

Vokietijos odontologų rūmų atstovų vizitas

Lietuvos Respublikos odontologų rūmuose lankėsi odontologų delegacija iš Vokietijos. Vokietijos odontologų rūmų (BZÄK) atstovų apsilankymas buvo atsakomasis vizitas po 2012 m. kovo mėn. LR odontologų rūmų atstovų apsilankymo Berlyne.

8–9 p.

Irigacija endodontijoje

Doc. dr. Saulius Drukteinis

Endodontinio gydymo sėkmė labiausiai priklauso nuo mikroorganizmų pašalinimo iš šaknų kanalų sistemos ir jos reinfekcijos prevencijos.

14–17 p.

Susitikimas su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministru



Balandžio 19 dieną Lietuvos Respublikos odontologų rūmuose įvyko odontologinės priežiūros įstaigų vadovų bei įgaliotų asmenų susitikimas su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministru Vyteniu Povilu Andriukaičiu, ministro patarėjomis – Nora Ribokiene, Inga Preikšiene, Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausiąja specialiste Vilma Šimkiene, Teisės departamento direktore Nerija Stasiulienė. Susitikime dalyvavo 70 odontologinės priežiūros įstaigų vadovų bei jų įgaliotų asmenų. Susitikimo tikslas buvo aptarti ir parengti pozicijas darbo organizavimo ir kontrolės klausimais; privačių odontologinės pagalbos įstaigų vietos ir vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje, jų steigimosi reguliavimo tikslingumo ir vienodų reikalavimų veiklai bei žmoniškųjų išteklių (specialistų poreikio pagal valstybės užsakymą) klausimus.

3–4 p.

Reklama. Užs. Nr. 32.001



„ODONTOLOGŲ RŪMŲ ŽINIŲ“ KETVIRTINIS ŽURNALAS 2013 METAI, BIRŽELIS, NR. 2 (32)

Leidėjas – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai

Rašykite mums:

J. Jasinskio g. 16, Vilnius LT-01112
El. paštas: info@odontologurumai.lt
Skambinkite 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 pirmininko pavaduotoja

Nariai:

R. Bagdonas, Lietuvos dantų technikų sąjunga
J. Dovydaitis, Kauno kolegijos Sveikatos fakultetas
Doc. dr. S. Drukeinis, Lietuvos endodontologų draugija
Doc. dr. A. Gleiznys, Lietuvos stomatologų-ortopedų, ortodontų draugija
Dr. G. Janušis, gyd. burnos, veido ir žandikaulių chirurgas
P. Kalesinskas, Rūmų Viešųjų ryšių komisijos pirmininkas
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 Odontologinės priežiūros katedra
D. Mioldažienė, Lietuvos burnos higienistų draugija
Prof. dr. V. Pečiulienė, VU MF Odontologijos institutas
A. Puišys, gyd. periodontologas
V. Raslanienė, gyd. odontologė
T. Ravickienė, Lietuvos gydytojų odontologų padėjėjų asociacija
A. Šeikus, Rūmų tarybos pirmininkas
Prof. habil. dr. A. Šidlauskas, Lietuvos ortodontų sąjunga
Doc. dr. I. Vasilauskienė, Lietuvos vaikų odontologų draugija
J. Žekonienė, Lietuvos periodontologų draugija

Redaktorė J. Steponavičiūtė

Kalbos redaktorė L. Spetylaitė

Dizainas UAB DIZ.lt

Numerio autoriai: doc. dr. S. Drukeinis,
J. Goštautienė, E. Kameneckienė, R. Kuprys,
I. Laktionkinienė, L. Linkevičienė, J. Steponavičiūtė.

Dėl reklamos žurnale kreiptis

el. paštu: info@odontologurumai.lt

Už reklamos turinį ir kalbą redakcija neatsako.

Spausdino

AB „Spauda“,
Laisvės pr. 60, LT-05120 Vilnius
Tiražas 7080 egz.

Žurnalą platina

UAB „Verslo spaudos centras“, Žirmūnų g. 68, Vilnius
Kontaktinis asmuo: Vita Kazakevičiūtė
Mob. tel.: +370 682 15762, el. paštas: vita@vscentras.lt

Brangūs „Odontologų rūmų žinių“ skaitytojai!

Po užsitęsios žiemos sulaukėme pavasario ir vasaros, kuri atnešė šilto oro dvelksmą, saulės šviesą, pirmąsias liūtis ir žalumą.

Praėjo trečiosios Rūmų tarybos pirmieji darbo metai. Vieniems atrodo, kad tai ilgas laiko tarpas, per kurį nuveikta nemažai darbų, kitiems – tai tik pati reikšmingų darbų pradžia.

Kai skaitysite šio žurnalo numerio puslapius, gegužės 31 d. – birželio 1 d. Druskininkuose jau bus įvykęs Lietuvos Respublikos odontologų rūmų tarptautinis kongresas „Odontologija žmogaus sveikatai“. Džiugu, kad kongrese dalyvaus gausūs būrys užsienio svečių – lektorių iš Latvijos, Mongolijos, Gruzijos, JAV, Airijos, Jungtinės Karalystės, Portugalijos, Lichtenšteino, Turkijos, Belgijos ir Vokietijos. Bus įvykęs ir Baltijos šalių odontologų atstovų asociacijų susitikimas Estijoje, Tartu mieste. Apie visus šiuos renginius ir priimtus aktualius sprendimus iškart pranešime Rūmų internetiniame tinklalapyje, o plačiau galėsite perskaityti rugsėjo mėnesio „Odontologų rūmų žinių“ žurnale.

Balandžio 27 d. minint Medicinos darbuotojų dieną Panevėžyje, buvo pagerbti iškilūs mūsų bendruomenės atstovai. Šiame numeryje artimiausio susipažinsite su Nuspelnusio Lietuvos gydytojo vardo laureatais – gydytoju odontologu, gydytoju burnos chirurgu Vytautu Bosu ir gydytoja odontologe Zina Bieleckiene. Odontologų bendruomenė juos dar kartą nuoširdžiai sveikina su garbingu apdovanojimu ir dėkoja už energiją ir atsidavimą savo profesijai, profesionalų darbą, sukauptą ilgametę patirtį, kuria dalijasi su kolegomis ir bendražygiais.

Rūmai sulaukė reikšmingo Vokietijos odontologų rūmų (BZÄK) atstovų – prezidento dr. Peter Engel, BZÄK tarybos nario dr. Michael Frank, BZÄK direktoriaus Florian Lemor ir BZÄK viešųjų ryšių atstovės Briuselyje Marry Hommel-van Driel – vizito. Vokietijos delegacija su Rūmų atstovais pasidalino patirtimi, žiniomis, bendromis odontologijos srities problemomis, numatė ateities bendradarbiavimo perspektyvas.

Per šį laikotarpį Rūmuose įvyko odontologinės priežiūros įstaigų vadovų, odontologijos aktyvo susitikimas su LR sveikatos apsaugos ministru Vyteniu Po-



vilu Andriukaičiui. Aptartos problemos pristatomos šio žurnalo numerio puslapiuose. O Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje surengta gydytojų odontologės Dainos Simutienės darbų paroda.

Džiaugiamės, kad Rūmų iniciatyva LR sveikatos apsaugos ministras savo įsakymu statistinę apskaitos formą Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ papildė duomenimis apie odontologinį sergamumą. Šią formą turės pildyti gydytojai odontologai. Bus pradėti organizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų bei visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, vykdančių sveikatos priežiūrą mokyklose, mokymai individualios vaikų burnos higienos, epidemiologinių duomenų rinkimo klausimais.

Dėkojame Lietuvos ortodontų sąjungos pirmininkui prof. Antanui Šidlauskui ir jo vadovaujamai darbo grupei už operatyvų ir konstruktyvų darbą ruošiant Lietuvos medicinos normos MN 47:2013 „Gydytojas ortodontas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ naują redakciją bei siūlomas pataisas Gydytojo odontologo medicinos normai.

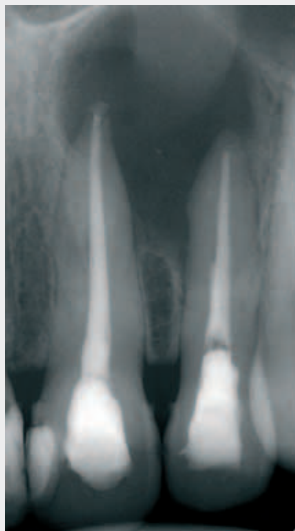
Vasara – prasidėjusių atostogų metas, todėl linkime gerai pailsėti, pasisemti teigiamų emocijų, išpūdių ir grįžus iš jų su dar didesne energija kipti į darbus.

Pagarbiai

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų
tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus.

KLAIDOS ATITAIŠYMAS

Redakcinė kolegija atsiprašo Prof. dr. Vytautės Pečiulienės už klaidingai išspausdintą 2 pav. (2013 metai, kovas, Nr. 1 (31)). Skaitytojų dėmesiui pateikiame taisyklą vaizdą.



2 pav.

AKTUALI INFORMACIJA



Įsteigta Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos Trišalė taryba

2013 m. gegužės 7 d. Sveikatos apsaugos ministerijoje įsteigta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos trišalė taryba (toliau – Taryba), kurios tikslas – derinti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatinimo veiklą vykdančių darbdavių ir valstybės interesus sveikatos sistemos srityje.

Taryba, veikianti lygiateisio trišalio bendradarbiavimo pagrindu, sudaryta iš darbuotojų, darbdavių interesus atstovaujančių organizacijų ir valstybės sveikatos srities vykdomosios valdžios atstovų. Ją sudaro 21 narys. LR odontologų rūmų atstovauja tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus.

Išsamesnę informaciją rasite LR sveikatos apsaugos ministerijos internetinėje svetainėje adresu: <http://www.sam.lt/index.php?2985116521>

RENGINIAI



Susitikimas su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministru

Balandžio 19 dieną Lietuvos Respublikos odontologų rūmuose įvyko odontologinės priežiūros įstaigų vadovų bei įgaliotų asmenų susitikimas su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministru Vyteniu Povilu Andriukaičiu, ministro patarėjomis – Nora Ribokiene, Inga Preikšiene, Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausiąja specialiste Vilma Šimkiene, Teisės departamento direktore Nerija Stasiulienė. Susitikime dalyvavo 70 odontologinės priežiūros įstaigų vadovų bei jų įgaliotų asmenų.

Susitikimo tikslas buvo aptarti ir parengti pozicijas šiais klausimais:

1. Dėl darbo organizavimo ir kontrolės;
2. Dėl privačių (nepriklausomų rangovų) odontologinės pagalbos įstaigų vietos ir vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje, jų steigimosi reguliavimo tikslingumo ir vienojų reikalavimų veiklai;
3. Dėl žmoniškųjų išteklių (specialistų poreikio pagal valstybės užsakymą).

Renginį pradėjo LR odontologų rūmų pirminkas Alvydas Šeikus dėstęs, kad V. P. Andriukaitis – pirmas sveikatos apsaugos ministras, apsilankęs Odontologų rūmuose.

LR sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis dėkojo už kvietimą teigdamas, kad tik dialogas su visu sveikatos apsaugos sektoriumi, nepriklausomai nuo jo nuosavybės formos ir teikiamo gydymo paskirties, padeda nustatyti, aptarti ir spręsti susikaupusias problemas, išdėstyti SAM požiūrį, pasiūlyti bendradarbiavimo galimybes.

Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė V. Šimkienė pristatė aptartą odontologijos srities klausimus, pabrėžė, jog pagrindinės institucijos, sprendžiančios odontologijos srityje iškilusias problemas, yra LR odontologų rūmai, LR sveikatos apsaugos ministerija. V. Šimkienė susirinkimo dalyvius supažindino su šiuo metu XVI Lietuvos Respublikos Vyriausybės sprendžiamais odontologijos klausimais. Vienas jų – siekis pagerinti odontologinę pagalbą pacientams, ypatingą dėmesį skiriant vaikų ir jaunimo burnos ligų profilaktikai (I. Lietuvos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51, 265 nuostata). Pagrindinė priemonė šiai nuostatai įgyvendinti – mokyklose pradedamas nuolatinis vaikų individualios burnos higienos mokymas. V. Šimkienės teigimu, šios priemonės įgyvendinimui įvertinti



Klausimus užduoda gydytoja vaikų odontologė Gražina Baseckienė

būtina vaiko dantų būklės periodinė kontrolė, vykdoma pakeičiant Vaiko sveikatos pažymėjimo formą, kurioje gydytojas odontologas įrašys KPI indeksą, ortodontinę būklę.

Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Odontologų rūmais burnos ligų profilaktikos priemonėms įgyvendinti sutarė parengti reikalingų teisės aktų projektus; organizuoti visuomenės sveikatos biurų specialistų mokymą; spręsti klausimus, susijusius su vaikų individualios burnos higienos mokymo metodika. V. Šimkienė akcentavo, kad, norint vaikų burnos ligų profilaktiką pradėti įgyvendinti kaip įmanoma skubiau, į darbą reikia įtraukti visuomenės sveikatos biurus, kurie mokyti vaikus individualios bur-

nos higienos bei rinktų ir sistemintų statistinius duomenis apie vaikų sveikatos rodiklius, taip pat gydytojus odontologus, kurie teiktų duomenis apie vaikų sveikatos rodiklius pildydami Vaiko sveikatos pažymėjimą ir prižiūrėtų vaikų dantų ir burnos būklę rinkdami duomenis apie epidemiologinę būklę.

Susitikimo metu Specializuotos medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė V. Šimkienė teigė, kad vyksta diskusijos dėl odontologų individualios veiklos pagal pažymą reglamentavimo. Įgyvendinus šį klausimą, pagrindiniai privalumai gydytojams odontologams būtų mokesstinės naštos sumažinimas ir įsidarbinimo procedūrų išvengimas. ►►



Susitikimo dalyviai

◀ Tačiau akcentuoti ir galimi neigiami aspektai: valstybės biudžeto pajamų sumažėjimas, odontologinės priežiūros paslaugas teikiančio gydytojo odontologo atsekamumo problematika, sudėtingas gydytojo odontologo ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos susitarimo (dėl paslaugų teikimo ir kitų sąlygų) pavyzdinės formos parengimas.

Sveikatos apsaugos ministerija siekia įgyvendinti gydytojo vaikų odontologo konsultacijų su manipuliacijomis įteisinimą, taip pat numato būtinios odontologinės pagalbos teikimo tvarkos tobulinimą. V. Šimkienė akcentavo, kad tobulinimas būtinas siekiant, kad teisės aktai atitiktų odontologijos mokslo ir praktikos pažangą; būtų nustatyta aiški tvarka, atvejai, būklės, kuomet būtina skubesnė odontologinė pagalba ir pagerėtų šių paslaugų prieinamumas. Būtinios odontologinės pagalbos teikimo tvarkos tobulinimo įgyvendinimui parengtas sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ pakeitimo projektas; panaikinamas sveikatos apsaugos ministro 1996 m. spalio 28 d. įsakymas Nr. 540 „Dėl teisės aktų tvirtinimo“.

Sveikatos apsaugos ministerija svarsto privačių gydytojų odontologų išduotų siuntimų konsultacijoms galiojimą valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Pasak V. Šimkienės, šio klausimo įgyvendinimas kelia abejonių, nes nėra galimybių reikauti atsakomybės iš privačių gydytojų odontologų už nepagrįstai išduotą siuntimą konsultacijai (šis aspektas sukėlė gydytojų odontologų, dalyvavusių susitikime, diskusijas). Pacientui išduotų siuntimų atsekamumui ir kontrolei būtina sudėtinga ir visoms įstaigoms bendra informacinė sistema, nes pacientas gali dažnai keisti privačias odontologijos

įstaigas. V. Šimkienė akcentavo, kad dėl tokios tvarkos galimas PSDF biudžeto lėšų poreikio padidėjimas.

Susitikimo su odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų vadovais metu sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis nagrinėjo pacientų registracijos eilių klausimą valstybinėse odontologinėse gydymo įstaigose. Ministro teigimu, sudėtingiausia situacija savivaldybėse, nes tinklo, kabinetų išsidėstymas, jų prieinamumas yra problematiškas. Siekiant, kad medicinos pagalba būtų pasiekiamesnė gyventojams, aktualus mobilių klinikų ir profilaktinių centrų klausimas. Kaimyninėje Latvijoje šios institucijos sėkmingai veikia šalies mastu. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino, kad pacientų registracijos eilių klausimas bus sprendžiamas, planuojant naują įstaigų išdėstymo tinklą, apsvarstant mobilių klinikų ar specialistų nukreipimo pagal valstybės užsakymą būtinybę, diskutuojant, kaip jungti privatų ir viešą sektorių bendriems valstybės sveikatinimo tikslams. Taip pat ministras kaip galimą priemonę užtikrinti odontologinių paslaugų prieinamumą visuose Lietuvos miestuose ir rajonuose įvardijo studentų, stojančių į aukštąsias mokyklas, nukreipimą valstybės užsakymu.

Nagrinėjant vaikų dantų protezavimo paslaugų kompensacijos tvarką, kuri, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų vadovų nuomone, sudaro sąlygas piktnaudžiauti valstybės pinigais, sveikatos apsaugos ministras pabrėžė, kad profilaktikai skiriamą per mažai pinigų ir tai sudėtingas procesas, kuriuo reikia užsiimti 20–30 metų, kad kartos rodikliai pasikeistų. Profilaktika turi būti nukreipta į sveikų žmonių sveikatos rizikos veiksnių valdymą, sveikatinimo veiklos plėtojimą, sveikatos išsaugojimą, sveikatos erdvę, atkūrimą, tačiau mokyklų

programose yra tik keli milijonai litų, kurių nepakanka efektyviam darbui.

Gydytoja vaikų odontologė Gražina Baseckienė pastebėjo, kad kalbant apie vaikų dantų priežiūrą kyla klausimas ne tik apie lėšų švaistymą, bet ir apie piktnaudžiavimą vaikų sveikata, peržengiant kompetencijos ribas.

Sveikatos apsaugos ministras vienareikšmiškai šėšeline ekonomika įvardijo situaciją, kai viešųjų įstaigų patalpose įsikūrusiuose valdiškuose ir privačiuose odontologijos kabinetuose dirba tie patys asmenys.

