

Зозуля І.С., Волосовець А.О., Волосовець Т.М., Дорошенко О.М., Тростяньський Я.В.

Особливості ураження трійчастого нерва при стоматологічних захворюваннях: надання невідкладної допомоги

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Резюме. Як правило, клінічною основою нейростоматологічних захворювань є ураження різних відділів нервової системи, які забезпечують іннервацію порожнини рота, обличчя. Основними нервами, ураження яких призводить до розвитку нейростоматологічних захворювань, є трійчастий, лицевий, проміжний, язикоглотковий, блукаючий і під'язичний. Серед них найчастіше уражається система трійчастого нерва. Причинами можуть бути одонтогенні захворювання, такі як патологічні процеси зубощелепної системи і неефективні або невірні методи їх лікування (травматичні складні видалення зубів, в тому числі наявність кісткових відламків, залишків корінців в лунці, пульпіти і періодонтити, явища гальванізації при використанні різних методів для пломбування і протезування зубів, погано виготовлені протези, гінгівіти і т.д.).

В лекції ми намагались висвітлити ураження системи трійчастого нерва при стоматологічних захворюваннях, надання невідкладної допомоги, лікування та реабілітацію.

Ключові слова: невралгія трійчастого нерва, стоматологічні захворювання, надання невідкладної допомоги.

Основними нервами, ураження яких призводить до розвитку нейростоматологічних захворювань, і навпаки, які можуть уражатися при ряді стоматологічних захворювань, є: трійчастий, блукаючий і під'язичний нерви.

Клінічною основою нейростоматологічних захворювань є ураження різних відділів нервової системи, що забезпечують іннервацію порожнини рота і обличчя. Слід також відмітити, що у більшості випадків уражається не якийсь участок, відділ черепних нервів, а ціла система черепних нервів. Так у формуванні клінічного симптомокомплексу ураження трійчастого нерва (невралгії) приймають участь не тільки його периферичні відділи, але й центральні – ядерний комплекс в стовбурі головного мозку, а також інші кірково-підкіркові структури. Все це дає право говорити про ураження не одного нерва, а про ураження всієї його системи. Під системою черепного нерва розуміють рецепторний і еферентний апарат, провідникові шляхи, ядра, підкіркові і кіркові утвори, вегетативні ганглії і волокна. Тобто всі анатомо-функціональні утвори, які приймають участь в діяльності, як рухових так і чутливих черепно-мозкових нервів. Формування того чи іншого синдрому

слід розцінювати, як результат ураження всієї системи черепного нерва.

Найбільш поширеною патологією в нейростоматології є захворювання і синдроми системи трійчастого нерва. Сьогодні виокремлюють 2 основні групи невралгії трійчастого нерва:

1. Невралгії трійчастого нерва переважно центрального генезу (домінування центрального компонента).
2. Невралгії трійчастого нерва переважно периферичного генезу (домінування периферичного компонента).

Невралгії трійчастого нерва переважно центрального генезу (НТНЦГ)

Вона характеризується нападами сильного короткочасного болю, який локалізується в області однієї або декількох гілок трійчастого нерва. Цей біль тягнеться долі секунд або хвилин. У міжнападний період болю немає. Під час болю різко виражені вегетативні розлади у вигляді гіперемії обличчя, слюзотечі, слинотечі. Буває рефлекторне скорочення мимічної і жувальної мускулатури.

Під час нападу хворий застигає в страждальній позі і боїться порухатись. Інколи хворі затримують

під час нападу дихання або підсилено дихають. Часто на шкірі обличчя, зубах, навколо рота і зони ясен з'являються ділянки подразнення, які називають тригерні або аллогенні зони.

Як правило при цій формі невралгії уражаються II і III гілки трійчастого нерва, I гілка уражається рідко. Біль при невралгії II і III гілки буває самого різного характеру. Частіше він жгучий, стріляючий, рвущий, «вдаряючий током». Інколи напади слідуєть один за другим, інколи з інтервалами.

