Європи та України.

Уперше в роботі нашої конференції візьме участь член виконавчого комітету EFP, елект-президент EFP, професор Філіппо Граціані (Піза, Італія). Серед гостей друзі нашої АЛПУ, які неодноразово виступали з доповідями в нас, відомі в Європі професори – паст-президент EFP, професор Коркуд Демірель (Стамбул, Туреччина) й Наталія Юдіна (Мінськ, Білорусь).

Конференція внесена в Реєстр з'їздів і науково-практичних конференцій, які затверджені МОЗ України.

По закінченню конференції учасники отримають сертифікат.

У програмі заходу будуть приймати участь провідні фахівці Європи та України в галузі пародонтології, рентгенології, регенеративних технологій, що використовуються в сучасній медицині.

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ 29–30 березня

Реєстрація учасників.

Урочне відкриття.

DDS, MClintDent (Perio), *д-р філософії, проф. Філіппо Граціані* (Італія). Консервативне пародонтальне лікування;

д-р мед. наук, проф. Коркуд Демірель (Туреччина). Рецесія ясен: від етіології до лікування;

д-р мед. наук, проф. Наталія Юдіна (Білорусь). Прогнозування захворювань пародонту;

Анас Ельхаратхі, Ала Даррат (Лівія). Поліпшення результатів зубного імплантата в естетичній зоні шляхом трансплантації м'яких тканин;

д-р мед. наук, проф. Галина Білоклицька, канд. мед. наук, доц. Оксана Копчак (Україна). Модифікована методика ін'єкційної PRP-терапії в консервативному лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих з ендотеліальною дисфункцією;

д. мед. н., проф. Наталія Савичук (Україна). Кандида-асоційовані ураження слизової оболонки порожнини рота;

д-р мед. наук, проф. Ірина Мазур (Україна). Пародонталізація – захворювання тканин пародонту із прогресуючою втраченою кістковою тканиною;

д-р мед. наук, проф. Юлія Чумакова (Україна). Сучасна концепція професійної гігієни порожнини рота в дітей і дорослих. Протокол GBT (guided biofilm therapy);

д. мед. н., проф. Тетяна Петрушанко (Україна). Куріння й пародонт. Тактика стоматолога;

канд. мед. наук, доц. Лариса Дерейко (Україна). Агресивний пародонтит. Зуби чи імплантати – сучасна дилема для лікарів;

д-р мед. наук, доц. Олеся Годована (Україна). Особливості хірургічного підходу в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту (оптимізація репаративного остеогенезу методом дослідження ex vivo);

Лариса Дахно (Україна). КТ-ознаки деструктивних процесів у альвеолярному відростку. Диференціація з пухлинними новоутвореннями;

д-р мед. наук, проф. Андрій Копчак, канд. мед. наук, доц. Юрій Чепурний, ас. Олександр Лисенко, Павличук Т.О. (Україна). Особливості корегувальних заходів при дефіциті кістки в пацієнтів з генералізованим пародонтитом;

д-р мед. наук, проф. Анатолій Гулюк (Україна). Попередження утворення й хірургічне усунення дефектів кісткової тканини при пародонтиті та періімплантиті;

д-р мед. наук, проф. Неспрядько В.П., канд. мед. наук, доц. Юрій Клітинський, канд. мед. наук, доц. Ірина Скрипник (Україна). Цифрові протоколи оклюзійної реабілітації ортопедичними й ортодонтичними засобами пацієнтів з генералізованим пародонтитом;

сертифікований тренер Dentsply Maillefer Тетяна Іванова (Україна). Особливості ендодонтичних захворювань та їх лікування при захворюваннях пародонту. Новітні технології успішного рішення клінічних завдань (повідь з демонстрацією);

д-р мед. наук, доц. Юлія Коленко (Україна). Роль первинної ланки у профілактиці онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота;

д-р мед. наук, проф. Павло Леоненко, аспірант Юлія Кокоева (Україна). Дентальна імплантація, протезування й фармакологічний супровід пацієнтів на тлі генералізованого пародонтиту;

канд. мед. наук, доц. Іван Попович (Україна). Комплексний підхід до реабілітації хворих на генералізований пародонтит;

канд. мед. наук, доц. Галина Леоненко (Україна). Ортодонтичні коригувальні заходи на етапах комплексної реабілітації пацієнтів з генералізованим пародонтитом;

канд. мед. наук, доц. Валерій Бургонський (Україна). Поєднання сучасних технологій і методів традиційної народної медицини в комплексному лікуванні, профілактиці та реабілітації пародонтологічних хворих.

КЛЮЧОВА ПОДІЯ ДЛЯ ФАХІВЦІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ГАЛУЗІ



МІЖНАРОДНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ КОНГРЕС

За підтримки:



• Президента України



Офіційна підтримка:

• Кабінету Міністрів України
• Міністерства охорони здоров'я України

• Київської міської державної
адміністрації

Під патронатом:



• Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я

Організатори:



НМАПО імені
П. Л. Шупика



НАМН
України



Компанія
LMT

Офіційний партнер:



25–27 квітня 2018 року



Україна, Київ,
вул. Салютна, 2-Б



МІЖНАРОДНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ КОНГРЕС

✓ Конференції, семінари та майстер-класи на актуальні теми для власників, керівників, а також фахівців стоматологічної галузі

Участь у заході – найкраща можливість підвищити свій професійний рівень, ознайомитися з сучасними світовими досягненнями, бути в курсі актуальних тенденцій у сфері стоматології.

Конгрес щорічно вноситься до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій»



МІЖНАРОДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ВИСТАВКА

✓ Міжнародна участь та відвідування
✓ Відомі торгові марки та світові бренди

✓ Найсучасніше стоматологічне і
зуботехнічне обладнання, інструментарій,
матеріали, медичні вироби

З питань участі у Виставці:

☎ +380 (44) 206-10-98

@ dentalexpo@lmt.kiev.ua



З питань участі у Конгресі:

☎ +380 (44) 206-10-18

@ dentalforum@lmt.kiev.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA