

УДК: 617.52:616.716.8-018.4-006:576.31

А.А. Тимофеев¹, Н.А. Ушко¹, С.Г. Гичка²

Морфологические особенности амелобластом

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: определить особенности морфологической картины амелобластом челюстей, которые можно использовать для дифференциальной диагностики разных типов её гистологического строения.

Методы. Проведен анализ патоморфологического материала, полученного после удаления амелобластом челюстей у 77-и больных.

Результаты. Дана гистологическая характеристика разных форм и патоморфологическая систематизация амелобластом челюстей.

Выводы. На основании проведенных морфологических исследований пришли к выводу, что к группе опухолей, которых объединяют одним термином «амелобластомы», следует относить как истинную амелобластому, так и псевдоамелобластомы (амелобластомоподобные опухоли): амелобластическую фиброму, аденоамелобластому, амелобластическую фибродонтому, одонтоамелобластому.

Ключевые слова: амелобластомы челюстей, морфология амелобластом.

Введение

В диагностике доброкачественных опухолей челюстей большое значение помимо клинических и инструментальных методов обследования больного имеет патоморфологическое исследование послеоперационного материала.

Под термином «амелобластома» объединяется группа одонтогенных опухолей эпителиального происхождения, которые располагаются в толще челюсти. Для этих видов опухолей характерна способность к инвазивному (деструктивному, инфильтративному) росту. Прорастая челюстную кость, опухоль растет в мягкие ткани, а на верхней челюсти – в верхнечелюстную пазуху.

По нашим данным, амелобластомы обнаруживаются в 18 % случаев среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Амелобластомы чаще встречаются у людей в возрасте 16–45-ти лет, хотя их можно выявить и в другом возрасте. Обнаруживается данная опухоль как у женщин, так и у мужчин. Локализуется чаще (в 94 % случаев) на нижней челюсти в области ее тела, угла и/или ветви.

Цель исследования – определить особенности морфологической картины амелобластом челюстей, которые можно использовать для дифференциальной диагностики разных типов ее гистологического строения.

Материал и методы обследования

Проведен анализ патоморфологического материала, полученного после удаления амелобластом челюстей у 77-х больных. Кусочки ткани, полученные после проведенного оперативного вмешательства, фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина (рН = 7,4) в течение 24-х часов. Из фиксированных в формалине кусочков после промывания в проточной воде и иссекали соответствующие участки. В дальнейшем фиксированные кусочки проводили через спиртовой раствор нарастающей концентрации и заливали парафином. Из парафиновых блоков на санном микротоме изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 ± 1 мкм, которые потом окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, на эластик по Вейгерту, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой.

Применили не только гистологические, но и иммуногистохимические методы исследования. Для иммуногистохимического анализа опухоли применили широкий спектр маркеров – цитокератины (СК 5/6 и др.), экспрессию PanCK, реакцию с антителами Vimentin, оценку пролиферации активности Ki-67 и др.

При постановке иммуногистохимических реакций с целью демаскировки антигенов были проведены тепловая обработка срезов и блокирование неспецифического связывания белков блоком протеина «ДАКО» и эндогенной пероксидазной активности пероксидазным блоком «ДАКО», после этого наносились первичные антитела. С помощью детекции DAKO En Vision (+) проводили визуализацию первичных антител. Гистологические структуры для визуализации иммуногистохимических препаратов докрашивали гематоксилином Майера, покрывали канадским бальзамом и покровными стеклышками. После этого по количеству клеток, которые имели четкую позитивную реакцию с учетом интенсивности расцветки, проводили учет позитивных реакций.

Интенсивность расцветки выражали в процентах к общему количеству клеток, которые находились на площади гистологического препарата. Оптическую интенсивность расцветки определяли субъективно за четыре степени градации: 0 – отсутствие расцветки; 1 – слабая расцветка; 2 – расцветка средней интенсивности; 3 – интенсивная расцветка.

Количество положительно окрашенных клеток колебалось в пределах от 0 до 100 %. Был определен уровень экспрессии антигенов полуколичественным индексом: $IRS = S1 \times PP$, где IRS – полуколичественный индекс иммунореактивности, $S1$ – оптическая плотность окрашивания, PP – процент положительно окрашенных клеток.

Полученные гистологические препараты изучали с использованием микроскопа «Olympus BX 51», цифровой камеры «Olympus C 5050 Z» и программного обеспечения «Olympus DP-Soft». Микроскопическое исследование также проводили при помощи светооптического микроскопа «Carl Zeiss» (Германия) и системы обработки данных «Axiovision» при увеличении объектива $\times 5$, $\times 10$, $\times 20$, $\times 40$, бинокулярной насадки $\times 1,5$ и окуляров $\times 10$.

Результаты обследования и их обсуждение

При диагностике амелобластом челюстей важно определить гистологический тип, степень дифференцировки опухоли, ее размеры и распространенность. Важным аспектом является гистологическая и иммуногистохимическая верификация доброкачественности или злокачественности процесса. Для решения этой задачи важно правильно подобрать диагностическую панель антител для верификации той или иной неоплазии.