У 30–35% хворих розвитку больового синдрому передують парестезії у вигляді мурашок, поколювання. Як правило це спостерігається в зубах, щелепах. Вони можуть турбувати від декількох днів до 1–1,5 років. Інколи хворих турбує відчуття «вироспих зубів», жару, зуду, гіпергідрозу. Ремісія може наступити після лікування або спонтанно. Частіше наведені невралгії бувають односторонніми, але можуть бути і двосторонніми. Двостороння невралгія трійчастого нерва частіше має хронічний перебіг (десятьками років). Як правило, больовий синдром проявляється з однієї сторони, а потім і з другої. Лише у рідкісних випадках вони починаються одночасно з 2-х сторін. Двостороннє ураження трійчастого нерва частіше буває у людей старшого віку (атеросклеротично-судинний фактор, алергічний), після перенесених інфекційних захворювань, неякісних зубних протезів.

Для двостороннього ураження трійчастого нерва ще характерно чередування нападів то з однієї, то з іншої сторони. Як правило, спонтанні ремісії при двосторонній невралгії виникають з однієї сторони. Двосторонні ремісії виникають тільки після курсу лікування. Тригерні зони зустрічаються, як при одно- так і двосторонньому ураженні трійчастого нерва. Як правило, в період ремісії тригерні зони зникають.

В клініці будуть спостерігатися болючість місць виходу II і III гілок трійчастого нерва. Проте залежності між появою болі у місцях виходу гілок і терміном захворювання немає. У більшості хворих спостерігається порушення чутливості в зоні уражених гілок трійчастого нерва у вигляді гіпестезії, анестезії і гіперестезії із зонами гіперпатії. Характер цих симптомів може змінюватися в залежності від больового синдрому, а також від методів лікування (деструктивні). Вегетативні порушення зустрічаються у всіх хворих із двосторонньою невралгією трійчастого нерва, але, як правило, в гострому періоді захворювання.

Невралгія трійчастого нерва з домінуванням периферичного генезу

Виникає в результаті дії патологічного процесу

на різних рівнях (ділянках) периферичного відділу трійчастого нерва. Причинами можуть бути запальні процеси в пазухах носа та зубощелепної системи, порушення прикусу, пухлини.

Ця форма невралгії відрізняється від невралгії центрального генезу:

1. Вони, як правило вторинні (травми, пухлини, захворювання щелепно-лицевої системи).

2. Нападом тригемінальної невралгії попередньо бувають довгі і тяжкі больові відчуття в зоні іннервації відповідних гілок трійчастого нерва.

3. Больовий синдром нападopodobно підсилюється (години, доба) і зменшується поступово.

4. Больові симптоми можуть виокремлюватися зоною іннервації нерва (гілки) – зубних сплетінь.

5. Периферичні невралгії важко піддаються лікуванню (блокадами), які мають тимчасовий ефект.

6. Клінічна картина може змінюватися від стану основного патологічного процесу.

7. Лікування малоефективне із-за включення в патологічний процес центральних відділів трійчастого нерва.

Основною формою (причиною) периферичних невралгій трійчастого нерва є одонтогенні невралгії: дентальна плексалгія, післягерпетична невралгія, невралгія при ураженні «півмісяцевого» вузла, травми безпосередньо окремих гілок, основного стовбура трійчастого нерва, травми обличчя.

Одонтогенні невралгії трійчастого нерва

Основними етіопатогенетичними факторами, які призводять до розвитку одонтогенної невралгії трійчастого нерва є патологічні процеси зубощелепної системи і неефективні або невірно застосовані лікувальні заходи.

Найбільш частими причинами є травматичні (складні) видалення зуба (зубів), в тому рахунку наявність кісткових відламків і залишків корінців в лунці, пульпіти і пародонтити; явища гальванізму при використанні різних методів для пломб і протезів; погано використані протези, які травмують слизову оболонку рота або порушують висоту прикусу; гангліоніт або інші захворювання парадонта; остеомієліт щелепи. Слід відмітити, що у деяких пацієнтів ці захворювання можуть поєднуватись.

