

Программа семинара

**Hürzeler
/Zuhr**

ЧЕТВЕРГ, 30 МАРТА 2017 ГОДА с 9.00 до 17.30

- 9.00 ПРИВЕТСТВИЕ
- 9.10 ЛЕКЦИЯ: «ИМПЛАНТАЦИЯ С ТЕЧЕНИЕМ ВРЕМЕНИ – ПЕРСОНАЛЬНАЯ РЕТРОСПЕКТИВА»
- 10.00 РАБОТА В ГРУППАХ: «РАБОТА В ГРУППЕ «ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ»
- 11.00 КОФЕ-БРЕЙК
- 11.30 ЛЕКЦИЯ: «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
- 13.00 ОБЕД
- 14.00 ЛЕКЦИЯ: «ЗАБОР СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА»
- 15.30 КОФЕ-БРЕЙК
- 16.00 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ И ВИДЕО-СЕССИЯ: «СВОБОДНЫЕ ДЕСНЕВЫЕ ТРАНСПЛАНТАТЫ В ОБЛАСТИ ИМПЛАНТАТОВ (В 2015 ГОДУ)»
- 17.00 ДИСКУССИЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ
- 17.30 ОКОНЧАНИЕ ПЕРВОГО ДНЯ ОБУЧЕНИЯ

ПЯТНИЦА, 31 МАРТА 2017 ГОДА с 9.30 до 17.30

- 9.30 ЛЕКЦИЯ: «НЕМЕДЛЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ – НАУЧНЫЕ ДАННЫЕ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ»
- 10.00 ЛЕКЦИЯ: «ОТСРОЧЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ ОГРАНИЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ НЕДОСТАТКИ»
- 11.00 КОФЕ-БРЕЙК
- 11.30 ЛЕКЦИЯ: «ТУННЕЛЬНЫЙ ЛОСКУТ В ОБЛАСТИ ИМПЛАНТАТОВ – ЧТО МЫ ЗНАЕМ ИЗ КУРСА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»
- 13.00 ОБЕД
- 14.00 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ И ВИДЕО-СЕССИЯ: «РАСКРЫТИЕ ИМПЛАНТАТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЗОНЕ»
- 15.30 КОФЕ-БРЕЙК
- 16.00 ЛЕКЦИЯ: «ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕССИЙ ПЕРИ-ИМПЛАНТАТНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»
- 17.00 ДИСКУССИЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ
- 17.30 ОКОНЧАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ

ЧТО ВАС ЖДЕТ?



Доктор Отто Цур пользуется заслуженной репутацией в мировом сообществе за свои достижения в таких сферах, как пародонтология, заболевания тканей вокруг имплантатов, эстетическая коррекция десны. Доктор Цур изучал стоматологию в Университете Аахена в Германии, а также в США. Он является специалистом в области пародонтологии, входит

в состав правления Немецкой Ассоциации Пародонтологов с 2007 года. В 2011 году совместно с профессором Хюрцлером был опубликован справочник «Пластическо-эстетическая пародонтология и имплантология», о котором коллеги от-

зываются, как о «без сомнения, одной из наиболее важных публикаций в области стоматологической хирургии за последние годы, которую следует иметь каждому пародонтологу и имплантологу»

ОБУЧЕНИЕ

Количество участников ограничено.

Пожалуйста, регистрируйтесь до 10.02.2017 года.

Стоимость: EUR 2250 (без учёта НДС) с участника, включает трансферы, синхронный перевод, проживание, образовательную программу, питание и напитки

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА

Стоматологическая клиника Хюрцелер/Цур,
Rosenkavalierplatz 18, 81925 Munich

www.huerzelerzuhr.com

ТОММЕН Медикал

отдел образовательных программ

thommenmedical@geosoft.ru

www.geosoft.ru www.thommenmedical.com

Тел.: + 7 495 663 22 11 (доб. 133)

Моб.: + 7 925 222 20 22

**ЛАЗЕРЫ
ТЕХНОЛОГИИ**
ЗНАТЬ. ВЛАДЕТЬ. РАБОТАТЬ.

ПЕРЕДОВЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ



AMD LASERS
EFFECTIVE. PRACTICAL. AFFORDABLE. WORLD CLASS LASERS.