Susitikimo metu ministras pritarė, kad valstybinės dantų vagelių hermetizavimo silantais programos efektyvumas bus peržiūrėtas ir priimti tolimesni procesai, suderinti su LR odontologų rūmais. Taip pat bus nagrinėjamas studentų, studijuojančių valstybės finansuojamose vietose ir baigusių studijas, oficialus atidirbimas už nemokamas studijas. Pasak sveikatos apsaugos ministro, tai sudėtingas procesas, reikia surinkti informaciją, planuoti išteklis, peržiūrėti sektorių, sugalvoti metodiką, išanalizuoti teisinę bazę. Bus sprendžiamas klausimas dėl gydytojo odontologo atskyrimo nuo šeimos gydytojo, svarstoma, ar tikrai neadekvatus prisirašiusių pacientų skaičius vienam odontologo etatui, taip pat peržiūrima ir taisoma pacientų iš privačių gydymo įstaigų siuntimo sistema.

Baigiantis susitikimui, sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis ragino odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų vadovus tokio pobūdžio susitikimus organizuoti bent 2 kartus per metus, kad būtų periodiškai aptariamose atsirandančios problemos. ●

**Programat P300, Programat P500,
Programat P700, Programat EP3000
ir Programat EP5000 taikoma**

**30%
nuolaida**

Presavimas ir išdeginimas. Kokybiška sistema – raktas į sėkmę!



**IPS InLine keramikai
taikoma**

**50%
nuolaida**

Su IPS InLine greitai ir lengvai pasieksite puikių rezultatų

**Perkant Tetric EvoCeram, Variolink II
ar IPS Empress Direct rinkinius
taikome nuolaidas!**



Tetric EvoCeram – universalus nanohibridinis kompozitas



IPS Empress Direct – naujausias presuotos keramikos tvirtumo kompozitas tiesioginėms dantų restauracijoms



Variolink II – patikima dvigubo ęsdinimo sistema bemetalės keramikos tiltukų, vainikėlių, užklotų

UAB "KRÉVA" kviečia gydytojus odontologus bei dantų technikus dalyvauti kursuose, rengiamuose IVOCLAR VIVADENT Mokomajame Centre Vokietijoje.

Artimiausi kursai vyks 2013 m. spalio 20–26 dienomis

Dantų technikams. Tema - „IPS e.max ant cirkonio ar presuotos keramikos“.

Gydytojams-odontologams: „Estetinių restauracijų pagrindiniai aspektai. Bemetalė keramika“.

Išduodami galiojantys 40 val. sertifikatai, patvirtinti LR Odontologų Rūmuose.

Informacija bei registracija telefonu (8~699) 52222

KRÉVA

oficialus "Ivoclar Vivadent" atstovas Lietuvoje

Tel. (8~37) 750057, Mob. (8~699) 52222

El.paštas: info@dental.lt

www.kreva.lt

**ivoclar
vivadent®**
passion vision innovation



everX Posterior™ iš GC

Pluoštais sustvirtintas kompozitas
dentino atstatymui

GC everX Posterior yra stiklo pluoštais sustiprintas kompozitas, skirtas dentino atstatymui didelėse krūminių dantų ertmėse. Išoriniai tokios restauracijos paviršiai, tai yra emalis, turi būti atstatomi įprastais kompozitais, tokiais, kaip G-aenial Posterior. Trumpos stiklo pluošto skaidulos, esančios GC everX Posterior sudėtyje, suformuoja vidinį tinklą-armatūrą, t.y. didelės restauracijos pamatinį sluoksnį. Tos pačios skaidulos neleidžia restauracijoje atsirasti ir didėti įtrūkimams, kurie yra dažniausia kompozitinių restauracijų lūžimų priežastis. Dėl unikalių fizinių savybių GC everX Posterior atveria naujas galimybes didelių danties vainiko defektų restauravimui tiesioginiu būdu, nenaudojant brangių laboratorinių technologijų.

- Trumpos skaidulos neleidžia atsirasti ir gilėti įtrūkimams restauracijoje.
- Atsparumas lūžiams prilygsta natūraliam dentinui, tai yra beveik du kartus viršija analogišką bet kurio kompozito atsparumą.
- Nuo 4 iki 5 mm storio sluoksniai gali būti sukietai vienu metu.
- Gera jungtis tiek su danties audiniais, tiek ir su kompozitais; suderinamas su visomis adhezinėmis sistemomis ir kompozitais.

Indikacijos: didelių krūminių restauracijų sustiprinimui, įskaitant:

- Ertmių su 3 atstatomais paviršiais restauracijoms.
- Ertmių su suirusiais gumburais restauracijoms.
- Gilių ertmių (I, II-os klasės ir endodontiškai gydytų dantų) restauracijoms.
- Pakaitinėms amalgamos restauracijoms (danties įtrūkimai ir gumburų lūžiai, ypač būdingi amalgaminėms restauracijoms).
- Ertmių, kurios bus restauruojamos įklotais ir užklotais, restauracijoms.



everX Posterior, 15 x 0.13 ml kapsulių, 206 Lt

akcija!

galioja iki birželio iki 15 d.

Perkant 2 x everX Posterior pakuotes,
dovana - kapsulių dispenseris.



SUSITIKIMAI



V. Bosas – nusipelnęs Lietuvos gydytojas

Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo suteikimo ir garbės ženklų įteikimo proga kalbame su laureatu VŠĮ Panevėžio miesto stomatologijos poliklinikos gydytoju odontologu, gydytoju burnos chirurgu Vytautu Bosu.

Kada apsisprendėte ir kas Jus paskatino gyvenimą, profesinę veiklą susieti su medicina, odontologija?

Juokaujant galima teigti, jog viena priežasčių, paskatinusių pasirinkti odontologiją, buvo danties komplikacijos ir skausmas dar mokantis II klasėje ir tarnaujant Sovietų armijoje. Tačiau esminė priežastis, manau, buvo bendrąsias paskatas. Ji studijavo Kauno medicinos instituto Gydomojo fakulteto I kurse. Grįžęs iš armijos, nesuvokdamas, kas manęs laukia, įstojau į Kauno medicinos institutą, Stomatologijos fakultetą. Studijuodamas supratau, kokia tai specialybė, ir šiandien tikrai nesigailiu, nesiskundžiu savo likimu.

Po studijų Kauno medicinos institute, Stomatologijos fakultete, atvykote dirbti į Panevėžį. Taip pat atlikote karinę mediciną internatūroje Rygoje ir įgijote ordinarų chirurgo profesiją. Kaip prisimenate šį profesinį laikotarpį?

Gerai atsimenu laikotarpį, kai atvykęs į Panevėžį savo gydytojo stomatologo veiklą pradėjau dirbdamas Respublikinės Panevėžio ligoninės Vaikų stomatologijos skyriuje ir Panevėžio 5-osios vidurinės mokyklos stomatologijos kabinete. Po kelių metų prie Respublikinės Panevėžio ligoninės Stomatologinio skyriaus steigiantis filialams, Nijolė Obolėnienė, buvusi filialo vedėja, pakvietė mane dirbti gydytojo stomatologo chirurgo darbą šiame filiale (Aukštaičių g.). Nuo to laiko prasidėjo darbas burnos chirurgijos srityje. Panevėžyje teko dirbti ir stacionare, padėti patyrusiems specialistams, iš kurių įgijau daug praktikos ir patirties gydant retus atvejus.

Rygoje dirbau kaip gydytojas odontologas ir buvau papildomai ruošiamas karo atvejams. Šį profesinį laikotarpį Latvijoje ir Vilniaus universitete vykusius periodinius karinius medikų ruošimus vertinu kaip vertingą iššūkį ir gerą patirtį.

Dirbote Panevėžio A. Domaševičiaus medicinos mokykloje dėstytoju, Panevėžio kolegijos Sveikatos ir socialinės priežiūros ir edukologijos fakultete lektoriumi. Studentus mokėte anatomijos ir fiziologijos, chirurginės stomatologinės pagalbos, burnos gleivinių ligų pagrindų. Kokia darbo specifiška bendraujant su studentais? Gal kokių nors savybių perėmėte ir iš būsimų medikų?

Stengiuosi mokytis ir perimti kiek įmanoma daugiau žinių iš bet kokios situacijos gyvenime, ne išimtis ir dėstytojavimo laikotarpis. Ypač daug mokausi bendraudamas su pacientais.

A. Domaševičiaus medicinos mokykloje dėstytoju dirbau ir senioje bazėje miesto centre, ir naujose patalpose. Mane visada žavėjo studentų, pasirinkusių konkrečią specialybę (medicinos seserų, gydytojo

odontologo padėjėjų, burnos higienistų) imlumas, noras mokytis ir siekis perimti visas žinias, kurias jiems perduodavau paskaitų metu. Mokydavau juos, kad svarbu turėti konspektus, į kuriuos galima pasižūrėti, pasikartoti teorines žinias. Akcentuodavau ir praktinę medicinos pusę, su kuria studentai susidurdavo gamybinės praktikos klinikos bazėje metu dirbdami su pacientais.

Praktikoje būtinas dėmesys, atidumas žmogui, kantrybė, švelnumas, atjauta ir siekis padėti. Būsime medikai praktikos metu matydavo ir retus atvejus, kuriuos susiedavo su savo būsima profesija. Studentams pabrėždavau, kad jie pasirinko nelengvą profesiją. Apmaudu, kai baigę studijas, įgiję žinių, jie neranda darbo privačiame ar valstybiniame sektoriuje. Manau, tai šio laikmečio problema.

Kokias galėtumėte įvardinti gydytojo odontologo profesijos ypatybes?

Kompetencija, gebėjimas suteikti pagalbą bet kokiems atvejais, paciento atjauta, švelnumas, neskausmingų manipuliacijų atlikimas, rūpestis dėl galimų komplikacijų. Ypač svarbus paciento gydymo eigos stebėjimas. Pajuntu profesinį džiaugsmą pasiekęs teigiamus gydymo rezultatus, išgirdęs žmonių padėkas. Gražūs pacientų žodžiai skatina dar labiau tobulėti.

Ar rekomenduotumėte jaunam žmogui rinktis gydytojo odontologo specialybę? Kodėl?

Manau, šiuolaikinio jaunimo skatinti nebereikia, nes jie specialybę pasirenka jau žinodami apie studijų eigą. Visada akcentuoju, kad odontologija – svarbi medicinos sritis, kuriai reikia atiduoti visus sugebėjimus, kantrybę, atidumą, todėl gyvenimas gali pakelekti kiekvieno studento profesinius planus.

Bendraudamas su jaunimu jaučiu jų entuziazmą, tačiau turiu patarimų baigusiems studentams, kad jie profesinį kelią pradėtų nuo paprasčiausių medicininių atvejų, ligų. Patirtis ateina tik tinkamai įsisavinus ligų diagnostavimo specifiką, išsiugdžius klinikinę mąstyseną, tapus kompetentingu specialistu. Specifiniai atvejai įtvirtinamos išmoktos žinios.

Nuo Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įkūrimo 2004 m. dalyvaujate Rūmų tarybos posėdžiuose. Kokia yra odontologų bendruomenė? Kas Jus motyvuoja dirbti jos labui?

Esu Rūmų Panevėžio teritorinio skyriaus vadovas. Dalyvauju Tarybos posėdžiuose. Odontologų bendruomenė yra žavi, labai susitelkusi. Įteisinus Rūmų įstatymą, bendruomenė tapo atskira savivalda, bendra šeima, vienijančia gydytojus odontologus, gydytojus odontologus specialistus ir burnos priežiūros specialistus. Tarybos nariai aktyviai ieško odontologinių problemų sprendimo būdų, diskutuoja, teikia siūlymus, ginčijasi ir sutaria dėl konkrečių sprendimų įgyvendinimo.

Per Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo suteikimo ir garbės ženklų įteikimo iškilmes pajutau vieningumą, susitelkimą. Nors medikų visuomenėje yra įvairių profesinių organizacijų, Lietuvos gydytojų sąjunga, tačiau gydytojai odontologai yra bendra, didelė jėga, tuo esame stiprūs.

2009 m. Šiauliuose Tarptautinės odontologų dienos proga už didžiulės pastangos, atkaklumą, ryžtą, nuoširdų ir prasmingą, kilnų, visuomeninį darbą, tapote aukščiausio odontologų padėjėju, burnos higienistu) imlumas, noras mokytis ir siekis perimti visas žinias, kurias jiems perduodavau paskaitų metu. Mokydavau juos, kad svarbu turėti konspektus, į kuriuos galima pasižūrėti, pasikartoti teorines žinias. Akcentuodavau ir praktinę medicinos pusę, su kuria studentai susidurdavo gamybinės praktikos klinikos bazėje metu dirbdami su pacientais.



Gydytojas odontologas, gydytojas burnos chirurgas Vytautas Bosas

sio odontologų bendruomenės apdovanojimo Šv. Apolonijos nominacijos laureatu. Kokios emocijos tada užplūdo? Ką Jums reiškė šis apdovanojimas?

Būnant Rūmų Tarybos nariu teko balsuoti dėl kandidatų į Šv. Apolonijos nominaciją. 2009 m. netikėtai sužinojus, kad esu laureatas, apėmė jausmas, kad nesu vertas šio garbingo apdovanojimo, nes odontologų bendruomenėje yra ir didesnę patirtį turinčių gydytojų odontologų. Šv. Apolonijos nominacija buvo maloni, džiaugsminga staigmena. Pasijutau labai pagerbtas ir tuo didžiavausi.

2013 m. balandžio 26 d. Jums buvo suteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardas, įteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo garbės ženklas. Kaip sutikote šį Jūsų darbų įvertinimą? Gal galėtumėte palyginti Šv. Apolonijos ir Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo apdovanojimus?

Gal mano toks būdas, bet apėmė netikėtumo jausmas, nepatikėjau įvertinimu. Apmąščiau gyvenimą, praeitį iš naujo. Turiu būti dėkingas savo mamai, kuri išleido į mokslus, artimiesiems, bendražygams, bendraminčiams. Esu dėkingas visiems. Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo suteikimas – garbingas apdovanojimas, Lietuvos medicinos darbuotojų bendruomenės narių įvertinimas.

Lyginant Šv. Apolonijos ir Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo suteikimo nominacijas, galiu teigti, kad Šv. Apolonijos nominacija yra mūsų odontologų bendruomenės, šeimos įvertinimas. Man ji jaukesnė, šiltesnė, nestandartinė. Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo suteikimo nominacija – oficiali, visos šalies įvertinimas. Buvau nustebintas ir dėkoju visiems, kurie pateikė mano kandidatūrą, svarstė ją. Dar iki šiol nesu įsitikinęs, kad esu vertiausias šių laurų.

Jūsų nuomone, kokios yra trys pagrindinės mediko, odontologo asmeninės savybės, kurias savyje turėtų ugdytis jaunieji gydytojai odontologai?

Sąžiningumas, padorumas, užuojauta, noras pagelbėti viską atiduodant, pacientams nepakenkiant. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

RENGINIAI



Vokietijos odontologų rūmų atstovų vizitas

Š. m. balandžio 5–6 dienomis Lietuvos Respublikos odontologų rūmuose lankėsi odontologų delegacija iš Vokietijos. Vokietijos odontologų rūmų (BZÄK) atstovų apsilankymas buvo atsakomasis vizitas po 2012 m. kovo mėn. LR odontologų rūmų atstovų apsilankymo Berlyne.

Vokietijos odontologų delegaciją sudarė odontologų asociacijos (BZÄK) prezidentas dr. Peter Engel, BZÄK Hesseno federalinės žemės prezidentas, BZÄK Tarybos narys, Vokietijos odontologų tarptautinės delegacijos narys dr. Michael Frank, Vokietijos odontologų rūmų (BZÄK) direktorius Florian Lemor ir BZÄK viešųjų ryšių atstovė Briuselyje Marry Hommel-van Driel. Susitikime su svečiais iš Vokietijos LR odontologų rūmams atstovavo Tarybos pirmininkas Alvydas Šeikus, Tarybos pirmininko pavaduotojai doc. dr. Anastazija Tutkuvienė, Petras Ralys, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos instituto vadovė prof. dr. Vytautė Pečiulienė, Rūmų Etikos ir procedūrų komisijos pirmininkė prof. habil. dr. Irena Balčiūnienė, Rūmų Profilaktikos programų koordinavimo komisijos pirmininkė doc. dr. Vilma Brukienė, Rūmų Viešųjų ryšių komisijos narė Erminija Guzaitienė, Rūmų Klaipėdos teritorinio skyriaus vadovas Romas Abunevičius ir skyriaus sekretorius Bronius Einars.

Pirmą susitikimo Vilniuje dieną pranešimus skaitė doc. dr. A. Tutkuvienė „Odontologinės priežiūros organizavimo aktualijos“ ir doc. dr. Vilma Brukienė „Bendros Baltijos šalių burnos sveikatos priežiūros strategijos aspektai“. Jau po pirmojo pranešimo tarp Vokietijos odontologų rūmų (BZÄK) ir LR odontologų rūmų atstovų užsimezgė atviros diskusijos apie abipuses problemas odontologijos srityse. Svečiai iš Vokietijos susidomėjo doc. dr. A. Tutkuvienės pranešime pateikta informacija apie Rūmų narių pasiskirstymą Lietuvoje pagal profesinę kvalifikaciją, pastebimą jų susitelkimą didžiausiuose Lietuvos miestuose. Europos Sąjungoje 10 000 gyventojų tenka apie 6 gydytojus odontologus, o Lietuvoje – 11,8 gydytojų odontologų. Didžiausias tankumas yra Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje, Palangoje, Birštone, Alytuje. Tokie statistiniai duomenys verčia suklusti Lietuvos odontologų bendruomenę galvojant, ar ne per daug gydytojų odontologų ruošia universitetai.

Doc. dr. A. Tutkuvienė pranešimo metu pateikė statistiką, kad Lietuvoje praktikuoja 3 043 gydytojai odontologai ir 631 gydytojai odontologai specialistai (7 profesinės kvalifikacijos: gydytojai burnos chirurgai, gydytojai vaikų odontologai, gydytojai endodontologai, gydytojai odontologai ortopedai, gydytojai burnos, veido ir žandikaulių chirurgai, gydytojai ortodontai, gydytojai periodontologai), kas atitinkamai sudaro 83 proc. ir



Vokietijos ir Lietuvos odontologų rūmų atstovai



BZÄK prezidentas dr. Peter Engel



Doc. dr. Anastazija Tutkuvienė (kairėje), prof. dr. Vytautė Pečiulienė (dešinėje)

17 proc. Gydytojai odontologai ortopedai ir gydytojai burnos chirurgai sudaro 70 proc. gydytojų odontologų specialistų. BZÄK prezidentą dr. Peter Engel nustebino, kad šiuo metu Lietuvoje viename gydytojui odontologui tenka tik maždaug pusė gydytojo odontologo padėjėjo.