Одонтогенні невралгії частіше проявляються болями в зоні іннервації II і III гілок трійчастого нерва з однієї сторони (або з обох сторін). При огляді звичайної неврологічної симптоматики можна не відмітити. Частіше це бувають болі у верхній або нижній щелепі, особливо при жуванні, її рухах (відкриванні і закриванні рота), пальпаторна біль в точках виходу II і III пар гілок трійчастого нерва,

порушення больової чутливості в зоні їх іннервації. Може бути термоасиметрія, зниження тону м'язів на стороні ураження.

Перебіг одонтогенних уражень трійчастого нерва відрізняється стійкістю і значною вираженістю як больового синдрому, так і вегетативних порушень. Больовий синдром може ще довго продовжуватися після ліквідації основного патологічного процесу.

Обстеження пацієнта з ураженням трійчастого нерва

Трійчастий нерв (V пара черепних нервів, N.Trigemīnus) складається із чутливої і рухової порцій (гілок) і здійснює чутливу і рухову функції. Дослідження цих функцій проводять окремо.

Під час збору анамнезу звертають увагу пацієнта на скарги, чи не відчуває він болу в області обличчя, відчуття повзання мурашок. Для виявлення болу пальпують точки виходу першої, другої і третьої гілок трійчастого нерва (над – і під оком, над підборідною артерією). Чутливість перевіряють шляхом поколювання в симетричних частках обличчя. Порівнюють інтенсивність відчуття в зонах іннервації трьох гілок трійчастого нерва. Для виявлення сегментарних порушень чутливості подразнюють різні зони Зельдера. При дослідженні рухової функції, звертають увагу на положення нижньої щелепи при відкриванні рота. З'ясовують, чи відчуває хворий утруднення при жуванні, чи немає ознак атрофії жувальних і скроневих м'язів.

Визначення нижньощелепного рефлекса

При незначно відкритому роті ударають молоточком по підборіддю зверху вниз на одній, а потім на іншій стороні. Цей рефлекс можна також викликати ударом молоточка по своїй нігтьовій фаланзі, яку слід прикласти до краю нижньої щелепи обстежуваного. У відповідь буде скорочення жувальних м'язів і щелепа підіймається вгору.

Корнеальний рефлекс

Хворому пропонують подивитись вгору і трішки в сторону. В цей час нанести подразнення рогівці або радужній оболонці полоскою тонкого паперу з нижне-зовнішньої сторони ока. В результаті цього подразнення буде стискання повік. Цей рефлекс буває позитивним у здорових людей і не виникає при ураженні трійчастого або лицевого нервів.

Кон'юнктивальний рефлекс

Цей рефлекс ідентичний корнеальному, тільки подразнення виконується до кон'юнктиви і викликає у здорових стискання повік.

При ураженні рухової функції трійчастого нерва виникає парез або параліч жувальних м'язів, гіпо-

тонія і атрофія їх, зміщення нижньої щелепи в сторону ураження при відкриванні рота. При цьому нижньощелепний рефлекс не викликається. Ці рухові розлади можуть поєднуватись з анестезією в зоні нижньощелепної гілки. Інколи виникає викривлений смак на 2/3 язика.

Невідкладна допомога при невралгії трійчастого нерва переважно центрального генеза

В гострому періоді хворим, як з одно- так і з двобічним ураженням трійчастого нерва проводиться неврологічне обстеження (фізикальне, МРТ головного мозку, УЗДГ і транскраніальна доплерографія, при необхідності ЕЕГ), стоматологічне обстеження для виключення причини захворювання.

Для знеболення застосовуються НПЗП у вигляді: кеторолаку трометамін по 30 мг/мл 3% розчин внутрішньом'язово або кеторолаку трометамін по 10 мг внутрішньо, диклофенак натрію 50 мг внутрішньом'язово. Їх добре поєднувати з антигістамінними препаратами (димедрол по 1 мл внутрішньовенно або внутрішньом'язово). Всі препарати, що використовуються для внутрішньовенних ін'єкцій вводяться на ізотонічному розчині натрію хлориду. Призначаються протівосудомні препарати (карбомазепін, тегретол). Карбомазепін призначають внутрішньо з початковою дозою 200 мг 1–2 р/добу, поступово збільшуючи дозу до 0,4 (2 табл.) 2–3 р/день. У разі появи ускладнень (нудота, блювота, головний біль, сонливість, атаксія, порушення акомодатції), дозу зменшують. Після зникнення больового синдрому дозу зменшують до 100–200 мг 1 р/добу. Для підсилення дії антиконвульсанта рекомендують антигістамінні препарати (димедрол 1% розчин, внутрішньом'язово).

