ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIOS

ISSN 1822-2501

2019 metai, rugsėjis, Nr. 3 (55)

Tarptautinės konferencijos-specializuotos parodos BALTIC DAYS OF DENTISTRY 2019 programa

9 p.

Nuo odontologijos iki pedagogikos ir... atgal?

Gydytoja odontologė Ieva Uždavinytė-Celencevičienė, auginanti šešis vaikus ir vadovaujanti savo įsteigtai ugdymo įstaigai „Universitas mažiemus“, sako atsargiai svajojanti vėl grįžti prie odontologijos.

12–13 p.

Odontologijos kompasas 2019

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai (toliau – Rūmai) šių metų gegužės 24–25 d. Druskininkuose organizavo jau penkioliktą Rūmų tarptautinį kongresą „Odontologijos kompasas 2019“.

3–4, 6 p.

„ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIOS“
KETVIRTINIS ŽURNALAS
2019 METAI, RUGSĖJIS, NR. 3 (55)

Leidėjas – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai

Susisiekite su mumis
Adresas: J. Jasinskio g. 16-201, Vilnius LT-03163
El. paštas info@odontologurumai.lt
Tel. (8 5) 212 2510

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų banko duomenys
Lietuvos Respublikos odontologų rūmai
Kodas 300038139, atsisk. sąskaita
LT097044060004285396
AB SEB bankas, kodas 70440

Redakcinė kolegija

Pirmininkė – doc. dr. A. Tutkuvienė,
Rūmų tarybos narė

Nariai:
R. Bagdonas, Lietuvos dantų technikų sąjunga
J. Dovydaitis, Kauno kolegijos Medicinos fakultetas
Doc. dr. S. Drukteinis, Lietuvos endodontologų draugija
Prof. dr. A. Gleiznys, gyd. odontologas ortopedas
Dr. G. Janužis, gyd. burnos, veido ir žandikaulių chirurgas
Dr. P. Kalesinskas, Rūmų tarybos narys
Prof. habil. dr. R. Kubilius, LSMU Odontologijos fakultetas
Dr. L. Linkevičienė, gyd. ortodontė
Doc. dr. T. Linkevičius, gyd. odontologas ortopedas
Doc. V. Mameniškis, Utenos kolegijos Burnos ir dantų priežiūros katedra
D. Mieldažienė, Lietuvos burnos higienistų draugija
Prof. dr. V. Pečiulienė, VU MF Odontologijos institutas
A. Puišys, gyd. periodontologas
V. Raslanienė, Rūmų revizijos komisijos narė
T. Ravickienė, Lietuvos gydytojų odontologų padėjėjų asociacija
A. Šeikus, Rūmų tarybos pirmininkas
Prof. habil. dr. A. Šidlauskas, Lietuvos ortodontų sąjunga
Doc. dr. I. Vasiliauskienė, Lietuvos vaikų odontologų draugija
J. Žekonienė, Lietuvos periodontologų draugija

Redaktorė J. Šlimienė
Kalbos redaktorė A. Smetonienė
Dizainerė R. Steponavičiūtė

Numerio autoriai:
M. Ardzijauskas, doc. dr. S. Drukteinis, J. Goštautienė, I. Masiulytė, A. Surovas, J. Šlimienė, D. Žvirinskienė

Dėl reklamos žurnale kreiptis
J. Šlimienė
info@odontologurumai.lt

Už reklamos turinį ir kalbą redakcija neatsako.

Spausdino
AB „Spauda“
Laisvės pr. 60, LT-05120 Vilnius
Tiražas 8700 egz.

Žurnalą platina
UAB Verslo spaudos centras
Žirmūnų g. 68, Vilnius
Kontaktinis asmuo –
Žygimantas Ivickas
Mob. tel. 8 679 88 668
El. paštas zygimantas@vscentras.lt

Naujieji Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybos nariai

„Gerai, kad yra entuziastų, dirbančių savo specialybės labui“

Tai pokalbyje „Odontologų rūmų žinioms“ pabrėžė naujai išrinktas Odontologų rūmų tarybos narys dantų technikas Vytautas Čeplauskas.

2009 m. V. Čeplauskas Kauno kolegijoje įgijo dantų techniko specialybę. Šiuo metu pašnekovas užsiima privačia praktika nuosavoje dantų technikų laboratorijoje Kaune, jo specializacija – neišimamų dantų protezų gamyba. V. Čeplauskas eina ir Lietuvos dantų technikų sąjungos prezidento pareigas.

Paklaustas, ką ruošiasi keisti Rūmų veikloje, dantų technikas teigia, jog tai pats sudėtingiausias klausimas: „Tarybos nariu tapau tik šiemet, todėl galiu komentuoti tik kaip paprastas Odontologų rūmų narys. Manau, kad Rūmams labiausiai reikia dirbti rinkodaros, komunikacijos srityje, kad informacija apie savivaldos veiklą pasiektų kuo daugiau narių.“

Odontologų rūmų bendruomenei naujai išrinktas tarybos narys V. Čeplauskas linki kuo daugiau nuoširdaus bendravimo ir priduria, kad tik dialoge gimsta sprendimai ir bendrystė.

„Prisimenant, nuo ko pradėjome ir kokia pažanga padaryta, belieka tik pasidžiaugti“

Gydytojo odontologo padėjėja Jurga Glazauskienė 2001 m. baigė Šiaulių aukštesniąją medicinos mokyklą ir įgijo gydytojo stomatologo padėjėjo kvalifikaciją. Iškart po studijų pašnekovė pradėjo dirbti privačioje odontologijos klinikoje, kur sėkmingai dirba iki šiol. 2004 m. J. Glazauskienė tapo Odontologų rūmų nare, o nuo 2005 m. dirba Odontologų rūmų Šiaulių teritorinio skyriaus sekretore (dabar pareigybė vadinasi skyriaus vadybininkė). 2019 m. ji išrinkta į Odontologų rūmų tarybą.

J. Glazauskienė jau keturiolika metų dirba Rūmuose ir paklausta, kaip vertina jų veiklą, teigia, kad tik puikiai. „Prisimenant, nuo ko pradėjome ir kokia pažanga padaryta, belieka tik pasidžiaugti. Rūmuose dirbu jau daug metų, verdu šioje veikloje nuolat ir matau, kaip vyksta pokyčiai, kai jų reikia. Būdama taryboje stengsiuosi atlikti man pavestas pagal kompetencijas užduotis“, – sakė gydytojo odontologo padėjėja.

Gydytojų odontologų ir burnos priežiūros specialistų bendruomenei naujai išrinkta tarybos narė J. Glazauskienė linki tolerancijos, atsakomybės ir aktyvaus dalyvavimo Rūmų veikoje.

RENGINIAI

Odontologijos kompasas 2019

Lietuvos Respublikos odontologų rūmai (toliau – Rūmai) šių metų gegužės 24–25 d. Druskininkuose organizavo jau penkioliktą Rūmų tarptautinį kongresą „Odontologijos kompasas 2019“. Jo metu paminėti ir pirmos medikų savireguliacijos bei profesinės savivaldos principu veikiančios asociacijos Lietuvoje penkiolikti veiklos metai. Kongresas buvo skirtas gausiai gydytojų odontologų bei burnos priežiūros specialistų bendruomenei. Paskaitas renginyje skaitė Lietuvos bei užsienio lektoriai.

Kongreso išskirtinumas

Penkioliktas Rūmų kongresas išsiskyrė savo mastu. Pirmą kartą mokslinės paskaitos ir gausios odontologinės įrangos, medžiagų ir technologijų parodos organizuotos dviejose skirtingose erdvėse – viešbučių „Grand SPA Lietuva“ ir „SPA Vilnius Druskininkai“ konferencijų salėse. Parodose įvairias medžiagas, darbo priemones, aparatūrą pristatė 78 firmos. Į kongresą susirinkusių dviejų tūkstančių odontologų bendruomenės narių dėmesį traukė mokslinė programa. Atvykti ir skaityti pranešimus sutiko žinomi ir pasaulyje pripažinti lektoriai iš Belgijos, Vokietijos, Italijos, Suomijos, Portugalijos, Airijos, Serbijos, Jungtinės Karalystės, Baltarusijos, taip pat ir puikiai mūsų odontologų bei burnos priežiūros specialistų bendruomenei pažįstami Lietuvos lektoriai. Kongreso pradžios akcentas buvo 100 būgnelių, kuriais grojo ne tik muzikantai, bet ir renginio dalyviai, svečiai, lektoriai. ▶▶

100 būgnelių grojo ne tik muzikantai, bet ir renginio svečiai, lektoriai.

◀◀ Dėmesys jauniesiems mokslininkams

Kongrese dėmesys buvo skirtas ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto bei Vilniaus universiteto odontologijos studijų programų studentų mokslinių darbų pristatymams, kuriuose jaunieji kolegos mokslininkai aptarė savo pastarųjų metų mokslo tyrimų rezultatus. Esminiai studentų pranešimų vertinimo kriterijai buvo pavadinimo, tikslo, uždavinių formulavimas, metodikos pristatymo aiškumas, rezultatų aptarimo aiškumas, statistinių metodų taikymas, išvadų formulavimas, darbo apipavidalinimas bei pristatymo kokybė. Komisija vienbalsiai nusprendė pirmąsias vietas skirti: Dovydui Šakaliui ir jo darbui tema „Augimo faktorių panaudojimas kramtomųjų raumenų miofascijinio skausmo gydymui“ (vadovai doc. dr. Gintaras Janužis, Jan Pavel Rokicki, LSMU) bei Liudui Auškalniui ir jo darbui tema „Intraoralinio skenavimo, 3D spausdintuvo ir skaitmeninio implanto analogo sistemos poveikis implanto analogo pozicijos tikslumui 3D spausdintuose darbiniuose modeliuose“ (vadovas doc. dr. Vygandas Rutkūnas, VU). Sveikiname nugalėtojus ir linkime sėkmės tolimesnėje mokslinėje veikloje.

Odontologų rūmų narių įgaliotinių susirinkimas

2019 m. gegužės 24 d. Druskininkuose viešbučio „Grand Spa Lietuva“ Nemuno salėje vyko ir Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių įgaliotinių susirinkimas (konferencija), kurio metu organizuotas:

- Rūmų 2018 m. veiklos ataskaitos tvirtinimas;
- 2018 m. Rūmų finansinių ataskaitų rinkinio (finansinės atskaitomybės ir pajamų ir išlaidų sąmatos) tvirtinimas;
- Lietuvos Respublikos odontologų rūmų 2 tarybos narių įgaliojimų panaikinimas;
- rinkimai į Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybą (buvo renkamas 1 tarybos narys iš gydytojo odontologo padėjėjų bei 1 tarybos narys iš dantų technikų likusiam tarybos kadencijos laikotarpiui);
- naujų pareigybių Rūmuose tvirtinimas;
- 2019 m. Rūmų pajamų ir išlaidų sąmatos projekto tvirtinimas.

Odontologų rūmų narių įgaliotinių susirinkime naujai išrinktais Rūmų tarybos nariais tapo: dantų technikas Vytautas Čeplauskas ir gydytojo odontologo padėjėja Jurga Glazauskienė. Sveikiname juos ir linkime aktyviai dalyvauti Rūmų veikloje. ▶▶

Dirba balsų skaičiavimo komisija.

Renginio dalyviai.

Darbštieji renginio dalyvių registratoriai.

Reklama. Užs. Nr. 55.001

Viliojantis pasiūlymas

AKCIJA!

Siūlome įsigyti naujos kartos burnos plėtiklius

„OptraDam Plus“

Kaina už 50 vnt. Tik **70 eur.**

Privalumai:

- Lengvas įdėjimas ir prisitaikymas burnoje.
- Dėl itin didelio lankstumo,pasiekiamas aukščiausias komfortas pacientui.
- Patogu devėti ilgų procedūrų metu.

AKCIJA!

Siūlome įsigyti **Te-Econom Plus**

už itin patrauklią kainą.

Rinkinio kaina tik **80eur.**

Te-Econom Plus

tai patikima sistema taupanti jūsų laiką!

AKCIJA!

Siūlome įsigyti lempą

Bluephase Style

už ypatingą kainą

1025 eur.

UAB „KRĖVA“ kviečia gydytojus – odontologus dalyvauti kursuose, rengiamuose **IVOCLAR – VIVADENT**, Mokomajame centre

LICHTENŠTEINE

Tema – „Danties atstatymas tiesioginėmis bei netiesioginėmis bemetalės keramikos restauracijomis, cementavimas bei kiti darbai.

Programos teirautis elektroniniu paštu krevadental@gmail.com arba tel nr. 869952222.

Artimiausi kursai 2019m. gruodžio 02-04 dienomis, anglų kalba.

Vietų skaičius ribotas.

Išduodami galiojantys sertifikatai.

KRĖVA oficialus "Ivoclar Vivadent" atstovas Lietuvoje

Tel. (8~37) 750057, Mob.(8~6 99) 52222

El.paštas: krevadental@gmail.com

ivoclar vivadent

passion vision innovation

Parodose medžiagas, darbo priemones, aparatūrą pristatė 78 firmos.

Priimtas pareiškimas (rezoliucija)

Konferencijos metu Rūmų bendruomenė paskelbė sprendimą ir priėmė pareiškimą (rezoliuciją) dėl projekto „Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo Nr. I-1246 pakeitimas". Rūmų narių įgaliotinių susirinkimo dalyvių nuomone, siūlomos įstatymo projekto pataisos prieštarauja tarptautinei konvencijai Nr. 87 „Dėl asociacijų laisvės ir teisės jungtis į organizacijas gynimo", Lietuvos Respublikos civilinio kodekso nuostatoms, Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymui.

Minėtos konvencijos 3 straipsnis numato, kad „darbuotojų ir darbdavių organizacijos turi teisę parengti savo įstatus ir taisykles, visiškai laisvai rinkti savo atstovus, organizuoti valdymą ir veiklą bei rengti savo programas, o valstybinės valdžios institucijos turi susilaikyti nuo bet kokio kišimosi, galinčio apriboti šią teisę arba suvaržyti naudojimąsi ja." Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymo 14 straipsnio imperatyvia nuostata nurodoma, kad „valstybės ir savivaldybių institucijoms ir pareigūnams įstatymų nenustatytais atvejais ir tvarka, politinėms partijoms ir politinėms organizacijoms, kitoms organizacijoms ir asmenims draudžiama kištis į asociacijos veiklą ir į jos vidaus reikalus."

Rūmų narių įgaliotinių susirinkimo (konferencijos) nuomone, pateiktu įstatymo projektu Rūmams, kaip asociacijai, nustatomi diskriminaciniai reikalavimai, taikomi administraciniai metodai, pažeidžiant Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.76 str., 2.80 str. įtvirtintas nuostatas.

Rūmų narių įgaliotinių susirinkimas (konferencija) pažymėjo, jog pateiktame įstatymo projekte taip pat numatoma nepagrįstai perimti iš Rūmų valstybės deleguotas funkcijas, t. y. jau 15 metų Rūmų kokybiškai vykdomą odontologinės praktikos, burnos priežiūros praktikos, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimą perduoti vykdyti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymas buvo priimtas, siekiant įgyvendinti ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatas, kurios numatė perduoti dalį Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijų medikų ir farmacininkų savivaldai. Svarbu pabrėžti, jog Europos odontologų taryba (angl. Council of European Dentists) taip pat pasisako už savivaldos, kaip administravimo formos, plėtrą. 2018 m. lapkričio 28 d. raštu, skirtu aukščiausiems Lietuvos vadovams, visos Europos odontologams atstovaujanti Europos odontologų taryba išreiškė susirūpinimą, jog savivaldos griovimas gali pabloginti odontologijos paslaugų kokybę, neigiamai paveikti visuomenės sveikatos interesus.

Odontologų rūmų nuomone, pateiktas įstatymo projektas Rūmams, kaip asociacijai, yra nepriimtinas, pažeidžiantis savireguliacijos ir savivaldos principus, keliantis grėsmę odontologinių paslaugų kokybei ir pacientų saugumui, prieštaraujantis ir nesuderintas su tarptautiniais ir Lietuvos Respublikos teisės aktais.

Renginio metu Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių įgaliotinių susirinkimas nepritarė Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo Nr. I-1246 pakeitimo projektui ir Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo Nr. IX-1929 pakeitimo projektui.

Rūmų tarptautinis kongresas kasmet sulaukia didelio dalyvių skaičiaus.

Peticija Lietuvos Respublikos Seimui

Gegužės 24 d. Lietuvos Respublikos odontologų rūmų nariai pasirašė Peticiją dėl Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymo projekto. Peticijoje Lietuvos Respublikos Seimo prašoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos peticijų įstatymu pripažinti kreipimąsi peticija; neperduoti Odontologų rūmų įstatymu Odontologų rūmams pavestos viešojo administravimo funkcijos, susijusios su odontologijos praktikos, burnos priežiūros specialistų praktikos ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijų išdavimu, jų galiojimo sustabdymu ir panaikinimu, Akreditavimo tarnybai; peržiūrėti ir nepriimti Sveikatos apsaugos ministerijos parengto Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymo Nr. I-1246 pakeitimo įstatymo projekto, kuris Teisės aktų informacinėje sistemoje (TAIS) įregistruotas 2019 m. kovo 29 dieną.

Rūmų viešųjų ryšių specialistė **Justina Šlimienė**

Reklama. Užs. Nr. 55.002

Stiklo skaidrumo technika paprastoms ir sudėtingoms restauracijoms

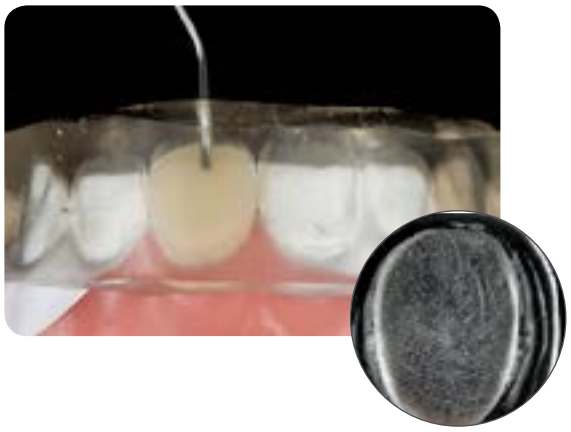
G-ænial Universal Injectable

Tvirtas lyg uola

- Unikali konsistencija – darbas nenaudojant instrumentų
- Didelis atsparumas lūžiams – tvirtos restauracijos

Lankstomi galiukai

Išlaiko formą



EXACLEAR

Skaidrus lyg stiklas

- Vizuali kontrolė – aiškiai matykite švirkščiamą kompozitą
- Puikus prisitaikymas, tikslus ir visapusiškas atkartojimas

Nusipirkite specialią pakuotę
Ir pajuskite tobulo dueto teikiamą pranašumą

95 eur

Rekomenduojama kaina

Sužinoti daugiau informacijos, pasikonsultuoti, susipažinti su medžiagų pavyzdžiais ir pamatyti jų veikimo principus galima susisiekus su konsultantu.
Žilvinas Žickus, mob. tel. +37065249729 El. adresas zilvinas.zickus@gc.dental

TEISINĖ INFORMACIJA

Teisinė apžvalga

Dėl dantų dengimo silantinėmis medžiagomis

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V-755 pakeitė Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašą (toliau – Aprašas), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo".

Aprašas nustato vaikų nuo pirmo nuolatinio krūminio danties išdygimo iki 14 metų (dabar galiojančiame Apraše numatyta nuo 6 iki 14 metų) nuolatinių krūminių dantų kramtomųjų paviršių dengimo silantinėmis medžiagomis indikacijas, kontraindikacijas, metodiką, vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo tvarką.

Pažymime, kad įsakymas įsigalioja 2021 m. sausio 1 d.

Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. liepos 10 d. įsakymu Nr. V-805 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymą Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos".

Įsakymas papildė Privalomų sveikatos statistikos ataskaitos formų, pildomų sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašą „Radiologinės metų veiklos ataskaita" (forma Nr. 1-RAD), kurios saugojimo terminas yra 25 metai.

Atkreipiame dėmesį, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos, privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos „Radiologinės metų veiklos ataskaitą" (formą Nr. 1-RAD) už metus privalės teikti Higienos institutui.

Įsakymas įsigalioja 2019 m. lapkričio 1 d.

Dėl Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo pakeitimo

Lietuvos Respublikos Seimas 2019 m. liepos 18 d. priėmė Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2, 7, 8, 13, 20 straipsnių ir V skyriaus pakeitimo įstatymą (toliau – Įstatymas).

Vadovaujantis Įstatymu Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija (toliau – Komisija), priimdama sprendimą atlyginti žalą, nevertina asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir ją padariusio sveikatos priežiūros specialisto kaltės. Atlyginti žalos dydis nustatomas pagal turtinės ir neturtinės žalos kriterijus. Žala atlyginama iš Vyriausybės įgaliotos institucijos administruojamos sąskaitos, kurioje kaupiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų įmokos žalai atlyginti (toliau – Sąskaita), lėšų.

Įstatymas nustato pareigą asmens sveikatos priežiūros įstaigoms mokėti į Sąskaitą įmokas, kurių dydis skaičiuojamas nuo praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių pajamų už asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, t. y. asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms tik pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tik palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas ir (arba) paliatyviosios pagalbos paslaugas – 0,1 procento, kitoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms – 0,2 procento. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos įmokas už einamuosius kalendorinius metus moka dalimis po 1/4 įmokos iki einamųjų kalendorinių metų kiekvieno ketvirčio 10 dienos.

Atkreipiame dėmesį, kad Įstatymas nenustato asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pareigos drausti savo civilinę atsakomybę, tačiau iki Įstatymo įsigaliojimo, t.y. iki 2020 m. sausio 1 d. sveikatos priežiūros įstaigos turi būti apdraudusios savo civilinę atsakomybę privalomuoju ir (ar) savanoriškuoju civilinės atsakomybės draudimu turtinei ir neturtinei žalai atlyginti.

Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. V-856 pakeitė Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo" (toliau – Aprašas).

Įsakymas nustato, jog vieno gyventojo (vaiko nuo < 1 m. iki 17 m.) pirminė ambulatorinė odontologinė asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina (balais) yra 17,68 (buvo 16,07), suaugusiojo (nuo 18 m. iki > 65) – 14,23 (buvo 12,94), o vieno gyventojo (vaiko nuo < 1 m. iki 17 m.) pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, į kurias įeina burnos higienisto paslaugos, metinė bazinė kaina (balais) yra 19,31 (buvo 17,55), suaugusiojo (nuo 18 m. iki > 65) – 15,86 (buvo 14,42).

Dėl dantų protezavimo paslaugų

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. V-854 pakeitė Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo".

Vadovaujantis įsakymu dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo socialinio draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto pagal faktines dantų protezavimo išlaidas, bet ne daugiau kaip 504,81 (buvo 463,13) balo asmenims, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, asmenims, kurie pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais, turintiems mažiau kaip 10 funkciškai visaverčių kontaktuojančių natūralių ar kokybiškų protezuotų antagonistinių dantų porų nuo pirmojo krūminio danties iki kitos pusės pirmojo krūminio danties, taip pat diagnozavus didesnį nei II laipsnio patologinį visų dantų nudilimą (nudilęs daugiau kaip 1/3 danties vainiko aukščio), o turintiems bedantį apatinį žandikaulį, 4, 5 ir 6 dantų srityje mažesnio nei 12 mm aukščio – 1553,24 (buvo 1424,99) balo.

Vaikams, kurių kramtymo sistema dar vystosi, kai protezuojama laikinais dantų protezais, pagamintais laboratorijoje ar odontologijos kabinete iš polimerizuojamų polimerų, arba standartiniais apsauginiais metaliniais vainikėliais, dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto pagal faktines dantų protezavimo išlaidas, bet ne daugiau kaip 257,63 (buvo 236,36) balo, o vaikams, kurių kramtymo sistema iš esmės susiformavo, kai protezuojama ilgalaikių konstrukcinių medžiagų dantų protezais – 1553,24 (buvo 1424,99) balo.

Asmenims, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos, jei po taikyto specifinio (spindulinio ir (ar) chemoterapinio) gydymo burnos ertmėje yra mažiau kaip 10 funkciškai visaverčių kontaktuojančių natūralių ar kokybiškų protezuotų antagonistinių dantų porų nuo pirmojo krūminio danties iki kitos pusės pirmojo krūminio danties, dantų protezavimo paslaugų išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto pagal faktines dantų protezavimo išlaidas, bet ne daugiau kaip 504,81 (buvo 463,13) balo, o asmenims, kuriems atlikta burnos ertmės, veido ir žandikaulių operacija su minkštųjų audinių šalinimu ir (ar) žandikaulių srities kaulo rezekcija – 1553,24 (buvo 1424,99).

Dėl vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. V-852 pakeitė Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo".

Dabar įsakymas nustato, jog 1 danties dengimo silantais bazinė kaina (balais) yra 7,94 (buvo 7,22), 2 dantų – 10,65 (buvo 9,68), 3 dantų – 13,28 (buvo 12,07), 4 dantų – 15,95 (buvo 14,50) balo.

Dėl ortodontinio aparato, breketų sistemos kompensavimo

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. liepos 18 d. įsakymu Nr. V-842 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. sausio 11 d. įsakymą Nr. 17 „Dėl ortodontinio aparato ir breketų sistemos bazinių kainų bei ligų ir ortodontinių anomalijų, kurioms gydyti naudojami kompensuojamieji ortodontiniai aparatai ir breketų sistemos, sąrašų patvirtinimo" ir nustatė, kad kompensuojamojo ortodontinio aparato (plokštelės) bazinė kaina yra 76,77 balo (buvo 69,79), kompensuojamosios breketų sistemos – 614,03 balo (buvo 558,21).

Dėl normos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2019 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-707 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymą Nr. V-1208 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:2012 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo".

Pažymime, kad Lietuvos medicinos norma MN 35:2019 „Burnos higienistas" įsigaliojo 2019 m. liepos 1 d.

Išsamiai su teisės aktais galite susipažinti interneto svetainėje www.odontologurumai.lt

Rūmų teisininkė **Jūratė Goštautienė**

Baltic Days of Dentistry '19 Vilnius

Tarptautinė konferencija-specializuota paroda
BALTIC DAYS OF DENTISTRY 2019

Data: 2019 m. rugsėjo 27–28 d.

Vieta: Lietuvos parodų ir kongresų centras LITEXPO (Laisvės pr. 5, Vilnius)

Organizatoriai: Lietuvos Respublikos odontologų rūmai ir Lietuvos parodų ir kongresų centras LITEXPO.

Kviečiame visus gydytojus odontologus ir gydytojus odontologus specialistus nepraleisti progos registruotis ir š. m. rugsėjo 27–28 dienomis dalyvauti viename didžiausių Baltijos šalyse odontologijai skirtame renginių – tarptautinėje konferencijoje-specializuotoje parodoje BALTIC DAYS OF DENTISTRY 2019!

Dalyviams bus išduodami 22 val. Rūmuose registruoti sertifikatai.

Burnos priežiūros specialistams, apsilankiusiems LITEXPO parodoje, suteikiama galimybė klausytis konferencijos paskaitų **NEMOKAMAI** (sertifikatas išduodamas nebus).

Konferencijos dalyviams įėjimas į parodą **NEMOKAMAS**.

Svarbu paminėti, jog daugiau nei 20 metų LITEXPO organizuota tarptautinė specializuota odontologijos ir bendrosios medicinos paroda BALTMEDICA keitėsi ir atsinaujino. Bendradarbiaujant su Lietuvos Respublikos odontologų rūmais, nuo 2019 metų paroda susitelkia tik į odontologiją ir tampa bene vienintele Baltijos šalyse tarptautine specializuota paroda, skirta pademonstruoti sparčią šios medicinos srities pažangą, pasaulines odontologijos inovacijas ir technologijų raidą.

Daugiau informacijos: www.odontologurumai.lt, www.litexpo.lt

BALTIC DAYS OF DENTISTRY 2019
Mokslinė programa

2019 m. rugsėjo 27 d., PENKTADIENIS — Lietuvos parodų ir kongresų centras LITEXPO, adresu Laisvės pr. 5, Vilnius

5.1 konferencijų salė		5.3 konferencijų salė		5.2 konferencijų salė	
Moderatorius: Erminija Guzaitienė		Moderatoriai: doc. dr. Anastazija Tutkuvienė, dr. Rasa Račienė		Moderatorius: Ramunė Kiaunienė	
10.00–12.00	**Užsienio odontologų asociacijų atstovų pasisakymai tema „Valstybės reguliavimas odontologijoje“** (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)				
12.00–13.00	**Periimplantitai: paplitimas, diagnostika ir gydymas** Prof. dr. Anne Merete Aass (Oslo universitetas, Norvegija) (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)	12.00–13.00	**Dantų su nesusiformavusiomis šaknų viršūnėmis trauminių pažeidimų diagnostika ir gydymo ypatumai*** Prof. dr. Vytautė Pečiulienė (Vilniaus universitetas)	12.00–13.00	**Trijų žingsnių burnos priežiūros sistema*** Rita Juchnevičienė ir Kristina Paužienė (Kauno kolegija)
13.00–14.00	**PIETŲ PERTRAUKA**	13.00–14.00	**Bendravimo ir ryšio radimo ypatumai bendraujant su keistai besielgiančiais įvairaus amžiaus vaikais gydytojų odontologų darbe*** Prof. dr. Sigita Lesinskienė (Vilniaus universitetas)	13.00–14.00	**Paracetamolio ir nesteroidinių vaistų nuo uždegimo taikymas odontologijos praktikoje*** Voldemaras Giedrimas (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)
Moderatoriai: dr. Žana Sakalauskienė, dr. Povilas Kalesinskas					
14.00–15.00	**Estetinis V klasės pažeidimų šalinimas naudojant takiuosius kompozitus** Gyd. Robert Drew Marus (privati praktika, JAV) (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)	14.00–14.45	**Kritinis požiūris į sveikos gyvensenos madas*** Doc. dr. Auksė Domeikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)	14.00–15.00	**Naujos kartos profesionalios burnos higienos priemonių pasirinkimo galimybės*** Rita Juchnevičienė (Kauno kolegija)
15.00–16.00	**Etikos aspektai odontologijoje** Dr. Kristina Hug (Lundo universitetas, Švedija) (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)	14.45–15.30	**Žalingi įpročiai: problema ir svarbus burnos sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo*** Tomas Vaičiūnas (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)	15.00–17.00	Gydytojų rezidentų pranešimai*
16.00–17.00	**Socialinė psichologija odontologijoje** Doc. dr. Jolanta Aleksejūnienė (Britų Kolumbijos universitetas, Kanada) (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)	15.30–16.30	**Botulino toksinas. Nuodas ar vaistas?*** Gyd. Renaldas Vaičiūnas (privati praktika)		

2019 m. rugsėjo 28 d., ŠEŠTADIENIS — Lietuvos parodų ir kongresų centras LITEXPO, adresu Laisvės pr. 5, Vilnius

5.1 konferencijų salė	
Moderatoriai: dr. Rūta Almonaitienė, Jūratė Žekonienė	
10.00–11.00	**Galvos skausmas, spengimas ausyse ir kaklo slankstelių problemos: odontologiniai diagnostikos ir gydymo aspektai** Prof. dr. Georg Burkhard Meyer (Greifsvaldo universitetas, Vokietija) (sinchroninis vertimas iš anglų kalbos į lietuvių kalbą)
11.00–12.00	**Universalioji gydytojų odontologų kalba*** Prof. habil. dr. Irena Balčiūnienė
12.00–13.00	**Ar visos viršutinio žandikaulio pirmųjų krūminių dantų MB šaknys su dviem kanalais?*** Dr. Deimantė Ivanauskaitė (Vilniaus universitetas)
Moderatoriai: doc. dr. Gintaras Janužis, Violeta Raslanienė	
13.00–14.00	**Gydytojas ortodontas. Bendradarbiavimo aspektai odontologijos praktikoje*** Dr. Vilija Berlin (Vilniaus universitetas)
14.00–15.00	**Ar atspausdinsime kaulinį audinį 3D spausdintuvu?*** Dokt. Ieva Gendvilienė (Vilniaus universitetas)
15.00–16.00	**Konservatyvus požiūris į dantų protezavimą: nuo planavimo iki įgyvendinimo*** Dr. Eglė Vindašiūtė-Narbutė (Vilniaus universitetas)

* paskaitos vyksta lietuvių kalba

RENGINIO PROGRAMA GALI NEŽYMIAI KEISTIS.

AKTUALI INFORMACIJA

LR Odontologų rūmai pažadėjo pagalbą, siekiant dantų protezavimo valstybės lėšomis

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus liepos 17 dieną susitiko su Afganistano karo veteranų asociacijos pirmininku Vytu Lukšiu bei Lietuvos judėjimo „Černobylis“ pirmininko pavaduotoju Antanu Turčinu.

Lietuvos judėjimo „Černobylis“ pirmininko pavaduotojas Antanas Turčinas, Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus, Lietuvos Afganistano karo veteranų sąjungos pirmininkas Vytas Lukšys.

Kaip žinoma, tiek dalyvavimas kare, tiek atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimas paveikė žmonių sveikatą, o ypač nukentėjo burna. Abiejų organizacijų atstovai kreipėsi į Lietuvos Respublikos odontologų rūmus, prašydami padėti siekti, kad žmonėms, kariavusiems Afganistane ir šalinusiems atominės elektrinės padarinius Černobylyje, dantys būtų protezuojami valstybės lėšomis.

Šiuo metu dantų protezavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) lėšų kompensuojamas vaikams iki 18 metų, negalią turintiems, pensininkams ir vėžiu sergantiesiems.

1986-ųjų balandžio 26-ąją įvykusios Černobylio atominės elektrinės avarijos likvidavime dalyvavo apie 7 tūkst. Lietuvos žmonių. 1979–1989 m. Afganistano kare dalyvavo apie 5 tūkst. Lietuvos vyrų. Ir vieni, ir kiti Lietuvos Respublikos pripažinti nukentėjusiais nuo 1939–1990 m. okupacijų.

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarybos pirmininkas A. Šeikus įsitikinęs, kad ne savo valia dalyvavusieji Afganistano kare ar Černobylio avarijos likvidavime yra verti iš PSDF finansuojamo dantų protezavimo: „Nepriklausomos Lietuvos valdžia suteikė šiems žmonėms nukentėjusiųjų nuo okupacinio režimo statusą, tačiau jie negauna iš valstybės daugiau negu eiliniai Lietuvos piliečiai. Dirbę Černobylyje yra gavę dideles radiacijos dozes, o radiacijos poveikis pirmiausia pasireiškia burnoje – dantys iškliba ir iškrenta. Nesulaukę pensinio amžiaus jie jau – be dantų. Būtų teisinga padėti šiems žmonėms bent suteikti galimybę nemokamai protezuotis dantis“, – įsitikinęs Odontologų rūmų tarybos pirmininkas. Pasak jo, esama žmonių, kurie dantų neteko dėl apsileidimo, tačiau sulaukus pensinio amžiaus, jų dantų protezavimas kompensuojamas. „Kariavę Afganistane ir priversti dirbti Černobylyje dantų neteko dėl objektyvių priežasčių“, – pabrėžė A. Šeikus. Jo teigimu, šiems žmonėms išsaugoti sveikus dantis buvo sudėtinga arba net neįmanoma.

Abiejų organizacijų atstovai kartu su LR Odontologų rūmais kreipsis į Sveikatos apsaugos ministeriją, prašydami įtraukti dalyvavusius Afganistano kare ir atominės elektrinės sprogimo padarinių likvidavime Černobylyje į asmenų, kurių dantys protezuojami iš PSDF lėšų, sąrašą.

Dalia Žvirinskienė

Apie odontologiją

Gydytojo odontologo Mindaugo Ardzijausko mintys apie odontologiją.

Kaip daugelis skirtingų dėlionės dalių sudaro vieną didelį vienokį ar kitokį piešinį, taip ir odontologų bendruomenė: čia visi skirtingi, kiekvienas turi savo charakterį, temperamentą, patirtį. Man odontologija visų pirma – tai žmonės. Vienus būtų galima pavadinti pacientais, kitus – medicinos pagalbos teikėjais, o treti yra pagalbininkai: mokslininkai, vadybininkai, įvairiausių specialybių žmonės, kurie prisideda prie naujų technologijų, medžiagų kūrimo, taikymo, įdiegimo rinkoje. Ko gero, čia tiktų ledkalnio įvaizdis, kai pacientas mato ir susiduria tik su viršūne ir nė nenutuokia, kiek iš tiesų nuostabių žmonių dirba dėl jo burnos sveikatos.

Niekada nepamiršiu pirmo susitikimo su gerbiamu profesoriumi Ričardu Kubiliumi. Anuomet profesorius mus pasveikino kaip brolius ir seseris. Dabar apmąstydamas šį kreipinį pastebiu dar daugiau prasmės atspalvių. Ko gero, daugeliu atvejų esame artimesni vieni kitiems, nei manome. Beje, asmenų tarpusavio artumą ypač liudija ankstyvosios krikščionių bendruomenės.

Odontologija – medicinos sritis. Paciento gerovė yra pirmoje vietoje. Ir tą minėtą pirmenybę, dar kitaip pagarbą, išreiškiame kasdieniais sprendimais ir veiksmais. Kaip vystėsi ir iš kur kilo odontologija tokia, kokia yra dabar?

Prieš kelerius metus prof. Dainiaus Paužos paskaitoje sužinojome, kad žmonių ir kitų gyvių dantys, kaip ir žvėrių ragai ar žuvų žvynai, vystosi iš to paties gemalinio mezenchimos lapelio. Įdomu pastebėti, kad odontologo profesijos ištakos yra šalia slaugos ligoninių dirbusių barzdaskučių amatas. Įdomi paralelė.

Ko gero, visi bent trumpam esame susimastę apie darbo vertę, vertinimo kriterijus. Siekdamas atsakyti į ankstesnius klausimus, klinikinį odontologinį darbą siūlyčiau skirstyti į kelias sritis. Pirma – *komunikacija* su pacientu, kolegomis; antra – *sprendimų priėmimas* nuo įrankio ar medžiagos pasirinkimo iki diagnozės nustatymo; trečia – *atlikimo technika*, kai konkretus veiksmas atliekamas šalia paciento ar intraoraliai; ir ketvirta – *laikas*, terpė ar skalė, kuri būdinga tik žmonėms. Anksčiau minėtos kategorijos turėtų būti atliktos laiku, novatoriškos, neištęstos. Sakysite, per daug abstraktu, į šią sritį tilptų ir ugniagesiai ar dar kas egzotiškesnio. Gali būti, bet būtent šios sritys odontologo darbe stipriai persipynę. Pažvelkime į kiekvieną sritį atidžiau.

Terminą *komunikacija* (lot. communicatio „pranešimas“) suprantame kaip bendravimą, minčių ir išgyvenimų pasidalinimą. Yra išskiriamos tokios komunikacijos rūšys:

- žodinė / nežodinė,
- rašytinė,
- vizualinė.

Pastaraisiais dešimtmečiais imta dokumentuoti fotografuojant pacientus prieš gydymą, gydymo etapus ir galutinį rezultatą. Būtent nuotraukos tampa puikia vizualinės komunikacijos medžiaga / turiniu tarp gydytojų, o odontologo darbas įgyja ir pedagoginį atspalvį.

> Paciento gerovė yra pirmoje vietoje. Ir tą minėtą pirmenybę, dar kitaip pagarbą, išreiškiame kasdieniais sprendimais ir veiksmais.

Kitas aktualus vizualinės komunikacijos pavyzdys galėtų būti tvarka odontologijos įstaigoje, kuri nebyliai išduoda uolų valytojos darbą ir personalo požiūrį į švarą.

Pasak kai kurių autorių [1], efektyvios komunikacijos elementai yra:

- aktyvus klausymasis,
- nežodinė (neverbalinė) komunikacija,
- momentinės įtampos valdymas,
- pagarbus elgesys.

Gerai susidirbusiame odontologo ir jo padėjėjos duete tikrai atrasite šiuos elementus. Vaizdžiai tariant, dirbti turi ne du mechanizmai, bet vienas gerai suderintas mechanizmas. Šiame gerai suderintame duete vyrauja iš darbo patirties, asmenybės jautrumo ir noro dirbti kylanti neverbalinė komunikacija. Su tolimesniais kolegomis bendraujame rašteliais, telefonu. Dar retesni pokalbiai būna su bankų darbuotojais, medžiagų tiekėjais, SAM ar visuomenės sveikatos biuro atstovais. Galų gale kalbamės su savo šeima ir artimaisiais. Kokia gi yra šios komunikacijos vertė, kokybė? Kiek joje yra pagarbos ir artimo meilės? Juk dažno mūsų diena prasideda ir baigiasi pokalbiu su artimiausiais, galbūt maldos žodžiais ar mintimis. Beveik visada mūsų elgesys priklausys nuo to, kaip save suprantame, t. y. kokia yra mūsų tapatybė. Taip pat nuo požiūrio į kitą žmogų, santykio su juo.

Sprendimų priėmimas lydi nuolat. Remiantis tyrėjais [2], suaugęs žmogus kasdien padaro maždaug apie 35000 sprendimų, o vaikas apie – 3000. Neįtikėtini skaičiai! Drįsčiau teigti, kad kuo daugiau sprendimų darome, tuo labiau intelektualiai jautresni esame. Dažnokai sprendimai būna be aiškaus sąmoningumo. Kai kurie sprendimai daromi akimirksniu, kai kuriems reikia daugiau laiko [3].

Taigi, jau aišku, kad sprendimai lydi nuo pačios dienos pradžios iki pat pabaigos, netgi iki paskutinio sprendimo ant kurio šono užmigti...

Sprendimai turi būti priimti laiku, t. y., pavyzdžiui, jeigu diagnozės, gydymo veiksmai, atsiskaitymas už paslaugas atliekami laiku, tikėtina gydymo sėkmė ir visų šalių pasitenkinimas. Taigi, *laiko* elementas yra taip pat labai svarbus. Prie šio kriterijaus priskirčiau būtiną ir sėkmingiems odontologams būdingą bruožą novatoriškumą, žingeidumą.

Atlikimo technikos / veiksmai. Vis dėlto visko gali būti mūsų praktikoje. Norint atlikti vieną ar kitą veiksmą, pavyzdžiui, nuimti alginatinį atspaudą, yra visa eilė sprendimų nuo šaukšto parinkimo iki įrašo kortelėje, kurie gali turėti įtakos vieni kitiems ir galiausiai lemia galutinį rezultatą.

Manau, kad būtų be galo įdomu „iškirpti“ dalį mūsų darbo dienos ir smulkiai išanalizuoti veiksmus, sprendimus, darbo novatoriškumą laiko skalėje. Savotišką darbo dienos refleksiją, tikiu, atliekame visi. Linkiu sau ir kolegoms „panerti“ dar truputį giliau. Tikiu, jog tokiu būdu „Lietuvos dėlionė“ turės ryškesnių spalvų.

Gyd. odontologas **Mindaugas Ardzijauskas**

PAŽINTIS

Nuo odontologijos iki pedagogikos ir... atgal?

Gydytoja odontologė Ieva Uždavinytė-Celencevičienė, auginanti šešis vaikus ir vadovaujanti savo įsteigtai ugdymo įstaigai „Universitas mažiemus“, sako atsargiai svajojanti vėl grįžti prie odontologijos.

Rinkdamasi gyvenimo kelią, Ieva prisimena turėjusi nemažą pasirinkimų amplitudę, tačiau labiausiai traukė menai ir medicina. Ji pasirinko aktorystės studijas Lietuvos muzikos ir teatro akademijoje, ten sutiko savo būsimąjį vyrą Henriką. Mokslai abiem sekėsi puikiai, kurso vadovė Dalia Tamulevičiūtė džiaugėsi atsakingais studentais, tačiau antrame kurse, išsilaikę žiemos sesiją, abu netikėtai kurso draugams ir vadovei pareiškė, jog studijas nutraukia. „Jautėmės esantys savo vietoje, tačiau galvodami apie ateitį sunkiai įsivaizdavome, kaip galėtume būti gerais aktoriais ir turėti gražią šeimą. Teatro žmonių šeimyninio gyvenimo pavyzdžiai neįkvėpė“, – prisimena Ieva. Dar būdami labai jauni, jiedu su vyru suprato, jog menininkams išsaugoti gražią šeimą, auginti vaikus yra labai sudėtinga.

Ašaromis sulaistyti vadovėliai

Ievos tėtis – žinomas kardiochirurgas Giedrius Uždavinys, mama – gydytoja oftalmologė Irena Uždavinienė. Dvi Ievos seserys – gydytojos: Giedrė buvo pasirinkusi kardiochirurgiją, vėliau tapo plastikos chirurge, Eglė – kardiologė, ir tik jaunėlė Agnė baigė žurnalistiką.

„Anais“ laikais keturis vaikus auginančios moterys dažnai nedirbdavo, tačiau keturių dukrų mama gydytoja Irena Uždavinienė ne tik buvo atrama vyrui, kuris tapo vienu iš kardiochirurgijos pradininkų Lietuvoje, bet ir pati buvo puiki gydytoja. Augant tokioje šeimoje, žinoma, vaikams reikalavimų kartelė užkeliama labai aukštai, tad nenuostabu, kad visos seserys puikiai mokėsi, dalyvavo užklasinėje veikloje.

Ieva prisimena, jog nutraukusi aktorystės studijas sėdo prie biologijos ir chemijos vadovėlių – nusprendė studijuoti odontologiją. Tais metais buvo ruošiama antroji odontologų laida Vilniaus universitete. Stodama Ieva neturėjo daug vilčių, bet turėjo alternatyvą – bendrąją mediciną, kurią būtų pasirinkusi, jei nebūtų įstojusi į odontologiją. Tačiau, nors buvo praėję dveji metai be tiksliųjų mokslų, jai pavyko įstoti. Kursas buvo nedidelis – 15 žmonių. Po dvejų metų pertraukos grįžti prie vadovėlių buvo žiauriai sunku – vadovėliai pirmame kurse buvo sulaistyti ašaromis. Jau vien pasiruošti stojamiesiems reikėjo pusmečio, o kai prasidėjo mokslai, atsiskaitymai ir egzaminai... Laimė, Ieva palaikė tėvai, seserys ir vyras Henrikas, kuris pasirinko teisės studijas.

„Dabar stebiuosi, kaip mes, būdami tokie jauni, padarėme tokį brandų žingsnį ir pakeitėme studijų kryptis. Juk tam reikėjo drąsos, juk rinkomės sunkesnį kelią“, – sako Ieva.

Uždavinytės pavardė įpareigojo

Ypač sunkūs buvo pirmieji studijų metai, nes reikėjo iš naujo išmokti mokytis. Iššūkių buvo daug, Ievos kurso draugai buvo puikiai akademiškai pasiruošę, baigę geriausias mokyklas. „O aš visada norėjau lygiuotis į geriausius! Bet mes, visos seserys, turim užkeltą reikalavimų sau kartelę. Tai atėjo iš šeimos. Mes – tokios perfekcionistės, kad toliau nėra kur. Tėtis įrodė, kad yra geriausias, mama sugebėjo dirbti ir būti puikia gydytoja, augindama keturis vaikus. Tais laikais suderinti darbus su vaikų auginimu buvo didelis iššūkis, reta kuri moteris, augindama daugiau negu tris vaikus, dirbo. O ji po kiekvienų motinystės atostogų skubėdavo į darbą. Manau, kad daug ką reikėdavo daryti sukandus dantis, tačiau perfekcionizmas su motinos pienu įgytas“, – pasakoja pašnekovė. Mokyklą ji baigė su vienu devintuku, ir kai mokėsi odontologijos, irgi mokėsi dešimtukais. „Atsimenu, kai ėjau perlaikyti egzamino pas vieną gydytoją, nes gavau devynis. Žinojau, kad tikrai viską atsakiau puikiai, ir nuėjau pas jį prašyti perlaikyti egzamino. Turėjau drąsos ateiti ir pasakyti: „Aš noriu perlaikyti, nes man nepatinka devynetas, manau, kad atsakiau dešimtukui.“ Jisai man pasakė: „Duok knygelę.“ Ir ištaisė devynetą į dešimtuką“, – prisimena gydytoja.

„Studijuojant Uždavinytės pavardė man nepadėjo, tai buvo našta. Būdavo tokių frazių: „Gal eik, paklausk tėčio“, ir panašiai. Mums, visoms seserims, tai buvo iššūkis. Visos turime dvigubas pavardes, nes sunku su ja išsiskirti, man ta pavardė brangi. Trukdžių ji suteikė daugiau, negu tikėjausi, tačiau man ta tapatybė brangi. Prireikė dešimties penkiolikos metų, kol galėjau prisistatyti vyro pavarde“, – pasakoja žinomo kardiochirurgo dukra.

Pirmoji darbovietė ir motinystė

Pirmagimis Lukas gimė po antro kurso ir Ieva toliau tęsė studijas, nes pagalvojo, kad jei metams nutrauks studijas dėl sūnaus auginimo, turbūt negrįš studijuoti. Norėjosi baigti studijas, o pirmieji treji studijų metai medicinoje yra išties sunkūs.

„Negaliu atsistebėti, kaip dabartiniai odontologijos studentai dar sugeba dirbti, ne tik studijuoti. Gal kas yra pasikeitę mokymosi sistemoje? Mano bendramoksliai pirmuosius trejus studijų metus tikrai nedirbdavo, nes derinti studijas su darbu buvo neįmanoma“, – primena pašnekovė. Paskutiniame kurse ją kartu su kurso drauge Daiva pasikvietė pas save dirbti gydytoja Rūta Štarolienė. „Ji turi meniškos sielos dukrą, per menus mūsų keliai ir susikirto. Studijuodama lankiau dailės studiją kartu su kursioke Daiva. Gydytojos Rūtos dukra, už mus jaunesnė gal dešimt metų, irgi lankė dailę kartu. Buvo kažkokia paroda, taip su gydytoja susipažinome, ir kai atėjo praktikos laikas, atėjom pas ją. Vis po truputį ateidavom pas ją padirbėti, ir kai pabaigėm mokslus, atėjome pas ją dirbti. Vienu metu dirbau ne tik pas tą gydytoją, bet ir kitoje klinikoje. O mano kursiokė Daiva baigė endodontijos rezidentūrą ir lig šiol ten darbuojasi“, – pasakoja Ieva.

Intensyviai ji dirbo augindama Luką ir antrąją atžalą – dukrą Mėtą – iki trečiojo vaiko gimimo. Kai prieš dešimt metų gimė Jonas, Ieva jau buvo pradėjusi ruoštis išeiti į darbą, bet apsisprendė atsidėti vaikų auginimui. Po pusantrų metų nuo Jono gimimo pasaulį išvydo Liepa. Paskui jau nedideliais tarpais vienas po kito gimė Morkus ir Rūtelė. Aplinkiniai kraipė pečius – kada visa tai baigsis? (juokiasi – aut. past.) „Lig šiol pati nežinau, kiek mes vaikų turėsime – nesuprantu, kaip žmonės tai planuoja. Žiūrėdama į savo vaikus mąstau, kad kiekvienas vaikas kažko išmokė, kažką atsinešė į pasaulį savito, ir aš labai laiminga, kad juos visus auginu. Neįsivaizduoju, kaip galima dėl kažkokių priežasčių atsisakyti vaiko. Mano vyras kažkada pasakė: „O kas sakė, kad šeimoje turi augti du vaikai?" Daug kam „normali", standartinė šeima yra šeima su dviem vaikais. Tačiau kas pasakė, kad tai yra gėris? Kodėl mes taip mąstome? Deklaruojame, kad esame laisvi, bet mūsų sąmonė tokia sukaustyta", – svarsto gydytoja.