Макроскопически различают два основных клинико-морфологических варианта амелобластомы челюстных костей – солидный и кистозный (моно- и поликистозный):

- Солодная – узел плотной серо-розовой ткани без кист (очень редкий вариант опухоли).
- Кистозная форма:
 - монокистозная (с одиночной гладкостенной кистой) – встречается нечасто;
 - поликистозная (с множественными кистами) – встречается наиболее часто. На рентгенограммах выглядит в виде нескольких кист разных размеров («мыльных пузырей»).

По нашему мнению, истинная амелобластома челюсти может встречаться в восьми типах (вариантах) ее патогистологического строения, а именно в виде фолликулярного, плексиформного, акантоматозного, базально-клеточного, зернисто-клеточного, десмопластического, кистозного и смешанного типа.

Наиболее типичен **фолликулярный тип** строения, представленный эпителиальными комплексами – островками (фолликулами) опухолевых клеток различной величины, которые напоминают развивающийся эмалевый орган зубного зачатка. Периферия фолликула образована одним слоем амелобластов (клеток цилиндрической формы, расположенных параллельно друг другу) и лежащих на базальной мембране. Центральный отдел островка представлен рыхлым скоплением звездчатых клеток (ретикулированный эпителий), погруженных в миксоидный матрикс. Комплексы опухолевых клеток окружены фиброзной стромой и представлены микрокистами (рис. 1). Фолликулярный тип (вариант) морфологического строения амелобластомы встречается наиболее часто.

Морфологические признаки амелобластомы фолликулярного типа обычно имеют типичное строение.

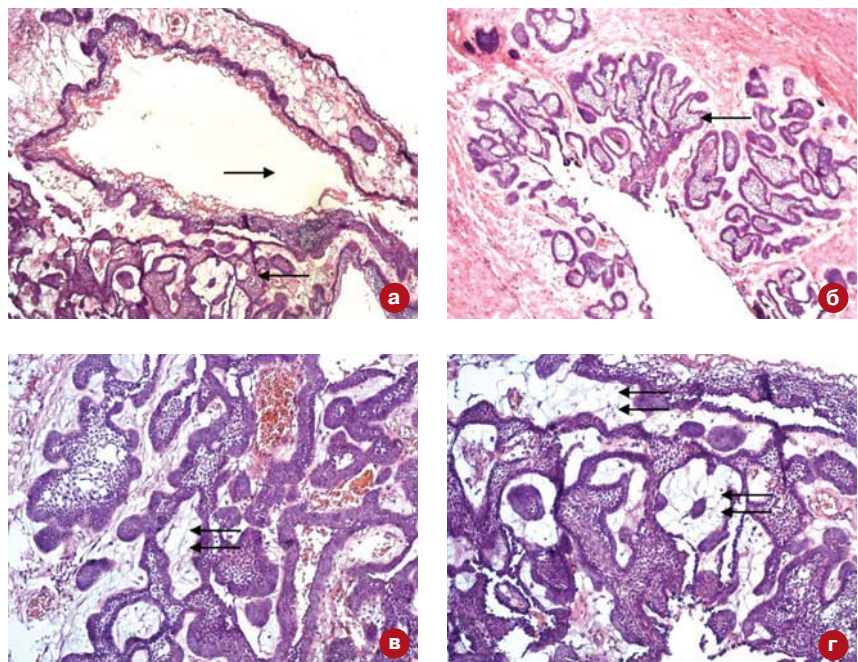
Частично опухолевая структура претерпевает гидропической дистрофии. В цитоплазме клеток появляются вакуоли, наполненные цитоплазматической жидкостью. Вследствие этого в дальнейшем образуются микрокисты, заполненные серозной жидкостью и клеточным детритом. Ткани, расположенные перифокально по отношению к опухолевым комплексам, имеют признаки миксоматозного отека (рис. 2–4).

Плексиформный вариант строения истинной амелобластомы также встречается нередко и характеризуется тяжами эпителия неправильных очертаний, переплетающихся в виде сети (сплетение, plexus) с частым ретикулированием в центральных отделах и образованием микрокист (рис. 5). По периферии определяются пересекающиеся тяжи эпителия, ограниченные цилиндрическими или кубическими клетками (амелобластами), в центре имеется скопление ретикулирования эпителия или клеток полигональной формы с фиброзной стромой. Часто отмечается образование кист за счет дегенеративных процессов в строме (рис. 6). **Данный вариант истинной амелобластомы отличается своей агрессивностью, часто рецидивирует.**

Акантоматозный тип строения в центральных отделах представлен полигональными клетками ретикулированного эпителия, которые частично или полностью дифференцируются в многослойный плоский неороговевающий и ороговевающий эпителий. Имеют тенденцию к формированию «роговых жемчужин» (роговые кисты). Опухоль чаще имеет солидный характер (рис. 7). Акантоматозный тип амелобластомы отличается появлением скучности клеток, которые напоминают клетки шиповатого слоя плоского эпителия. **Является наиболее часто рецидивирующей формой истинной амелобластомы** (частота рецидивов – более 90 %).

Базально-клеточный вариант – опухолевые клетки, которые расположены как по периферии, так и в центральных отделах комплексов. Напоминают базальные клетки многослойного плоского эпителия (базалоидные клетки), т. е. имеют сходство с базалиомой кожи. Встречается довольно редко (рис. 8). Принято считать, что этот вариант опухоли развивается из покровного эпителия слизистой оболочки полости рта. Дифференциальный диагноз устанавливают с внутрикостным вариантом аденокистозного рака – цилиндромой.

Рис. 1. Истинная амелобластома, фолликулярный тип.
 В стенке эпителиальной кисты представлены эпителиальные комплексы различной величины, напоминающие развивающийся эмалевый орган зубного зачатка (фолликулы). По периферии комплексов располагаются высокие цилиндрические клетки; в центре клетки лежат рыхло, приобретают звездчатую форму, и вся структура напоминает звездчатый ретикулум эмалевого органа (↑).
 Между отростками звездчатых клеток образуются мелкие округлые и овальные свободные промежутки, заполненные жидкостью. В некоторых случаях пространства сливаются между собой и образуют мелкие и крупные кисты, выстланные уплощенным эпителием (↑↑).
 Окраска гематоксилином и эозином:
 (а, б) – ×50, (в, г) – ×100.



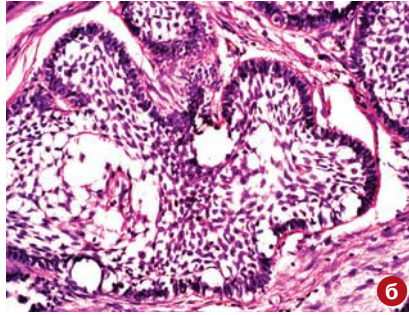
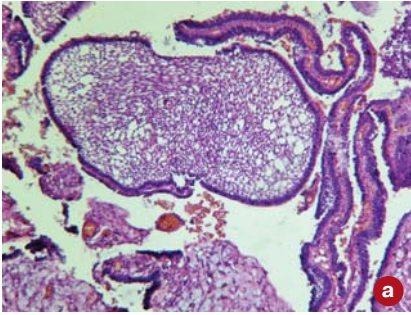


Рис. 2. Амелобластома фолликулярного типа представлена эпителиальными структурами разной величины, которые напоминают эмалевый орган зубного зачатка. Опухолевые комплексы окружены высокими цилиндрическими клетками. В центре фолликулярных структур клетки имеют звездчатую форму и напоминают звездчатый ретикулум эмалевого органа. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$ (а), $\times 200$ (б).

Рис. 3. Вследствие дистрофических изменений клеток звездчатого ретикулума образуются кисты, заполненные серозной жидкостью и клеточным детритом, а в результате внутреннего давления в фолликуле эпителий атрофируется и уплощается. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$ (а, б).

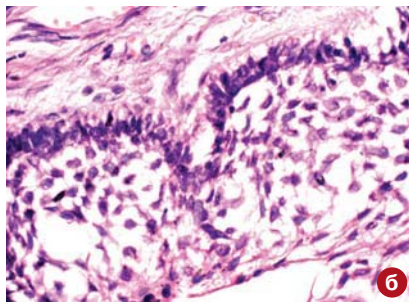
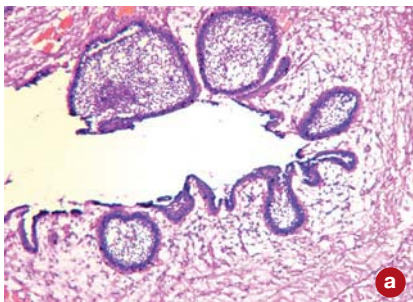
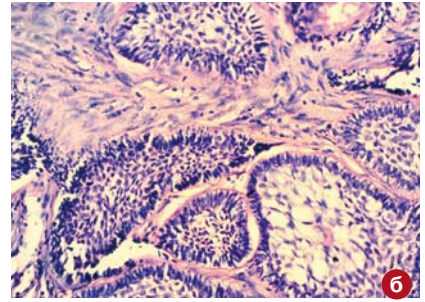
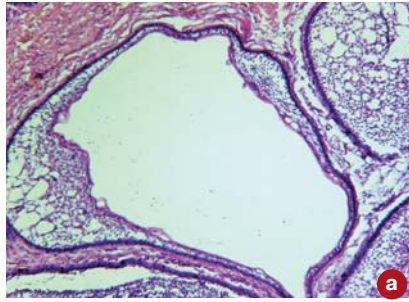


Рис. 4. Миксоматозный отек тканей по периферии опухолевых комплексов амелобластомы. Вследствие избыточного бразования опухоли муцинов и мукоидов ткани, расположенные перифокально, пропитываются этими веществами, отекают и меняют тинкториальные свойства. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$ (а), $\times 400$ (б).

Рис. 5. Истинная амелобластома, плексиформный тип. Между отростками звездчатых клеток образуются мелкие округлые и овальные свободные промежутки, заполненные жидкостью (\uparrow). В некоторых случаях пространства сливаются между собой и образуют мелкие и крупные кисты, выстланные уплощенным эпителием ($\uparrow\uparrow$). Окраска гематоксилином и эозином (а, б). $\times 200$.

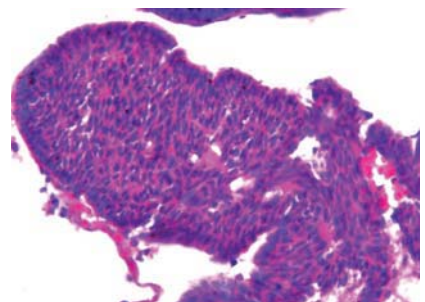
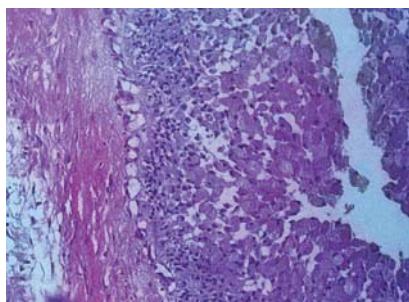
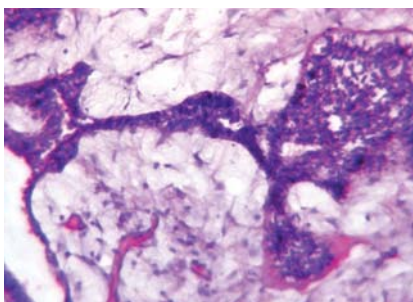
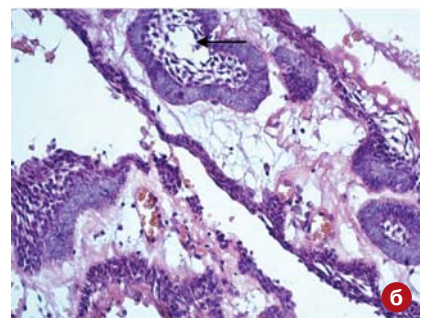
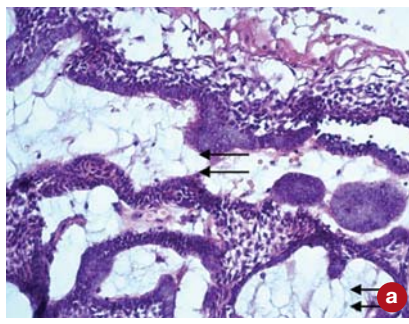


Рис. 6. Плексиформный вариант истинной амелобластомы. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 200$.

Рис. 7. Истинная амелобластома, акантоматозный тип. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 400$.

Рис. 8. Истинная амелобластома, базально-клеточный тип. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 400$.

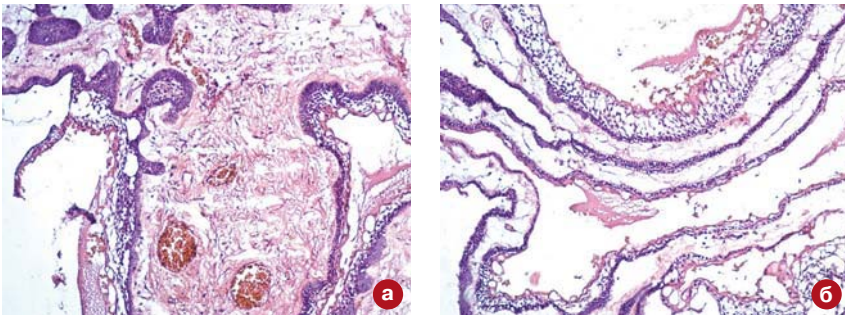


Рис. 9. Истинная амелобластома, кистозный тип (а, б). Стенка эпителиальной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$.

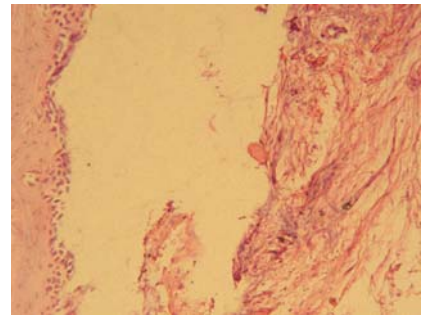


Рис. 10. Рост амелобластомы в костной ткани. Образование крупной кисты. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$.

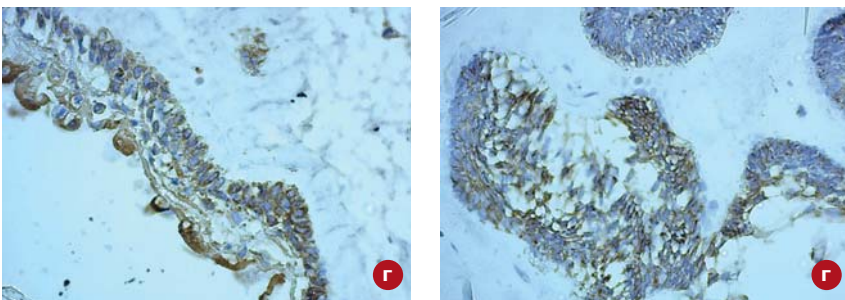
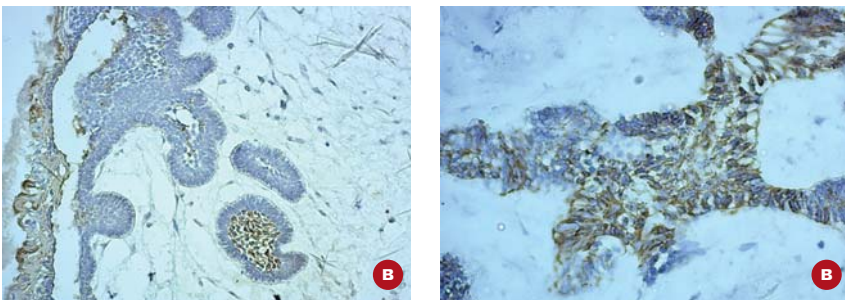
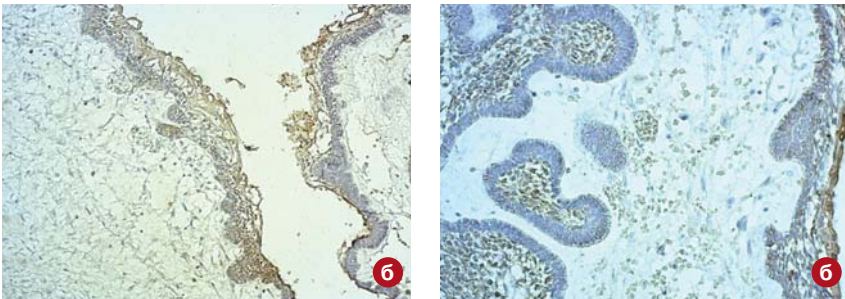
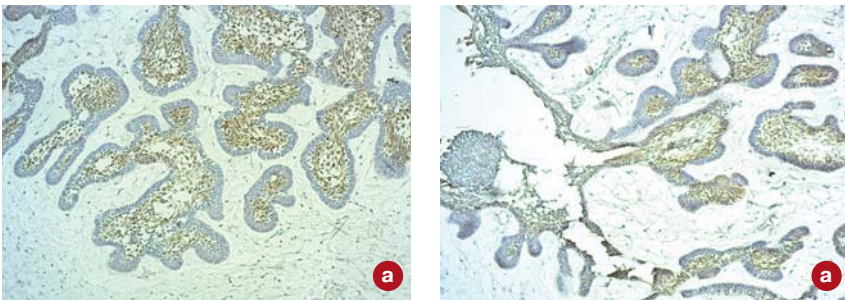


Рис. 11. Истинная амелобластома, кистозный вариант. Эпителиальный компонент проявляет больше специфичности как базальный тип эпителия с цитокератинами. Экспрессия СК5/6 в эпителии умеренная. $\times 100$ (а, б), $\times 200$ (в), $\times 400$ (г).

Рис. 12. Истинная амелобластома, кистозный вариант. Экспрессия РапСК в эпителиальных клетках. Эпителиальные комплексы ограничиваются базальной мембраной. $\times 100$ (а), $\times 200$ (б). $\times 400$ (в, г).

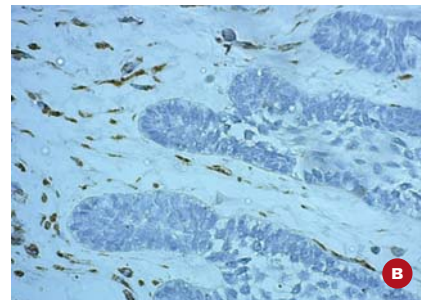
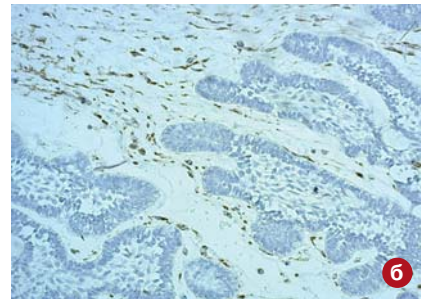
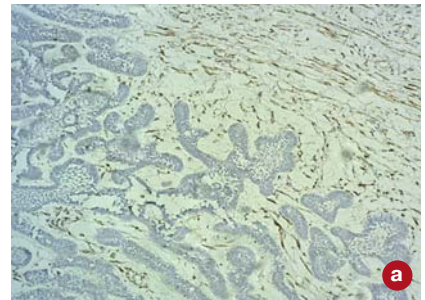


Рис. 13. Истинная амелобластома, кистозный вариант. Между эпителиальными островками располагается бедная клетками соединительная ткань, представляющая собой строму опухоли. Экспрессия Vimentin в строме опухоли и части базальных клеток. $\times 100$ (а), $\times 200$ (б), $\times 400$ (в).

Зернисто-клеточный вариант характеризуется образованием в центральных отделах опухолевых комплексов крупных клеток, содержащих в цитоплазме довольно крупные оксифильные гранулы – эозинофильная зернистость цитоплазмы (зерна смещают ядро к периферии клетки).

Десмопластический тип – вариант, при котором между клетками ретикулированного эпителия появляются коллагеновые волокна. Слой амелобластов при этом, по крайней мере частично, отсутствует.

Кистозный (микрокистозный) вариант отличается наличием большого числа полостей в комплексе опухолевых клеток (рис. 9).

Между отростками этих клеток в кости образуется жидкость. В результате слияния из мелких кистозных полостей образуются крупные кистозные полости, которые выстланы атрофированным уплощенным эпителием (рис. 10).

Смешанный вариант характеризуется присутствием в одной опухоли, примерно в одинаковом количестве, разных типов (вариантов) истинной амелобластомы (фолликулярной, кистозной, плексиформной и др.). Довольно часто в одной и той же опухоли выявляются участки, построенные по различному типу. Вокруг отдельных опухолевых комплексов можно видеть резко гиалинизированную строму, изредка определяют отложения аморфного вещества, напоминающие матрикс твердых тканей зуба. В некоторых случаях амелобластомы могут возникать в стенках фолликулярных кист.

Для амелобластомы характерно наличие клеток двух видов – звездчатых и цилиндрических. Последние имеют значение в рецидивах заболевания, поскольку обладают длинными эпителиальными отростками, выходящими в здоровую ткань за границы опухоли.

Иммунофенотип амелобластомы изучен достаточно хорошо, фиброзная ткань содержит виментин, эпителиальные клетки – цитокератины, раковый эмбриональный антиген, виментин. Эпителиальный компонент проявляет больше специфичности как базальный тип эпителия с кератинами 5, 14 и 19. В различной степени могут экспрессироваться цитокератины 1, 13 и 17. Кератины 8 и 18 обычно отсутствуют.

В современной онкоморфологии ведется поиск иммуногистохимических методик, позволяющих верифицировать степень гистологической злокачественности (склонности к рецидивам) опухоли. Для иммуногистохимического анализа опухолей наиболее часто применяется широкий спектр маркеров – цитокератины (СК 5/6 и др.), экспрессия РапСК, реакции с антителами Vimentin, оценка пролиферации активности Ki-67 и др. На основании экспрессии маркеров СК 5/6 в литературе доказана статистически достоверная разница, которая имеется между группой больных, экспрессирующей цитокератины более чем в 50 % клеток, и группой, экспрессирующей их в 10–50 % клеток. Установлено, что в группе больных, которые экспрессируют цитокератины в большей половине клеток, опухоли протекают клинически более агрессивно и имеют склонность к озлокачествлению (рис. 11–13).

Доказано, что указанные ранее маркеры злокачественного превращения клеток выявляют прямую зависимость между показателями их уровня активности (низкой, средней и высокой) и степенью клеточной и тканевой атипии многослойного плоского эпителия.

Псевдоамелобластомы (амелобластоподобные опухоли) – это новообразования в морфологической структуре которых имеются клетки, напоминающие амелобласты. К этим опухолям следует отнести **амело-**

бластическую фиброму (синоним: *мягкая одонтома*), **аденоамелобластому** (синоним: *аденоматоидная одонтогенная опухоль*), **амелобластическую фибродонтому, одонтоамелобластому.**

Амелобластическая фиброма (мягкая одонтома) представлена островками и тяжами одонтогенного эпителия, располагающегося в клеточно-волоконной ткани, напоминающей ткань зубного сосочка в зачатке. По периферии комплексов располагаются цилиндрические или кубические клетки. При микроскопии выявляются тонкие анастомозирующие эпителиальные тяжи или мелкие островки опухолевых клеток, которые расположены в миксоидной строме. Островки напоминают таковые при фолликулярном варианте амелобластомы. Ткань опухоли имеет мягкую консистенцию, в некоторых случаях капсула опухоли отсутствует. Рентгенологически при данной опухоли определяется очаг разрежения костной ткани с ровными контурами, который крайне трудно отличить от монокистозной формы амелобластомы. Имеет местнодеструктурирующий рост.

Аденоамелобластома (аденоматоидная одонтогенная опухоль) микроскопически представлена многочисленными веретеновидными эпителиоцитами, напоминающими звездчатый ретикулум, в котором амелобластоподобные кубические или цилиндрические клетки образуют мелкие трубочки с базальной мембраной в центре. В просвете этих трубочек обнаруживается гомогенное оксифильное вещество (амилоид). Иногда встречается очаговый кальциноз или же образуются участки цемента- и дентиноподобного вещества. Эпителий формирует тяжи кольцевидной структуры или лежит солидными островками. На рентгенограмме опухоль характеризуется кистоподобной структурой с четкими границами и нередко склеротическим ободком по краю. Имеются участки просветления в центре новообразования, на фоне гомогенного просветления определяются тени бесформенных масс, находящихся в полости. Данная разновидность одонтогенной опухоли является одной из наиболее доброкачественных разновидностей псевдоамелобластом.

При **амелобластической фибродонтоме** опухоль состоит из участков, имеющих строение амелобластической фибромы, а также отложений дентина и эмали. Эпителий не образует типичных комплексов амелобластомы. Таким образом, гистологически амелобластическая фибродонтома характеризуется теми же структурами, что и амелобластическая фиброма, но только с добавлением одонтогенных твердых тканей. Опухоль имеет вид солитарных и/или множественных участков просветления, обладает местнодеструктурирующим ростом.

Одонтоамелобластома (амелобластическая фибродентинома) представлена структурами амелобластомы, сочетающимися с отложением дентина и эмали, которые напоминают зубной зачаток. Очень редкая опухоль. Обладает местнодеструктурирующим ростом. Имеет вид поликистозного образования небольших (до 3 см) размеров.

Таким образом, под термином «амелобластома» объединяется группа опухолей (рис. 14).