Хворим з довгим перебігом захворювання і частими нападами призначають антиконвульсанти у двічі меншій дозі. Взагалі дозу призначають індивідуально, залежно від ефективності і зі зменшенням ускладнень.

Слід враховувати анамнез пацієнта (захворювання гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом, перенесені гострі порушення мозкового кровообігу, травми черепа) і рекомендувати продовжувати призначену терапію. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) слід застосовувати на фоні інгібіторів протонної помпи і не більше 5 днів підряд. Карбомазепін не можна призначати вагітним жінкам.

Хворим з невралгією трійчастого нерва центрального генеза на фоні антиконвульсантів призначають вітаміни групи В (В1, В6, В12), протинабрякову терапію (фуросемід, торасемід).

При зниженні ефекту від карбомазепіну або коли

карбамазепін протипоказаний, переназначають інші антиконвульсанти: габапентин, прегабалін). Деякі автори призначають в період ремісії (затухання болювого синдрому) ЛФК, легкий масаж обличчя, які краще починати зі здорової сторони при односторонньому ураженні.

Лікування хворих з двобічною невралгією трійчастого нерва, як правило починають в стаціонарних умовах протягом місяця (індивідуально). Проводять обстеження хворого невропатологом, стоматологом, оториноларингологом, терапевтом, нейрохірургом, хірургом.

Бувають хворі з невралгією трійчастого нерва (переважно центрального генезу), у яких всі застосовані способи лікування неефективні / мало ефективні. У цих випадках проводять оперативне лікування (невректомія) хірургами і нейрохірургами. Вводять в уражений нерв спирт з новокаїном для хімічної «перерізки» нерва. Проте ця методика себе не виправдала, так як дає ще більші ускладнення в результаті вторинного переродження (дегенеративних змін) ділянки нерва після введення ін'єкції, що викликає ятрогенну невропатію.

Існує методика бромспиртновокаїнової блокади, введення глюкокортикоїдів (дексаметазон, преднізолон) внутрішньовенно або внутрішньом'язово курсами.

Алкоголізація гілок обумовлює ремісію захворювання від місяців – до 1 року. Повторні алкоголізації призводять до рубцевих змін і до невралгії приєднується ще і неврит, що надто ускладнює подальше лікування. Є значні ускладнення і після нейрохірургічного лікування.

Невідкладна допомога при невралгії трійчастого нерва, переважно периферичного відділу, мало чим відрізняється від лікування з ураженням центрального компонента.

Слід враховувати, що больові відчуття частіше виражені в зоні окремих нервів (гілок), зубних сплетень або їх гілок. Новокаїнові і спиртоновокаїнові блокади призводять до короткострокового ефекту, лише на період дії лікарських середників, а в подальшому йде посилення болювого синдрому.

Більший ефект спостерігається при призначенні анальгетиків (НПЗП), кортикостероїдів, їх поєднання з антигістамінними та психотропними (діазепінами) препаратами. Препарати групи карбамазепіна, прегабаліна є мало ефективними.

Клінічна картина може змінюватися в залежності від стану основного патологічного процесу. Проте ліквідація причин тригіменального синдрому не завжди призводить до ліквідації невралгії. Так як якою б не була по своєму складу походження тригіменальна невралгія, на пізніх стадіях розвитку вона має

центральный компонент, який важко піддається корекції.

Серед невралгій трійчастого нерва з домінуванням периферичного компонента є: одонтогенні невралгії, дентальна плексалгія, післягерпетична невралгія і інші.