Vaikų auginimo stažas – du dešimtmečiai

Ievos ir Henriko Celencevičių vaikų auginimo „stažas" – 20 metų. Ievai buvo 22-eji, kai gimė pirmagimis – tarp savo draugų jie buvo pirmieji, „baltos varnos", susilaukę vaiko. Niekas dar nebuvo susituokę, todėl apie vaikus net negalvojo. „Tai buvo tas momentas, kai turėjome pradėti ieškoti savo kelio, kaip šeima. Mus pakvietė į Tiberiados vienuolių brolių stovyklą. Tada atsirado šeimų stovyklos, draugystė su vienuolijomis, įvairios grupelės, kur bendros temos, bendri rūpesčiai. Jaunai šeimai buvimas bendruomenėje duoda daug palaikymo, tai didelė dovana, juolab kad mes tik auginome pirmąjį, o matėme žmones, kurie augino tris, keturis vaikus ir dalijosi meile su jais", – sako Ieva

Lukui šiandien – 20 metų, Mėtai – 15, Jonui – 10, Liepai – 9, Morkui – 6 ir mažiausiajai Rūtelei – 4. „Mūsų vaikai – labai skirtingi. Apie artimą medicinai sritį, veterinariją, svajoja tik Liepa. Mėta kol kas nepasirinkusi, ką studijuoti, bet jai sunku pasirinkti – gerai sekasi tiek tikslieji mokslai, tiek menai: gražiai groja violončele, gerai šoka. Lukas įstojo studijuoti grafinio dizaino, prieš tai išbandęs virėjo amatą. Na, o mažieji dar neaišku, ką rinksis gyvenime – šiuo metu jie labiausiai mėgsta peštis", – juokiasi šešių vaikų mama.

„Augdamas daugiavaikėje šeimoje tu visą laiką turi kovoti: dėl skanesnio kąsnio, dėl mamos glėbio, dėl tėčio pagyrimo... Nors atrodo, kad nieko netrūksta. Savo vaikų klausiu: „Na, ar jums ko nors trūksta, kad turite muštis dėl to saldainio?" Bet jie vis tiek mušasi dėl saldainio, nepaisant to, kad yra sotūs saldainių ir kitokių gėrybių, nieko jiems netrūksta. Kažkas glūdi prigimtyje – kiekvienas žmogus nori jaustis pačiu svarbiausiu nuo pat vaikystės. Aišku, tai padeda formuotis asmenybei, kuri geba dalintis, bet iš esmės tas formavimasis nėra malonus vaikui, bent jau man taip atrodo. Namuose labiausiai vargina būtent nuolatinė kova ir peštynės. Mes gyvename nuosavame name, kiekvienas turi po pusę kambario. Jei jie išsiskirstytų po savo kampus, skaitytų, žaistų, užsiimtų, galėčiau auginti nors ir dvylika, bet jie yra nuolatinėje kovinėje parengtyje", – su šypsena pasakoja pašnekovė.

Bendroji medicina – išbandyta pacientės vietoje

Ieva pasakoja, jog dažnai draugės pasakoja besiskundžiančios vienokiais ar kitokiais sveikatos sutrikimais ir klausia, kas yra ir į kokį gydytoją kreiptis.

„Suprantu, kad turiu platų supratimą medicinoje, nes mano diagnozės dažniausiai pasitvirtina. Pati turiu retą sindromą – jautrų skrandį, iš kurio kartais kraujuoja. Prieš gimstant Rūtai buvo labai smarkaus kraujavimo epizodas. Supratau, kaip yra paprasta mirti ligoninėje, net jei tavo tėtis, garsus chirurgas, stovi šalia. Reakcija yra nulinė. Penktasis mano vaikelis tuo metu buvo metų ir trijų mėnesių. Atsikėliau ryte ir jau buvo aišku, kad prasidėjo skrandžio kraujavimas. Nuvažiavome į ligoninę, ilgiausiai laukėme priimamajame Santaros klinikose, kol man pasakė, kad yra opos kraujavimas ir darys gastroskopiją. O man negalima daryti gastroskopijos! Sakiau, jog mano skrandis pilnas kraujo, todėl nieko nesimatys, tik maišas, pilnas kraujo. Pirmąkart man tai atsitiko keturiolikos metų, paskui dvidešimt vienerių. Taigi, paguldo mane į paprastą skyrių, ne į reanimaciją, kol kibirais kraujas pradeda bėgti. O rezidentas stovi ir žiūri, sako, negalima vežti į reanimaciją, reikia pasiskambinti, paklausti, ar ten yra vietų. Pradėjau galvoti, ką jie daro ekstrinėmis situacijomis? Man išplatėja arterija ir prasideda arterinis kraujavimas. Laimė, budintis gastroenterologas buvo sesers grupės draugas ir man laiku suteikė pagalbą. Jei ne jis, manęs jau nebūtų. Man buvo perpiltas kraujas, trombocitų masė. Po trijų mėnesių pradėjau lauktis. Daug kas sukiojo pirštus prie smilkinio, o aš klausiau – tai ką man dabar daryti? Yra, kaip yra", – prisimena Ieva. Bendrąją mediciną savo kailiu išbandžiusi Ieva sako, jog studijų metais atidžiai mokėsi ne tik odontologijos, bet ir bendrųjų disciplinų, todėl daug kas liko galvoje iki šiol.

Iššūkis – sava ugdymo įstaiga

Ieva gyvena Balsiuose, kur vaikai gali lankyti tik didžiulę Balsių mokyklą, tad pagyvenusi šiame mikrorajone, sugalvojo steigti savo ugdymo įstaigą kaip alternatyvą. „Supratau, kokia turi būti ugdymo įstaiga. Ji turi būti nedidelė ir atliepianti kiekvieno vaiko individualius poreikius, nes tik tada kiekvienas vaikas joje jausis gerai. Ne visiems vaikams tinka ugdymas didelėse klasėse ar grupėse", – sako Ieva. Taip gimė jos „Universitas mažiemus". Kalbininkai nenorėjo registruoti jungtinio lotyniško ir tarmiško pavadinimo, bet pagaliau Ieva pasiekė savo. Juk žodis „mažiemus" – iš Salomėjos Nėries poemos. Negi dabar reikėtų poetę klasikę taisyti? Ieva sako, jog bet kokio amžiaus vaikas nori mokytis ir ką nors naujo sužinoti, kiekvienas yra imlus ir smalsus, todėl jos vadovaujamame darželyje nuo mažumės mokoma prancūzų kalbos per žaidimą, per bendravimą. Šiemet darželyje jau bus ir pirmoji mokyklos klasė.

„Darželį ir būsimąją mokyklą įkūriau savo gyvenamajame rajone – Balsiuose. Kas gyvena mieste ar kituose rajonuose, mūsų nesirinks. Aš tiesiog kūriau darželį savo rajone, nes buvo atsibodę vaikų vežiojimai į darželius ir mokyklas. Tiek metų važinėjome į miestą pirmyn atgal, ir nusprendėme, kad reikia kurti ugdymo įstaigą savo bendruomenėje kaip alternatyvą didelei ugdymo įstaigai, kurią lanko viso mikrorajono vaikai. Kai viskas yra šalia, ir vaikui gerai, ir tėvams patogu. Susitaupo daugybė laiko, kurį gali praleisti ne ankštame automobilyje, o savo namų kieme, žaisdamas su vaikais. Taip viskas susiklostė. Neplanavau didelio verslo, norisi, kad darželis-mokykla po truputį, natūraliai augtų", – sako pašnekovė.

Na, o kaip odontologija? Ar jai jau pasakyta „sudie"? „O, ne, – šypsosi pašnekovė ir sako planuojanti netrukus atnaujinti licenciją ir grįžti darbuotis pagal specialybę. Nors ne visu etatu, tačiau medicinos jau pasiilgusi.

Dalia Žvirinskienė

Ievos Uždavinytės Celencevičienės asmeninio albumo nuotraukos

AKTUALI INFORMACIJA

Takūs biokeraminiai užpildai endodontologijoje: nuo šaknų kanalų užpildymo iki endodontinių komplikacijų valdymo

Doc. dr. Saulius Drukteinis
VU MF Odontologijos institutas

Takūs biokeraminiai užpildai ir jų ypatybės

Biokeramines medžiagas, naudojamas šiuolaikinėje endodontologijoje, galima suskirstyti į grupes pagal sudėtį, kietėjimo tipą ir konsistenciją. Pagal cheminę sudėtį biokeraminės medžiagos gali būti Portlando cemento arba trikalcio silikato pagrindu (1). Pastarosios priskiriamos naujos kartos biokeraminiams užpildams ir pasižymi keletu unikalių ypatybių, kurių neturi medžiagos Portlando cemento pagrindu (1). Pagal konsistenciją biokeraminės medžiagos gali būti skirstomos į kietas ir į takias. Kietos konsistencijos medžiagos dažniausiai yra naudojamos vienos kaip cementai-dentino pakaitalai (pavyzdžiui, senos kartos MTA cementas arba naujos kartos „Biodentine“ ar „TotalFill Putty“). Takios, pastos (*angl. sealer*) tipo medžiagos yra skirtos šaknų kanalams užpildyti, jas naudojant su gutaperčios kaiščiais. Kai kurios pastos yra jau paruoštos naudoti švirkštuose, o kai kurios yra maišomos (miltelių / skysčių sistemos). Tiek vienos, tiek kitos medžiagos turi privalumų ir trūkumų. Maišant miltelius su skysčiais, svarbu išlaikyti tinkamą dalių santykį. Nors užpildų silikatų pagrindu kietėjimui komponentų santykis nėra kritiškai svarbus, kaip pavyzdžiui, MTA cemento, vis dėlto nesilaikant maišymo rekomendacijų gali pakisti užpildo fizinės bei cheminės ypatybės (1, 2). Ši problema yra neaktuali naudojant sumaišytas pastas, tačiau jos turi būti greitai sunaudojamos švirkštą atidarius pirmą kartą. Dažna klinikinė ir ekonominė problema – medžiaga švirkšte sukietėja greičiau, nei spėjama ją sunaudoti, todėl patiriami dideli finansiniai nuostoliai. Galiausiai, maišomos medžiagos yra žymiai pigesnės, palyginti su paruoštomis naudoti. Tačiau būtina pažymėti, jog gausybė eksperimentinių ir klinikinių tyrimų įrodo, kad esminio skirtumo tarp šių medžiagų nėra – tiek paruoštos naudoti, tiek maišomos biokeraminės pastos gali užtikrinti tokius pačius rezultatus (2, 3, 4). Taigi, kokią medžiagą rinktis ir naudoti klinikinėje praktikoje, turi nuspręsti pats gydytojas odontologas.

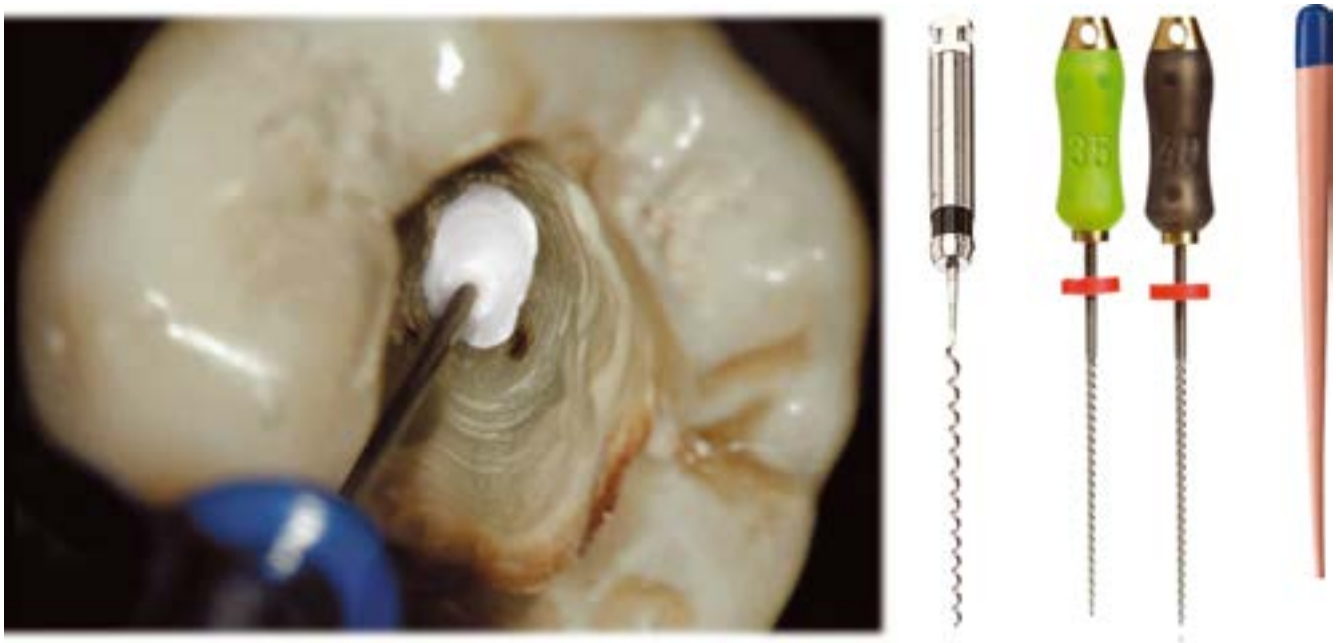
Visos naujos kartos biokeraminės medžiagos trikalcio silikato pagrindu nėra jautrios drėgmei ar jų užteršimui krauju, darbas su šiomis medžiagomis yra nesudėtingas net ir nedaug klinikinės patirties turinčiam gydytojui (2). Medžiagos yra dimensiškai stabilios ir šiek tiek plečiasi kietėdamos, netirpsta audinių skysčiuose ir taip užtikrina kokybišką ir ilgalaikį šaknies kanalo užpildymą trimatėje erdvėje (3, 4). Įrodyta, kad dantų, kurių šaknų kanalai yra užpildyti biokeramine pasta, šaknys yra atsparesnės vertikaliems lūžiams, palyginti su įprastinėmis pastomis sintetinių dervų pagrindu (2). Medžiagos kietėja vykstant hidracijos reakcijai, kurios metu pH pakyla daugiau kaip 12, nes susiformuoja kalcio hidroksidas, kuris vėliau disocijuoja į kalcio ir hidroksilo jonus (3). Taigi, nesukietėjusios biokeraminės medžiagos turi labai ryškių antibakterinių ypatybių (5, 6). Visiškai sukietėję biokeraminiai užpildai yra ne tik biologiškai suderinami, bet ir bioaktyvūs (5). Biokeraminės medžiagos, reaguodamos su audinių skysčiais, išskiria kalcio hidroksidą, kuriam jau reaguojant su fosfatais audinių skysčiuose susidaro hidroksiapatitas (7). Tai paaiškina, kodėl biokeraminės medžiagos yra bioaktyvios ir pasižymi audinius indukuojančiomis ypatybėmis.

Dėl minėtų priežasčių šiuo metu biokeraminės medžiagos yra pirmo pasirinkimo medžiagos, skirtos tiesioginiam pulpos padengimui, pulpotomijai, perforacijų hermetizavimui, retrogradinių ertmių užpildymui ir atliekant apeksofikacijos procedūras (1, 4). Vis didesnį populiarumą įgyja skystos biokeraminės pastos-užpildai, naudojami šaknies kanalo spindžio nuolatiniam hermetizavimui. Šios medžiagos yra hidrofilinės, takios, jas nėra sudėtinga naudoti net ir gana komplikuotais klinikiniais atvejais. Šie užpildai yra dimensiškai stabilūs ir šiek tiek plečiasi kietėdami, todėl jie yra vieni iš geriausių šaknų kanalų užpildų šiuolaikinėje endodontijoje (1).

Šiandien Lietuvos rinkoje yra prieinami **TotalFill BC Sealer™** ir **BioRoot™ RCS** takūs užpildai trikalcio silikato pagrindu.

Pirmoji taki, iš anksto sumaišyta ir naudojimui paruošta šaknų kanalų pildymui skirta biokeraminė medžiaga trikalcio silikato pagrindu buvo sukurta 2007 m. Kanados kompanijos „Innovative BioCeramix Inc.“ mokslininkų. Medžiaga rinkoje pasirodė komerciniu pavadinimu „iRoot1 SP“ ir gamintojo buvo rekomenduojama naudoti kaip injekuojama pasta. 2008 m. JAV kompanija „Brasseler USA“ šią medžiagą pristatė JAV rinkai komerciniu pavadinimu „EndoSequence1 BC Sealer“. Praėjus daugeliui metų nuo sukūrimo, neseniai ši medžiaga pasirodė Europos rinkoje kaip **TotalFill BC Sealer™** pasta, kurią gamina šveicarų kompanija „FKG Dentaire“ (1A pav.). Visos trys minėtos biokeraminės medžiagos yra identiškos cheminės sudėties (kalcio silikatai, cirkonio oksidas, tantalo oksidas, vienbazis kalcio fosfatas ir užpildai) ir pasižymi vienodomis mechaninėmis ir biologinėmis ypatybėmis. Pastos yra hidrofilinės, netirpios, rentgenokontrastiškos, sudėtyje neturi aliuminio, turi aukštą pH, o jų kietėjimui yra reikalinga drėgmė (1, 3, 4). **TotalFill BC Sealer™** darbo laikas yra daugiau nei 30 min., o kietėjimo laikas yra apie 4 valandas, priklausomai nuo aplinkos drėgmės (3). Ilgą laiką „BC Sealer“ ir jo analogai buvo vieninteliai gryni medicininės paskirties biokeramikos gaminiai, parduodami kaip pasta šaknų kanalų užpildymui.

