

А.В. Мухин, Е.А. Тё, Н.Д. Богомолова

Областная клиническая стоматологическая поликлиника,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

На основании анализа качественных показателей работы центра дентальной имплантации (ЦДИ) «Импладент» (г. Кемерово) установлено, что для успешной деятельности и развития ЦДИ необходимы четкая организационная структура, определенная схема функционирования имплантационной бригады, а также отработанная организационно-технологическая схема лечения пациентов с дефектами зубных рядов на дентальных имплантатах. Особое внимание в статье уделяется организации этапа диспансерного наблюдения имплантологических больных.

Ключевые слова: центр дентальной имплантации, диспансеризация в имплантологии, организационно-технологическая схема, имплантационная бригада.

A.V. Mulin, E.A. Tyo, N.D. Bogomolova

THE CLINICALLY-ORGANIZATIONAL ASPECTS OF DENTAL IMPLANTATION CENTER
ACTIVITY PERFECTION

On the basis of the analyses of Dental Implantation Center (DIC) qualitative work index it is determined that exact organizational structure, certain circuit of implantation team functioning and also perfected organizationally-technological circuit of treatment of patients with teeth defects using dental implantants are necessary for successful activity and development of DIC. In this article much attention is paid to organization of the stage of implantation patients clinical observation.

Key words: dental implantation center, clinic observation in implantology, organizational-technological circuit, implantation team.

Широкое применение метода зубной имплантации в повседневной стоматологической практике поднимает актуальную проблему совершенствования принципов организации имплантологической службы. Недооценка значения правильной организации стоматологической помощи при дентальной имплантации приводит к снижению уровня успешной оссеоинтеграции, что может дискредитировать метод, как среди населения, так и среди врачей-стоматологов [1].

В соответствии со сложностью оказания комплексной помощи с учетом последующего протезирования

должна регламентироваться четкая организационная структура лечебно-профилактического учреждения с соответствующим ресурсным обеспечением (кадровое, материально-техническое и т.д.) [2].

Одним из основных направлений совершенствования системы оказания медицинских услуг, способствующих повышению их качества, является развитая специализация медицинской помощи. Наиболее совершенной формой в иерархии организационных структур стоматологической службы являются специализированные центры, обеспечивающие комплексное оказание стоматологической помощи и преемственность при лечении пациентов с патологией любой тяжести [3].

Базой для организации центра стоматологической имплантации должны стать учреждения узкоспециализированной помощи — крупные муниципальные, городские, областные, республиканские стоматологические поликлиники, стоматологические центры, как бюджетные, так и коммерческие.

Корреспонденцию адресовать:

Мухин Александр Васильевич,
650099, г. Кемерово, ул. 50 лет Октября, 18,
Областная клиническая
стоматологическая поликлиника.
Тел.: 8(3842)58-17-10 (раб.); 8-909-510-56-28 (сот.).

В задачи центра дентальной имплантации (ЦДИ) входят организация и проведение консультативно-диагностической, специализированной имплантологической помощи пациентам с различными формами адентии, в том числе с применением методов «тканевой инженерии» и выполнением сложных видов протезирования полости рта. Кроме того, ЦДИ должен являться методическим центром по внедрению в практическое здравоохранение новых методов и видов дентальной имплантации и, возможно, базой последипломного обучения специалистов.

С 1992 г. в городе Кемерово, на базе Областной клинической стоматологической поликлиники, функционирует центр дентальной имплантации «Импладент», который основал и долгие годы возглавлял профессор Ф.Т. Темерханов. За время деятельности Центра было выполнено около 3,5 тыс. оперативных вмешательств, установлено более 12 тыс. дентальных имплантатов, 1900 пациентов были протезированы с использованием искусственных внутрикостных опор.

Изначально научно-исследовательская деятельность сотрудников центра была направлена на оптимизацию процессов оссеоинтеграции. Разрабатывались и внедрялись в практику новые виды имплантатов, изменялись их форма, дизайн, поверхностные характеристики, тип покрытия. За период работы Центра получено 3 патента на изобретение новых видов внутрикостных эндопротезов, защищены 7 кандидатских и 1 докторская диссертационные работы.