Системна дентальна плексалгія

Вона пов'язана з патологією зубних сплетень трійчастого нерва. Проявляється болем у верхній та нижній щелепі, причому у верхній щелепі зустрічається у 2 рази частіше ніж у нижній. Болі локалізуються в зоні ясен і зубів. У частини хворих виникають реперкурсивні болі і на здоровій стороні. Болі можуть посилюватися при емоційній напрузі і зменшуватись при прийомі їжі. При ураженні верхнього зубного сплетіння болі можуть іррадіювати по ходу II гілки трійчастого нерва і супроводжуватись вегетативними симптомами. Спостерігається болочість в місцях виходу II і III гілок. Відмічається температурна асиметрія в області проекції болювого синдрому зі зниженням чутливості.

Двухстороння дентальна плексалгія

Зустрічається переважно у жінок у віці після 40 років. Болювий синдром з'являється відразу з однієї сторони, а потім і з іншої протягом 1 року. Можливе і одночасне захворювання. Серед етіологічних факторів частіше бувають ускладненні видалення зубів мудрості, премолярів і молярів, остеомієліт лунок, пломбувальні матеріали в каналі через кореневі канали зубів, видалення великої кількості зубів протягом короткого часу. Змінюється трофіка слизової оболонки порожнини рота. Болювий синдром носить постійний характер. Видалення зубів на хворій стороні не викликає покращення, а у частини хворих після цього з'являються болі у сусідніх зубах, що пов'язано з подразненням альвеолярних гілок, що іннервують зуби.

У частини хворих з верхньою плексалгією виникає іррадіація болю в виличну, під-очну, скроневу, лобну області. В нічний час біль зменшується, інколи зникає. Стійке підвищення болювої чутливості в порожнині рота вказує на домінування периферичного компонента в патогенезі дентальної плексалгії.

Невідкладна допомога при одонтогенних невралгіях трійчастого нерва

Лікування розпочинають із анальгезуючих препаратів. В першу чергу призначають НПЗП, ненаркотичні анальгетики (ацетилсаліцилову кислоту 0,25 – 0,5 г 3 р/д, індометацин 0,25 мг 2 р/д). Анальгетики поєднуються з антигістамінними препаратами (димедрол, діазолін). Показані антидепресанти (амітріптілін 0,025 1–2 р/д, антиконвульсанти (карбамазепін, прегабалін, габапентин). При дуже вираженому болювому синдромі показано 0,25% розчин

2–3 мл дроперідола в поєднанні з фентанілом 0,005% розчин 2 мл, інколи розчин промедолу 2% 1 мл внутрішньом'язово.

Стоматологічна допомога

При виявленні патології пульпи, кратового або апікального парадонта, запальних захворювань щелепно-лицевої зони, невірно виготовлених протезів, новоутворень необхідно провести лікування за показами. Ліквідація етіологічного фактора одонтогенної невралгії трійчастого нерва ще не гарантує зняття (повністю) больового синдрому. При хронічній формі використовують глюкокортикостероїди у вигляді преднізолону по 20–40–60 мг/д зі зниженням дози по 5–10 мг/д в кінці курсу лікування, дексаметазон 4–8–16 мг внутрішньом'язово.

У відновний період застосовують фізіотерапевтичні процедури, лазеротерапію, рефлексотерапію, вітаміни групи В (В1, В6, В12), транквілізатори (дулоксин 30 мг 2 р/д).

Післягерпетична невралгія трійчастого нерва

Оперізуючий лишай є інфекційним захворюванням, яке викликається нейротропним фільтруючим вірусом. При оперізуючому лишайі уражаються різні відділи нервової системи, але в основному ганглії і чутливі корінці, а також оболонки головного мозку з явищами інфільтрації і геморагічним просочуванням.

Описані 4 форми ураження оперізуючим лишаєм:

1. Головні і лицеві болі дифузного характеру.
2. Невралгія трійчастого нерва в гострій стадії.
3. Ранні післягерпетичні невралгії (протягом 6 місяців).
4. Пізні післягерпетичні невралгії (від 6 місяців до 1 року).