1 pav. *Takūs biokeramikos užpildai trikalcio silikato pagrindu: naudoti paruoštas* **TotalFill BC Sealer™** *(A) ir maišomas* **BioRoot™ RCS** *(B).*

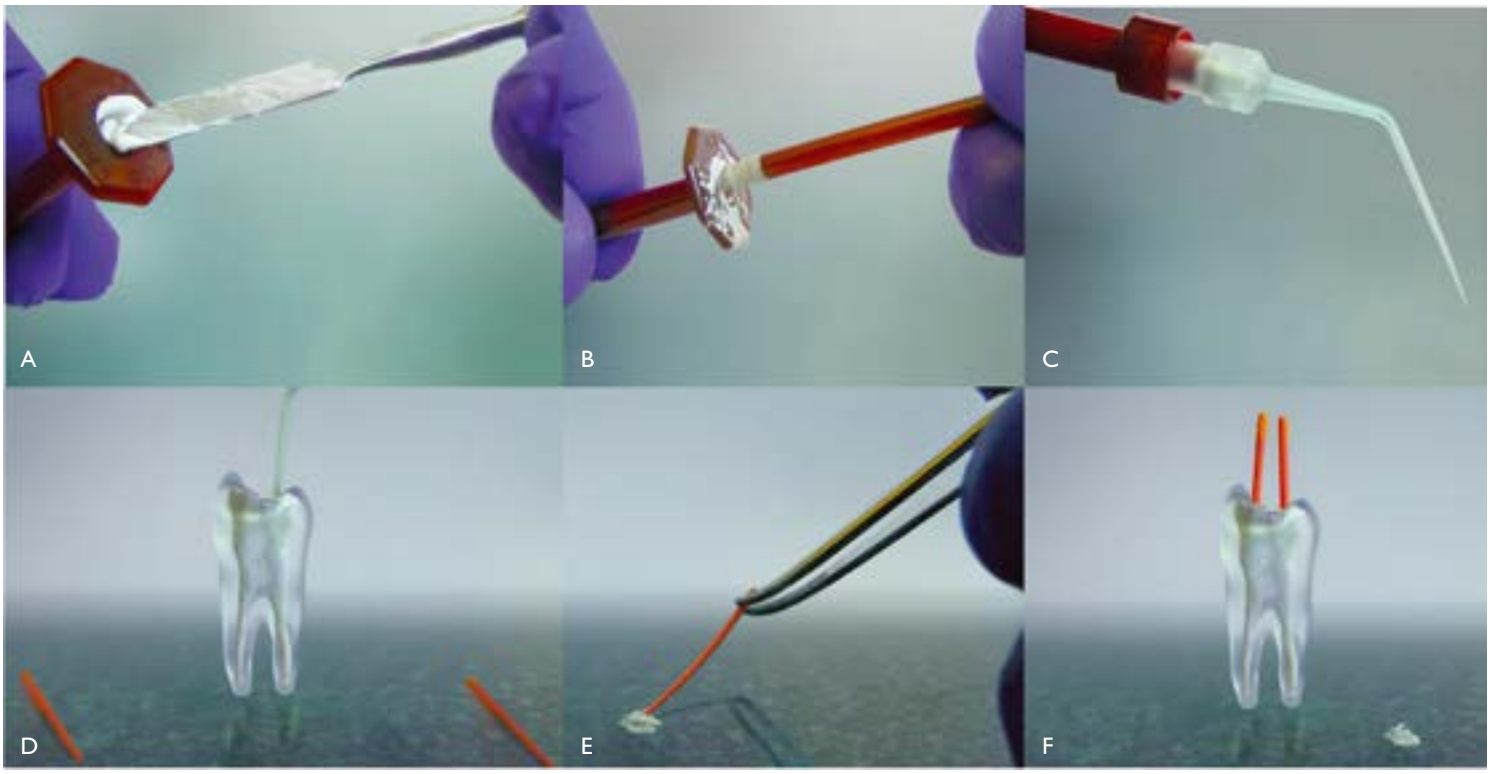


2 pav. *Takios biokeraminės pastos įvedimo į šaknies kanalo spindį būdai: injekcinis, panaudojant Lentulo spiralę, endodontinį instrumentą ar gutaperčios kaištį.*

Kita medžiaga, pastaruoju metu labai populiarėjanti ne tik Europoje, bet ir visame pasaulyje, yra Prancūzų kompanijos „Septodont" gaminys **BioRoot™ RCS**, kuris parduodamas kaip milteliai ir skystis (1B pav.). Miltelių sudėtis: trikalcio silikatas, kaip aktyvioji cementinė medžiaga, ir cirkonio oksidas, rentgeno kontrastinė medžiaga (3). Skystį sudaro vanduo, kalcio chloridas, povidonas ir vandenyje tirpus polimeras. **BioRoot™ RCS** visiškai sukietėja per 324 (±1) min., o kietėjimo laikas žymiai pailgėja drėgnoje aplinkoje (6, 7). **BioRoot™ RCS** yra mažiau tirpus nei užpildai sintetinių dervų pagrindu bei pasižymi mažesniu takumu kambario temperatūroje, nei nustatyta ISO standartu (6, 8). Tačiau, įvestas į šaknies kanalo spindį ir užpildo temperatūrai padidėjus, jis pasidaro itin takus, todėl medžiaga geriau pasiskirsto šaknies kanale, pasidaro skvarbesnė. Per didelė šiluma, pavyzdžiui, atsirandanti šaknies kanalus pildant termoplastine gutaperčia, turi neigiamos įtakos medžiagos takumui – jis drastiškai sumažėja, todėl gamintojas rekomenduoja naudoti tik šaltos obturacijos metodus (6). **BioRoot™ RCS** rentgeno kontrastiškumas yra panašus į dervinių ar kitų biokeraminių pastų ir yra maždaug 9 mm aliuminio plokštelės storio (7). Nustatyta, kad **BioRoot™ RCS** tirpale atpalaiduoja ypač didelį kalcio jonų kiekį: per tą patį laiką tomis pačiomis sąlygomis kalcio jonų atsipalaiduoja du kartus daugiau nei iš **TotalFill BC Sealer™**, ir net dešimt kartų daugiau nei iš „MTA Fillapex" pastos (7). Dėl šios priežasties susiformuoja žymiau didesnis kalcio hidroksido ir hidroksiapatito kiekis, o tai turi keletą labai svarbių privalumų: didesnis ir ilgiau išliekantis aukštas pH, nulemiantis antibakterines užpildo ypatybes, ir didesnis bioaktyvumas. (6).

Takių biokeraminių medžiagų naudojimas užpildant šaknų kanalus

Unikalios takių trikalcio silikatinių biokeraminių užpildų ypatybės į klinikinę praktiką leido įdiegti naują, labai paprastą ir lengvai įvaldomą šaknų ▶▶

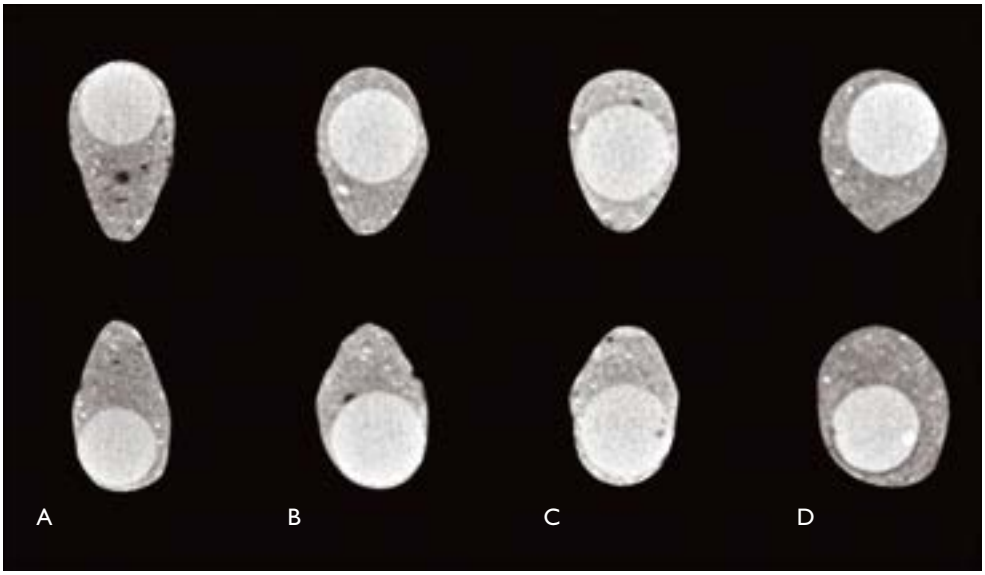


3 pav. *Pagrindiniai šaltos hidraulinės obturacijos metodikos klinikiniai etapai.*

kanalų užpildymo techniką, kuri mokslinėje literatūroje vadinama šalta hidrauline obturacija (*angl. Cold Hydraulic Obturation*) arba vieno kaiščio (*angl. Single Cone*) užpildymo metodika (1, 4). Šių medžiagų panaudojimo ir minėtos užpildymo technikos klinikiniai rezultatai jau pranoko daugelio mokslininkų ir klinicistų lūkesčius (4).

Šaltos hidraulinės obturacijos metodika nėra sudėtinga. Baigus chemomechaninį šaknies kanalo paruošimą, šaknies kanalas išsausinamas ir parenkamas bei pritaikomas pagrindinis gutaperčios kaištis, kuris atitinka prieš tai naudoto endodontinio instrumento dydį. Rekomenduojama naudoti tokio pat kūgio gutaperčios kaištį, kokio kūgio instrumentu buvo formuojamas kanalas (2). Jei pildymui naudojama maišoma biokeraminė pasta, milteliai ir skystis sumaišomi atitinkamu santykiu laikantis gamintojo rekomendacijų. Naudoti paruoštos pastos maišyti nereikia, ją tik lieka įvesti į šaknies kanalą. Tą galima padaryti visais įprastiniais metodais, naudojamais pildant kanalus (2 pav.).

Dėl didelio hidraulinių kalcio silikatinių užpildų takumo optimaliu laikomas injekcinis medžiagos įvedimo būdas, nes įvedamas didesnis pastos kiekis, ji tolygiau pasiskirsto šaknies kanale (2, 4). Pasirenkamas nedidelės talpos švirkštas, pavyzdžiui, „Skini syringe“, („Ultradent Products Inc.“) ir sumaišyta pasta mentele sukišama į jį (3A pav.). Po to įvedamas švirkšto stūmoklis (3B pav.) ir užsukama plastikinė kaniulė arba atitinkamo diametro adata (3C pav.). Spaudžiant švirkšto stūmoklį, nedidelis kiekis pastos išstumiamas per kaniulę. Tai būtina padaryti, kad neliktų oro tarpo kaniulės viršūnėje. Jei naudojama paruošta pasta, pavyzdžiui, **TotalFill BC Sealer™**, belieka tik užsukti plastikinę kaniulę ant švirkšto. Po to kaniulė įkišama į paruošto šaknies kanalo spindį 1–2 mm trumpiau, nei nustatytas šaknies kanalo darbinis ilgis (DI) (3D pav.). Lėtai spaudžiant švirkšto stūmoklį bei kartu traukiant švirkštą iš šaknies kanalo, jis užpildomas biokeramikine pasta. Pritaikyto gutaperčios kaiščio viršūnė padengiama biokeramine pasta (3E pav.) ir kaištis įvedamas į šaknies kanalą visu DI (3F pav.). Tai būtina daryti labai lėtai, kad nepadidėtų pastos išstūmimo į periapikalinius audinius bei oro tarpų susidarymo užpilde tikimybė (2, 4). Pagrindinis gutaperčios kaištis sukuria hidraulinį slėgį šaknies kanale, todėl pasta geriau pasiskirsto, įteka į sąsmaukas, nelygumus ir dentino kanalėlius (3). Be to, gutaperčios kaištis leidžia dar kartą gydyti šia metodika užpildytus dantų šaknų kanalus. Pagrindinis gutaperčios kaištis nukertamas karštu įrankiu šaknies kanalo įeigos lygmenyje. Jei šaknies kanalas yra labai platus, galima naudoti papildomus gutaperčios kaiščius, pasyviai įvedant juos šalia pagrindinio gutaperčios kaiščio ir jų nekondensuojant. Taip pat galima atlikti šaltą šoninę gutaperčios kondensaciją, tačiau tam nėra jokios būtinybės ir racionalaus pagrindo (2).



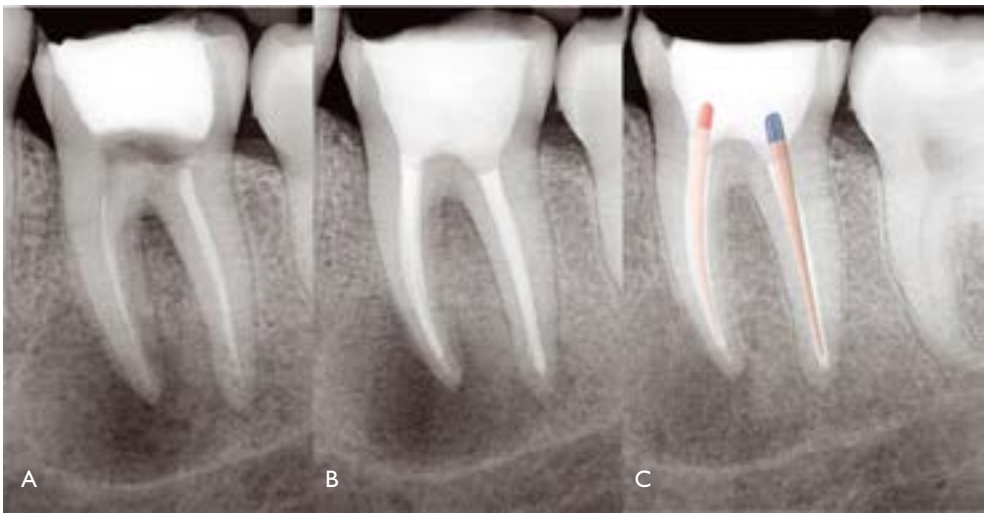
4 pav. *Šaknų kanalų, užpildytų vienu gutaperčios kaiščiu ir **BioRoot™ RCS** takiu biokeraminiu užpildu, skerspjūvių nuotraukos po mikrokompiuterinės tomografijos vaizdų rekonstrukcijos: šaknų kanalai užpildyti gydytojo endodontologo (A), gydytojo odontologo (B), endodontologijos rezidento (C) ir odontologijos studento (D).*

Taigi, minėtoji metodika yra labai paprasta. Preliminariais mūsų atlikto mikrokompiuterinės tomografijos tyrimo duomenimis, šaknų kanalų užpildymo naudojant vieną gutaperčios kaištį ir takų biokeraminį užpildą **BioRoot™ RCS** kokybė buvo vienoda ir nepriklausė nuo to, kas atliko šaknų kanalų užpildymą: gydytojas endodontologas, gydytojas odontologas, endodontologijos rezidentas ar odontologijos studentas (4 pav.). Tai akivaizdžiai įrodo, kad taikant šią metodiką šaknų kanalų užpildymo kokybė nepriklauso nuo klinicisto patirties ir įgūdžių.

Naujausi klinikinių mokslinių turimų duomenys rodo, kad šaltos hidraulinės obturacijos metodo, kai naudojamas vienas gutaperčios kaištis ir takus biokeraminis užpildas trikalcio silikato pagrindu, klinikinė sėkmė siekia 90,9 proc. (9). Reikia pažymėti, kad dėl ryškių užpildo antibakterinių ypatybių ir jo bioaktyvumo galima tikėtis geresnių rezultatų pakartotinio endodontinio gydymo atveju, tačiau reikalingi ilgalaikiai klinikinių tyrimų rezultatai, patvirtinantys šią hipotezę. Ketverių metų klinikinė patirtis su takiu užpildu **BioRoot™ RCS** leidžia daryti tam tikrus apibendrinimus ir teigti, kad vieno kaiščio metodika leidžia pasiekti gerų gydymo rezultatų ir tikrai nenusileidžia įprastiniams šaknų kanalų užpildymo metodams ar net juos lenkia (5 pav.).