Susitikimo metu BZÄK atstovai taip pat pateikė statistinės informacijos apie jų odontologijos

praktiką. Vokietijoje išskiriamos 3 odontologinės profesinės kvalifikacijos: gydytojai burnos chirurgai, gydytojai ortodontai ir gydytojai odontologai. Pastebėta, kad Vokietijoje 70 proc. gydytojų odontologų yra moterys, o Lietuvoje – 80 proc.

Doc. dr. V. Brukienė pristatė 2012 metų rugsėjo mėnesį Palangoje priimtos bendros Baltijos šalių burnos ligų profilaktikos strategijos gaires.

Svečiai iš Vokietijos ypač susidomėjo bendra Baltijos šalių burnos sveikatos strategija 2012–2020 m. bei sudarytomis trijų Baltijos šalių jungtinėmis darbo grupėmis aktualioms burnos sveikatos priežiūros klausimams spręsti.

Doc. dr. V. Brukienė pranešimo metu daugiausia dėmesio skyrė planuojamiems pokyčiams vaikų burnos ligų profilaktikos srityje Lietuvoje nacionaliniu mastu. Profilaktikos programų koordinavimo komisijos pirmininkė akcentavo, kad šiuo metu trūksta vaikų sergamumo burnos ligomis epidemiologinių duomenų šalies mastu. Nežinant epidemiologinių duomenų, neįmanoma planuoti burnos ligų profilaktikos programų. Pranešėja akcentavo aukštą ėduonies paplitimo indeksą tarp Lietuvos vaikų (2005 m. – 85,4 proc, 2010 m. – 88,4 proc.).

Šeimos gydytojams ir vaikų ligų gydytojams trūksta vaikų burnos ligų profilaktikos žinių. Vaikų burnos sveikata nėra kontroliuojama ir palikta tik tėvų atsakomybei. Doc. dr. V. Brukienė teigė, kad vienintelė Lietuvoje šiuo metu veikianti dantų ėduonies profilaktikos programa – dantų vagelių ir duobelių hermetizavimas silantais – nėra tokia efektyvi, kaip tikėtasi. Todėl LR odontologų rūmai, bendradarbiaudami su LR sveikatos apsaugos ministerija, siekia spręsti tiek sergamumo burnos ligomis epidemiologinių duomenų trūkumo, tiek burnos ligų profilaktikos priartinimo arčiau pacientų problemą. Dėl to vaiko sveikatos pažymėjimas, kasmet pristatomas į ugdymo įstaigas, vadovaujantis LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymo Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo pakeitimu, papildytas duomenų apie odontologinį sergamumą registravimu. Pranešimo metu doc. dr. V. Brukienės pristatyta vaiko paso įgyvendinimo idėja buvo įvertinta teigiamai.

Doc. dr. A. Tutkuvienės ir doc. dr. V. Brukienės perskaityti pranešimai susilaukė didžiulio Vokietijos kolegų susidomėjimo. Pastebėta, kad pranešimuose išsakytos problemos glaudžiai susijusios ir su Vokietijoje odontologijos srityje vykstančiais procesais. BZÄK atstovai, nagrinėdami Profilaktikos programų koordinavimo komisijos pirmininkės doc. dr. V. Brukienės pranešimo metu išdėstytas mintis, teigė, kad Vokietijoje susiduriama su panašaus pobūdžio situacija. Svečiai pabrėžė aukščiausių Lietuvos sveikatos priežiūros pareigūnų politinės valios svarbą sprendžiant burnos ligų profilaktikos klausimus. Vokietijos atstovų nuomone, pirmiausia turi kisti politikų požiūris į sveikatos priežiūros sistemos finansavimą, daugiausia lėšų skiriant ligų profilaktikai, o vėliau – gydymui. Finansavimas turėtų būti paskirstytas ir prevencinėms procedūroms. Akcentuota, kad keistis turi ir gydytojų odontologų požiūris į sveikos gyvensenos propagavimą ikimokyklinio ir mokyklinio ugdymo įstaigose. Svečiai pristatė gražias tradicijas Vokietijoje, kur gydytojai odontologai reguliariai lanko vaikų darželius ir mokyklas. Šis procesas dalinai finansuojamas vyriausybės, tačiau ypač svarbi ir asmeninė gydytojo odontologo iniciatyva. Pasak BZÄK atstovų, susitikdamas su vaikais ir jų tėveliais, įgyvendindamas prevencinę šviečiamąją veiklą, gydytojas odontologas įgyja būsimą ir esamą pacientų pasitikėjimą.

Vokiečių odontologai pranešimuose pabrėžė, kad jų šalyje burnos ligų profilaktikos funkcija tik iš dalies gali būti „deleguota“ burnos sveikatos priežiūros specialistams, tačiau galutinę atsakomybę prisiima gydytojas odontologas.

Antrą susitikimo Vilniuje dieną pranešimą „Veik-



Vokietijos odontologų delegacija

klos kokybės užtikrinimas Lietuvos odontologijos įstaigose. Organizaciniai aspektai skaitė Rūmų Klaipėdos teritorinio skyriaus sekretorius Bronius Einars. Pranešime įvardintos problemos aktualios ir Vokietijoje. Dr. Michael Frank atkreipė dėmesį, kad dėl palankiai susiklosčiusių teisinių aplinkybių, jie patys sprendžia kokybės ir paslaugų tinkamumo klausimus, nagrinėja pacientų skundus ir kitus klausimus. Jis pabrėžė, kad kokybės kontrolė yra BZÄK deleguota valstybės funkcija. Dėl asociacijos organizacinės struktūros ypatumų, ji turi tiek vidaus, tiek išorinio auditoriaus statusą. Todėl Vokietijos odontologų asociacija gali užtikrinti pagalbą kuriant ir naudojant kokybės valdymo sistemą regioniniu

lygiu bei vykdant išorinę kontrolę nacionaliniu lygiu.

Vizito metu Vokietijos delegacija akcentavo, kad į Lietuvą yra žiūrima kaip į strateginį partnerį. Dr. Peter Engel Vokietijos odontologų asociacijos BZÄK vardu pakvietė LR odontologų rūmų atstovus dar sykį atvykti į Vokietiją, susipažinti ar pasisemti patirties organizacinėje kokybės vadybos, kokybės rodiklių srityje.

Vokietijos kolegos buvo pakviesti ir pažadėjo atvykti į 2014 m. LR odontologų rūmų rengiamą jubiliejinį 10-ąjį tarptautinį kongresą. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

SUSITIKIMAI



Mylėti savo darbą, jausti pareigą ir atsakomybę

Pokalbis su Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo ir garbės ženkle laureate Skapiškio ambulatorijos gydytoja odontologe Zina Bieleckiene.

Z. Bieleckienė neskatinama ir nepatariama pati apsisprendę gyvenimą susieti su medicina, odontologija. Pasak gydytojos odontologės, besimokydama vidurinėje mokykloje aštuntoje klasėje jau pradėjo svajoti apie „dantistės“ profesiją. Šis troškimas nepasikeitė. Baigusi vidurinę mokyklą ji įstojo į Kauno medicinos institutą Stomatologijos fakultetą.

Z. Bieleckienė studijų laikotarpį prisimena kaip pačius geriausius, gražiausius ir įdomiausius jaunystės metus. „Pasižiūriu į studijų nuotraukas ir suspaudžia širdį, kad viskas praėjo ir laiko rato neatsuksi atgal“, – sakė gydytoja odontologė. Baigusi mokslus Z. Bieleckienė sugrįžo į tėviškę, gimtąjį Kupiškį. Buvo įdarbinta Skapiškio ambulatorijoje, kurioje dirba iki šiol.

Pasak pašnekovės, profesinės praktikos pradžia buvo sudėtinga. „Reikėjo dirbti labai mažame kabinete su kojine gręžimo mašina be jokių patogumų. Tačiau tada nė kiek nenusiminiau“, – sakė gydytoja odontologė. Per 48 profesinius metus darbo sąlygos pasikeitė – pastatyta nauja ambulatorija. „Aš į darbą einu kaip į šventę ir į jėgų man vėl iš naujo reikėtų rinktis specialybę, nedvejodama pasirinkčiau gydytojo odontologo darbą“, – teigė Z. Bieleckienė. Pašnekovė atkreipė dėmesį, kad bendraudama su jaunais žmonėmis dažnai jiems pataria rinktis šią specialybę, nes tai konkretus, matomas rezultatus suteikiantis darbas, tačiau akcentavo, kad jaunimas šią specialybę, lyginant su kitomis, renkasi vangiai.

Pasiteiravus, kokias galėtų įvardinti gydytojo odontologo profesijos ypatybes, Z. Bieleckienė sakė, kad pirmiausia reikia mylėti savo darbą, jausti pareigą ir atsakomybę. „Pacientas pas gydytoją odontologą dažniausiai ateina jausdamas skausmą, nors neretai kreipiamasi ir dėl estetinio dantų vaizdo, todėl gydytojas odontologas turi sugebėti išlausyti pacientą, suprasti jo norus, poreikius, įgyti paciento pasitikėjimą, turėti daug kantrybės, atjautos, kruopštumo, profesionalumo. Gydytojas odontologas turi būti geras psichologas, ypač dirbdamas su vaikais, ir pats būti geros savijautos“, – vardino Z. Bieleckienė.

Pasak pašnekovės, dirbant su pacientais surasti bendrą kalbą nėra sudėtinga. Nors susidarę stereotipai, kad pacientai dažniausiai klusniai sėdi ir negali šnekėti, Z. Bieleckienės teigimu, dirbant nedideliame miestelyje visi pacientai tampa pažįstami. „Jau dvi kartos užaugo man dirbant. Atėjusiam pacientui dar nespėjus išsižioti, aš jau prisimenu, ką burnoje pamatysiu“, – sakė gydytoja odontologė.

Paklausta, kokia yra odontologų bendruomenė, Z. Bieleckienė pažymėjo, kad tai viena didelė šeima, nes „Lietuvos Respublikos odontologų rū-



Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardo ir garbės ženkle laureatė Zina Bieleckienė



Apdovanojimų ceremonija

mai vienija ir buria visus narius“. Iš Rūmų leidžiamo žurnalo „Odontologų rūmų žinios“ ir internetinės svetainės gydytoja odontologė sužino apie kolegas, jų gyvenimą, profesinę veiklą, jubiliejus, apdovanojimus, aktualijas, praktinius specialybės straipsnius. „Manau, kiekvienas randa sau įdomios informacijos. Aš visada laikiu „Odontologų rūmų žinių“ leidinio ir gavusi perskaitau kiekvieną straipsnį“, – pasakojo gydytoja odontologė.

Šių metų balandžio 26 d. Zinai Bieleckienei buvo suteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardas, įteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo

garbės ženklas. Pasiteiravus, kaip buvo sutiktas šis darbų įvertinimas ir ką jai reiškė garbingas apdovanojimas, gydytoja odontologė sakė, kad žinia buvo labai netikėta. „Buvau nustebinta, apie apdovanojimus nesu net pagalvojusi. Dirbu kaip ir visi kolegos. Apdovanojimas man suteikė daugiau pasitikėjimo savimi, tai paskata tolimesniems darbams, todėl dėkoju visiems sveikinusiems šia nuostabią progą“, – baigdama pokalbį sakė Z. Bieleckienė. ●

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė

AKTUALI INFORMACIJA

i LR odontologų rūmų Panevėžio teritorinis skyrius

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų Panevėžio teritorinis skyrius (toliau – Skyrius) vienija Panevėžio, Biržų, Kupiškio, Pasvalio, Rokiškio, Utenos, Anykščių, Ignalinos, Molėtų, Zarasų ir Visagino 295 gyd. odontologus ir gyd. odontologus specialistus, 93 burnos higienistus, 237 gyd. odontologo padėjėjus, 13 burnos higienistų-gyd. odontologo padėjėjų ir 119 dantų technikų.

Skyriui vadovauja Šv. Apolonijos apdovanojimo laureatas gyd. burnos chirurgas Vytautas Bosas. Darbe jam padeda Skyriaus sekretorė Inesa Lukoševičienė, Skyriaus atstovė Rūmų taryboje gyd. odontologė Santa Miežinienė, dirba Rūmų tarybos narė burnos higienistė Rima Adomaitienė, Skyriaus valdybos ir Etikos komisijos nariai.

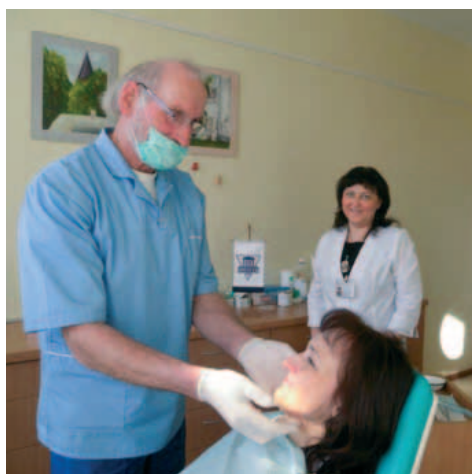
Skyriaus buveinė: Respublikos g. 68, Panevėžys.

Skyriaus valdybos nariai: gyd. ortodontė Rasa Liesytė, gyd. odontologas Giedrius Raščius, gyd. odontologė Ramunė Vedlugienė, burnos higienistė Valė Žemaitė, gyd. odontologo padėjėja Rita Žydeliūnienė.

Skyriaus etikos komisija: pirmininkas – gyd. odontologas Rimgaudas Žilinskas; nariai: gyd. odontologo padėjėja Eglė Jurevičienė, dantų technikas Marijus Ogintas, gyd. odontologė burnos chirurgė Birutė Šlėnytė, gyd. odontologas Giedrius Umantas. Skyriaus etikos komisijai skundų nagrinėti dar neteko. Džiugu, kad 2012 m. dėl odontologinių paslaugų teikimo gauti pacientų skundai buvo taikiai išnagrinėti paslaugas teikusiose įstaigose. Reikia pažymėti, kad pacientai vis dar daugiausiai skundžiasi dėl dantų protezavimo paslaugų.

Skyriaus nariai gausiai rinkosi į profesinio tobulinimosi renginius Panevėžyje. Šiais metais planuojama surengti dar du seminarus gyd. odontologams, gyd. odontologams specialistams ir burnos priežiūros specialistams spalio 5 d. ir lapkričio 9 d. Kviečiame Skyriaus narius aktyviai teikti pasiūlymus dėl aktualių tobulinimosi renginių temų.

Šalia Skyriuje organizuojamų profesinės kvalifikacijos tobulinimosi renginių gydytojams odontologams ir burnos priežiūros specialistams, didelis dėmesys skiriamas ir sveikatingumo renginiams. Kovo 20 d., pažymint Pasaulinę burnos sveikatos dieną, Panevėžio mieste pagal įstaigų paslaugų teikimo ir mokymo vietas gyventojai buvo mokomi burnos higienos, vyko burnos sveikatos tikrinimas, buvo teikiama informacija. Renginyje dalyvavo VŠĮ Panevėžio miesto stomatologijos poliklinika, Panevėžio kolegijos Medicinos ir socialinių mokslų fakultetas, Aukštaitijos odontologų klubo „32“ nariai ir klinikos (UAB „Dentavita“, UAB „Odenta“, L. Miežinio IĮ, UAB „Neodonta“). Nuoširdžiai prie akcijos prisijungė gyd. odontologai ir gyd. odontologai specialistai: S. Andrašūnienė, V. Bosas, Z. Bučienė, I. Davidonienė, E. Jakelevičienė, G. Motiekaitis, A. Morkevičius, S. Miežinienė, L. Miežinis; UAB „Dentavita“ kolektyvas, vado-



2013 m. kovo 20 d. Pasaulinės burnos sveikatos dienos akimirksnis

vaujamas M. Kubiliaus; UAB „Odenta“ kolektyvas, vadovaujamas V. Žemaitės; Panevėžio kolegijos Medicinos ir socialinių mokslų fakulteto II kurso burnos higienos specialybės studentai, vadovaujami lektorės R. Adomaitienės. Laukia renginys „Sveiki dantukai“ – susitikimas su Dembavos vaikų lopšelio-darželio, Panevėžio vaikų lopšelio-darželio „Vaivorykštė“ ir Bernatonių vaikų darželio-mokyklos vaikais ir jų tėveliais.

Galime pasidžiaugti, kad 2013 m. vasario 9 d. Tarpautinės odontologų dienos proga už dantų technikų studijų programos tobulinimą ir koordinavimą, šios specialybės praktinės veiklos plėtojimą Dantų techniko nominacijos laureate tapo Utenos kolegijos dėstytoja, psichologijos magistrė Zigrida Kaulinienė.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro Padėkos raštu apdovanota gyd. odontologė Vida Vlada Barauskienė (IĮ V. Barauskienės odontologijos kabinetas); Rūmų padėkos raštu apdovanota gyd. odontologė Angelė Balčiūnienė (VŠĮ Panevėžio miesto poliklinika).

2013 balandžio 29 d. iškilmingame Medicinos darbuotojų dienos minėjime Panevėžyje gyd. burnos chirurgui Vytautui Bosui (VŠĮ Panevėžio miesto stomatologijos poliklinika) ir gyd. odontologei Zinai Bieleckienei (VŠĮ Kupiškio r. savivaldybės PASPC) buvo įteikti garbingi apdovanojimai – suteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo vardas ir įteiktas Nusipelnusio Lietuvos gydytojo garbės ženklas.

Už nuolatinį bendradarbiavimą, pagalbą ir paramą nuoširdžiai dėkojame:

- VŠĮ Panevėžio miesto poliklinikos direktorei – Irenai Čeilitkienei;
- VŠĮ Panevėžio miesto stomatologijos poliklinikos direktoriui – Karoliui Valantiniui;
- VŠĮ Panevėžio miesto poliklinikos Odontologinio skyriaus vedėjai – Ramunei Vedlugienei;
- Aukštaitijos odontologų klubo „32“ nariams;
- Renginiuose padedantiems: Monikai Dabkutei, Eglei Jurevičienei, Genovaitei Matulevičienei, Liutaurui Miežiniui, Ritai Žydeliūnienei;
- VŠĮ Saugos ir kokybės ekspertų biuro vadovei – Alai Tamulienei. ●



Dantų techniko nominacijos laureatė Z. Kaulinienė



Medicinos darbuotojų dienos minėjimas Panevėžyje, Rūmų nariai (iš kairės): Rūmų tarybos pirmininkas A. Šeikus, tarybos narė V. Raslanienė, Garbės teismo pirmininkas, prof. habil. dr. R. Kubilius, Panevėžio teritorinio skyriaus vadovas V. Bosas, Skyriaus atstovė Rūmų taryboje S. Miežinienė

AKTUALI INFORMACIJA

i LR odontologų rūmų Šiaulių teritorinis skyrius

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų Šiaulių teritorinis skyrius apima dviejose – Šiaulių ir Telšių – apskrityse dirbančius burnos priežiūros specialistus.