С момента открытия клиники в практике применялись никелид-титановые имплантаты разных типов конструкций, разработанных и изготовленных совместно с Научно-исследовательским институтом медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при Медико-инженерном центре г. Томска: цилиндрические имплантаты с наружной и внутренней пористой частью, пластиночные, в том числе с памятью формы, цилиндрические с пористой шейкой. В последующем в практику центра были внедрены винтовые и пластиночные имплантаты фирм «КОН-МЕТ», «Семадос», «Т.В.Р.». Уровень успешного лечения для всех видов установленных имплантатов на сегодняшний день составляет 97,2 %. Внедрение новых технологий, методов тканевой инженерии позволяет расширить показания к проведению дентальной имплантации и, тем самым, поднять уровень эффективности реабилитации пациентов с полной или частичной потерей зубов.

В 80-е годы имплантаты вживлялись в зависимости от объема сохранившейся кости. Сегодня же имплантаты используются все чаще с точки зрения оптимального протезирования с учетом существую-

щих эстетических особенностей, при этом выполняется принцип «restoration driven implant placement» (имплантирование, исходя из потребностей протезирования), а не так называемое «bone driven implant placement» (имплантирование с учетом наличия кости) (Garber и Belser, 1995). В практике Центра активно применяются следующие технологии по реконструкции челюстных костей: закрытый и открытый синус-лифтинг, в т.ч. с использованием пьезохирургического костного скальпеля; метод расщепления альвеолярного гребня; методика уплотнения костного участка с помощью бонеконденсоров; метод направленной регенерации кости с применением нерезорбируемых мембран, в т.ч. с одномоментной дентальной имплантацией; латеральная и вертикальная аугментация альвеолярных отростков с помощью костных аутотрансплантатов, взятых с ветви или подбородочного отдела нижней челюсти.

Столь длительный срок функционирования Центра показал, что для его успешной деятельности и развития, повышения уровня конкурентоспособности требуются четко определенная структура и организационно-технологическая схема функционирования, высокий уровень оснащения материально-технической базы и укомплектованности высоко квалифицированными кадрами [4].

Организационно-технологическая схема лечения больных с дефектами зубных рядов на основе использования дентальных имплантатов, внедренная в практику Центра, состоит из следующих этапов:

1. Консультативный прием первично обратившихся пациентов. Соответственно показаниям и противопоказаниям к стоматологической имплантации производится отбор пациентов. Хирургом-стоматологом совместно с ортопедом анализируются данные ортопантомографии и составляется план лечения. При этом пациенту должны быть обязательно предложены альтернативные методы протезирования полости рта. После получения информированного согласия оформляются медико-правовые документы.
2. Заполнение медицинской и юридической документации: анкеты о состоянии здоровья пациента; договор на проведение лечения, в котором оговариваются права и обязанности обеих сторон, фиксируется согласие пациента на план операций, план ортопедического лечения и добровольное информированное согласие.
3. Предоперационная подготовка, заключающаяся в санации полости рта, изготовлении по показаниям диагностических моделей и хирургического шаблона, временное протезирование.

Сведения об авторах:

Мухин Александр Васильевич, врач-стоматолог, зав. отделением Областной клинической стоматологической поликлиники, г. Кемерово, Россия.

Тё Елена Александровна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний КемГМА, г. Кемерово, Россия.

Богомолова Наталья Дмитриевна, доктор мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения КемГМА, г. Кемерово, Россия.

4. Хирургический этап:

- а) премедикация — схемы премедикации в зависимости от поставленных задач могут включать разное число компонентов; все средства назначают перорально [5];
 - б) обезболивание — значительное влияние на повышение качества анестезиологического пособия во время вмешательств сыграло внедрение в практику высокоэффективных, малотоксичных карпульных анестетиков артикаинового ряда;
 - в) оперативное вмешательство — все операции проводятся по общепринятым методикам; учитываются технические особенности, возникающие в ходе операции, которые могут повлиять на развитие послеоперационных осложнений и результат имплантации;
 - г) наблюдение в послеоперационном периоде — пациент получает памятку с рекомендациями, которые необходимо соблюдать после хирургического вмешательства; во время послеоперационных осмотров рана обрабатывается антисептиками, снимаются швы, если таковые накладывались, и по показаниям назначается физиолечение.
5. Наблюдение пациента в допротезическом периоде. Частота осмотров зависит от степени сложности проводимого лечения. Но, как правило, ограничивается тремя визитами к хирургу-имплантологу: через месяц, три месяца (срок оссеоинтеграции на нижней челюсти) и шесть месяцев (срок оссеоинтеграции на верхней челюсти). При развитии осложнений в виде периимплантита пациенту проводится соответствующий курс лечения.
6. Этап допротезной подготовки заключается в анализе контрольных ортопантомограмм, в раскрытии погружных имплантатов, установке гингивоформирователей, в проведении по показаниям дополнительных оперативных вмешательств по коррекции мягких тканей полости рта и альвеолярных отростков челюстей.
7. Ортопедический этап, целью которого является изготовление зубного протеза, обеспечивающего: восстановление анатомической целостности зубных рядов и окклюзии; адекватное распределение нагрузки на окружающую имплантаты костную ткань; условия для физиологической регенерации кости; косметический эффект лечения [6].
8. Этап диспансерного наблюдения пациентов. Оценка эффективности или неэффективности какого-либо метода лечения, в т.ч. дентальной имплантации, должна исходить из анализа полноты выполнения задач, стоящих перед этим методом. С этой целью, равно как и для повышения эффективности стоматологической имплантации, требуется длительное динамическое наблюдение пациента с проведением необходимых лечебно-профилактических мероприятий, т.е. его диспансерное наблюдение.

Согласно исследованиям, проведенным Перовой М.Д. в течение 10 лет (1989-1999 гг.), установлено, что основным поводом для неудач в отдаленном периоде является использование в клинической практике нефункциональных зубных имплантатов и

отсутствие диспансерного наблюдения [7]. В научных источниках, статьях, монографиях много говорится о гигиенической фазе лечения в послеоперационном и постпротезном периодах [8, 9]. Этап же диспансеризации в имплантологии включает в себя более широкое понятие — комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение, раннее выявление постимплантационных осложнений и их лечение.

Основными принципами системы диспансеризации в имплантологии являются:

- плановость — установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий;
- комплексность — направление лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса (мукозита, периимплантита и т.д.), но и на общее оздоровление полости рта с привлечением стоматологов всех специальностей, а при необходимости врачей общего профиля (терапевтов, эндокринологов, ЛОР-врачей и т.д.);
- преемственность врачей и медицинского персонала в динамическом наблюдении пациента, а так же при проведении лечебно-профилактических процедур;
- выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий, при этом особое внимание уделяется тем лечебно-профилактическим мероприятиям, которые при данной клинической ситуации в полости рта являются решающими (гигиенический уход, хирургическая коррекция десны или мягких тканей, коррекция зубных протезов и т.д.);
- дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом анатомо-топографических и функциональных особенностей зубочелюстной системы, вида адентии, вида протезирования на дентальных имплантатах, уровня состояния гигиены полости рта.

Нами предложено разделить этап диспансеризации на два периода:

1. Дофункциональный — до момента включения имплантата в постоянную зубопротезную конструкцию.
2. Функциональный — период после нагружения имплантата, как опоры в постоянном протезе.

Диспансеризация в стоматологической имплантологии должна начинаться уже на хирургическом этапе. Для этого на пациента, которому установлены внутрикостные эндопротезы, заводится контрольная карта диспансерного наблюдения, в которой указываются дата операции, количество, вид имплантатов и место их установки, а так же даты контрольных вызовов и даты явки пациентов с кратким описанием выполненных ему лечебно-профилактических мероприятий. Кроме того, нами разработана «Памятка для пациента после операции стоматологической имплантации», в которой, наряду с другими сведениями, имеется план посещений врача.

Для адекватной оценки эффективности лечения на имплантатах все обследования должны проводиться в динамике через определенные промежутки вре-

мени. Периоды между осмотрами пациента зависят от типа установленных имплантатов:

1. Для пластиночных, непогружных имплантатов осмотр проводится через 14-30 дней; по истечении этого срока после установки данного вида внутрикостных опор уже возможно протезирование полости рта;
2. Для пластиночных погружных, винтовых и цилиндрических имплантатов:
 - а) первый осмотр проводится через месяц — срок, необходимый для полного заживления и восстановления тканей в области оперативного вмешательства; в этот период действия врача должны быть направлены на предотвращение возникновения воспалительных процессов в околоимплантатных тканях или осуществление своевременного радикального вмешательства при возникшей патологии перимплантатных тканевых структур;
 - б) второй осмотр назначается через 3 месяца после операции — срок, необходимый для оссеоинтеграции имплантатов на нижней челюсти;
 - в) третий осмотр проводится через 6 месяцев после операции — срок, необходимый для оссеоинтеграции имплантатов на верхней челюсти.