Takių biokeraminių medžiagų panaudojimas endodontinių komplikacijų valdyme

Jatrogeninės klaidos, pavyzdžiui, šaknies kanalo spindžio transportacija ar laiptelio suformavimas, gali būti nekontroliuojamos ir atsitiktinės šaknies perforacijos viršūnėje ar jos šone priežastis. Atliekant pakartotino endodontinio gydymo procedūras, perforacijų rizika dar labiau padidėja (10–12). Perforacijos vizualizacija yra labai svarbi ir gali turėti reikšmingos įtakos gydymo baigčiai ir ilgalaikei prognozei, tačiau tiesioginė jų vizualizacija už šaknies kanalo linkio yra labai ribota ar neįmanoma, net ir naudojant dentalinį mikroskopą (13). Mokslinių tyrimų duomenimis, gydytojų odontologų patirtis ir biologiškai suderinamų medžiagų, tokių kaip MTA, naudojimas yra labai svarbūs sėkmingo perforacijų užpildymo ir geresnių klinikinių rezultatų veiksniai (12, 13, 14). Gorni ir kiti nustatė, kad krūminių dantų perforacijų prognozė yra blogesnė, ypač jei perforacijos yra lokalizuotos viduriniame ir viršūniniame trečdaliuose (13). Autorių nuomone, tai yra susiję su prasta tiesiogine tokių perforacijų vizualizacija ir jų kokybišku hermetizavimu lenktose krūminių dantų



5 pav. *36 danties pakartotinas endodontinis gydymas, šaknų kanalus užpildant takiu užpildu **BioRoot™ RCS** ir didelio kūgio gutaperčios kaiščiu. Dantų šaknų rentgeno nuotrauka prieš pakartotiną endodontinį gydymą (A); po šaknų kanalų užpildymo (B); 8 mėn. po pakartotino endodontinio gydymo stebimas akivaizdus periapikalinių audinių gijimas (C).*

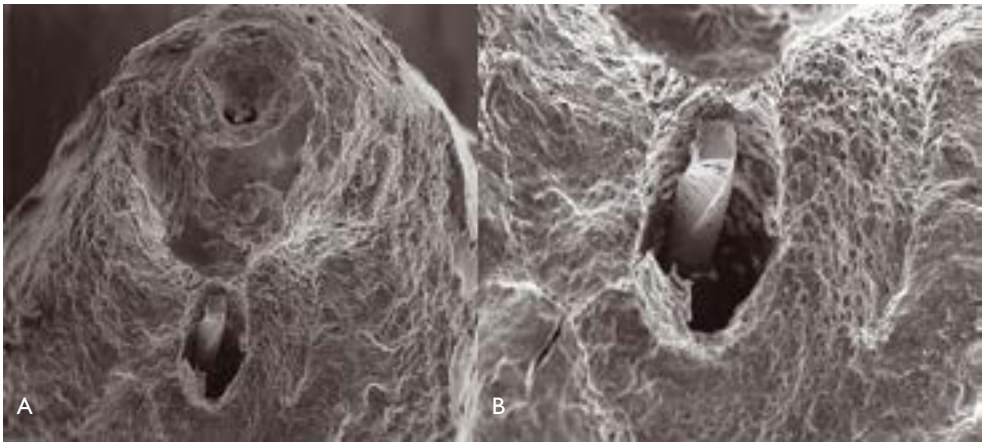
šaknyse. Dėl to, jog negalima tiesiogiai matyti, perforacijų užpildymui skirtų medžiagų įvedimas ir kondensacija tampa labai sudėtingi net ir daug patirties turinčiam gydytojui odontologui ar net endodontologui (15, 16). Ha ir kitų duomenimis, beveik visi endodontologai (98,8 %) ir tik 39,8 % gydytojų odontologų naudoja MTA perforacijų užpildymui (16). Pagrindinės tokio reto MTA naudojimo tarp odontologų priežastys yra žinių apie šias medžiagas bei klinikinės patirties stoka, o ne jos didelė kaina (17). Pagrindiniai klinikiniai iššūkiai yra maišymo ir kietėjimo problemos, ilgas kietėjimo laikas, sudėtingas medžiagos įvedimas, dantų kietųjų audinių spalvos pokyčiai ir toksiniai elementai medžiagoje (18, 19). Šie duomenys rodo, kad MTA naudojimas yra reikšminga klinikinė problema ir kad reikia naujų medžiagų ir paprastesnių perforacijų užpildymo metodų. Kita klinikinė problema yra paženguisi išorinė uždegiminė šaknies viršūnės rezorbcija, kuri dažnai yra nematoma rentgeno nuotraukoje. Literatūros duomenimis, išorinė šaknies rezorbcija būna gana žymi, kai yra viršūninis periodontitas su rentgeno nuotraukoje matoma periapikalinio kaulinio audinio destrukcija (20). Šiuo atveju rezorbcinis defektas labai dažnai būna kraterio formos ir suardo fiziologinę šaknies viršūnę (6 pav.).

Tam tikra prasme tai yra tarsi didžiulio diametro „perforacija“ šaknies viršūnėje: nelieka viršūninio susiaurėjimo ir didelis šaknies kanalo plotas tiesiogiai kontaktuoja su viršūninio periodonto audiniais. Tokiu atveju, taikant įprastinius šaknų kanalų pildymo metodus, ne tik išauga rizika, kad užpildas bus nustumtas į periapikalinius audinius, bet ir yra galimybė, jog gana toksiškos, tirpios, besitraukiančios pastos laikui bėgant negarantuos hermetiško užpildymo, o tai gali bloginti endodontinio gydymo rezultatus (2, 9).

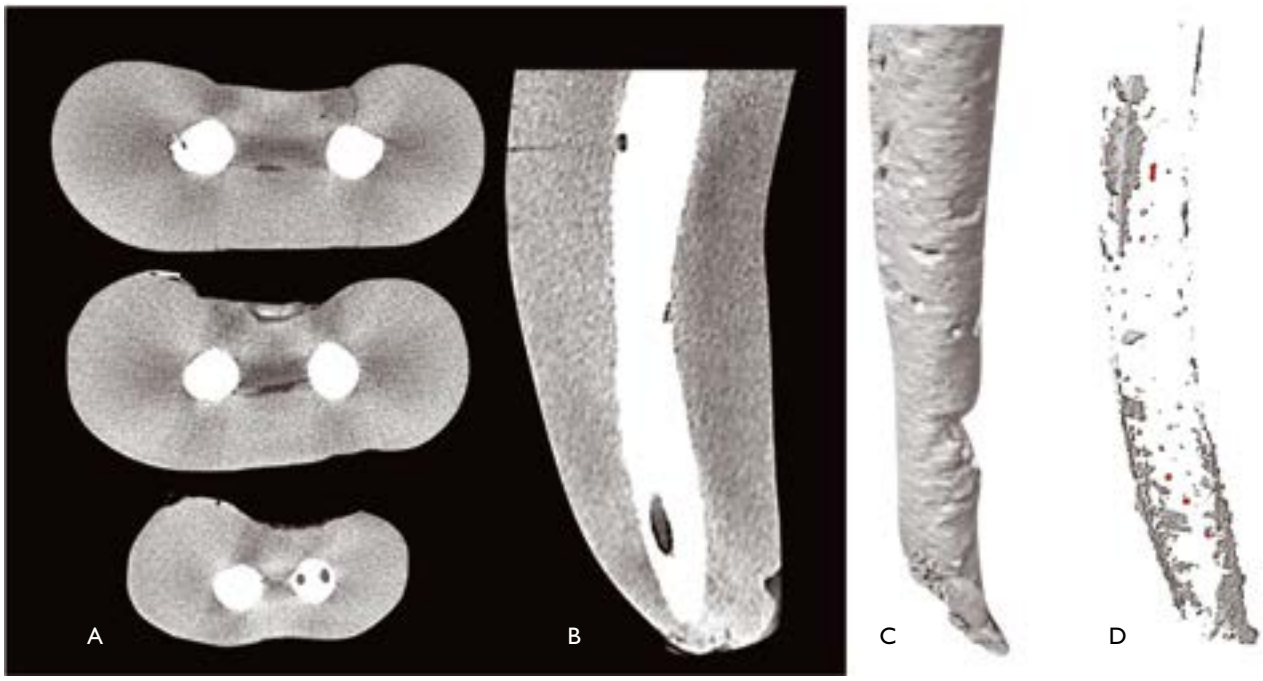
Takių hidraulinių biokeraminių užpildų kalcio silikato pagrindu panaudojimo viršūninių perforacijų ar rezorbciju užpildymui koncepcija yra gana nauja, tačiau kliniškai labai patraukli. Mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad **BioRoot™ RCS** gali būti sėkmingai naudojamas ne tik kaip pasta (*angl. sealer*), bet ir kaip biologinis užpildas (*angl. filler*), kai naudojamas didesnis užpildo kiekis šaknies kanale (6). Kadangi ši medžiaga turi visas MTA biologines ypatybes, tačiau pasižymi geresnėmis fizinėmis ypatybėmis ir su ja yra lengva dirbti, buvo pasiūlyta hidraulinius biokeraminius užpildus kalcio silikato pagrindu naudoti kaip medžiagas, skirtas perforacijoms pildyti (5, 21). Pati užpildymo procedūra beveik niekuo nesiskiria nuo aukščiau aprašyto šaknies kanalo užpildymo takiu biokeraminiu užpildu ir vienu gutaperčios kaiščiu. Skirtumas tik tas, kad pritaikytas gutaperčios kaištis steriliomis žirklutėmis ar skalpeliu patrumpinamas 2–3 mm tam, kad perforacijos sritis ir viršūninė kanalo dalis būtų užpildyta vien tik biologiškai suderinama bioaktyvia medžiaga. Šiuo atveju taki biokeraminė medžiaga atlieka užpildo (*angl. filler*) vaidmenį. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad tokie užpildai yra homogeniški, labai mažai porėti ir užtikrina kokybišką perforuotos šaknies kanalo užpildymą trimatėje erdvėje (7 pav.). Tai ypač palengvina perforacijų, rezorbcinių defektų, esančių už šaknies linkio ir kurių negalima tiesiogiai matyti net naudojant dentalinį mikroskopą, užpildymą, o procedūrą kokybiškai gali atlikti net ir nedaug patirties turintis gydytojas.

Apibendrinant turimus laboratorinių ir klinikinių mokslinių tyrimų duomenis galima drąsiai teigti, kad takūs hidrauliniai užpildai kalcio silikatų pagrindu yra modernios, biologiškai suderinamos ir aktyvios medžiagos, dėl kurių šaknų kanalų užpildymas bei kai kurių endodontinio gydymo komplikacijų valdymas tampa ne tik lengvesnis, bet ir užtikrina geresnius gydymo rezultatus. Tai medžiagos, kurios neabejotinai taps pirmo pasirinkimo užpildais modernioje endodontologijoje.

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas



6 pav. *Uždegiminės rezorbcijos pažeistos šaknies viršūnės SEM nuotrauka. Stebima kraterio tipo rezorbcija, suardanti fiziologinę šaknies viršūnę (x 500 didinimas (A) ir x 1000 didinimas (B).*



7 pav. *Tipiniai perforuotų šaknų kanalų, užpildytų **BioRoot™ RCS** / vienu gutaperčios kaiščiu skerspjūvių vaizdai (A) bei dvimatis (2D) medialinės šaknies pjūvis (B). Užpildo trimatė (3D) rekonstrukcija, rodanti užpildo homogeniškumą ir porų pasiskirstymą jo masėje (C). Atvirų (pilka spalva) ir uždarų (raudona spalva) porų užpildo masėje 3D rekonstrukcijos (D).*

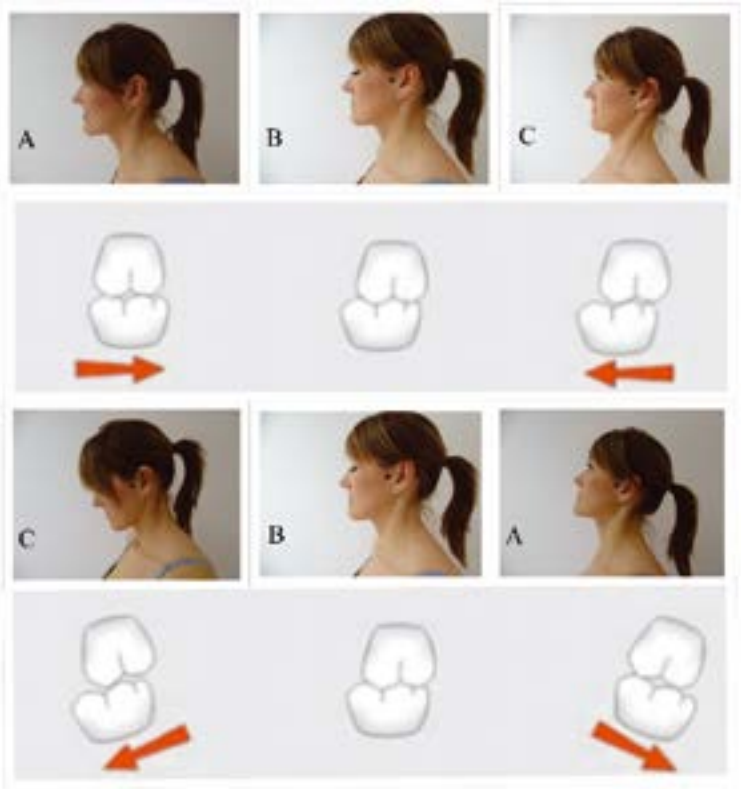
KLINIKINĖ PATIRTIS

Vienkartinės galvos padėties korekcijos poveikis kramtomajai sistemai

Ieva Masiulytė, Lietuvos sporto universiteto kineziterapijos magistro studijų programos absolventė
Giedrė Jurgelaitienė, Lietuvos sporto universiteto Sporto biomedicinos fakulteto
Taikomosios biologijos ir reabilitacijos katedros lektorė, darbo vadovė.

Įvadas

Kūno laikysenos formavimasis pagrįstas kasdienių judesių atlikimu bei susidariusiais įpročiais. Netaisyklinga laikysena gali sukelti ne tik estetinį defektą, bet ir vidaus organų funkcijų sutrikimus. Augimo metu galvos padėtis, pusiausvyra ir laikysena bei apatinio žandikaulio padėtis prisitaiko prie laikysenos pokyčių. Nuolat kartojami netaisyklingi judesių modeliai gali turėti įtakos sisteminėms griaučių-raumenų sistemos disfunkcijoms, įtraukiant smilkininį apatinio žandikaulio sąnarį (SAŽS), galvą ir kaklinę stuburo dalį. Kai galva pasvyra į priekį nuo neutralios padėties, galvos spaudimas į kaklą padidėja maždaug šešis kartus, todėl atsiranda raumenų spazmai, kaklo skausmas, sąstingis, laikysenos pokyčiai [11]. Janda (2007) tai apibūdino kaip „viršutinis kryžminis sindromas“ ir įrodė, kad būklė išsivysto ilgą laiką užimant į priekį pasvirusią galvos poziciją lyginant su fiziologiniais stuburo linkiais [1, 4]. Dėl raumenų tonuso pokyčio pakinta posturalinė galvos ir kaklo laikysena, sumažėja mechaninės judesių amplitudės, todėl atsiranda kūno asimetrija, laikysenos pokyčiai ir raumenų sutrumpėjimas [4, 12]. Dėl šio raumenų disbalanso susiformuoja pakumpę bei pakilę pečiai, nenormalios menčių padėtys. Taip pat lydi kaklo ir pečių regiono raumenų silpnumas [4]. Tai sukelia modifikacijas vystantis žandikauliams, dantų arkoms. Įrodyta, kad viršutinio žandikaulio išsikišimas, taip pat veido asimetrija yra stimuliuojama pusiausvyros sutrikimų ir netaisyklingos laikysenos [1, 9, 10].



1 pav. *Dantų sąkandžio pokyčiai keičiant galvos padėtį. A – apatinis žandikaulis juda atgal viršutinio žandikaulio atžvilgiu; B – neutrali galvos ir dantų sąkandžio padėtis; C – apatinis žandikaulis juda pirmyn viršutinio žandikaulio atžvilgiu (pavaizduota pagal Danner et al., 2009).*

1 LENTELĖ.
Tiriamųjų charakteristika

	Kairė pusė	Dešinė pusė
Didžiojo krūtinės raumens ilgis (cm) (x±SD)	7,82±2,45	8,21±2,91
Mažojo krūtinės raumens ilgis (cm) (x±SD)	8,52±1,84	9,53±1,69
Viršutinis mentės kampas – stuburo skersinė atauga (cm) (x±SD)	6,17±1,33	6,98±1,31
Apatinis mentės kampas – stuburo skersinė atauga (cm) (x±SD)	5,71±1,59	6,58±1,21
Kaklo raumenų ištvermė (s) (x±SD)	30,29±17,93	

Jau 1990 metais pradėtos tirti sąsajos tarp dantų sąkandžio ir galvos padėties, tačiau SAŽS sutrikimai dažniausiai vis dar gydomi kaip atskira patologija, o tai lemia menką ir trumpalaikį klinikinį efektą [7, 9]. Pateikiama nemažai tyrimų rezultatų apie reikšmingas laikysenos ir kramtomosios sistemos sąsajas [7, 8, 15]. Kaklinė stuburo dalis ir raumenys atlieka galvos padėties stabilizavimo funkciją bei turi svarbią reikšmę galvos – kaklo – SAŽS komplekse. Morfologiniai pokyčiai lemia atlanto – pakauškaulio ir atlanto – ašies jungčių disfunkcijas, riboja galvos rotacijas ir kramtomųjų raumenų asimetriškumą, ilgainiui lemia apatinio žandikaulio krumplių asimetrijas ir kitų sąnarinių struktūrų pokyčius [17].

Keičiantis galvos padėčiai dėl poliežuvinių raumenų ir viršutinės kaklinės stuburo dalies bei apatinio žandikaulio judesių sąveikos, pasikeičia ir apatinio žandikaulio pozicija (žr. 1 pav.) [3]:

- Kai galva juda horizontaliai atgal, spaudimas į SAŽS regione esančius minkštuosius audinius lemia apatinio žandikaulio išstūmimą pirmyn.
- Kai galva juda horizontaliai pirmyn, dėl poliežuvinių raumenų įtampos vyksta apatinio žandikaulio retrakcija.