2004 m. Odontologų rūmų nariais tapo 398 specialistai, o 2013 m. mūsų narių skaičius jau padidėjo iki 731. Per visą Rūmų gyvavimo laikotarpį Šiaulių teritorinis skyrius pasipildė 120 gydytojų, 108 gydytojų odontologų padėjėjais, 48 dantų technikais ir 57 burnos higienistais. Šiuo metu 312 gydytojų tenka net 225 gydytojo odontologo padėjėjai.

Skyriui vadovauja teritorinio skyriaus vadovas, valdyba, susidedanti iš 9 narių, yra išrinkta 5 narių etikos komisija. Darbui labai padeda visuotinio susirinkimo metu išrinkti 10-ies rajonų koordinatoriai.

Valdybos posėdžiai vyksta kartą per ketvirtį. Juose sprendžiamos skyriaus problemos, numatomi tobulinimosi seminarai, dalyvavimas kongresuose, ateities veiklos kryptys. Priimti sprendimai protokoluojami ir protokolai perduodami LR odontologų rūmams. Valdybos nariams, Etikos komisijos nariams tenka spręsti pacientų ir gydytojų ginčus, dalyvauti gydytojų konsultacinėse komisijose. Kiekvienais metais skyriuje įvyksta 4–5 burnos priežiūros specialistų tobulinimosi renginiai. Juos organizuoja pats skyrius. Mūsų nariai aktyviai dalyvauja odontologinių firmų organizuojamuose seminaruose.

Skyriaus nariai, dirbantys VŠĮ Šiaulių odontologijos poliklinikoje, aktyviai vykdo vaikų dantų edukacines profilaktiką. Kasmet organizuoja vaikams „Šypsenos“ šventę, piešinių konkursus.

Skyrius bendradarbiauja su Šiaulių teritorine ligonių kasa, Šiaulių kolegija, Šiaulių universitetu, Šiaulių visuomenės sveikatos centru. Mūsų kolegijos prisideda skaitant paskaitas, veda praktinius užsiėmimus kolegijos studentams, būsimiems burnos priežiūros specialistams, bendrauja su apskrities visuomenės sveikatos biurais, dalyvauja jų organizuojamose šventėse odontologine tematika. Skyriaus nariai rašo straipsnius į vietinę spaudą apie burnos ertmės ir dantų priežiūrą, rengia susitikimus su vaikų lopšelių-darželių vaikais, moksleiviais. Šiais metais balandžio mėnesį minint Pasaulinę burnos sveikatos dieną šventės surengė VŠĮ Šiaulių odontologijos poliklinika ir Radviliškio PSPC odontologijos skyrius.

Prieš 8 metus bendraminčiai įkūrė Šiaulių krašto odontologų klubą – „Saulė“. Jo nariai rengia susitikimus su kitais odontologų klubais, kartu vyksta į keliones, parodas, susitikimus su įdomiais žmonėmis.

Skyriaus nariai aktyviai dalyvauja odontologų dienos šventėse, yra gavę Šv. Apolonijos, burnos priežiūros specialistų apdovanojimų, padėkos raštų iš SAM ir LROR.

Labai džiugu, kad į Šiaulių kraštą pradeda grįžti jauni specialistai, kuriasi nauji odontologijos kabinetai, įsisavinamos naujos gydymo, dantų protezavimo technologijos, implantologija. Stengiamės žengti plačiu žingsniu į priekį ir tikimės, jog ir mūsų krašto žmonės šypsosis plačiomis baltomis šypsenomis. ●

LROR Šiaulių teritorinio skyriaus vadovė
Elvyra Kamenekienė



LR odontologų rūmų Šiaulių teritorinis skyrius



Šypsena 2013

AKTUALI INFORMACIJA

i Kuriame odontologijos istoriją

Š. m. gegužės 10 d. LSMU Lietuvos medicinos ir farmacijos istorijos muziejuje buvo pristatytas gydytojos odontologės E. Pšigodskienės giminių išsaugotas prieškarinis rentgeno aparatas, kurio įsigijimą finansavo LR odontologų rūmai.

Vertingo eksponato pristatymą pradėjo LSMU Lietuvos medicinos ir farmacijos istorijos muziejaus direktorius doc. dr. Tauras Mekas, džiaugdamasis muziejuje atidaroma nauja odontologijos kertele.

Muziejaus Farmacijos istorijos ekspozicija, vaizduojanti XIX a. pabaigos – XX a. pradžios Lietuvos miesto vaistinę, jau buvo parengta, pristatyti autentiški eksponatai, o medicinos istorijos ekspozicija, supažindinanti su Lietuvos medicina 1918–1940 m., aukštojo medicinos mokslo Kaune istorija, dar buvo pildoma. Ypač muziejaus archyve trūko Odontologijos skyriaus eksponatų.

„Laimingai susiklostė, kad į LSMU Lietuvos medicinos ir farmacijos istorijos muziejų paskambino gydytojos odontologės E. Pšigodskienės giminaitė Nijolė Stanevičienė ir pasiūlė išsaugoti gydytojos naudotus prietaisus ir archyvą. Tarp perduodamų daiktų išsiskyrė vienintelis Lietuvoje išlikęs prieškarinis rentgeno aparatas bei gausus fotoarchyvas, kuriame daug nuotraukų, atspindinčių asmenybės ir specialybės istoriją“, – teigė muziejaus direktorius doc. dr. T. Mekas.

Muziejaus direktorius džiaugėsi gražia LR odontologų rūmų iniciatyva saugoti profesinį paveldą ir dėkojo už paramą įsigyjant senąjį rentgeno aparatą. „Pagaliau turime pilną Nepriklausomos Lietuvos ekspozicijų salę, vaizduojančią medicinos kabinetus ir įrengimus. Ši kolekcija padės atskleisti mažai žinomą Lietuvos odontologijos istorijos skyrių. Sukurta ekspozicija bus panaudota studentų profesinei savimonei formuoti. Jeigu kiltų sveikas lietuviškas pavydas ir kiekviena medicinos draugija galėtų finansuoti eksponatus, visai kitaip atrodytų muziejus“, – sakė doc. dr. T. Mekas.

Rentgeno aparato pristatymo metu N. Stanevičienė prisiminė gydytojos odontologės E. Pšigodskienės biografiją. Ji baigė Dorpato universitetą, kaip medikė dalyvavo Pirmajame pasauliniame kare, privačiai gydė Kaune nepriklausomybės, vokiečių okupacijos metais, sovietmečiu. Pasak N. Stanevičienės, „E. Pšigodskienė buvo tikra bajorė. Jos aristokratiškumas buvo įgimtas. Ji buvo greita, sąmoninga ir pedantiškai tvarkinga, todėl saugojo savo daiktus. Džiaugiuosi, kad istorinės vertybės rado savo vietą muziejuje ir linkiu lankytojų gausos“.

LSMU Medicinos akademijos Odontologijos fakulteto dekanas prof. habil. dr. Ričardas Kubilius džiaugėsi, kad išsaugoma odontologijos istorija, muziejus pildomas naujais eksponatais: „Tegu tų eksponatų atsiranda vis daugiau. Stenkimės išsaugoti po kruopelytę odontologijos istorijos.“

LSMU Lietuvos medicinos ir farmacijos istorijos muziejuje be gydytojos odontologės E. Pšigodskienės prieškarinio rentgeno aparato ir gausaus fotoarchyvo, medicinos istorijos ekspozicijoje dar eksponuojami tarpukario Lietuvos gydytojų – chirurgo dr. V. Kuzmos, ausų, nosies, gerklės gydytojo J. Aleknos, odontologės S. Prapuolenytės-Čerkečiūnienės, akių gydytojos V. Janulaitytės-Alseikienės, ginekologės B. Simonanienės, rentgenologo S. Laurinavičiaus – darbo kabinetų fragmentai. ●

Rūmų
viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė



Prieškarinis rentgeno aparatas

TEISINĖ INFORMACIJA



Teisinė apžvalga

Dėl statistinės apskaitos formos „Vaiko sveikatos pažymėjimas“

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, atsižvelgęs į Rūmų siūlymą, 2013 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. V-507 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymą Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“ ir išdėstė naują redakciją šiuo įsakymu patvirtintą statistinę apskaitos formą Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“. Šis pakeitimas papildė statistinę apskaitos formą Nr. 027-1/a „Vaiko sveikatos pažymėjimas“ gydytojo odontologo įrašu, įvertinančiu vaiko pieninių, nuolatinių dantų ir žandikaulių būklę.

Atkreipiame dėmesį, kad dantų ėduonies intensyvumo rodiklis rodo, kiek ėduonies pažeistų dantų tenka vienam gyventojui. Ėduonies pažeisti dantys gali būti: negydyti, plombuoti ir išrauti dėl karieso. Todėl ėduonies intensyvumui išreikšti yra naudojamas KPI indeksas, rodantis K – kariozinių, P – plombuotų ir I – dėl karieso išrautų dantų skaičių, tenkantį vienam asmeniui. Jeigu viename dantyje yra ir kariesas, ir plomba, tai intensyvumo indekse toks dantis skaičiuojamas kaip kariozinis dantis. Pieninių dantų karieso intensyvumo indeksas užrašomas mažosiomis raidėmis kpi.

Pažymime, kad įsakymas įsigaliojo 2013 m. gegužės 22 d., todėl išduodant Vaiko sveikatos pažymėjimą gydytojai odontologai privalės pildyti šią statistinę apskaitos formą.

Su minėtais dokumentais galite susipažinti interneto svetainėje www.odontologurumai.lt

Lietuvos Respublikos
odontologų rūmų teisininkė
Jūratė Goštautienė

KLINIKINĖ PATIRTIS



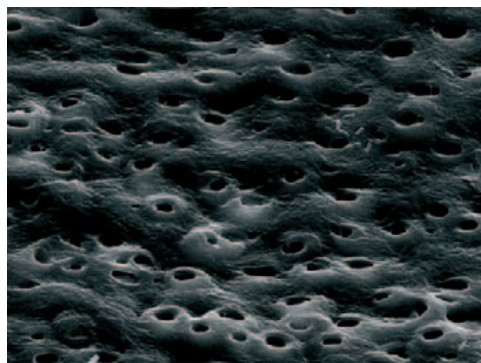
Irigacija endodontijoje

1 pav. Pageidaujamos irigacinių tirpalų savybės (M. Haapasalo, 2010).

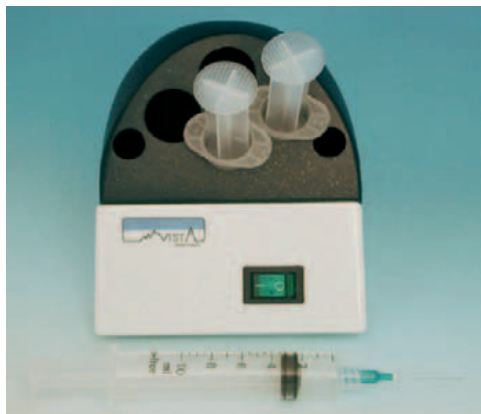
- Padeda pašalinti šaknies kanalo turinį ir lipnųjį sluoksnį
- Sumažina instrumento trintį šaknies kanale
- Palengvina dentino pašalinimą
- Tirpdo neorganinius ir organinius audinius
- Prasiskverbia į šaknies kanalo „periferiją“
- Naikina bakterijas ir grybelius (taip pat ir bioplėvelėje)
- Nepažeidžia gyvų periapikalinių audinių, necitotoksiškas
- Nepažeidžia ir „nesilpnina“ danties audinių struktūros



2 pav. Skirtingos koncentracijos ir gamintojų patentiniai NaOCl tirpalai



3 pav. Šaknies kanalo sienelės paviršius po irigacijos NaOCl ir EDTA tirpalais



4 pav. Įrenginys irigaciniams tirpalams (pvz., NaOCl) pašildyti prieš naudojimą

Doc. dr. Saulius Drukteinis
VU MF Odontologijos institutas.

Endodontinio gydymo sėkmė labiausiai priklauso nuo mikroorganizmų pašalinimo iš šaknų kanalų sistemos ir jos reinfekcijos prevencijos. Pagrindinis šaknies kanalo mechaninio ruošimo tikslas – padidinti šaknies kanalo irigacijos, dezinfekcijos ir užpildymo efektyvumą.

Mokslinių tyrimų duomenimis, didelė dalis šaknų kanalų sienelių paviršiaus lieka nepalietos endodontinių instrumentų mechaninio ruošimo metu, todėl ypač svarbus cheminis šaknies kanalo paruošimas (1). Nėra vieno irigacinio tirpalo, kuris būtų optimalus. Norint pasiekti geriausių rezultatų, būtina naudoti 2 ar daugiau irigacinių tirpalų tam tikra specifine seka, kad būtų užtikrinamas kokybiškas šaknies kanalo paruošimas. Dažniausiai irigaciniai tirpalai į šaknies kanalą įvedami naudojant specialius irigacinius švirkštus ir skirtingo dydžio bei dizaino metalines irigacijai skirtas adatas. Tačiau klinikinė patirtis ir mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad toks klasikinis irigacijos būdas ne visada yra efektyvus. Todėl pastaraisiais metais smarkiai kinta irigacinių tirpalų cheminė sudėtis, koncentracijos, vis plačiau taikomi įvairūs tirpalų aktyvavimo metodai. Visa tai leidžia pagerinti irigacijos efektyvumą ir endodontinio gydymo kokybę.

Irigacijos tikslai

Mechaninio šaknies kanalo ruošimo metu bei po jo irigaciniai tirpalai iš šaknies kanalo spindžio padeda pašalinti mikroorganizmus, pulpos audinius, dentino drožles. Irigaciniai tirpalai taip pat neleidžia užkimšti šaknies kanalo viršūninio trečdalis šaknies kanalo turiniu bei prastumti jį už šaknies viršūnės. Vieni tirpalai tirpdo organinius, kiti – neorganinius audinius, daugelis jų pasižymi antibakterinėmis savybėmis. Kai kurie tirpalai pasižymi stipriai išreikštomis citotoksinėmis savybėmis, todėl patekę už šaknies viršūnės gali sukelti didelį skausmą ar net audinių nekrozę (2). Idealus endodontijoje naudojamas irigacinis tirpalas turi pasižymėti daugeliu teigiamų savybių (1 pav.). Šiandien vis dar nėra optimalaus irigacinio tirpalo, kuris užtikrintų geriausią irigaciją ir būtų visiškai saugus.

Irigaciniai tirpalai

Natrio hipochloritas

Natrio hipochloritas (NaOCl) yra populiariausias irigacinis tirpalas. Klinikinėje praktikoje leidžiama naudoti tirpalų koncentracija yra 0,5–6,0 proc. (2 pav.).

Šis tirpalas efektyviai tirpdo nekrozinis ir gyvybingus pulpos audinius ir kolageną, organinius dentino komponentus, pasižymi stipriai išreikštomis antibakterinėmis savybėmis. Nors NaOCl tirpdo lipniojo sluoksnio organinę dalį, visiškai lipnųjį sluoksnį galima pašalinti tik kartu naudojant EDTA

ar citrinų rūgšties (CR) tirpalus (3 pav.).

Mokslinės literatūros duomenimis, antibakterinės tirpalo savybės labai priklauso nuo šaknies kanale esančių sąlygų, tirpalo koncentracijos ir irigacijos trukmės (3). Organinės medžiagos, esančios šaknies kanale (uždegiminis eksudatas, pulpos audinių likučiai, mikroorganizmai ar kt.), ženkliai ir gana greitai sumažina tirpalo antibakterinį efektyvumą (4). Tačiau jei organinių komponentų poveikis yra eliminuojamas, net ir mažiausios koncentracijos tirpalų antibakterinės savybės yra puikios. Todėl klinikinėje praktikoje ypač svarbu naudoti pakankamai didelį NaOCl kiekį, užtikrinti tirpalo judėjimą šaknies kanale, ilginti irigacijos laiką. NaOCl efektyvumą padidina jo pašildymas (iki 45–47° C), nes padidėja jo proteolizinis ir antibakterinis aktyvumas (4 pav.).

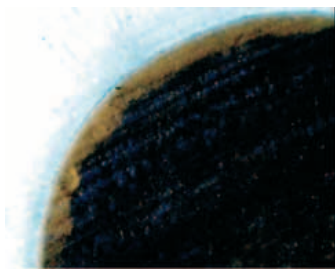
Šiandien mokslinėje literatūroje ypatingas dėmesys skiriamas NaOCl tirpalo koncentracijai. Pamažu įsivyravę nuomonė, kad didesnės koncentracijos tirpalai efektyviau naikina mikroorganizmus bioplėvelėje (angl. *biofilm*), kuri dengia šaknies sienelės paviršių ir padidina joje esančių mikroorganizmų atsparumą intrakanalinių medikamentų poveikiui net iki 1000 kartų (5). Todėl esant nekrozei pulpai, viršūniniame periodontitui ar pergydymų atveju, kai dantų šaknų kanalų sistema yra infekuota, būtų racionalu naudoti didesnės koncentracijos tirpalus (iki 6,0 proc.), nei gydant gyvybingą pulpą turinčius dantis.

Nepaisant teigiamų NaOCl savybių, tirpalas yra nemalonus kvapo, skonio, citotoksiškas. Be to, pastutiniai moksliniai tyrimai rodo, kad, ilgą laiką dentiną veikiant didelės koncentracijos NaOCl tirpalu, mažėja dentino elastingumas ir atsparumas lenkimui, todėl kyla klausimas, ar kai kuriais atvejais tai nedidina vertikalų šaknies lūžių atsiradimo rizikos (6, 7).

Labai svarbu prisiminti, kad NaOCl nerekomenduojama naudoti šaknies kanalo galutiniam praplovimui, nes tirpalas greitai sukelia ženkliai dentino erozijas (7). Todėl prieš šaknies kanalo užpildymą būtina NaOCl neutralizuoti EDTA ar CR tirpalais. Gdytojai praktikai svarbu žinoti ir tai, kad skylant NaOCl atspalaiduoja laisvasis deguonis, kuris neleidžia pastoms sintetinių dervų pagrindu sukietėti, todėl šaknies kanalo sienelės ir pastos kontakto vietoje susiformuoja deguonies inhibuotas nepolimerizuoto užpildo sluoksnis (5 pav.). Norint išvengti šios problemos, iš šaknies kanalo prieš jo užpildymą būtina gerai išplauti natrio hipochloritą EDTA tirpalu arba steriliu distiliuotu vandeniu.