Как было сказано ранее, все варианты (типы строения) истинных амелобластом и псевдоамелобластом (амелобластоподобных опухолей) обладают местнодеструктурирующим ростом, а также склонностью к озлокачествлению.

Как истинные амелобластомы, так и псевдоамелобластомы могут прорасти костную ткань и врастать в окружающие ее мягкие ткани (рис. 15). В мягких тканях образуется очаг роста опухоли, что можно определить визуально или пальпаторно за счет изменения



Рис. 14. Патоморфологическая систематизация амелобластом челюстей.

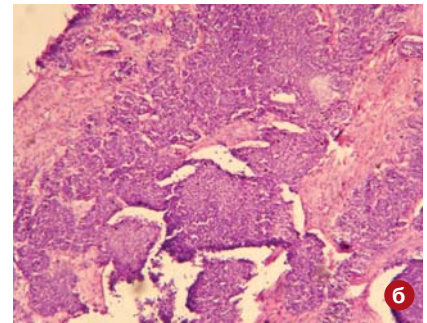
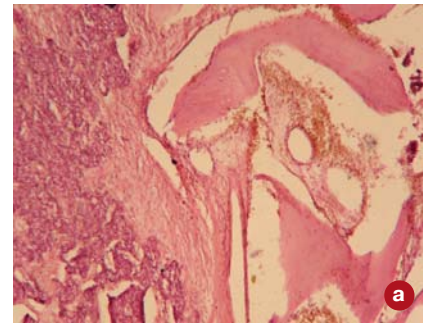


Рис. 16. Инфильтративный рост злокачественной амелобластомы в костной ткани. Образование мелких кист (а). Деструкция костной ткани. Инфильтративный рост злокачественной амелобластомы в мягких тканях (б). Окраска гематоксилином и эозином. ×100.

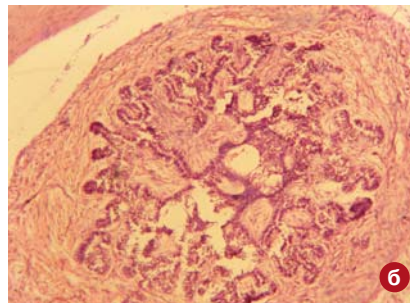
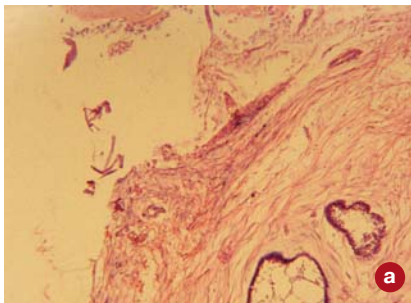


Рис. 15. Прорастание амелобластомы из кости в мягкие ткани (а). Очаг роста амелобластомы в мягких тканях (б). Окраска гематоксилином и эозином. ×100.

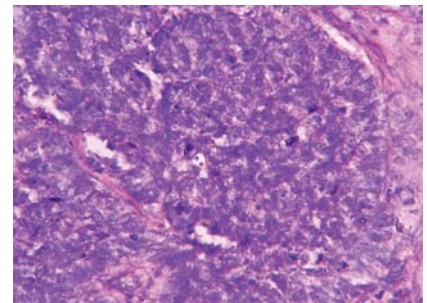


Рис. 17. Клеточный атипизм, полиморфизм и активные митозы в злокачественной амелобластоме. Окраска гематоксилином и эозином. ×400.

внешнего вида и плотности слизистой оболочки, которая окружают челюстную кость. Если не учитывать этот факт во время оперативного вмешательства, это приведет к рецидиву амелобластомы. При озлокачествлении данной опухоли инфильтративный рост ее расширяется как в кости, так и в мягких тканях (рис. 16). Деструкция костной ткани значительно увеличивается, что может привести к возникновению патологического перелома нижней челюсти. Морфологически в злокачественной амелобластоме отмечается клеточный атипизм, полиморфизм и активные митозы (рис. 17).

Выводы

На основании морфологических исследований пришли к выводу, что к группе опухолей, которых объединяют одним термином «амелобластомы», следует относить как истинную амелобластома (синонимы: *адамантинома, адамантинная эпителиома, адамантинобластома и др.*), так и псевдоамелобластомы (амелобластоподобные опухоли): амелобластическую фиброму (синоним: *мягкая одонтома*), аденоамелобластома (синоним: *аденоматоидная одонтогенная опухоль*), амелобластическую фиброодонтому, одонтоамелобластома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: «Медицина», 2010. – 576 с.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.

Морфологічні особливості амелобластом

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, С.Г. Гичка

Мета: визначити особливості морфологічної картини амелобластом щелеп, які можна використовувати для диференціальної діагностики різних типів її гістологічної будови.

Методи. Проведено аналіз патоморфологічного матеріалу, отриманого після видалення амелобластом щелеп у 77-х хворих.

Результати. Була дана гістологічна характеристика різних форм і патоморфологічна систематизація амелобластом щелеп.

Висновки. На підставі проведених морфологічних досліджень ми прийшли до висновку, що до групи пухлин, яких об'єднують одним терміном «амелобластами», слід відносити як справжню амелобластому, так і псевдоамелобластоми (амелобластоподібні пухлини): амелобластичну фіброму, аденоамелобластому, амелобластичну фіброодентому, одонтоамелобластому.