**№1 Лазеры
в Мире**

**ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРОДАЖА, ОБУЧЕНИЕ,
КОНСУЛЬТАЦИИ И СЕРВИСНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

+7 (495) 363-89-10 +7 (495) 724-56-87

WWW.SCVTECH.RU INFO@SCVTECH.RU

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ

ООО «Лазеры и Технологии»

Устранение гемангиомы губы путем термоабляции диодным лазером с длиной волны 810 нм



■ Г.Б. Любомирский,

врач-стоматолог-терапевт, пародонтолог, стоматолог-хирург, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава РФ. Заведующий стоматологическим отделением БУЗ ГП №1 МЗ УР. Генеральный директор АНО дополнительного профессионального образования «Владимирский Центр Научно-Практической Стоматологии» (г. Владимир)

Резюме: Анализ литературных источников показал, что гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области, и, в частности с локализацией на верхней или нижней губе, являются актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии, вызывая неподдельный интерес учёных и врачей относительно этиопатогенеза и клинко-морфологических особенностей строения. В нашей статье представлены результаты проведенных клинических исследований по симптоматике гемангиомы с локализацией на нижней губе. Данная клиническая статья показывает возможность применения диодного лазера с длиной волны 810 нм, как эффективного инструмента для проведения операции и представляет этапы проведения данной процедуры. Результаты собственных исследований сопоставлены с соответствующими данными литературных источников.

Ключевые слова: гемангиома слизистой, гемангиома губы, диодный лазер, термоабляция, эстетика губы

ВВЕДЕНИЕ

Анализ литературных источников показал, что в структуре всех новообразований человека 29% составляют доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей лица и шеи. Особого внимания среди доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛЮ, несомненно, заслуживают гемангиомы, которые в 80% случаев локализуются именно на лице и голове.

В условиях современной стоматологии для лечения гемангиом имеется широкий арсенал методов хирургического и консервативного лечения. Для удаления гемангиом используют традиционные хирургические операции с применением скальпеля в процессе оперативно-

го вмешательства, криодеструкцию, введение склерозирующих агентов (70% спирт, тромбовар, этоксисклерол, фибро-вейн), диатермокоагуляцию, букки-терапию (ультрамягкие рентгеновские лучи), близкофокусную рентгенотерапию, СВЧ-гипертермию, системное и местное введение кортикостероидных гормонов и пропранолола. Большое количество предлагаемых выше представленных методов удаления гемангиом имеют веские недостатки в виде рисков образования рубцовых осложнений и связанных с ними функциональных и косметических дефектов, что в полной мере не позволяют говорить об эффективном достижении результатов лечения данной серьезной патологии.

Достижения и разработки авторских протоколов в области лазерной стоматологии открыли новые возможности в лечении сосудистых аномалий. Современные диодные лазеры могут генерировать свет определенной длины волны в узкой части спектра, который будет соответствовать линии поглощения ряда важных хромофоров (меланин, гемоглобин, вода). Кроме того, современные стоматологические диодные лазеры позволяют подбирать оптимальную мощность излучения и регулировать длительность импульсов.

На основе изучения механизмов воздействия лазерного излучения на разные виды биологической ткани в зависимости от длины волны, мощности излучения и продолжительности импульса нами была использована методика селективного фототермолиза. Основа данного метода заключается в том, что, подбирая соответствующую мощность и длительность импульса лазерного излучения, можно добиться полноценного теплового повреждения ткани-мишени, подлежащей лечебному воздействию, сводя к минимуму тепловое повреждение окружающей здоровой ткани.