EDTA ir CR

Kadangi NaOCl iš šaknies kanalo pašalina tik organines medžiagas, cheminio šaknies kanalo paruošimo metu būtina naudoti papildomus irigacinius tirpalus, efektyviai šalinančius neorganinius šaknies kanalo turinio, lipniojo sluoksnio ar dentino komponentus. Etileno diaminio tetra acto rūgštis (EDTA) ir citrinų rūgštis (CR) efektyviai tirpdo neorganines medžiagas bei hidroksiapatitą (8–11). Pagrindinė jų naudojimo paskirtis – lipniojo sluoksnio šalinimas ir kalcio jonų surišimas. Šie tirpalai neturi poveikio organiniams audiniams, jų antibakterinės savybės yra minimalios.



5 pav. EndoREZ pasta užpildyto šaknies kanalo, iriguoto vien tik NaOCl tirpalu, skerspjūvis: dentinas (žydra spalva), deguonies inhibuotas užpildo sluoksnis (gelsvai ruda spalva), visiškai polimerizuota pasta (tamsiai mėlyna spalva)

Dažniausiai klinikinėje praktikoje yra naudojamas 17 proc. koncentracijos EDTA tirpalas. Kai kurie tyrimai rodo, kad 10 proc., 5 proc. ar net 1 proc. tirpalai taip pat efektyviai šalina lipnų sluoksnį (12) (6 pav.). Dėl didelės EDTA kainos gali būti racionalu naudoti praskiestus EDTA tirpalus.

Pastaraisiais metais kaip irigacinis tirpalas vis labiau populiarėja citrinų rūgštis, kurios rekomenduojama koncentracija svyruoja nuo 1 proc. iki 50 proc. Dažniausiai irigacijai naudojamas 10 proc. tirpalas. Citrinų rūgštis (CR) naudojama pašalinti ne tik lipniam sluoksniui, bet ir kalcio hidroksido pastai iš šaknies kanalo: ji suriša pastą į kietokos konsistencijos precipitatus, kuriuos yra lengviau išplauti.

EDTA ir CR tirpalais šaknies kanalą rekomenduojama iriguoti 2–3 minutes baigus ruošimą instrumentais ir praplovus NaOCl tirpalu (13, 14). EDTA ir CR yra gaminami tirpalų ir gelių pavidalu (8 pav.). Nėra duomenų apie tirpalų ar gelių efektyvumą demineralizuojant dentiną, tačiau galima manyti, kad dėl mažo šaknies kanalo spindžio skersmens (ypač viršūniniame šaknies kanalo trečdalyje) minėtų medžiagų saturacija įvyksta greitai ir jos netenka savo efektyvumo. Todėl racionaliausia būtų naudoti EDTA ir CR tirpalus, užtikrinant jų cirkuliaciją ir nuolatinę kaitą šaknies kanale (12, 15).

Chlorheksidinas

Chlorheksidinas (CHX) yra labai plačiai naudojamas odontologijoje dėl jo puikių antibakterinių savybių. CHX nėra citotoksiškas, tačiau jis nepasižymi proteolizinėmis savybėmis, todėl negali pakeisti NaOCl.

CHX geba prasiskverbti per mikroorganizmų ląstelių membranas, o didelės koncentracijos tirpalai sukelia intraląstelių komponentų koaguliaciją (16). Viena CHX populiarumo priežasčių yra ilgalaikis poveikis: chlorheksidinas jungiasi prie danties kietųjų audinių ir jo antimikrobinis aktyvumas išlieka ilgai. Kaip ir kitų irigacinių tirpalų, CHX antimikrobinis efektyvumas priklauso nuo pH ir smarkiai krenta, tirpalui kontaktuojant su organiniais audiniais (17). Nors CHX antibakteriniu efektyvumu neabejojama, būtina prisiminti, kad šis tirpalas neturi jokio poveikio organiniam šaknies kanalo turinio komponentui ir bioplėvelei (18–21). CHX nesukelia dentino erozijų, todėl 2 proc. CHX tirpalą rekomenduojama naudoti kaip galutinį irigacinį tirpalą baigus šaknies kanalo chemomechaninį paruošimą, kai gydomi nekrozinę pulpą turintys dantys (22).

CHX klinikinėje praktikoje dažniausiai yra naudojamas vandeninių tirpalų pavidalu, tačiau rinkoje pasirodė ir chlorheksidino geliai. Kai kurie moksliniai tyrimai rodo, kad CHX gelio antibakterinis



6 pav. Skirtingos koncentracijos ir gamintojų patentiniai EDTA tirpalai

efektyvumas yra didesnis nei tirpalo, tačiau priešastys nėra tiksliai žinomos (23).

Irigacinių tirpalų sąveika

NaOCl ir EDTA yra populiariausi irigaciniai tirpalai, kurie pasižymi skirtingomis savybėmis ir yra naudojami skirtingais tikslais. Dauguma gydytojų odontologų NaOCl ir EDTA dažniausiai naudoja kartu, pakaitomis maišydami juos viso chemomechaninio šaknies kanalo ruošimo metu. Tačiau būtina prisiminti, kad EDTA (taip pat ir CR) stipriai mažina chloro koncentraciją natrio hipochlorito tirpale ir taip sumažina pastarojo aktyvumą. Todėl šie tirpalai šaknies kanalo ruošimo metu neturėtų būti maišomi nuolatos (24). Pagrindinis irigacinis tirpalas vis dėlto turėtų būti NaOCl, kurį, baigus šaknies kanalo ruošimą, reiktų neutralizuoti pakankamu kiekiu EDTA.

Negalima maišyti ir CHX bei NaOCl tirpalų. CHX ir NaOCl netirpsta vienas kitame, todėl sumaišius šiuos tirpalus iškrenta rudos spalvos precipitatas, kurio spalvos intensyvumas priklauso nuo tirpalų procentinės koncentracijos (10 pav.). Precipitato spalva priklauso nuo jame esančios geležies (25). Be to, precipitate aptinkamas parachloranilinas, kuris yra mutageniškas ir kancerogeniškas (26, 27). Naudojant CHX po NaOCl, būtina pastarąjį tirpalą gerai išplauti iš šaknies kanalo steriliu distiliuotu vandeniu.

Sumaišius CHX ir EDTA iškrenta baltos spalvos precipitatas, todėl šių tirpalų taip pat nereikėtų maišyti (11 pav.). Be to, CHX labai mažina EDTA tirpalo efektyvumą šalinant lipnų sluoksnį.

Irigacinių tirpalų naudojimo seka

Irigacijos protokolas, gydančias, kurių pulpa gyvybinga, bei dantis, kurių pulpa yra nekrozinė ar yra viršūninis periodontitas, skiriasi. Esant gyviems pulpos audiniams, nebūtina skirti ypatingo dėmesio šaknies kanalo dezinfekcijai. Visiškai pakanka kokybiškai mechanškai paruošti šaknų kanalus ir irigacijai naudoti vien tik NaOCl ir EDTA, o natrio hipochlorito tirpalo procentinė koncentracija gali būti ne tokia didelė (12 pav.).

Jei gydomas dantis, turintis nekrozinę pulpą, viršūninį periodontitą, ar atliekamas endodontiškai gydyto danties pergydymas, būtina užtikrinti maksimalią šaknies kanalo dezinfekciją. Tam rekomenduojama naudoti didesnės procentinės koncentracijos NaOCl tirpalą, EDTA ir CHX (13 pav.).

Abiem atvejais, kai gydymas atliekamas per du ar daugiau apsilankymų, o tarp apsilankymų vienu ar kitu tikslu yra naudojama kalcio hidroksido pasta, jai pašalinant iš šaknies kanalo rekomenduojama naudoti citrinų rūgštį. Ji paprastai naudojama po endodontinės ertmės dezinfekavimo NaOCl tirpalu. ►►



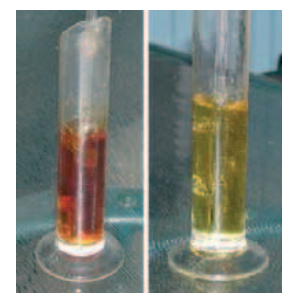
7 pav. Skirtingos koncentracijos ir gamintojų patentiniai CR tirpalai



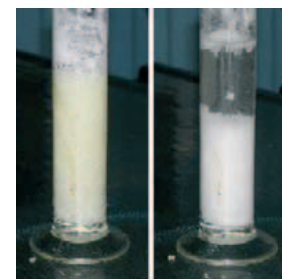
8 pav. Pastos EDTA pagrindu: RC-Prep ir File-Eze



9 pav. Chlorheksidino tirpalai, naudojami endodontijoje



10 pav. Skirtingo intensyvumo rudos spalvos precipitatas, susidarantis sumaišius NaOCl ir CHX tirpalus



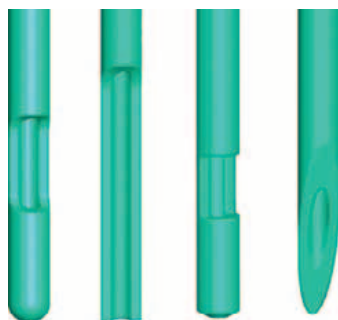
11 pav. Baltos spalvos precipitatas, susidarantis sumaišius EDTA ir CHX tirpalus



14 pav. Luer-Lok tipo plastikiniai irigaciniai švirkštai.



15 pav. NaviTip 31 dydžio lanksčios irigacinės adatos.



16 pav. Skirtingo dizaino irigacinės adatos

**Endodontinės
ertmės
dezinfekcija**

NaOCl 5,25 – 6 %

**Chemomechani-
nis ruošimas**

NaOCl 1 – 5,25 %

**Galutinis
praplovimas**

EDITA 17 %

12 pav. Irigacinių tirpalų naudojimo seka gyvybingą pulpą turinčių dantų endodontinio gydymo atveju

**Endodontinės
ertmės
dezinfekcija**

NaOCl 5,25 – 6 %

**Chemomechani-
nis ruošimas**

NaOCl 3 – 6 %

**Galutinis
praplovimas**

EDITA 17 %, H₂O,
CHX 2 %

13 pav. Irigacinių tirpalų naudojimo seka dantų, turinčių nekrozinę pulpą, viršūninį periodontitą, endodontinio gydymo arba endodontinio pergydymo atveju

◀ Irigacijos metodai ir naudojamos priemonės

Dantų šaknų kanalų irigacijos efektyvumas ir kokybė labai priklauso nuo irigacijos metodo ir priemonių, kurios naudojamos irigaciniams tirpalams įvesti į šaknies kanalą. Dažniausiai irigacijai naudojami įprastiniai irigaciniai švirkštai ir metalinės irigacinės adatos. Pastaraisiais metais labai pasikeitė šių adatų dydis, lankstumas, viršūnės dizainas, vis labiau populiarėja įvairūs įrenginiai, pagerinantys irigacinių tirpalų cirkuliaciją šaknų kanalų sistemoje.

Irigaciniai švirkštai

Šaknų kanalų irigacijai naudojami 1–20 ml plastikiniai švirkštai. Didesnės talpos švirkštai taupo gydytojo laiką, tačiau naudojant juos sunkiau yra kontroliuoti stūmoklio spaudimo jėgą irigacijos metu, o tai padidina irigacijos komplikacijų riziką. Todėl optimalus pasirinkimas šiandien yra 5 ml irigaciniai švirkštai (14 pav). Visi endodontologijoje naudojami švirkštai turėtų būti Luer-Lok dizaino – irigacinė adata turi būti užsukama ant švirkšto. Kadangi daugelio irigacinių tirpalų negalima maišyti tarpusavyje dėl vykstančių cheminių reakcijų tarp tirpalų, kiekvienam irigaciniui tirpalui būtina naudoti atskirą irigacinį švirkštą.

Irigacinės adatos

Daugelį metų šaknų kanalų irigacijai buvo naudojamos 25 dydžio irigacinės adatos. Vėliau pradėtos gaminti 27 dydžio, o pastaraisiais metais – 30 ir 31 dydžio adatos, kurios šiandien laikomos „aukso standartu“ endodontijoje (15 pav).

Plonos ir lanksčios adatos suteikia galimybę net ir lenktuose bei siauruose šaknų kanaluose išlaikyti pagrindinius reikalavimus, keliamus irigacijos procedū-

rai: irigacinė adata apie 2 mm turi nesiecti nustatyto šaknies kanalo darbinio ilgio, ji turi nestrigti šaknies kanale, ją nuolatos ir laisvai galima judinti aukštyn ir žemyn, pagerinant tirpalų judėjimą šaknies kanale.

Mokslinių tyrimų duomenimis, irigacinio tirpalo cirkuliacija šaknies kanale keli milimetrai už adatos viršūnės nėra pakankama, nes susidaro nejudančio skysčio zona arba oro tarpas, neleidžiantys irigaciniams tirpalams laisvai judėti šaknies viršūnės link. Kuo plonesnė irigacinė adata, tuo geriau galime išplauti šaknies kanalo viršūninį trečdalį, tačiau reikia nepamiršti apie galimas komplikacijas ir saugią irigaciją. Pastaraisiais metais labai pasikeitė irigacinių adatų viršūnės dizainas: pradėtos gaminti skirtingais kampais kirstos adatos, adatos, kurių anga atsiveria šoniniame paviršiuje, adatos su 2 angomis ir t. t. (16 pav.). Visi šie dizaino elementai leidžia ne tik padidinti irigacijos efektyvumą, bet ir saugumą.

Gutaperčios kaisčiai

Šaknies kanalo viršūninį trečdalį yra labai sunku kokybiškai išplauti dėl jame susidarančios nejudančios skysčio zonos ar oro tarpo, todėl irigacinio tirpalo cirkuliacijai pagerinti galima naudoti įvairias papildomas priemones. Tai nesunku padaryti moderniomis ir plonomis irigacinėmis adatomis. Neturint jų, paprasčiausias ir kiekvienam gydytojui prieinamas metodas – tai pagrindinių gutaperčios kaisčių naudojimas irigacijos metu, juos įvedant į šaknies kanalą visu darbinio ilgio ir ištraukiant. Šis veiksmas kartojamas keletą kartų. Tai pagerina ne tik irigacinio tirpalo cirkuliaciją šaknies kanale, ypač jo viršūniniame trečdalyje, bet ir jo kaitą: taip dėl sąveikos su šaknies kanalo turiniu inaktyvuotas irigacinis tirpalas, pavyzdžiui, NaOCl, yra pakeičiamas nauju (28, 29).

Reklama. Užs. Nr. 32.004

LISTERINE®
TOTAL CARE



LISTERINE® aprobuotas
Lietuvos Respublikos
Odontologų Rūmuose



**6 privalumai
vienne**

**Užtikrina gaivų kvapą
Stiprina dantų emalį
Naikina bakterijas
Sumažina apnašas**

**Išsaugo sveikas dantenas
Dantys išlieka natūraliai balti**

EndoActivator

EndoActivator (Dentsply Maillefer) – tai irigacijai pagerinti skirtas įrenginys, kurio plastikinis antgaliukas vibruoja šaknies kanale (iki 10 000 virpesių per min.) ir taip pagerina irigacinio tirpalo cirkuliaciją. *EndoActivator* turi 3 skirtingų dydžių antgaliukus, kurie lengvai uždedami ant garsinę vibraciją skleidžiančio antgalio (17 pav.).

Moksliniai tyrimai rodo, kad naudojant *EndoActivator* irigacijos metu pagerėja irigacinio tirpalo cirkuliacija, jo kaita, skvarba ir šaknies kanalas išvalomas geriau, nei atliekant įprastinę irigaciją adatomis, o irigacinio tirpalo prastūmimo už šaknies viršūnės rizika nepadidėja (30, 31).

EndoVac

EndoVac (Discus Dental) – tai nauja irigacijai skirta sistema, kurios veikimas yra paremtas neigiamo slėgio metodu. Irigacinis tirpalas į šaknies kanalą įvedamas ne irigacine adata, o juo užpildoma endodontinė ertmė, tada specialia adata, įvesta į šaknies kanalą visu darbinio ilgiu, tirpalas siurbiamas viršūninio šaknies kanalo trečdaliu link ir vėl grąžinamas į endodontinę ertmę (18 pav.). Mokslinių tyrimų duomenimis, naudojant *EndoVac* sistemą labai pagerėja šaknies kanalo viršūninio trečdaliu

irigacijos kokybė ir labai sumažėja galimų komplikacijų rizika (31–33).

Ultragarsas

Daugelis mokslinių tyrimų rodo, kad irigacinių tirpalų aktyvavimas ultragarsu užtikrina kokybiškesnį šaknies kanalo paruošimą nei taikoma įprastinė irigacija (34–37). Dėl kavitacijos efekto ir akustinio ultragarso energijos poveikio irigacijoms tirpalams, labai pagerėja tirpalo cirkuliacija, jo skvarbumas, pakyla temperatūra (38). Visa tai neabejotinai palengvina šaknies kanalo turinio pašalinimą iš šaknies kanalo, užtikrina kokybiškesnį šaknies kanalo cheminį mechaninį paruošimą (39). Ultragarsinis instrumentas, nesvarbu, kokio dizaino jis būtų, turi laisvai vibruoti šaknies kanale ir nesiliesti su šaknies kanalo sienele.

Daugelis mokslininkų mano, kad tik naudojant irigacinių tirpalų aktyvaciją ultragarsu galima kokybiškai išvalyti anastomozes tarp šaknų kanalų, sąsmaukas ar viršūninės deltos sritį (40–42). Saugiam tirpalų aktyvavimui yra rekomenduojama naudoti ultragarsinius antgaliukus lygiu ir neagresyviu paviršiumi (19 pav.), nes apvijus turinčius, *File* tipo antgaliukus yra sunkiau kontroliuoti, jais galima be reikalo pašalinti dalį šaknies sienelės dentino (20 pav.).