Во время диспансерных осмотров у пациента регистрируются жалобы и данные объективного исследования: уровень гигиены полости рта, устойчивость имплантатов, состояние тканей десневой манжетки, подвижность имплантатов. Степень подвижности объективно определяется с помощью аппарата «Periotest S». Особенно ценны данные показатели в конце дофункционального периода, т.к. по ним можно судить о степени оссеоинтеграции и прогнозе для имплантата.

Сведения, полученные при объективном исследовании пациента, заносятся в амбулаторную карту. Амбулаторные карты имплантологических больных хранятся в отдельной картотеке в регистратуре клиники.

В конце дофункционального периода диспансеризации пациенту проводится рентгенологическое исследование, являющееся исходным параметром в процессе динамического наблюдения за показателем убыли кости. Для анализа результата имплантации важен не только сам факт наличия либо отсутствия резорбции или атрофии костной ткани в области имплантата, но и скорость ее убыли [6, 10].

После изготовления окончательной имплантации начинается второй этап диспансеризации — функциональный, при этом врач-ортопед в карту диспансерного наблюдения вносит сведения о виде выполненного протезирования и конструкции протеза и передает ее в картотеку кабинета гигиены и профилактики.

Качество гигиены полости рта в процессе реабилитации пациентов с дентальной имплантацией в значительной мере определяет конечный результат лечения и длительность использования супраконструкции с опорой на имплантаты. Соответственно этому большая роль в постпротетическом периоде отводится гигиенисту, который, помимо профессиональной чистки зубов и ортопедических конструкций, проводит ремотивацию и реконструкцию пациентов по гигиене

полости рта. Первое наблюдение за гигиеническим состоянием протезов на имплантатах осуществляется через месяц после установки постоянной супраконструкции. Обычно профессиональная гигиена полости рта проводится с трехмесячным интервалом — период достаточный для контроля микробной биопленки. Далее, при хорошем уровне гигиены полости рта, сроки между профессиональными гигиеническими мероприятиями продлеваются до 6 месяцев. При проведении профессиональной гигиены рекомендуется использовать мягкие резиновые щетки, чашечки, абразивные пасты, пластмассовые приспособления, т.к. недопустимым является использование грубых металлических инструментов, а также обычных металлических скейлеров, применяемых для снятия отложений с естественных зубов [8, 9].

Для работы в перимплантатной борозде, а также в десневых карманах при развитии перимплантата мы применяем «Вектор»-терапию с использованием набора специальных насадок, так как ткани вокруг имплантата менее резистентны к вызываемым биопленкой воспалительным повреждениям, чем пародонт зуба. Благодаря гибкому пластиковому зонду удаляется абсорбированная биопленка даже на текстурированной поверхности имплантата, осуществляется тактильный контроль за ведением инструмента и мягкое очищение без ударов, при этом не повреждается ни чувствительный имплантат, ни хрупкая супраструктура, что в итоге обеспечивает эффективный контроль за инфекцией [11].

Во время диспансерных осмотров гигиенистом у пациента фиксируются традиционные индексы гигиены и индексы пародонтальных изменений, такие как глубина зондирования перимплантатной борозды, болезненность при перкуссии, бляшкообразование, возможные микробиологическая диагностика и исследование подвижности имплантатов. Как правило, за первый год диспансерного наблюдения в функциональном периоде показатели «Periotest S» уменьшаются на 1-2 значения, что говорит о достаточной оссеоинтеграции. При изменении показателей в сторону «плюсовых» значений возможна дестабилизация имплантата, ослабление штифта, перегрузка или инфекция.

Состояние костной ткани по данным рентгенографии оценивается только в динамике через определенные промежутки времени и в сравнении с исходной рентгенограммой, выполненной по завершению дофункционального этапа диспансерного наблюдения. Первое обследование целесообразно назначать через 1 год после протезирования. В течение этого периода времени должна завершиться перестройка всех структурных единиц прилегающей к имплантату кости. Дальнейшие обследования проводятся обычно через 2, 3, 5 и 10 лет. Выбор этих сроков обоснован не столько с точки зрения физиологии, сколько статистики и здравого смысла [6]. В карте диспансерного наблюдения пациента в соответствующей графе отмечаются даты проведенных рентгенологических исследований. Интерпретация рентгеновских данных должна сопоставляться с количественной оценкой подвижности имплантата.