Внедрение метода селективной термоабляции патологических сосудистых образований, локализующихся на красной кайме губ, привело на наш взгляд к революционным изменениям в лечении данной патологии.

В стоматологическое отделение БУЗ УР ГП №1 МЗ УР обратилась пациентка В. 45 лет, основные жалобы которой были направлены на эстетическую неудовлетворенность внешним видом нижней губы, на которой была слизистая гемангиома, и на рост этого образования.

Сбор анамнеза показал, что данная сосудистая опухоль появилась в возрасте 35 лет, но 6 месяцев назад стал наблюдаться выраженный рост образования, который доставляет пациенту болевые ощущения и дискомфорт при приеме пищи.

После проведения стандартного осмотра и консультации, пациент был направлен на УЗИ нижней губы (Рис. 1), чтобы оценить глубину поражения, произвести мониторинг объема сосудистой сети, а также выбрать тактику проведения операции и определиться с протоколом процедуры.

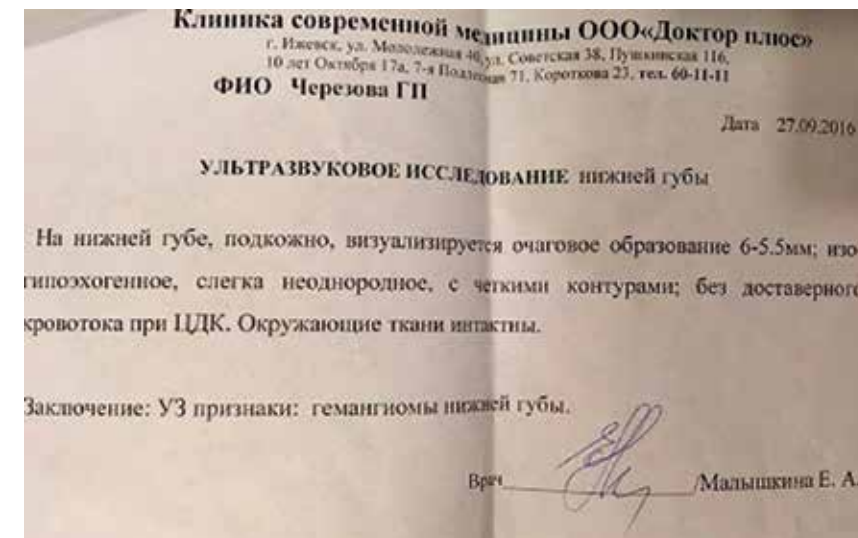


Рис.1. Результат ультразвукового исследования нижней губы

Анализ исходных данных повлек предложение произвести операцию термоабляции сосудистого новообразования диодным лазером Picasso (AMD Lasers (США)).

Рис. 2 – исходная клиническая ситуация. В центральной части красной каймы нижней губы плотное сосудистое новообразование с нечеткими границами, выступающее над поверхностью красной каймы. При пальпации новообразование контурируется на всем протяжении. Слизистая оболочка нижней губы с оральной стороны также изменена в цвете.



Рис.2. Исходная клиническая ситуация

Подготовка лазерного аппарата: на мощности 0,5 Вт, постоянного режима излучения (CW) произвели инициацию (на норму) сменного оптоволоконна диаметра 400мкм.

После проведения анестезии (инъекционный тип введения, инфильтрировали анестетиком под основание сосудистого новообразования) (Рис.3) была произведена маркировка контуров сосудистой гемангиомы контактно-лабильным способом. Мощность излучения 0,7 Вт, режим постоянный (CW). Маркировка новообразования проводится с целью полной визуализации сосудистой опухоли в процессе процедуры термоабляции, т.к. при работе с лазером сосуды спазмируются и контуры опухоли становятся смазанными, что в процессе может привести к повторному разрастанию гемангиомы. После маркировки на мощности 1,5 Вт, режим (CW), методика дистантная-лабиальная, производим денатурацию (визуальное равномерное побеление всей поверхности гемангиомы).