Dantų šaknų kanalų irigacija – tai viena svarbiausių endodontinio gydymo procedūrų, galinčių tiesiogiai sąlygoti endodontinio gydymo rezultatus. Gilios žinios apie irigacinių tirpalų sudėtį, savybes, jų veikimo mechanizmą ir naudojimo tikslų suvokimas yra būtini kiekvienam gydytojui odontologui, siekiančiam endodontinio gydymo metu atlikti efektyvią ir saugią irigacijos procedūrą. ●

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas



17 pav. *EndoActivator* įrenginys irigaciniams tirpalams aktyvuoti



18 pav. *EndoVac* sistema, veikianti neigiamo slėgio principu, užtikrina saugią irigaciją visame darbiname šaknies kanalo ilgyje. Irigacinis tirpalas specialia adata iš pulpos kameros yra siurbiamas šaknies kanalo viršūninio trečdaliu link ir vėl grąžinamas atgal



19 pav. *EndoSoft* ultragarsinis antgaliukas lygiu paviršiumi irigacinio tirpalo aktyvacijai



20 pav. *Irrisafe* ultragarsinis *File* tipo antgaliukas irigacinio tirpalo aktyvacijai

Reklama. Užs. Nr. 32.005

Jūsų paciento gyvenimo kokybė pagerės iš karto

MDI: minimali procedūra – maksimalus efektas

- Kliniškai išbandytas gydymo metodas – naudojama nuo 1997 metų, atlikta daugiau nei milijonas atvejų
- Minimali invazija – nereikia osetomijos ir kaulo augmentacijos, pakanka 4 mm pločio ir 10 mm aukščio kaulo
- Vienas seansas, betarpiškas apkrovimas, maža tikimybė pooperacinio diskomforto
- Ekonominis gydymo metodas – mažiausiai 3 kartus pigiau nei įprastiniai implantai



Išsamūs praktikiniai kursai teirautis tel. 8 698 48641

3M ESPE

www.odontologija.com/3m

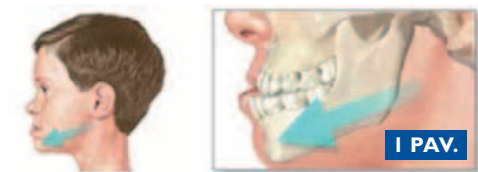
MDI
Mini Dentaliniai
implantai

KLINIKINĖ PATIRTIS

Mezialinio sąkandžio gydymo taktika mišraus sąkandžio periode

Ieva Laktionienė
VU MF Odontologijos institutas
Laura Linkevičienė
VUL Žalgirio klinika

Mezialinis sąkandis nėra labai plačiai paplitusi, bet labai pastebima ir ryški sąkandžio anomalija. Ją pastebi ir supranta ir pats pacientas, ir paciento tėveliai ar bendraamžiai. Pacientui mezialinis sąkandis sukelia diskomfortą dėl estetinių ir funkcinių priežasčių, o bendrosios praktikos gydytojui odontologui – abejonių, kada nukreipti pacientą sąkandį gydyti. Dėl šio sąkandžio gydymo kartais kyla nesusikalbėjimas tarp ortodonto ir paciento šeimos bei bendrosios praktikos gydytojų. Šio straipsnio tikslas pristatyti mezialinio sąkandžio ortodontinio gydymo taktiką mišraus sąkandžio periodu, naujus sąkandžio gydymo būdus ir paaiškinti argumentus, dėl kurių gydymas gali būti atidedamas, sustiprinti pacientą gydančių gydytojų tarpusavio pasitikėjimą ir bendradarbiavimą.



Ilgabtas veido profilis ir mezialinis sąkandis

Mezialiniam sąkandžiui būdinga įgaubtas veido profilis, vidurinio veido trečdalo trūkumas, išreikštas smakras, atsikišusi apatinė lūpa, atvirkščias viršutinių ir apatinių kaudžių perdengimas (1 pav.). Dantų lankų tarpusavio neatitikimas dažniausiai vis labiau ryškėja pacientui augant, todėl sąkandžio anomalija dažnesnė mišriame ir nuolatiniame sąkandyje nei pieniniame. Galutinė žandikaulių padėtis vertinama tik visiškai pasibaigus augimui.

Lietuvoje mezialinio sąkandžio paplitimas tarp moksleivių 2,2–2,6 proc., [1] tačiau tokį sąkandį turinčių ortodontinių pacientų dalis yra nemaža.

Mezialinio sąkandžio tipai

Mezialinis sąkandis skirstomas į tipus [4] pagal VŽ padėtį kitų veido struktūrų atžvilgiu. A tipas – VŽ padėtis normali, AŽ labiau pasislinkęs į priekinę padėtį (prognatinis AŽ) (2 pav.). B tipas – abu žandikauliai per daug pasislinkę į priekinę padėtį, tačiau AŽ



AŽ prognatija

atsikišęs į priekį labiau nei VŽ. C tipas – per mažas VŽ (retrognatinis VŽ), pasireiškiantis vidurinio veido trečdalo įgaubtumu, AŽ padėtis normali (3 pav).

AŽ priekinę padėtį taip pat lemia trumpesnis priekinio kaukolės pamato ilgis, mažesnis kaukolės pamato kampas, labiau į priekį pasislinkusi sąnarinė duobių padėtis.

Etiologija

Pastebėta nemažai atvejų, kuomet AŽ prognatija nustatoma keliems vienos giminės nariams, tai parodo, jog etiologijoje svarbi genetika. Genetikos įtaka įrodyta mokslininkų, nors pažymima, kad aplinkos veiksnių įtaka taip pat gali būti svarbi.

Mezialinis sąkandis būdingas ir kai kuriems sindromams, pvz.: achondroplazijai su vidurinio veido trečdalo trūkumu, išsivysčiusiu dėl kremzlinės nosies kapsulės vystymosi defekto; akromegalijai, kuomet hipofizės augimo hormono perteklius sukelia intensyvių AŽ sąnarinės kremzlės augimą.

Kol kas maža įrodymų, ar mezialinio sąkandžio išsivystymą lemia aplinkos veiksniai: įprotis laikyti žandikaulį priekinėje padėtyje ir kartu kvėpavimas per burną, žema priekinė liežuvio padėtis, padidėjusios tonzilės [7]. Priekinis kryžminis sąkandis, susiformuojantis AŽ slystant į priekį dėl priešlaikinių dantų kontaktų (pseudomezialinis sąkandis), gali paskatinti netaisyklingą AŽ augimo kryptį ir formą, todėl būtina ankstyva tokio sąkandžio korekcija.

Vaikams, turintiems įgimtą lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimą, dažnai nustatomas mezialinis sąkandis dėl retrognatinio VŽ, nes jo vystymąsi slopina pooperaciniai randai.

Mezialinis sąkandis dažniausiai išsivysto dėl genetinių (kelių genų) ir aplinkos veiksnių sąveikos, dėl to etiologija vadinama daugiakaktore [8].

Gydymo galimybės

Vienas sudėtingiausių darbų gydytojams ortodontams yra mezialinio sąkandžio gydymas mišriame sąkandyje, nes sudarant gydymo planą neįmanoma numatyti tolimesnio žandikaulių augimo. Be to, atlikus sąkandžio korekciją, dėl besitęsiančio žandikaulių augimo gydymo stabilumas neprognozuojamas.

Gydymo taktika pasirenkama pagal žandikaulių



VŽ retrognatija 3-ų metų amžiaus mergaitei [Proffit „Dentofacial Deformity“]

padėtį kitų veido struktūrų atžvilgiu, augimo pobūdį, kryptį, likusį augimo kiekį, šeimos narių sąkandžio būklę. Keičiant žandikaulių augimą, taikomi ortopediniai gydymo metodai, bet dėl jų naudojimo visiško susitarimo tarp ortodontų nėra.

Gydymo laiką nėra lengva parinkti, nes sudėtinga numatyti būsimą sąkandžio anomalijos dydį, ypač apatinio žandikaulio augimą. Esant nesudėtingai ar vidutinio sunkumo VŽ retrognatijai, gydymas pradedamas mišriame sąkandyje, tačiau jei žandikaulių neatitikimas yra ryškus, gydymas atidedamas iki žandikaulių augimo pabaigos. Riba tarp atvejų, kurie dar gali būti gydomi ortopediniais gydymo metodais ir kurie chirurginiais, nėra aiški.

Gydant mezialinį sąkandį, ankstyvas diagnostos nustatymas yra labai svarbus, nes tam tikri gydymo metodai, aptariamai šiame straipsnyje, taikomi tik augimo metu. Suaugusiam pacientui, priklausomai nuo sąkandžio sudėtingumo laipsnio, atliekamas arba pritaikomasis gydymas breketų sistema, dažnai šalinant kai kuriuos dantis, arba ortognatinę chirurgiją kartu su ortodontiniu paruošimu breketais.

AŽ augimo stabdymas

Esant intensyvesniam AŽ augimui, stebimas AŽ dydžio, formos, padėties nesuderinamumas su VŽ ar kaukolės baze. AŽ prognatija sudaro apie 20 proc. III klasės sąkandžio anomalijų [9, 14]. Jau apie šimtmetį AŽ prognatijai gydyti naudojamas smakro raištis (4 pav.). Remiantis teorija, jis, spaudamas smilkininį apatinio žandikaulio sąnarį, turėtų stabdyti sąnarių galvų augimą ar pakeisti jų augimo kryptį. Tačiau praktikoje intensyvesnio AŽ augimo ortodontinė korekcija yra ypač sudėtinga.

Dėl skirtingų tyrimų rezultatų tikslus smakro raiščio poveikis AŽ augimui nėra aiškus. Tačiau pritariama, kad gydant sąkandį AŽ pasisuka žemyn ir atgal – padidėja vertikalus veido apatinio trečdalo aukštis, o apatiniai kaudžiai palinksta liežuvio kryptimi dėl raiščio spaudimo lūpai ir dantims. Dėl to stebimas smakro postūmis atgal apie 1,7 mm [15–18]. Taip pagerėja tarpžandikaulinis bei dantų santykis, tačiau AŽ pasisukimas atgal ir žemyn tinkamas tik tiems pacientams, kurių vertikalus veido aukštis yra normalus ar žemesnis.

Tyrimų, įvertinančių ilgalaikius rezultatus po gydymo smakro raiščiu, atlikta labai mažai ir jie nurodo tik laikiną smakro raiščio poveikį, todėl dauguma pacientų, norėdami koreguoti per intensyvaus apatinio žandikaulio augimo sukeltą mezialinį sąkandį, neišvengia ortognatinės operacijos.

Stabilusis gydymas būtų tuomet, jei sąkandžio korekciją pavyktų pasiekti ne pasukant AŽ, o sustabdant AŽ augimą [22, 23]. Bet ar tai įmanoma? Bandymai su gyvūnais rodo, jog AŽ augimo stabdymas efektyvus, taikant stiprias jėgas 24 val. per parą [24]. Tačiau vaikams toks gydymas netinka tiek dėl stiprios jėgos, tiek dėl ilgos smakro raiščio nešiojimo trukmės.

AŽ prognatijos atvejais būdingas ne tik intensyvesnis AŽ augimas, bet ir ilgesnė augimo trukmė, dėl to stebimas AŽ paaugimas vėlyvoje paauglystėje ar net sulaukus 18–19 metų. Vadinas, net sėkmingai pakeitus AŽ augimą augimo spurto metu, gydymas turi būti tęsiamas ir vėliau, nes dėl vėlyvo augimo AŽ prognatija gali vėl išryškėti ir sėkmingas gydymas gali tapti chirurginiu atveju.

Taikant smakro raištį vaikams 2,6–5 metus statistiškai reikšmingai mažesnio AŽ augimo nenustatyta [15, 16, 18, 21, 25, 26]. Tačiau gydant smakro raiščiu dar ilgiau – apie 7 metus, nustatytas mažesnis AŽ šakos (2,2 mm) ir kūno (3,6 mm) augimas, gauta didesnė tarpžandikaulinio santykio korekcija, nei taikant trumpalaikį gydymą [23]. Vėliau šiems pacientams paskirtas smakro raiščio dėvėjimas miego metu. Tačiau, prieš parenkant tokį ilgalaikį gydymą, vertėtų pamąstyti, ar pavyks išsaugoti tėvų pasitikėjimą ir vaikų bendradarbiavimą tokį ilgą laiką, kai netgi gydytojai negali būti tikri dėl rezultatų pasibaigus augimui.

Šiandien dėl ribotų klinikinių indikacijų ir ilgalaikio efektyvumo stokos smakro raištis nėra dažnai skiriamas ortodontinei anomalijai koreguoti.

VŽ augimo skatinimas

VŽ nepakankamas augimas nustatomas apie pusę mezialinį sąkandį turinčių pacientų [9]. Jau apie 40 metų VŽ augimas skatinamas gydant veido kaukę. Tačiau dėl kai kurių jos trūkumų atsirado ir naujas gydymo metodas, siūlantis naudoti kaulinę atramą – mini plokšteles.

VŽ augimo skatinimas veido kauke

VŽ augimo skatinimo pradininkas buvo Delaire 1970 m. [27, 28], todėl ir veido kaukė dar vadinamas jo vardu. Delaire kaukė – tai individualiai pritaikomas išorinis veido aparatas, kuris specialiais elastikais jungiamas su ant dantų fiksuotu aparatu (greito plėtimo sraigto, gomurinių lankų, *quadhelix* aparatu) (5 pav.). Kad įvyktų sąkandžio korekcija, būtinas sąžiningas paciento bendradarbiavimas ir aparato ne-



Smakro raištis

šiojimas 12–16 val. per parą 9–12 mėnesių.

Dauguma tyrimų parodo, jog gydant veido kauke vidutinis VŽ poslinkis į priekį yra 2–3 mm [29–31]. Padidinti VŽ poslinkį bandoma atliekant greitą gomurio plėtimą prieš paskiriant nešioti veido kaukę [29, 32]. Manoma, kad tai suardo gomurio vidurio ir VŽ juosiančias siūles ir taip netiesiogiai palengvinamas VŽ tempimas.

Nešiojant veido kaukę, atoveiksmio jėgos spaudžia smakrą, dėl to AŽ pasisuka žemyn ir atgal. Tai sumažina smakro išreikštumą ir prisideda prie horizontalaus kandžių perdengimo korekcijos, tačiau sukelia nepageidaujamą apatinio veido trečdaliai aukščio padidėjimą [35]. Veido aukštis padidėja ir dėl gydymo metu vykstančio VŽ pasisukimo, kai galinė VŽ sritis juda žemyn.

Kadangi elastinis tempimas (300–500 g jėga pusei) tvirtinamas nuo veido kaukės iki ant dantų fiksuojamo aparato, gydant veido kaukę, galimi ne tik žandikaulių, bet ir nepageidaujami dantų pokyčiai: viršutinių kandžių palinkimas lūpine kryptimi, viršutinių krūminių dantų išilgėjimas, kuris sąlygoja vertikalaus aukščio padidėjimą, viršutinių krūminių dantų poslinkis medialine kryptimi, dėl ko sumažėja dantų lanko ilgis ir lieka mažiau vietos nuolatiniams dantims. Smakrui tenkantis spaudimas taip pat sukelia apatinių kandžių palinkimą liežuvio kryptimi [29–31].

Po gydymo veido kauke įvykusi horizontalaus kandžių perdengimo korekcija susideda iš šių pokyčių: VŽ poslinkio į priekį (31 proc.), AŽ poslinkio atgal (28 proc.), viršutinių kandžių palinkimo lūpine kryptimi (28 proc.), apatinių kandžių palinkimo liežuvio kryptimi (20 proc.) [36]. Gydymo metu rekomenduojama atlikti HKP ir krūminių dantų santykio hiperkorekciją, numatant tolimesnį žandikaulių augimą ir galimą rezultato atkrytį.

Efektyviausias VŽ augimo skatinimas veido kauke yra pieniniame ar ankstyvame mišriame sąkandyje [35, 37, 38]. Tačiau net 25–33 proc., pastebėtas atkrytis pasibaigus AŽ augimui, kadangi nuo gydymo iki augimo pabaigos praeina ilgas laiko tarpas [35, 39–41], o gydymo metu įvykę dantų pokyčiai linkę atsinaujinti.

VŽ tempimas, panaudojant skeletinę atramą – mini plokšteles

Daug dešimtmečių ortodontai bandė keisti žandikaulių augimą ir ortopedinėmis jėgomis veikti ne dantis, o pačius žandikaulius.

Pirmą kartą skeletinę atramą panaudojo Kokich ir kt. 1985 metais [46], VŽ tempimui veido kauke panaudodami dirbtinai ankižuotas pienines iltis, kurios atstojo natūralius implantus. Taip pat dauguma kitų tyrimų Singer ir kt. [48], Enacar ir kt. [49], Hong ir kt. [50], Kircelli ir Pektas [51], Kircelli ir kt. [52]) įrodė, jog laikinos skeletinės atramos panaudojimas atliekant VŽ protrakciją yra labai veiksmingas. Tačiau visi šie autoriai gydydami kartu naudojo ir veido kaukę.

Tik 2009 metais belgų ortodontas H. De Clerck su kolegomis pasiūlė gydymą mini plokštelėmis, fiksuotomis abiejose žandikauliuose, ir intraoraliniais elastikais [53] (6 pav.). Kitaip nei gydant veido kaukę, jėgos, tempiančios VŽ į priekį ir traukiančios AŽ atgal, veikia nuolat. Be to, tikėtinas geresnis paciento bendradarbiavimas, skiriant nešioti mažai pastebimas intraoralines elastines gumeles, o ne išorinį VŽ tempimo aparatą.

Šis gydymo metodas pacientams veiksmingai taikomas vėlyvame mišriame ar net ankstyvame nuolatiniame sąkandyje (vyresniems nei 10 metų pacientams). ▶▶



Atliekant VŽ retrognatijos gydymą veido kauke ankstyvame amžiuje, galima pasiekti didesnę skeletinę poveikį ir mažesnius dentoalveolinius pokyčius. a) prieš gydymą, 5 m. 2 mėn.; b) gydymo pradžia, 5 metai 2 mėn.; c) gydymo veido kauke pabaiga, 7 metai 10 mėn.; d) 11 metų 3 mėn. Ar reikės ortognatinės operacijos, priklauso nuo AŽ augimo kiekio augimo spurto metu [Proffit „Dentofacial deformity“]

« Mini plokštelės tvirtinamos atkėlus gleivinės-antkaulio lopą VŽ skruostinėje ataugoje kairėje ir dešinėje pusėse bei AŽ tarp ilties (turi būti išdygusios nuolatinės iltys, kad nebūtų pažeistos užuomazgos) ir šoninio kandžio kairėje bei dešinėje pusėse. Po 3 sav. paskiriamos elastinės gumelės, kurios nešiojamos 24 val. per parą ir keičiamos kiekvieną dieną. Esant priekiniam kryžminiam sąkandžiui, kartu nešiojama sąkandį kelianti plokštelė [53, 54, 56].