Kadangi vis dar trūksta įrodymų, kaip koreguojant galvos padėtį keičiasi kramtomosios sistemos funkcijos, nuspręsta atlikti tyrimą siekiant nustatyti, kokį poveikį vienkartinė galvos padėties korekcija turės galvos pasvirimo kampui, SAŽS aktyvių judesių amplitudėms, nuleidimo judesio stereotipui asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą.

Metodika

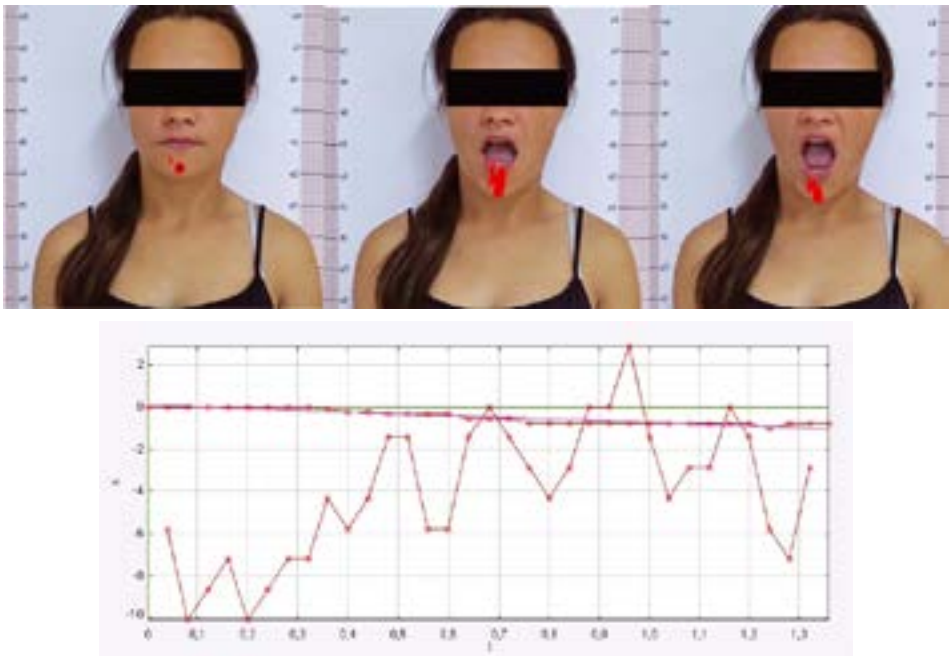
Lietuvos sporto universitete atliktas kiekybinis tyrimas, kuris organizuotas remiantis Helsinkio deklaracijos etikos principais. Pagal tiriamųjų atrankos kriterijus buvo atrinkti asmenys, turintys viršutinį kryžminį sindromą, bet neturintys kramtomosios sistemos disfunkcijų. Kad būtų nustatytas viršutinis kryžminis sindromas, laikysenos vertinimo metu buvo matuojamas galvos pasvirimo pirmyn kampas, atstumas nuo viršutinio mentės krašto iki skersinės stuburo ataugos, atstumas nuo apatinio mentės krašto iki skersinės stuburo ataugos, didžiojo krūtinės raumens ilgis, mažojo krūtinės raumens ilgis; vertinama giliųjų kaklo raumenų ištvermė. Siekiant įvertinti SAŽS funkciją, elektroniniu slankmačiu išmatuotos aktyvios SAŽS judesių amplitudės; fiksuojamas apatinio žandikaulio nuleidimo judesio stereotipas. Testuojama nekoreguojant galvos padėties ir atlikus vienkartinę galvos padėties korekciją. ▶▶

2 pav. *Neutrali galvos padėtis (a) esant viršutiniam kryžminiam sindromui ir atlikus vienkartinę galvos padėties korekciją (b).*

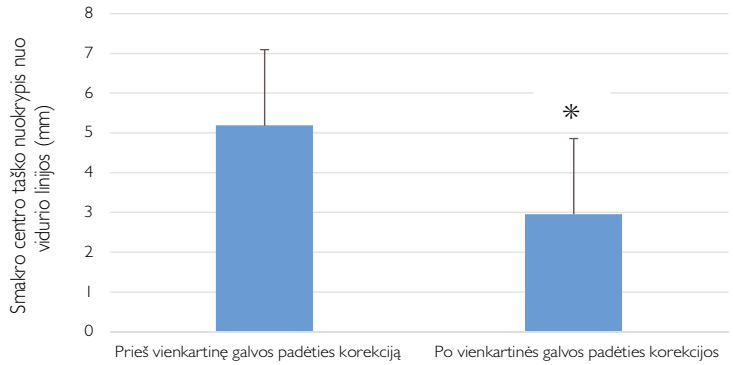
2 LENTELĖ.
Aktyvių apatinio žandikaulio judesių amplitudės prieš ir po vienkartinės galvos padėties korekcijos.

	Prieš vienkartinę galvos padėties korekciją	Po vienkartinės galvos padėties korekcijos	Skirtumas	p
Apatinio žandikaulio nuleidimas (mm)	67,58±5,34	52,54±6,13	15,03±4,61	0,01*
Apatinio žandikaulio išstūmimas į priekį (mm)	6,04±2,87	4,57±2,75	1,46±0,98	0,9
	Apatinio žandikaulio nuokrypis į kairę	**Apatinio žandikaulio nuokrypis į dešinę**	**Skirtumas**	**p***
Prieš vienkartinę galvos padėties korekciją	12,43±1,72	16,06±3,11	3,63±1,44	0,001*
Po vienkartinės galvos padėties korekcijos	16,05±3,63 15,73±2,84		0,32±0,97	0,48

Pastaba: * – reikšmingas skirtumas tarp rezultatų ($p < 0,05$).



3 pav. *Smakro centro taško nuokrypio nuo vidurio linijos, apatinio žandikaulio nuleidimo metu, fiksavimas naudojantis programine iranga „Tracker video analysis and modeling tool".*



Pastaba: * – reikšmingas skirtumas tarp rezultatų ($p < 0,05$).

4 pav. *Apatinio žandikaulio nuleidimo judesio stereotipo vertinimo rezultatai prieš ir po vienkartinės galvos padėties korekcijos.*

Tyrimai atlikti 19 žmonių (charakteristika pateikiama 1 lentelėje), kurių amžius 23,1 ± 3,27 m.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojantis kompiuterinėmis programomis SPSS 19.0 (Statistical Package For Social Sciences) ir „Microsoft Office Excel 2016". Kiekybiniai kintamieji pateikiami kaip aritmetinis vidurkis (x) ir standartinė vidurkio įverčio paklaida (±SD). Priklausomų dviejų rezultatų vidurkiams palyginti naudotas porinis Sjudento t kriterijus. Statistinių hipotezių patikimumui įvertinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$.

Rezultatai ir jų aptarimas

Naudojantis mobiliąja programėle „Forward head posture" įvertintas kampo tarp vertikalios linijos ir linijos kertančios peties centrą – ausies kramslį pokytis prieš ir po vienkartinės galvos padėties korekcijos [5, 6]. 2 paveikslėlyje pavaizduota neutrali galvos padėtis (a) esant viršutiniam kryžminiam sindromui ir atlikus vienkartinę galvos padėties korekciją (b). Tyrimo metu nustatyta, kad vienkartinės galvos padėties korekcijos metu galvos pasvirimo pirmyn kampas vidutiniškai sumažėja 20 proc.

Vertinant asmenis su viršutiniu kryžminiu sindromu nustatyta, kad jiems būdinga didesnė aktyvi apatinio žandikaulio nuleidimo judesio amplitudė, lyginant su Bumann ir Lotzmann (2002) pateiktomis gairėmis, bei apatinio žandikaulio išstūmimo į kairę ir dešinę amplitudžių disbalansas tarp pusių (*žr.* 2 lentelę). Atlikus vienkartinę galvos padėties korekciją reikšmingai sumažėjo apatinio žandikaulio nuleidimo amplitudė, o apatinio žandikaulio išstūmimo į kairę ir dešinę amplitudžių disbalansas tarp pusių tapo nereikšmingas, todėl galima daryti prielaidą, kad laiku koreguojant laikyseną galima sumažinti tikimybę patirti su SAŽS susijusius simptomus, kurie gali pabloginti kramtymo funkciją, paveikti kalbą [9].

Apatinio žandikaulio nuleidimo judesio stereotipo analizė atlikta programine įranga „Tracker video analysis and modeling tool", kuri sukurta naudoti judesių analizavimo moksle. Vertinamas smakro vidurio taško nuokrypis nuo centrinės linijos apatinio žandikaulio nuleidimo metu (žr. 3 pav.) [16]. Galvos ir kaklinės stuburo dalies padėties pokyčiai keičia apatinio žandikaulio aktyvių judesių trajektorijas. Yra žinoma, kad ir nedidelės somatosensorinės ar vestibuliarinės asimetrijos lemia nevalingus kompensacinius kaklinės stuburo dalies judesius [13]. Vertinant AŽ nuleidimo judesio stereotipą nustatyta, kad po vienkartinės galvos padėties korekcijos smakro centro taško nuokrypis nuo vidurio linijos reikšmingai ($p < 0,05$) sumažėjo nuo 5,18 ± 1,96 mm iki 2,95 ± 1,61 mm (žr. 4 pav.).

> Kai galva juda horizontaliai pirmyn, dėl poliežuvinių raumenų įtampos vyksta apatinio žandikaulio retrakcija.

Vienkartinė galvos padėties korekcija reikšmingai sumažina galvos pasvirimo pirmyn kampą, tačiau tai neturi ilgalaikio išliekamojo efekto. Shih su kolegomis 2017 metais, siekdami rasti metodą, kuris turėtų ilgalaikį poveikį kaklinės stuburo dalies statinei laikysenai bei dinaminiam mobilumui, atliko tyrimą, kurio metu įrodyta, kad 5 savaites taikant galvos padėties korekcijos pratimus reikšmingai pagerėja laikysena.

Išvados

Vienkartinė galvos padėties korekcija reikšmingai sumažina galvos pasvirimo pirmyn kampą asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą.

Po vienkartinės galvos padėties korekcijos reikšmingai sumažėja apatinio žandikaulio nuleidimo amplitudė ir apatinio žandikaulio nukrypimų į šonus disbalansas asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą.

Atlikus vienkartinę galvos padėties korekciją reikšmingai sumažėja smakro vidurio taško nuokrypis nuo centrinės linijos apatinio žandikaulio nuleidimo metu asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą.

Pasiūlymai ir rekomendacijos

Dėl sąsajų tarp kramtomosios sistemos ir viršutinio kryžminio sindromo, kuriam būdinga į priekį pasvirusi galvos padėtis, rekomenduojama asmenims, besiskundžiantiems smilkininio apatinio žandikaulio sąnario problemomis, atlikti laikysenos vertinimą.

Esant smilkininio apatinio žandikaulio sąnario hipermobilumui, netaisyklingiems apatinio žandikaulio judesių stereotipams, rekomenduojama stiprinti giliuosius kaklo lenkiamuosius raumenis, taikyti pratimus menčių regionui.

Asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą, kuriam būdinga į priekį pasvirusi galvos padėtis, koreguojant galvos padėtį, siekiant didesnio veiksmingumo, siūloma taikyti pratimus ne tik kaklinei stuburo daliai, bet ir gretimiems segmentams: krūtininei stuburo daliai, pečių lankui, lavinti neuroraumeninę kontrolę, koreguoti judesių atlikimą.

Ilgalaikiam efektui asmenims, turintiems viršutinį kryžminį sindromą ir SAŽS sutrikimus, rekomenduojama taikyti 5 savaičių korekcijos programą.

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas

KLINIKINĖ PATIRTIS

Trimatės technologijos suteikia naujų galimybių bedančiams

Andrejus Surovas
Gydytojas odontologas ortopedas

Didelė dalis odontologų, užsiimančių dantų implantacija, susiduria su pažengusios kaulo rezorbcijos problema. Įprastai kaulo trūkumas sprendžiamas atliekant kaulo augmentaciją, tačiau ji ne visuomet būna sėkminga. Kaulo augmentacijos sėkmė priklauso nuo trijų veiksnių: paciento organizmo regeneracijos potencialo, chirurgo įgūdžių bei naudojamų medžiagų. Pirmasis veiksnys dažnai nuvertinamas, todėl, net jeigu procedūros yra atliktos gerai ir panaudotos tinkamos medžiagos, operacijos rezultatai nuvilia. Tuomet dėl kaulo trūkumo gydymo metu negalima naudoti sraigtinių implantų. Čia minimi tokie atvejai, kai nėra galimybės pritaikyti ir trumpųjų implantų arba įmanomas įsriegti implantų skaičius nesuteikia pakankamų atramų neišimamam protezavimui. Tokiems atvejams galima pritaikyti seniai išrastą, bet pastaruoju metu vis dar mažai taikomą individualių poantkaulinių implantų konstrukciją.

> Šiuolaikiniai kaulo regeneracijos ir implantacijos metodai išsprendžia daugumos, tačiau ne visų bedančių pacientų problemas.

Istorija

Poantkaulinius implantus išrado gydytojas Gustavas Dahlas iš Švedijos 20 a. ketvirtajame dešimtmetyje, o pirmoji publikacija apie tai pasirodė 1943 metais [1]. Vėliau ši metodą pradėjo taikyti gydytojai iš JAV Goldbergas ir Gershkhoffas (1949). Iš pradžių poantkauliniai implantai būdavo gaminami pagal paciento anatominį žandikaulio modelį. Numanomas gleivinės storis pagal rentgenogramų duomenis buvo nugrandomas nuo gipsinio modelio ir ant tokio kaulo „atvaizdo“ buvo modeliuojamas implantas ir liejamas iš *vitallium* lydinio (kobalto chromo lydinys). Žinoma, tokie implantai buvo netikslūs ir rezultatai būdavo tik patenkinami. Vėliau poantkaulinės implantacijos metodika buvo patobulinta ir atspaudai pradėti imti tiesiai nuo paciento kaulo. Tai labai pagerino implantų tikslumą. Klasikinė poantkaulinė implantacija atliekama per dvi operacijas:

1. atspaudo nuėmimas nuo kaulo
   - implanto gamyba laboratorijoje
2. implanto įsodinimas po žandikaulio antkauliu.

Iš pradžių šie implantai būdavo naudojami tik išimamiems protezams stabilizuoti (prilaikyti), panašiai kaip šiuo metu naudojami mini implantai. Vėliau juos imta naudoti ir neišimamiems protezams fiksuoti. Iš chromo kobalto gaminami implantai turėjo trūkumų:

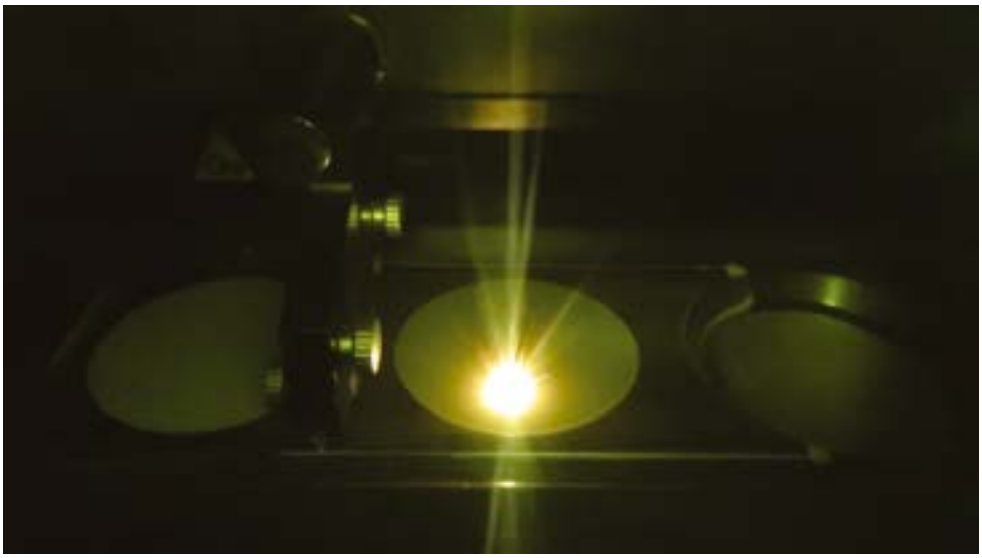
- reikėdavo dviejų operacijų;
- nebuvo osteointegracijos;
- buvo nepatikimi – kartais infekuodavosi.

Dėl chromo jonų išsiskyrimo iš CoCr lydinio ir ankstyvo apkrovimo šie implantai būdavo apsupti jungiamojo audinio sluoksnio. Jungiamojo audinio sluoksnis kartais būdavo infekuojamas iš burnos. Tokie protarpiniai infekcijos epizodai ir lėmė nepasitikėjimą šia implantų konstrukcija [3].

Vis dėlto nuo 5-ojo iki 7-ojo praeito amžiaus dešimtmečio šie implantai buvo plačiai taikomi JAV ir Europoje.

Nuo 7-ojo 20 a. dešimtmečio poantkaulinių implantų buvo atsisakyta dėl atsiradusių osteointegruotų sraigtinių implantų, kurie pasirodė esantys patikimesni. Dėl sraigtinių implantų patikimumo bei tobulėjančios kaulo augmentacijos technikos poantkaulinių implantų indikacijos smarkiai susiaurėjo. Standartiniai sraigtiniai implantai išsprendžia didžiąją dalį klinikinių situacijų, tačiau ne visas. Lieka nedidelė dalis pacientų, kuriems negalima atlikti kaulo augmentacijos dėl techninių priežasčių, kuriems ji keletą kartų buvo nesėkminga arba pacientai tiesiog nenori augmentacijos procedūros.