Ключові слова: амелобластоми щелеп, морфологія амелобластом.

Morphological features of ameloblastomas

O. Tymofieiev, N. Ushko, S. Gichka

Purpose: determine the features of the morphological pattern of the ameloblastomas of the jaws, which can be used for differential diagnosis of different types of its histological structure.

Methods. Pathomorphological material obtained after removal of jaw ameloblastomas in 77 patients was analyzed.

Results. Histological characteristics of various forms and pathomorphologic systematization of the jaw ameloblastomas are given.

Conclusions. Based on the morphological studies, we came to the conclusion that to the group of tumors, which are united by the same term «ameloblastoma» it is necessary to refer both true ameloblastoma and pseudo-ameloblastomas (ameloblastoid tumors): ameloblastic fibroids, adenoameloblastoma, ameloblastic fibrodontomas, odontoameloblastoma.

Key words: ameloblastoma of jaws, morphology of ameloblastoma.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Ушко Наталья Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Гичка Сергей Григорьевич – д-р мед. наук, профессор;

заведующий кафедрой патологической анатомии № 2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

АМЕРИКАНСКИЙ СТОМАТОЛОГ ПРОДОЛЖАЕТ РАБОТАТЬ В ВОЗРАСТЕ 93-Х ЛЕТ

Доктор Вилбур К. Манчетте, вероятно, один из самых преданных и опытных профессионалов в сфере стоматологии. Недавно д-р Манчетте отметил 93-й день рождения, но, вместо того чтобы наслаждаться заслуженной пенсией, продолжает трудиться в клинике «All in The Family Dental» американского городка Эвансвилль.

Доктор Манчетте рассказал о своих рабочих буднях так: «У меня приемы три раза в неделю. Каждый день наш офис начинается с молитвы, а затем мы проверяем график работы стоматологов и специалистов в вопросах гигиены полости рта. Всего в штате у нас восемь врачей». В обычный рабочий день д-р Манчетте выполняет реставрации, устанавливает коронки, мосты, протезы и проводит другие процедуры для 5–8-и пациентов.

Интерес к стоматологии у него проявился еще в восьмом классе, когда он будучи мальчиком попал на прием к местному стоматологу. В. Манчетте прошел военную службу, затем поступил в стоматологическую школу университета Сент-Луиса. Во время Корейской войны ему пришлось два года отслужить во фронте. И только в 1952 году он наконец смог вернуться в США и поступить на работу в стоматологическую клинику. Сегодня за спиной этого профессионала более 65-ти лет опыта, 65 лет для большинства людей – пенсионный возраст, но только не для д-ра Манчетте. Сам доктор утверждает, что не может представить себе лучшего времяпрепровождения, чем работа, но, разумеется, только до тех пор, пока здоровье будет позволять ему проводить процедуры.

«Я здоров и могу заниматься стоматологией. За годы работы многие пациенты превратились в моих друзей. Работа – это мой стиль жизни, и я буду скучать по профессиональным будням, если придется уйти. Я прихожу в офис только три раза в неделю, поэтому можно сказать, что частично я на пенсии. Не могу себе представить профессию, чем стоматолог», – говорит доктор.

Оглядываясь назад, доктор вспоминает, какие изменения произошли за годы работы, особенно подчеркивая удобство современных технологий, таких как компьютерные базы данных, цифровые сканеры, алмазные боры, новые технологии фиксации ортодонтических конструкций и 3D-сканирование челюсти.

www.dentalexpert.com.ua

INTERNATIONAL
ORTHODONTIC
SYMPOSIUM

IOS

KIEV 2017

Ортодонтія сьогодні

Теми симпозіуму :

Відкритий прикус

Мезіальний прикус

СНЩС - діагностика та лікування

Нейром'язова ортодонтія

2017 КИЇВ, УКРАЇНА

3-5 ЖОВТНЯ

5 ЖОВТНЯ

Секція для зубних техніків-ортодонтів

Міжнародний Виставковий Центр, Броварський пр-т, 15
ст. метро "Лівобережна"



Організатори: Асоціація Ортодонтів України
Євразійська Асоціація Ортодонтів



Інформаційні партнери:

СОВРЕМЕННАЯ
ОРТОДОНТИЯ

СОВРЕМЕННАЯ
СТОМАТОЛОГИЯ

ДЕНТА
КЛУБ

зубное
протезирование

КОВИНИ СТОМАТОЛОГИИ
НС

GALDENT
PUBLISHING

ОРТОДОНТИИ
СВІТ



АЛЬТЕРНАТИВА ЛЮБОМУ ПЛОМБИРОВОЧНОМУ МАТЕРИАЛУ

Высокопрочный световой композит с малой усадкой

- Прочность: реставрации при объёмном разрушении коронковой части
- Скорость: вносится толстым слоем (4 мм) и засвечивается 10 секунд
- Эффект хамелеона: за счёт универсального оттенка, приближенного к оттенку естественных зубов



Официальные дистрибьюторы в Украине:

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

X-tra fil

ВЫПУСКАЕТСЯ
КАК В ШПРИЦАХ, ТАК
И В КАПСУЛАХ



VOCO
THE DENTALISTS