Клінічна симптоматика проявляється гостро, без передвісників. З'являються головні болі, загальне нездужання, підвищення температури (субфебрилітет). Цей період не перевищує 2–3 днів. За цим з'являються пекучі болі в зонах іннервації I, II, III гілок трійчастого нерва. Болі мають неприємні

відчуття, часто з'являються набряки половини обличчя. Ще через 5–7 днів в зоні іннервації I, II, III гілок трійчастого нерва з'являються дрібні пухирці в зоні локалізації больового синдрому. Місця виходу гілок нерва болючі, дуже реагують на холод, тактильні і кінестетичні подразники. Інколи уражається слизова порожнина рота з висипаннями у вигляді дрібних пухирців, які збільшуються за 3–4 дні. Пухирці тримаються 1–2 тижні і підсихають, після них зберігаються темні п'ятна або рубці. При обстеженні з'являються гіперестезія, гіперпатія і гіпестезія на всій половині обличчя. Післягерпетичні невралгії зустрічаються в 16–20% всіх уражень нервової системи при оперізуючому лишайі. Частіше вони бувають у жінок і в похилому віці (50–70 років).

Післягерпетична невралгія може продовжуватись тижнями, місяцями і роками. Важливою прогностичною ознакою є порушення чутливості з гіпестезією. Біль виникає спонтанно, тягнеться годинами, періодично підсилюється. Тригерних точок не існує. Часто біль локалізується в зоні іннервації I гілочки трійчастого нерва. Болі можуть зменшуватись, а потім самовільно збільшуватись. Тим не менш, післягерпетична невралгія має виснажливий і довгий характер, особливо у людей похилого і старшого віку. У цих хворих біль інколи не купується навіть після хірургічних операцій.

Невідкладна допомога

В гострій стадії призначають противірусні препарати, інтерферони. При приєднанні бактеріальної флори призначають антибіотики. Одночасно показані анальгетики, антиконвульсанти. Часто прибігають до гормональної терапії (дексаметазон, преднізолон), десенсибілізуючі засоби. Інколи допомагає рентгенотерапія, голкорексотерапія, лазеротерапія.

Таким чином при стоматологічних захворюваннях часто спостерігається ураження гілок системи трійчастого нерва, який супроводжується різким болем, зтяжним перебігом і важко піддається лікуванню і реабілітації. Краще проводити профілактичні заходи, щоб не допускати до розвитку цієї грубої патології.

ПОСИЛАННЯ

1. Noguchi T, Shimamoto Y, Fukuda KI. Clinical characteristics of trigeminal neuralgia in a dental hospital. J Dent Anesth Pain Med. 2021 Oct;21(5):431–440. doi: 10.17245/jdamp.2021.21.5.431. Epub 2021 Oct 1. PMID: 34703892; PMCID: PMC8520837.
2. Zozulia I.S., Macheret O.L., Samosiuk I.Z. та spivavt. Praktychna nevrolohiia, «Zdorovia», – 1997, 210 s.
3. Zozulia I.S.. Zastosuvannia suchasnykh zneboliuvalnykh preparativ v umovakh nevidkladnykh staniv pry zakhvoriuvanniakh peryferychnoi nervovoi systemy // Konferentsiia z nahody 25-richchia Kyivskoho miskoho shpytaliu IVV 29–30 travnia 2008, – s. 116–117.
4. Zozulia I.S., Zozulia A.I.. Bil ta znebolennia // Materialy naukovooho sympoziumu «Suchasni problemy medytsyny nevidkladnykh staniv», – 21–22 travnia. K.: – 2009, s. 73–75.

Features of trigeminal nerve damage in dental practice: emergency care.

Zozulya I., Volosovets A., Volosovets T., Doroshenko O., Trostyansky Y.

Summary. Usually, the clinical basis of neurostomatological diseases is the lesion of various parts of the nervous system that provide innervation of the oral cavity and face. The main nerves whose damage leads to the development of neurostomatological diseases are the trigeminal, facial, intermediate, lingual, vagus and hyoid nerves. Among them, the trigeminal nerve system is most often affected. The causes can be odontogenic diseases such as pathological processes of the dentition and ineffective or incorrect methods of their treatment (traumatic complex tooth extraction, including the presence of bone fragments, root remnants in the socket, pulpitis and periodontitis, galvanisation phenomena when using various methods for filling and prosthetics, poorly made dentures, gingivitis, etc.)