Pašalinti poantkaulinių implantų trūkumus mėginta jau anksčiau. Siekiant atlikti implantaciją per vieną operaciją, jau nuo 1988 metų implantai buvo pradėti gaminti pasitelkiant kompiuterinės tomografijos vaizdus ir trimatį spausdinimą. Tačiau tuometinės technikos netobulumas (nedidelė raiška) stabdė šio gamybos būdo pritaikymą. ▶▶



Pav. 1. *3D spausdinimo procesas.*

◀◀ Kitas aspektas, kurį reikėjo patobulinti, – tai padaryti, kad implantas prigytų prie kaulo, t. y. būtų osteointegruotas. Tam poantkauliniai implantai būdavo liejami iš titano ir / arba dengiami kalcio hidroksilapatito danga. Tokie sprendimai nesulaukė didelės sėkmės.

Norint pasiekti implanto prigijimo prie kaulo (osteointegracijos), būtina įgyvendinti 4 sąlygas:

1. biologiškai suderinamas implanto paviršius;
2. gyvybingas kaulas, kontaktuojantis su implantu;
3. mechaninio stabilumo periodas, laikotarpis be apkrovos arba užtikrinant pirminę fiksaciją;
4. apsauga nuo infekcijos.

Per pastaruosius du dešimtmečius atsirado būdų įveikti ankstesnes šio metodo kliūtis. Patobulėjus kompiuterinei tomografijai galima gauti paciento trimačius vaizdus 0,5 mm ir plonesniais sluoksniais. Virtualūs pacientų modeliai tapo gerokai tikslesni ir labiau pritaikomi individualių medicinos prietaisų gamybai. Tuo pačiu atsirado metalo tiesioginio spausdinimo būdas, pritaikytas titanui. Pav. 1.

Sujungus šias dvi technologijas atsirado galimybė pašalinti iš karto du nuo seno žinomus poantkaulinės implantacijos trūkumus. Tikslių kaulo atvaizdų gavimas KT būdu leido atsisakyti vienos operacijos, skirtos nuimti kaulo atspaudą [2]. Titano spausdinimo technologijos naudojimas leido gaminti tikslius implantus iš biologiškai suderinamo titano lydinio Ti64, plačiai naudojamo medicinoje. Pastarąjį dešimtmetį visame pasaulyje sparčiai diegiamos trimačio spausdinimo technologijos medicinoje. Pasitelkus jas gaminami anatominiai modeliai, individualizuoti instrumentai chirurginėms operacijoms ir įvairių organų implantai. Dažniausiai šiuo metu iš titano lydinio spausdinami individualizuoti klubo sąnario protezai ir kaukolės dengiamosios plokštelės, uždengiančios skliauto defektus. Taip pat gaminami ir kitų sąnarių protezai, pavyzdžiui, kelio ar smilkinio-žandikaulio. Pasitelkus šiuos metodus imta gaminti ir individualius 3D dantų implantus (poantkaulinius) [4].

> Sujungus kelias naujausias technologijas, tapo įmanoma pagaminti aukštos kokybės individualius dantų implantus.

Indikacijos. Individualūs implantai gali būti taikomi visiškos ar dalinės dantų netekties atvejais viršutiniame ir apatiniame žandikauliuose. Individualūs implantai turėtų būti taikomi tik pacientams, kuriems kiti implantacijos būdai negali būti taikomi arba buvo nesėkmingi. Dažniausiai tai vyresni nei 50 metų pacientai, bedančiai ar netekę dalies dantų žmonės. Geriausių rezultatų pasiekiama, kai po dantų rovimo būna praėję daugiau nei vieneri metai ir pacientas buvo nešiojęs išimamą protezą.

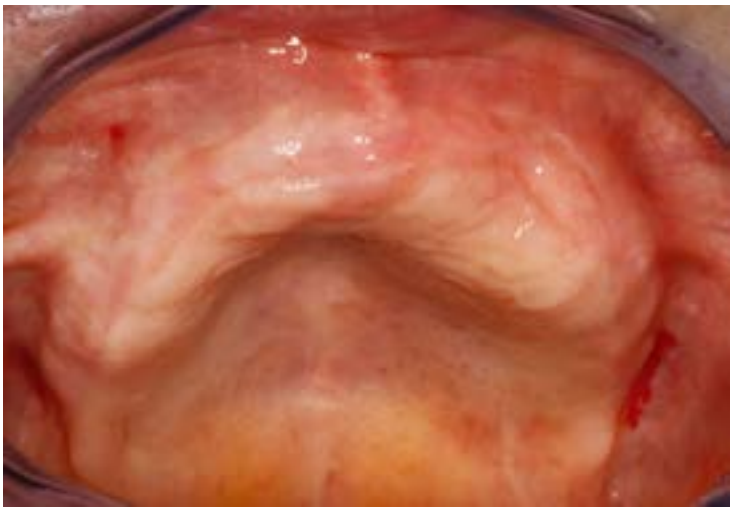
Kontraindikacijos:

1. dantų, žandikaulių ir burnos minkštųjų audinių infekcija;
2. žandikaulių ir / arba burnos gleivinės navikai;
3. galvos spindulinė terapija, taikyta mažiau nei prieš dvejus metus;
4. lėtas žaizdų gijimas dėl metabolinių sutrikimų, autoimuninių ligų ar amžiaus;
5. bloga burnos higiena.

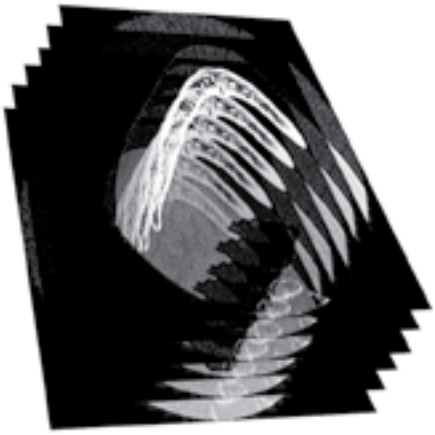
Atvejo pristatymas

Pacientas – 68 metų amžiaus vyras, netekęs viršutinio žandikaulio dantų dėl priedančio ligų ir tuo metu nešiojęs išimamą protezą. Pav. 2.

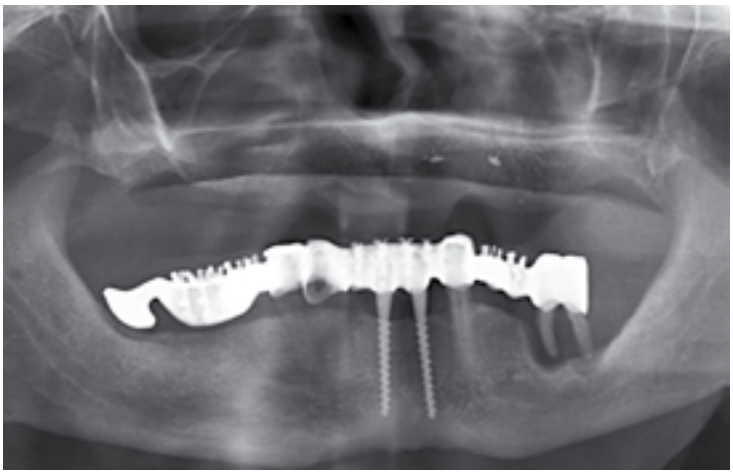
Panoraminėje nuotraukoje galima matyti titanines membranos fiksavimo vinis, likusias po kaulo augmentacijos ksenogeniniu kaulo pakaitalu. Pav. 3. ▶▶



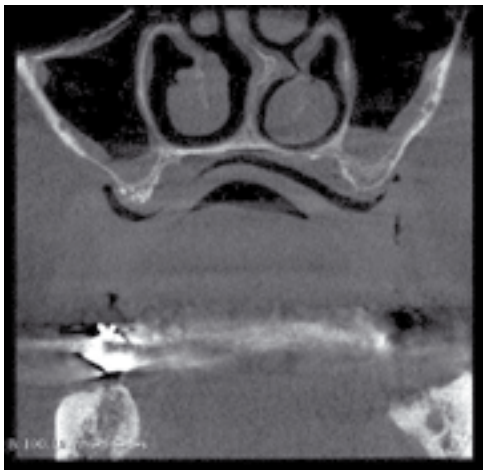
Pav. 2. *Bedantis žandikaulis.*



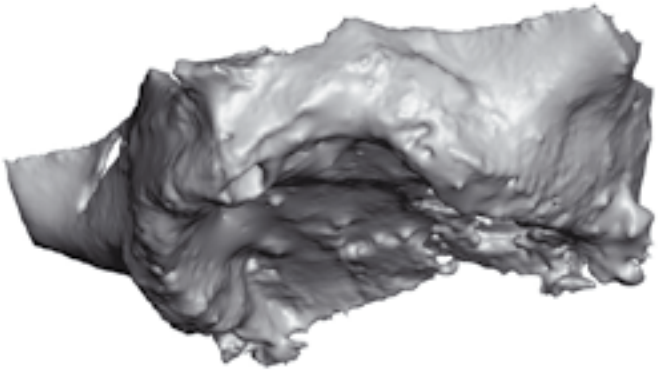
Pav. 4. *DICOM ašiniai vaizdai.*



Pav. 3. *Ortopantograma prieš gydymą.*

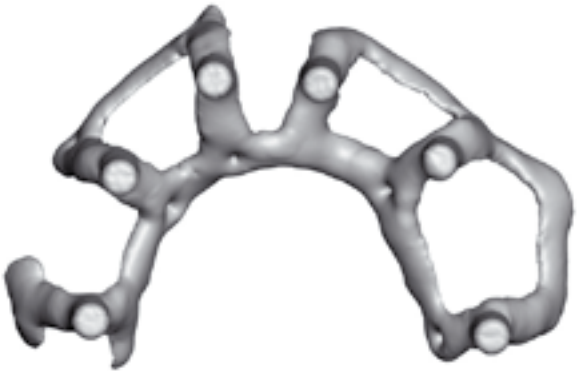


Pav. 5. *Frontalinis vaizdas – pažengusi viršutinio žandikaulio kaulo atrofija.*



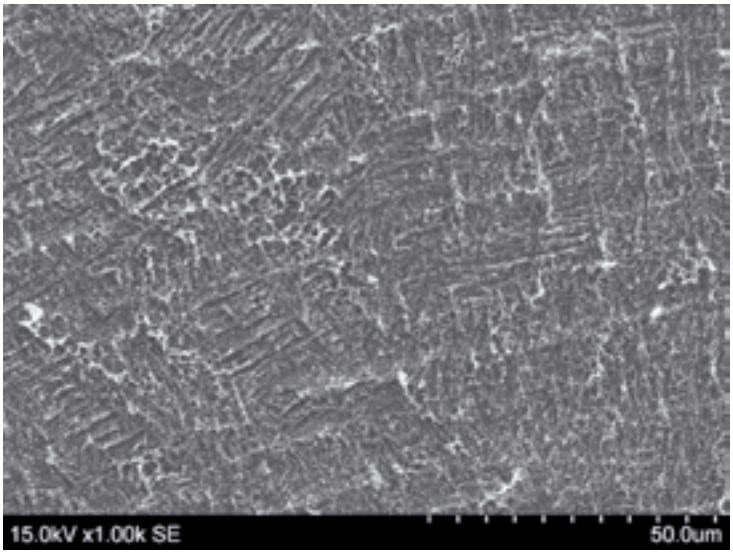
Pav. 6. *Viršutinio žandikaulio modelis.*

Pav. 7. *Sumodeliuotas modelis ant virtualaus žandikaulio.*

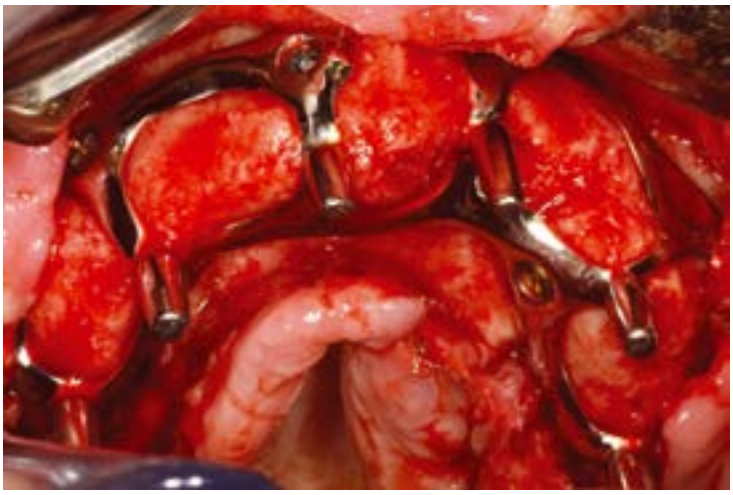


Pav. 8. *Poantkaulinio implanto modelis.*

Pav. 9. *Poantkaulinis implantas paruoštas implantacijai.*



Pav. 10. *SLA paviršiaus SEM nuotrauka 1000x.*



Pav. 11. *Operacijos eiga, implanto fiksavimas varžtais.*

Pav. 12. *Burnos vaizdas po 5 mėn. Implanto atramos.*

Pav. 13. *Gydymo rezultatas po protezavimo.*

> Individualūs 3D implantai įgalina pagaminti fiksuotus protezus pacientams net ir su didele kaulo rezorbcija.

Pav. 14. *Ortopantomograma po protezavimo.*

Pav. 15. *Patikrinimas po 3 metų.*

◀◀ Kaulo augmentacija ksenogeniniu kaulo pakaitalu buvo nesėkminga, nes visas kaulo pakaitalas rezorbavosi. Buvo priimtas sprendimas nebekartoti augmentacijos procedūrų, o pasirinkti poantkaulinės implantacijos metodą.

Pacientui atlikta KT spiraliniu 128 sluoksnių tomografu. Pav. 4 ir 5.

Iš gautų DICOM vaizdų sugeneruotas virtualus žandikaulio modelis. Pav. 6.

Ant sukurto trimačio virtualaus viršutinio žandikaulio modelio kompiuteriu sumodeliuotas poantkaulinis implantas. Skaitmeninio modeliavimo būdas aprašytas 2019 [5]. Pav. 7 ir 8.

Sumodeliuoto implanto gamyba atliekama įmonėse, teikiančiose trimačio spausdinimo paslaugas arba gaminančiose individualius implantuojamus medicinos prietaisus. Konkrečiu atveju implantas buvo atspausdintas iš titano, aliuminio ir vanadžio lydinio (Ti64). Pav. 9.

mplantas buvo poliruotas, o jo vidinis, prie kaulo priglundantis paviršius modifikuotas SLA būdu. Ši paviršiaus modifikacija naudojama daugelio standartinių sraigtinių implantų gamintojų. Pav. 10.

Pacientui 2 val. prieš operaciją paskirtas „Amoksicilinas" (1 g) ir „Metilprednizolonas" (16 mg).

Implantacijos operacija atlikta taikant vietinę infiltracinę 4 % „Artikaino" nejautrą. Atkėlus gleivinės antkaulio lopą, implantas įsodintas į jam numatytą vietą ir fiksuotas Ti64 lydinio savigręžiais varžtais. Pav. 11.

Žaizda užsiūta šilku. Pacientui iškart po operacijos paskirtas „Nimesulid" (100 mg). Pooperaciniam laikotarpiui penkias dienas paskirtas „Amoksicilinas" (1 g) kas 12 val. ir „Deksketoprofenas" (25 mg) pagal poreikį. Pacientui paaiškinta, kaip prižiūrėti žaizdą po operacijos. Laikini protezai uždėti operacijos dieną ir pacientas instruktuotas valgyti tik labai minkštą ir skystą maistą 3–4 mėnesius. Siūlai išimti po 12 dienų. Gijimo laikotarpis praėjo sklandžiai: implantas nepaslankus, dantenos aplink atramas be pakitimų. Nuolatiniai protezai pagaminti iš metalo keramikos ir fiksuoti po 5 mėnesių. Pav. 12 ir 13.

Paciento prašymu apatinio žandikaulio protezai buvo sutrumpinti iki 44 ir 34 dantų ir pagamintas dalinis išimamas protezas, kuris patenkino jo kramtymo funkcijos lūkesčius. Implantacijos rezultatas ortopantomogramoje (pav. 14) ir burnos nuotrauka po 3 metų (pav. 15).

Išvada

Individualūs (poantkauliniai) dantų implantai gali būti pagaminti pagal KT duomenis. Jie tiksliai atitinka kaulo anatomiją. Atlikus pirminį tvirtinimą varžtais ir pacientui tiksliai laikantis nedidelių kramtymo krūvių režimo, šios rūšies implantai prigyja ir užtikrina neišimamų protezų fiksaciją. Tokiu būdu vyresnio amžiaus pacientams suteikiama galimybė naudotis visa dantų eile ir efektyviai kramtyti. Naudojant šiuos implantus yra svarbi pacientų atranka ir nepriekaištingas kiekvieno gydymo etapo atlikimas.

Iliustracijų kilmė

Visos iliustracijos (nuotraukos ir paveikslai) yra sukurti autoriaus.
Dantų techniko darbai: Arūnas Petraitis.
Literatūros sąrašas redakcijai žinomas