Tiriant šio gydymo metodo efektyvumą, nustatytas statistškai reikšmingas VŽ, abiejų skruostikaulių, viršutinių kandžių poslinkis į priekį, įrodantis, jog vidurinis veido trečdalis pasislenka tolygiai kaip vienetas. Vidutinis VŽ poslinkis į priekį yra 3,7 mm, viršutinių kandžių poslinkis – 4,27 mm [57]. Reikšmingo kandžių palinkimo lūpine kryptimi nenustatyta, kitaip nei gydant veido kaukę [33], [57]. Nustatyta, jog gydymas mini plokštelėmis 2,5–3 mm pastumia VŽ į priekį veiksmingiau nei gydymas veido kauke [58]. VŽ pasisukimas, kuris padidina vertikalų veido aukštį ir dažniausiai stebimas gydant veido kaukę, nevyksta [56].

AŽ ilgio pokyčiai išilginėje plokštumoje, gydant tiek veido kaukę, tiek mini plokštelėmis ir elastikais, nesiskiria, tačiau, kitaip nei gydant veido kaukę, AŽ pasisukimas nevyksta [54, 58]. Įvertinus erdvinis kompiuterinės tomografijos vaizdus nustatyta, kad apatinio žandikaulio pasislinkimas atgal įvyksta ne dėl žandikaulio pasisukimo, o dėl įvykusios remodeliacijos sąnarinėje duobėje ir sąnarinės galvutės – AŽ šakų (2,74 mm) ir sąnarių galvutė (2,07 mm) poslinkio atgal, kaulo apozicijos ant priekinės sąnarinės duobės sienelės (1,38 mm) ir galinės sąnarinės duobės sienelės rezorbcijos (–1,34 mm) [54, 59]. Apatinių kandžių padėtis, kitaip nei gydant veido kaukę, koreguojasi lūpine kryptimi. Manoma, kad pakoregavus priekinį kryžminį sąkandį, apatiniai kandžiai palinksta į lūpos pusę dėl liežuvio spaudimo [56].

Taigi, mezialiniam sąkandžiui gydyti naudojant laikiną skeletinę atramą (mini plokšteles), gaunami didesni žandikaulių padėties pokyčiai ir mažesni nepageidaujami dantų pokyčiai (7 pav.). VŽ ir AŽ tarpusavio neatitikimas sumažėja vidutiniškai 5,7 mm [56]. Gydymo pradžios atidėjimas iki vėlesnio amžiaus turi privalumų, nes laikotarpis nuo gydymo pabaigos iki augimo pabaigos trumpesnis, todėl atkryčio galimybė taip pat mažesnė, nei gydymą pradėjus anksti. Kadangi galimas tolimesnis žandikaulių augimas, rekomenduojama tęsti gydymą iki žandikaulių santykio hiperkorekcijos.

Lyginant minėtus mezialinio sąkandžio gydymo būdus – veido kaukę ir gydymą su mini plokštelėmis – tampa aišku, kad nors veido kaukę reikia nešioti mažiau valandų per parą, tačiau jos išorinis naudojimas ir nepatrauklus vaizdas gąsdina daugumą pacientų, todėl nukenčia paciento bendradarbiavimas. Daugumai pacientų priimtinesni intraoraliniai elastikai. Vis dėlto siūlant gydymą mini plokštelėmis ir elastikais svarbu paaiškinti, jog bus atliekamos 2 chirurginės operacijos: 4 mini plokštelėms pritvirtinti, o vėliau joms pašalinti [60]. Beje, šios mini plokštelės po žandikaulių santykio korekcijos gali būti naudojamos tolimesniam ortodontinio gydymo etapui, pvz.: viršutinių krūminių dantų distalizacijai, suformuoti vietos dygstančioms nuolatinėms iltims, atviram sąkandžiui gydyti intruduojant krūminių dantis, apatinių krūminių dantų distalizacijai.

Ankstyvo ortodontinio gydymo kontraindikacijos

Ankstyvo mezialinio sąkandžio gydymo tikslas yra suformuoti palankias sąlygas tolimesniam taisyklinam žandikaulių vystymuisi, pagerinti kramtymo

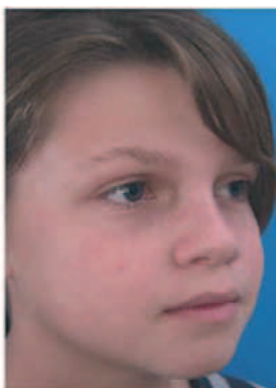
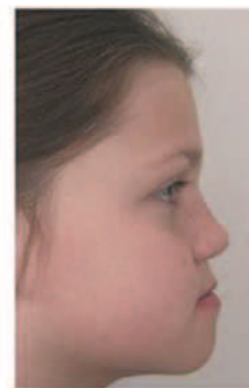
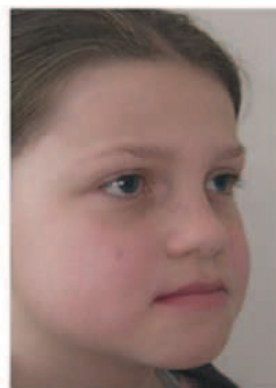
funkciją, palengvinti vėlyvesnį ortodontinį gydymą breketų sistema, sumažinti ortognatinės žandikaulių operacijos galimybę, pagerinti veido estetiką ir socialinę vaiko raidą.

Priklausomai nuo sąkandžio anomalijos dydžio ankstyvas ortodontinis gydymas skiriamas ne visiems pacientams. Turpin [61] išskyrė pacientus, kuriems galima prognozuoti nesėkmingą ankstyvą ortodontinį gydymą. Ankstyvam gydymui nepalankūs požymiai yra didelio laipsnio žandikaulių nesuderinamumas, šeimos narių, turinčių mezialinį sąkandį, buvimas, paciento negalėjimas sukąsti kandžiais kraštą į kraštą, asimetrinis AŽ augimas, padidėjęs apatinio veido trečdalis aukštis, pasibaigęs augimas, prastas paciento bendradarbiavimas. Pacientams, kuriems būdingi ankstyvam ortodontiniam gydymui nepalankūs požymiai, gydymas gali būti atidedamas iki augimo pabaigos. Tokiais atvejais tėvai informuojami apie ortognatinės žandikaulių operacijos galimybę pasibaigus augimui. Beje, chirurginio gydymo gali prireikti ir po sėkmingo ankstyvo ortodontinio gydymo dėl vėlyvo žandikaulių augimo, pakeičiančio gydymo rezultatus. ●

Literatūros sąrašas redakcijai žinomas



6 pav. a) ir b) Mezialinio sąkandžio gydymas mini plokštelėmis ir elastikais [De Clerck H. ir kt., 2012]



7 pav. Efektyvus gydymas mini plokštelėmis ir elastikais: a) prieš gydymą; b) po gydymo [De Clerck HJ ir kt., 2009]

KLINIKINĖ PATIRTIS



Retinuoti iltiniai dantys: etiologiniai veiksniai, diagnostika, gydymo metodai, komplikacijos

Tėsinys. Straipsnio pradžia „Odontologų rūmų žinios“
2012 m. gruodis, Nr. 4 (30)

Rokas Kuprys

LSMU MA, Veido ir žandikaulių chirurgijos klinika

Naudojant šią metodiką, yra atidengiamas klinikinis danties vainikas ir gydytojas ortodontas gali matyti dantį. Tuomet parenkami dygimo jėgos vektoriai, sumažinantys pažeidimo pavojų šoniniam kandžiui. Taikant šį gydymo būdą, padidėja keratinizuotų dantenų plotis. Langelio formos lopo trūkumas yra chirurginės technikos sudėtingumas. Be to, galima dantenų recesija. Esant 2 ir 3 klasės retencijai, ortodontinės priemonės galima pradėti taikyti praėjus kelioms dienoms po chirurginio audinių pašalinimo.

Taikant chirurginį audinių pašalinimą ir ortodontinių priemonių sukeltą tempimą, gali pasireikšti keletas komplikacijų – šaknų rezorbcija, periodonto defektai, bloga estetika ir retinuoto danties nejudėjimas. Kai retinuota iltis liečiasi prie kandžių šaknų, galima rezorbcija [33].

Nors yra tikėtinos aplinkinio periodonto komplikacijos po paskatinto retinuoto ilties dygimo, nėra aprašomas reikšmingas pokytis dėl dantenų kišenės gylis, recesijų atsiradimo ar keratinizuotų dantenų pločio [34].

Išskiriamos trys pagrindinės danties nejudrumą sukeliančios priežastys:

- likęs kaulinis audinys aplink retinuoto danties vainiką.
- netinkama ortodontinė technika.
- ankilozė.

Retinuotos viršutinio žandikaulio iltys reikalauja sudėtingo komandinio / tarpdisciplininio diagnostavimo ir gydymo. Siūloma klasifikacija suteikia galimybę pasirinkti chirurginę metodiką remiantis retinuoto danties vieta bei anatominiiais veiksniais (6 pav.) [33].

Gydymo metodai

Viršutinio žandikaulio nuolatinė iltis normalaus dygimo metu juda žemyn tarp šoninio kandžio distalinio ir pirmojo premoliaro mesialinio šaknų paviršių. Dygstanti nuolatinė iltis taip pat kontaktuoja su dar neiškritusia pienine iltimi. Kai stebimas viršutinio žandikaulio ilties didelis palinkimas mesialine kryptimi į vidurio liniją ar persidengimas su gretimų dantų šaknimis, įtariamas sutrikęs ilties dygimo kelias.

Yra keletas būdų, kaip galima gydyti gomuryje įstrigusias iltis. Kai nuolatinė iltis dygsta gomu-

Klasifikacija	Lokalizacija	Chirurginė metodika
I	Gomurys	Gingivektomija
II	Alveolės kitos centras / lūpinė padėtis	Audinių lopus grąžinamas į prieš tai buvusią padėtį
III	Lūpinė padėtis išilgai šoninio kandžio šaknies	Šaknies kryptimi pasuktas lopus

I pav. Siūloma klasifikacija suteikia galimybę pasirinkti chirurginę metodiką remiantis retinuoto danties vieta ir anatominiiais veiksniais.



Aspektai, lemiantys viršutinio žandikaulio retinuotos ilties gydymą

- gretimų dantų šaknų rezorbcija.
- netinkamas retinuotos ilties padėties diagnozavimas
- ankilozė, susidariusi po chirurginio ar ortodontinio gydymo [21].
- nosinio gomurio nervo *N. nasopalatine* jutimo sutrikdymas.

rio kryptimi, o pieninė iltis nėra iškritusi, tikslinga pieninį dantį šalinti [11]. Tai padeda normalizuoti nuolatinės ilties dygimą, ypač jeigu yra pakankamai vietos dantų lankė [2, 4].

Yra nustatyta, kad tam tikrais atvejais netaisyklingai dygstantis pieninės ilties pašalinimas gali sąlygoti nuolatinės ilties retenciją. Pacientai, kuriems atliekamas pieninės ilties šalinimas turėtų būti 10–13 metų amžiaus. Be to, geresni gydymo rezultatai stebimi, kai nėra dantų susigrūdimo. Jei praėjus 12 mėnesių po pieninės ilties pašalinimo rentgenologiškai nestebima ryškių nuolatinės ilties padėties pokyčių, svarstomi alternatyvūs gydymo metodai.

Chirurginis audinių atidengimas ir ortodontinis danties gydymas

Chirurginis gydymas taikomas tada, kai iltis yra nepalankioje padėtyje ar ortodontinis gydymas yra kontraindikuotinas. Retinuota iltis šalinama taikant vietinę nejautrą, gomuryje – dantenų lygyje – atliekama incizija, atkėlus gomurio gleivinės ir antkaulio lopa, grąžtu padaromas kaulinis langelis, kad pro jį tilptų didžiausia danties dalis [12]. Smulkiais grąžtais iltis padalinama į dalis (būtina saugoti gretimų dantų šaknis). Švelniais judesiais padalintos ilties dalys išjudinamos ir iškliamos. Pooperacinė žaizda susiuvama. Vėliau į ilties vietą gali būti atstumiamas pirmas prieškrūminis dantis, kuris pakeičia iltį [13].

Chirurginis ortodontinis gydymas

Po chirurginio audinių pašalinimo pacientas turi būti pasiruošęs nešioti neišimamus prietaisus, būtina gera burnos higiena. Ortodontinis gydymas taikomas tada, kada ilties forma yra tinkama. Gydomi naudojami pritvirtinami, neišimami prietaisai su auksinėmis, metalinėmis ar elastinėmis tempimo

grandinėmis [13], kurios yra pritvirtinamos prie vainiko paviršiaus.

Chirurgiškai atidengus pakankamo dydžio lankelį gomuryje (7 pav.), neišdygusios ilties vainikas yra nuvalomas, sutepamas rūgštimi ir padengiamas adhezyvu prieš klijuojant breketą. Gleivinė fiksuojama pavienėmis siūlėmis. Tik pašalinus siūlus gali būti taikomas ortodontinis tempimas [13]. Prie breketo pritvirtinama grandinė, kuri tempia dantį į tinkamą padėtį (8 pav.). Dažniausiai grandinėliui galai tvirtinami prie ortodontinės vielos, jungiančios breketų sistemą arba prie pavienių dantų (10 pav.). Šis gydymas sėkmingas tik tada, kai dantų lankė yra pakankamai vietos. Jeigu retinuotam dančiui trūksta vietos, taikomas gydymas breketų sistema. Ortodontinio gydymo metu sukuriamas pakankama vieta tarp viršutinio šoninio kandžio ir pirmojo molio distalinio paviršių. Būna tokių atvejų, kai ortodontinės priemonėmis nepavyksta grąžinti ilties į normalią padėtį, dažniausia to priežastis – danties ankilozė. Tokiu atveju reikia chirurginio gydymo [13].

Kai ilties padėtis yra netinkama breketui klijuoti gali būti atliekama ilties autotransplantacija [16]. Chirurginiu būdu sukuriamas dirbtinė alveolė, į kurią perkeliama iš gomurio išimta iltis. Ilties šalinimo iš gomurio procedūra atliekama išsaugant periodonto raiščius, kad būtų išvengta ankilozės. Dantis, turintis visiškai susiformavusią viršūnę, turi būti gydomas endodontiškai. Jeigu viršūnė nėra susiformavusi, galimas pulpos kraujotakos atsinaujinimas [14].

Pooperacinis skausmas

Dauguma retinuotų ilčių yra atidengiamos chirurginiu būdu, kad ortodontinis tempimas būtų lengvesnis. Yra taikomi du pagrindiniai chirurginio audinių pašalinimo metodai:

- tiesioginis metodas. Gomurio audinių, esančių virš retinuotos ilties pašalinimas.
- netiesioginis metodas. Tinkamo dydžio gomurio lopo pakėlimas, palengvinant vielinės ar auksinės grandinės pritvirtinimą prie ilties vainiko paviršiaus. Gomurio audinių lopus po ortodontinės grandinės pritvirtinimo grąžinamas į prieš tai buvusią padėtį.

Hunt [23] 1977 metais paskelbė, kad po tiesioginio audinių lopo pašalinimo, pacientai jautėsi prastai dėl blogos higienos ir nepatogumo burnoje. Be to, pooperacinis gijimas buvo ilgesnis ir daug lėtesnis, nei po netiesioginės audinių lopo operacijos [23]. ►►

« Pooperacinis skausmas yra panašus abiejų chirurginių operacijų metu, tačiau greitesnis gijimas ir skausmo sumažėjimas būdingas netiesioginio chirurginio gydymo metodui [24].

Lyties ir amžiaus įtaka

Retinuotos ilties paplitimas didesnis tarp moteriškosios lyties atstovų (vyrai : moterys = 1 : 3). Taip pat pastebėta, kad moteriškajai lyčiai būdinga ilgesnė gydymo trukmė [19]. Amžius turi didelę įtaką ortodontinio retinuotos ilties gydymo trukmei: beveik fiziologinėje padėtyje dantų lanke esančiai suaugusiųjų retinuotai ilčiai gydyti reikia tiek pat laiko kiek paaugliams, kurių retinuota iltis yra toliau nuo alveolinės kėtos [19].

Retinuotos ilties gomurinė padėtis dažnai susijusi su abipusiu ilčių neišdygimu. Be to, abipusė retinuotų ilčių retencija gomuryje lemia ilgesnį ortodontinį gydymą [20].

Komplikacijos

Siūlant gydymo planą visada būtina perspėti pacientą apie galimą nepasisekimą. Pagrindinė priežastis ta, kad su retinuotu dantimi yra susiję daugybė komplikuočių veiksnų. Normalaus danties dygimo metu jų nėra. Be to, sunku tiksliai nustatyti, kokioje padėtyje yra retinuotas dantis, ar arti jo šaknys yra prie gretimų dantų. Kliniškai beveik neįmanoma įvertinti retinuoto danties vainiko anomalijos, formos, spalvos, judėjimo ir patologijos. Taip pat sunku nustatyti, kokias ortodontines priemones pritaikyti, kad rotacija, vainiko palinkimas ar kitos netaisyklingos danties padėties būtų pašalintos. Gydymas dažniausiai būna ilgas ir skausmingas [21].

Gydymo nesėkmes lemiančius veiksnius apytiksliai galima suskirstyti į 3 grupes:

- nuo paciento priklausantys veiksniai: nenormali retinuoto danties padėtis, patologija, amžius, neįprasta danties padėtis, retinuoto danties ir/ar gretimų dantų šaknų rezorbcija bei tinkamos higienos nesilaikymas ir pan.
- nuo ortodonto priklausantys veiksniai: neteisingai nustatyta danties padėtis, pritaikomas netinkamas krypties jėgos, nepastebėta gretimų dantų šaknų rezorbcija, neveiksmingo ortodontinio aparato pritaikymas.
- nuo chirurgo priklausantys veiksniai: neteisingai nustatyta retinuoto danties padėtis, chirurgiškai pašalinti audiniai nuo netinkamos danties vietos, retinuoto danties pažeidimas, gretimų danties pažeidimas, minkštųjų audinių pažeidimas, chirurginis gydymas nesudarius ortodontinio gydymo plano [21, 22].