Добившись побеления поверхности сосудистой опухоли, производим однократный прокол перпендикулярно расположенным к поверхности гемангиомы оптоволоконном. Мощность излучения 1,3 Вт, режим (CW), иницированное на норму оптоволоконно диаметром 400 мкм. Опираясь на данные УЗИ по глубине новообразования, начинаем работать внутри сосудистой гемангиомы (на всем ее протяжении) через единственный, сделанный первоначально прокол, разворачивая оптоволоконно и равномерно выпаривая ткани на всей поверхности сосудистой опухоли (Рис.4). При возможном появлении кровотечения производим контактный гемостаз путем повышения мощности на 0,2 Вт от рабочего режима. В данном клиническом случае гемостаз проводили – 1,5 Вт, режим (CW).

После равномерной термоабляции мы нанесли на поверхность солкосерил дентальную адгезивную пасту. Пациенту дали рекомендации по домашнему уходу за раной и выписали нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) (Дексалгин® 25) на 3 дня.

Анализ результата операции на 3 сутки представлен на рисунке 5.

Пациенту в каждое посещение осуществлялась антисептическая обработка 3% перекисью водорода. С четвертого дня после операции назначен кератопластический препарат на весь период регенерации



Рис. 3. Маркировка рабочего поля



Рис.4. раневая поверхность после окончания процедуры термоабляции диодным лазером



Рис. 5. Раневая поверхность на 3 сутки после проведения лазерной термоабляции



Рис. 6. Раневая поверхность на 5 сутки после проведения лазерной термоабляции

ткани, до полной эпителизации. Нами были назначены компрессы «АЕКОЛА» 2 раза в день по 15–20 мин. Результат операции на 5 сутки представлен на рисунке 6.

На 5 сутки поверхность, на которой проводили манипуляцию термоабляции, безболезненная, без следов воспаления в оперируемой области. Визуально небольшая корочка на нижней губе. Вид нижней губы на 10 сутки после операции представлен на рисунке 7.

На 10 сутки границы послеоперационной поверхности четко визуализируются. Нижняя губа при пальпации мягкая, податливая, безболезненная. Признаки воспаления отсутствуют. Вид нижней губы на 15 сутки после операции представлен на рисунке 8.

На 15 сутки после проведения лазерной термоабляции диодным лазером признаки воспаления отсутствуют, поверхность ровная, без корочки. Дискомфорта и болевых ощущений пациент не ощущает. Нижняя губа физиологической окраски. Результат операции на 21 сутки представлен на рисунке 9.

На 21 сутки после проведения лазерной термоабляции диодным лазером с длиной волны 810 нм нижняя губа физиологической окраски, без патологических изменений, рубца не наблюдается. Послеоперационная динамика через 6 месяцев представлена на рисунке 10.

Через 6 месяцев после лазерной термоабляции диодным лазером Picasso (AMD Lasers (США)) с длиной волны 810 нм отрицательной динамики не наблюдается. Цвет и форма нижней губы не изменены.

Таким образом, использование диодного лазера с длиной волны 810 нм позволяет значительно улучшить эффективность лечения пациентов с сосудистой патологией наружной локализации. Возможность прицельного воздействия на патологический очаг без повреждения окружающей нормальной ткани открывает новые возможности в лечении сосудистой патологии кожи и слизистых оболочек с минимальным риском осложнений, создавая при этом хорошие эстетические результаты по сравнению с традиционными режущими инструментами.



Рис. 7. Раневая поверхность на 10 сутки после проведения лазерной термоабляции



Рис. 8. Раневая поверхность на 15 суток после проведения лазерной термоабляции



Рис. 9. Раневая поверхность на 21 сутки после проведения лазерной термоабляции



Рис. 10. Вид нижней губы через 6 месяцев после операции