In the lecture, we tried to highlight the lesions of the trigeminal nerve system in dental diseases, emergency care, treatment and rehabilitation.

Key words: trigeminal neuralgia, dental diseases, emergency care.

***Зозуля І.С.** – доктор медичних наук, професор, професор кафедри медицини невідкладних станів НУОЗ України імені П.Л. Шупика, Київ, вул. Дорогожицька, 9. Тел.: 067-211-2020.*

Email: ivanzozulia2015@gmail.com

***Волосовець А.О.** – доктор медичних наук, доцент, зав. кафедри медицини невідкладних станів НУОЗ України імені П.Л. Шупика, Київ, вул. Дорогожицька, 9. Тел.: 066-225-5825.*

Email: ntarо.emergency@gmail.com

***Волосовець Т.М.** – доктор медичних наук, професор, професор кафедри стоматології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, Київ, вул. Дорогожицька, 9. Тел.: 066-225-5825.*

Email: ntarо.emergency@gmail.com

***Дорошенко О.М.** – доктор медичних наук, професор, професор кафедри ортопедичної стоматології, цифрових технологій та імплантології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, Київ, вул. Дорогожицька, 9. Тел.: 066-225-5825.*

Email: ntarо.emergency@gmail.com

***Тростянський Я.В.** – студент Вроцлавського медичного університету, Польща. Тел.: 067-261-0771*

Стаття: надійшла до редакції 16.01.2024р. – прийнята до друку 06.02.2024 р.

Хлопці дуже на нас розраховують! Ми не маємо права їх підвести!

«Ортобаггі» – це спільний проект ортодонтів України з благодійним фондом АЛЕКС ВЕКТОР. Ортобаггі – машини зібрані на кошти ортодонтів та дилерів ортодонтичної продукції. Вагомий внесок зробила почесний президент АОУ М. Дрогомирецька – 70 тис. грн., та АОУ – 100 тис. грн.

Якщо Ви небайдужі до нашого проекту, долучайтеся до збору коштів та продовжуємо разом допомагати нашим бійцям на фронті – приєднуйтеся!

Перший Ортобаггі вже знищує ворога на передовій!



ОРТОБАГГІ



Найменування отримувача:
БО БФ АЛЕКС ВЕКТОР

Код отримувача:
44685718

Рахунок отримувача:
UA323052990000026006005023733

Назва банку:
АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Всі бажані будуть висвітлені в окремому списку, хто надіслав донати.
Скріни донатів надсилайте куратору проекту на Viber.
З повагою, куратор проекту допомоги ортодонтів ЗСУ
Суздальцев Олег 050 469 40 65



Ufi Gel® P

М'яка прокладка для перебазування протезів на основі А-силікону для будь-якої клінічної ситуації

- Система, яка заощадує час, для перебазування протезів у порожнині рота пацієнта всього за одне відвідування
- Нейтральний смак і запах
- Міцне з'єднання між прокладкою та протезом
- Чудова естетика завдяки адаптації кольору
- Гладка гідрофобна поверхня, що запобігає колонізації та розмноженню бактерій і грибків
- Просте очищення
- Довготривале збереження високого ступеня еластичності, витривалість на розрив, стійкість до абразії та стабільність розмірів
- Тривалий позитивний клінічний досвід

Офіційні дилери фірми «VOCO» в Україні:

Київ: «Вершина-Дент» вул. Волоська, 31-а; (044) 467-69-08 (відділ продажу); 467-69-05; 467-69-06 (загальний відділ); факс: (044) 467-69-07; e-mail: vershina.dent@gmail.com
«Оксія» (044) 559-1097; 204-1110; 592-00-63.

Увага! Компанія «Стаміл» змінила адресу: Київ, 02132, вул. Садова, 191, буд. 2 (ст. метро «Славутич»). Тел.: (044) 337-73-23; 337-73-43; 337-73-53.

Львів: «Усмішка Плюс» (032) 241-94-10; 240-17-51.

Харків: АТЗТ «Меридіан» (057) 717-96-26, (057) 714-90-91.

Запоріжжя: «Дентал депо Запоріжжя» (067) 624-06-36, (067) 612-42-45, (061) 270-08-88