Yra daugybė aspektų ir smulkmenų, lemiančių viršutinio žandikaulio retinuotos ilties gydymą. Kiekviena atskirai ir visos kartu jos gali sukelti komplikacijų bei nesėkmių:

- gretimų dantų šaknų rezorbcija. Dažniausiai viršutinio žandikaulio retinuota iltis sukelia viršutinio šoninio ir/ar centrinio kandžio šaknų rezorbciją. Retinuota iltis gali sukelti kandžių šaknų rezorbciją ne tik dėl savo netaisyklingos padėties, bet ir netinkamai taikant ortodontinį gydymą, kai tempimo metu dėl vietos trūkumo sukeliamas šoninio kandžio šaknies rezorbcija [15].
- netinkamas retinuotos ilties padėties diagnozavimas sąlygoja tai, kad vėliau pritaikytas ortodontinis gydymas būna nesėkmingas.
- ankilozė, susidariusi po chirurginio ar ortodontinio gydymo [21].

4) nosinio gomurio nervo *N. nasopalatine* jutimo sutrikdymas yra reta komplikacija.

Viršutinio žandikaulio kandžių rezorbcija, sukelta retinuotos ilties buvimo neįprastoje vietoje, gali būti besimptomė, greitai ar su simptomais ir dideliu audinių pažeidimu. Rentgenologinis retinuotos viršutinio žandikaulio ilties dygimo kelio nustatymas 10 metų amžiaus ir jaunesniems vaikams yra neįformatyvus [25]. Negalėjimas užčiuopti viršutinio žandikaulio ilties ar čiuopiama netaisyklinga ilties padėtis vyresniems kaip 10 metų vaikams – ryškūs ilties dygimo sutrikdymo požymiai. Neįprastoje padėtyje esančios retinuotos viršutinio žandikaulio iltys 12,5 proc. atvejų sukelia rezorbcijos procesus. Retai kada kandžių rezorbcija pasirodo iki 10 metų amžiaus. Vaiko 10–11 metai pageidautini, norint pakeisti retinuotos viršutinio žandikaulio ilties padėtį [26].

Gretimų dantų rezorbcija dažniausiai pasireiškia, kai retinuotos ilties vainiko viršūnė pasisukusi medialiai į vidurio liniją panoraminėje ir periapikalinėje nuotraukose [26]. Tiriant retinuotos viršutinio žandikaulio retinuotos ilties padėtį kompiuterinės tomografijos metodu, buvo pastebėta, kad dažnesnė centrinio ir šoninio kandžių rezorbcija, nei tiriant kitais rentgeno būdais. Be to, gretimų dantų rezorbcijos klinikiniai simptomai pasireiškia apie 9 vaiko gyvenimo metus [27].

Išvados

Dažniausiai dantys neišdygsta dėl esamo dantų susigrūdimo ar kitų darinių trukdymo (fibrozinis audinys, išdygę papildomi dantys). Retai dantis negali išdygti dėl sutrikusio dygimo mechanizmo. Dažniausiai dantų susigrūdimą lemia genetika, ilgai trunkanti pieninių dantų retencija, traumos, vietos žandikaulyje trūkumas, dantų dygimo sekos sutrikimai.

Viršutinio žandikaulio nuolatinės ilties dygimas neįprastoje padėtyje yra dažna anomalija dantų dygimo metu. Kai stebimas viršutinio žandikaulio ilties didelis palinkimas mesialine kryptimi į vidurio liniją ar persidengimas su gretimų dantų šaknimis – įtariamas sutrikęs ilties dygimo kelias. 85 proc. visų viršutinio žandikaulio retinuotų ilčių dygsta į gomurio pusę, likusi dalis dygsta į lūpų pusę. Skiriamos trys teorijos, aiškinančios retinuotos viršutinio žandikaulio ilties etiologiją:

- genetinė teorija teigia, kad genetiniai veiksniai lemia, kokioje pozicijoje yra dantų užuomazga, kokia kryptimi dygsta dantis.
- kita teorija teigia, kad svarbią rolę turi antrojo viršutinio žandikaulio kandžio distalinis šaknies paviršius, kuris tarsi nukreipia iltį į dantų lanką. Kai šoninis kantis yra mažas arba jo nėra, dažnai viršutinio žandikaulio iltis neišdygsta.
- dantų susigrūdymas – pati dažniausia priežastis, nulemianti viršutinio žandikaulio retinuotos ilties padėtį skruostinėje pusėje [18].

Gydant retinuotas iltis pirmiausiai turi būti atliekami radiologiniai tyrimai (SLOB, kompiuterinė tomografija), kad gydytojas įvertintų retinuoto danties santykį su aplinkinėmis struktūromis, danties padėtį, nes neretai manoma, kad vienintelė gydymo išeitis – chirurginis retinuoto danties šalinimas.

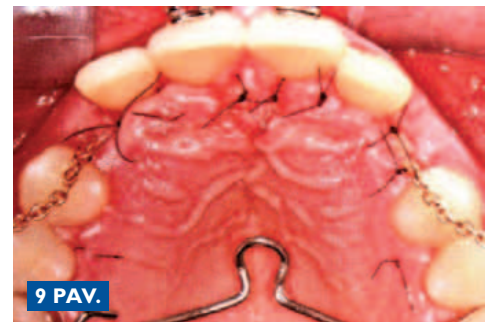
Parinkant gydymo metodą, svarbu atsižvelgti į paciento amžių, bendrą burnos būklę, dantų susigrūdimą, retinuoto danties sukeliamas komplikacijas. Neretai retinuotas dantis rimtų kompli-



7 PAV. Gomurio srityje pašalinta dalis kortikalinio kaulo; stebimos 13 ir 23 dantų vainikų viršūnės



8 PAV. Abiejų ilčių vainikų viršūnės yra tempiamos žemyn pritvirtintomis grandinėlėmis



9 PAV. Savaitė po chirurginės operacijos



10 PAV. Ilties autotransplantacija

kacijų nesukelia, o pacientai patenkinti savo dantų išvaizda. Jeigu stebima bloga burnos higiena, dantų susigrūdymas dantų lanke, ortodontinis retinuotos ilties gydymas kontraindikuotinas, nes gali sukelti tik dar didesnių problemų. Jeigu retinuota iltis sukelia šalia esančių dantų šaknų rezorbciją, taikomas chirurginis retinuotos ilties pašalinimas. Bet kartais iltis negali išdygti dėl netaisyklingos savo padėties ar vietos trūkumo dantų lanke, tada taikomas chirurginis ir ortodontinis gydymas, kurio metu ortodontinėmis grandinėlėmis retinuota iltis tempama į dantų lanką. ●

ARCOXIA®

PATVIRTINTA DAUGELIUI INDIKACIJŲ*

Pacientams, kenčiantiems skausmą, ir esant uždegimui, sąlygotam:*

osteoartrito

**reumatoidinio artrito,
odontologinės operacijos****

ūminio podagrinio artrito



60 mg



90 mg



120 mg*

VIENA TABLETĖ VIENĄ KARTĄ PER PARĄ

* ARCOXIA® 120 mg turi būti skiriama tik ūminio laikotarpio metu simptomams malšinti; vartoti ne ilgiau, kaip 8 dienas.†

** Vidutinio skausmo trumpalaikiam malšinimui; vartoti ne ilgiau, kaip 3 dienas.

Prie kiekvienos indikacijos nurodyta dozė yra didžiausia rekomenduojama paros dozė.

Skirti pacientui selektyvų COX-2 inhibitorių galima tik įvertinus bendrąją riziką asmeniškai pacientui.

Prieš skirdami preparatą, perskaitykite išsamią preparato charakteristikų santrauką

ARCOXIA 60 mg plėvele dengtos tabletės, ARCOXIA 90 mg plėvele dengtos tabletės, ARCOXIA 120 mg plėvele dengtos tabletės. Receptinis vaistinis preparatas. Vienoje tabletėje yra 60 mg, 90 mg arba 120 mg etorikoksibo. **Terapinės indikacijos.** Osteoartrito, reumatoidinio artrito, ankilozinio spondilito, skausmo bei uždegimo dėl ūminio podagrinio artrito simptomų gydymas ir odontologinės operacijos sukeltų vidutinio stiprumo skausmo trumpalaikis malšinimas. Skirti pacientui selektyvų COX-2 inhibitorių galima tik įvertinus bendrąją riziką asmeniškai pacientui. **Dozavimas ir vartojimo metodas.** Vartoti per burną, valgio metu arba nevalgius. Osteoartrito gydymui nevartoti didesnis kaip 60 mg dozės per parą. Reumatoidinio artrito ir ankilozinio spondilito gydymui vartoti 90 mg dozę vieną kartą per parą. Ūminio podagrinio artrito gydymui vartoti 120 mg dozę vieną kartą per parą tik ūminių simptomų laikotarpiu ne ilgiau kaip 8 paras. Skausmo po odontologinės operacijos malšinimui rekomenduojama dozė yra 90 mg vieną kartą per parą, galima vartoti ne ilgiau kaip 3 paras. Pacientams, kuriems yra lengvas kepenų nepakankamumas (*Child-Pugh* rodmuo 5–6), nepaisant indikacijos, nevirsyti 60 mg vieną kartą per parą dozės. Klinikinės patirties gydančių pacientus, kuriems yra vidutinio sunkumo kepenų funkcijos sutrikimas (*Child-Pugh* rodmuo 7–9), yra nedaug, todėl patariama būti atsargiems. Pacientams, kuriems yra sunkus kepenų nepakankamumas (*Child-Pugh* rodmuo ≥ 10) etorikoksibą skirti draudžiama. **Kontraindikacijos.** • Padidėjęs jautrumas veikliajai arba bet kuriai pagalbinei medžiagai. • Aktyvi peptinė opa arba aktyvus kraujavimas iš virškinimo trakto. • Pacientai, kuriems buvo bronchų spazmas, ūminis rinitas, nosies polipai, angioneurozinė edema, ilgėlinė arba alergijos tipo reakcija, pavojus acetilsalicilo rūgšties arba NVNU, įskaitant ir COX-2 (ciklooksigenazės-2) inhibitorius. • Nėštumas ir žindymas. • Sunkus kepenų veiklos sutrikimas (albumino koncentracija serume < 25 g/l arba *Child-Pugh* rodiklis ≥ 10). • Apskaičiuotasis inkstų kreatinino klirensas < 30 ml/min. • Vaikai ir paaugliai iki 16 metų. • Uždegiminė žarnų liga. • Stazinė širdies nepakankamumas (II–IV klasės pagal NYHA). • Arterinė hipertenzija sergantys pacientai, kuriems kraujospūdis nuolat didesnis kaip 140/90 mmHg ir nėra pakankamai kontroliuojamas. • Nustatyta išeminė širdies liga, periferinių arterijų liga ir (arba) smegenų kraujagyslių liga. **Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės.** • Selektivių COX-2 inhibitorių grupė gali būti susijusi su trombozinių reiškinių rizika (ypač miokardo infarkto (MI) ir insulto), palyginus su placebo ir kai kuriais NVNU. Kadangi didinant etorikoksibo dozę ir vartojimo trukmę gresia didesnė širdies ir kraujagyslių sutrikimų rizika, reikia vartoti vaistą kiek įmanoma trumpiau ir mažiausią veiksmingą paros dozę. • Pacientams, vartojantiems etorikoksibą, nepageidaujamas poveikis. Nepageidaujami reiškiniai pranešti pasireiškę per klinikinius tyrimus ŪA, RA, lėtinio nugaros skausmo ar ankilozinio spondilito sergantiems, gavusiems gydymą iki 12 savaičių, arba MEDAL Programos klinikinių tyrimų metu, arba vaistui patekus į rinką. Šie nepageidaujami reiškiniai pasireiškė $> 1\%$ etorikoksibo po 60 mg arba 90 mg gydytiems pacientams dažniau negu vartojusiems placebo: alveolinis osteitas, edema, skysčių susilaikymas, galvos svaigimas, galvos skausmas, širdies plakimas, hipertenzija, virškinimo trakto sutrikimai (pvz., pilvo skausmas, vidurių užkietėjimas, viduriavimas, dispepsija, diskomfortas epigastriniame regione, pykinimas, ekchimozė, astenija, nuovargis, gripa panašūs simptomai, padidėjęs ALT aktyvumas, padidėjęs AST aktyvumas. **Pakuotė ir jos turinys.** Pakuotėje yra 7 arba 14 tablečių. **Rinkodaros teisės turėtojas** – UAB „Merck Sharp & Dohme“, Kęstučio g. 59/27, LT-08124 Vilnius, Lietuva. **Teksto peržiūros data** – 2012 12 06.

1. Preparato charakteristikų santrauka.



MSD

UAB „Merck Sharp & Dohme“, Kęstučio g. 59 / 27, LT-08124 Vilnius
Tel. (5) 278 02 47, faks. (5) 275 36 46

LAISVALAIKIS



Žaidimas spalvomis

Gydytoja odontologė Daina Simutienė: „Tapyba – ir hobis, pomėgis, ir meditacijos išraiška“

Gegužės 17 d. Sveikatos apsaugos ministerijoje įvyko personalinė gydytojos odontologės Dainos Simutienės tapybos darbų paroda „Žaidimas spalvomis“. Ekspozicijoje pristatomi seniau sukurti ir naujai medikės kūriniai.

Parodos pristatymo metu sveikinimo žodžius sakė LR sveikatos apsaugos ministras Vytenis Povilas Andriukaitis, Vilniaus dailės akademijos prorektorius menui prof. Arvydas Šaltenis, menotyrininkė Kristina Stančienė, nuo 2007 m. paveikslų autorę tapybos mokiusi VDA Atvirosios dizaino, dailės ir architektūros mokyklos dėstytoja Rima Blažytė.

Pasak menotyrininkės K. Stančienės, D. Simutienės tapyboje ryškėja dvi stiprios ir nuolat persipinančios linijos: gamtos vaizdai ir simbolinio turinio kompozicijos. Tačiau gamtos kasdienybės įspūdžiai menininkei dažniausiai tampa parankia medžiaga keistoms, mistinėms istorijoms pasakoti, plika akimi nematamai prasmei atskleisti. Savąsias istorijas menininkė pasakoja ne tik siužetu ar originaliu komponavimu. Ji jautriai derina spalvas, kaskart pasirinkdama vis kitus koloritus – tai subtilią, niuansuotą, pilkšvą gamtą, tai drąsius raudonio, sodrios žalumos sąskambius ar aitrų violetinių, geltonų atspalvių šaižumą. D. Simutienės paveikslams būdingas kamerinis, moteriškai jautrus ir subtilus vaizdavimas, įtaigus vaizdo fragmentavimas, sukuriantis paslapties ir netikėtumo įspūdį.

Apie tapybą ir kūrybą kalbame su parodos autore gydytoja odontologe Daina Simutiene.

Kaip ir kada kilo mintis pradėti tapyti? Kas Jus paskatino imtis šio užsiėmimo?

Visi gyvename dviejuose pasauliuose: išoriniame ir vidiniame. Išorinis pasaulis priklauso visiems. Vidinis pasaulis yra tikroji vieta, kurioje gyvenu. Tai minčių, emocijų, jausmų, vaizdinių, svajonių pasaulis. Svarbus žmogus, vaikystėje formavęs vaizduotę, buvo Robertas Žukauskas, Druskininkų 3-osios vidurinės mokyklos dailės mokytojas. Kaip dabar prisimenu, su koku užsidegimu jis pasakodavo, kaip savo matomą pasaulį ir spalvas perkelti į piešimo lapą.

Kaip į Jūsų užsiėmimą reagavo artimieji, šeima?

Esu dėkinga savo vyrui, gydytojui chirurgui doc. Gintarui Simučui. Žinodamas mano slaptą vaikščią svajonę būti dailininke, vieną dieną nupirko dažų, drobę ir pasakė: „Piešk“.

Tapyba Jums yra hobis, pomėgis, meditacijos išraiška?

Viskas kartu. Žmogaus akys išmokytos tik žiūrėti į daiktus, esančius išoriniame pasaulyje, bet ne matyti. Matymas – tai energija, kuri atsiranda mano vidiniame pasaulyje meditacijos metu. Mus supantys žmonės – švytinčios būtybės. Iš jų sklindančios šviesios gijos vibruoja tam tikru dažniu ir pritraukia tai teigiamą, tai neigiamą energiją. Nuo jų priklauso mūsų jausmai. Jausmai – tai sielos spalvos. Jie tokie įspūdingi ir spalvingi. Paveiksluose perteikiu savo jausmus, o jausmai glaudžiai susiję su mintimis. Kaip mąstau, kur nukrypsta mano mintys, ten ir palinkstu. Žinau tik tiek, jeigu



Gydytoja odontologė Daina Simutienė



„Pasiklydusi erdvėje“ 2008 m. Drobė, aliejus

niekio nejauti, pasaulis tampa pilkas, bespalvis.

Iš kur semiatės įkvėpimo? Ar Jūsų paveiksluose vyrauja medicinos, odontologijos tematika, ar siekiate nuo jos atsiriboti?

Kelionių metu visada šalia turiu fotoaparatą, pieštuką ir angliukų. Gatvėse, metro stotelėse stengiuosi fiksuoti išskirtinius žmones. Kartais sapnuose gimsta paveikslų vizija. Esu gydytoja odontologė. Kiekvieną dieną susitinku su dešimtimis žmonių, turinčių įvairių problemų. Apimtas skausmo, baimės žmogus ateina pas gydytoją odontologą skleidamas negatyvią energiją. Nemanau, kad būtų gerai tapyti odontologine tematika. Paveiksluose atsirastų nerimas, kančia.

Gal turite mūžą, žmogų, kuris Jus įkvepia kurti?

Sakoma – mintis valdo pasaulį. Mintys materialios, jos linkusios įsikūnyti.

Ar kūryba ir medicina suderinami dalykai?

Liga – nukrypimas nuo normos, o norma būti sveikam. Rūpesčiai ir nerimas nualina žmogaus organizmą. Pasekmė – apatija, išsekimas. Menas turi

gydomąją galią, malšina stresą ir nerimą. Žmogus, kuris stabteli ir bent kelias minutes mėgaujasi gamta, muzika, menu būna laimingesnis ir sveikesnis. Mūsų gyvenimą gražų daro nuoširdus įsitraukimas į tai, ką darome, kuo tikime. Reikia mylėti, visame kame matyti grožį, gėrį, harmoniją.

Kuris paveikslas Jums asmeniškai yra mieliausias, brangiausias?

Paveikslas „Pasiklydusi erdvėje“ – tai gerumo, meilės, gėrio dvasia.

Gal planuojate paveikslų parodą surengti ir LR odontologų rūmuose?

Po vasaros atostogų gims naujų tapybos darbų. Manau, būtų šaunu surengti parodą ir LR odontologų rūmuose, bet dirbti ir tobulėti man dar tikrai reikia, ir niekuomet ne vėlu.

Rūmų viešųjų ryšių specialistė
Justina Steponavičiūtė