В конце каждого года диспансерного наблюдения пациент осматривается всеми специалистами: хирургом-стоматологом, ортопедом, врачом-пародонтологом, гигиенистом, при необходимости санации зубов подключается терапевт-стоматолог.

Имплантология является чрезвычайно сложной и комплексной дисциплиной и требует привлечения врачей стоматологов различных специальностей. От их взаимодействия и совместных усилий в конечном итоге зависит результат проведенного лечения. Имплантология — это «игра» в команде (R. Mazur, 2006). Одним из основных требований к организации проведения стоматологической имплантации в лечебном учреждении является обеспечение принципа преемственности этапов помощи (Перова М.Д., 1998). Данный принцип может быть реализован за счет определенной схемы функционирования имплантационной бригады, с четким распределением функциональных обязанностей её членов (рис.).

Качество оказываемой стоматологической имплантации, безопасность услуги для пациентов и персонала определяются не только квалификацией врача и медицинской сестры, но и в немалой степени зависят от того, каким оборудованием оснащена клиника, имеется ли несколько видов имплантационных систем, имеются ли необходимые аппараты, достаточно ли инструментов, материалов и медикаментов [12].

Стоматология, в том числе дентальная имплантация, сегодня — это одна из самых технологичных специальностей в здравоохранении [13]. Оснащенность ЦДИ и квалификация медицинского персонала должны соответствовать тем технологиям, которые выполняются на данном уровне организации стоматологической имплантации.

Для правильной организации работы, с целью учета количественных и качественных показателей, проведения анализа и оценки деятельности необходим определенный набор учетных документов. Предлагаемая документация разработана на основе существующих медицинских форм, с учетом специфики стоматологической имплантации.

Рекомендуемые формы учетной документации: медицинская карта стоматологического больного фор-

ма № 043/у, с вкладным «Состояние имплантатов»; журнал консультативного имплантологического приема; журнал записи пациентов на операции; операционный журнал; журнал регистрации случаев отторжения имплантатов; журнал регистрации пациентов, протезированных на имплантатах; журнал клинико-экспертного контроля.

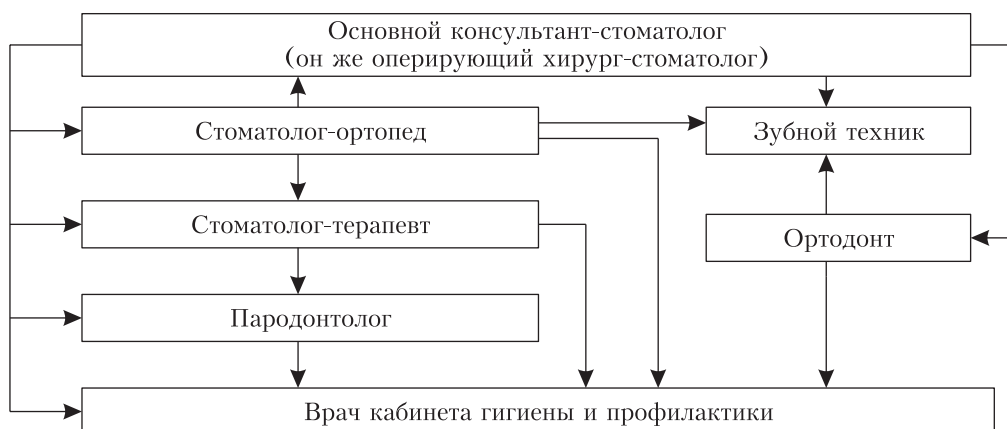
На основе данных выше перечисленных учетных форм составляется сводная ведомость о деятельности ЦДИ, определяются количественные показатели его работы и рассчитываются качественные показатели:

- оперативная активность — отношение числа оперированных пациентов к числу первично обратившихся;
- уровень успеха имплантации — отношение числа интегрированных имплантатов к числу установленных;
- показатель конечного результата имплантации — отношение числа протезированных пациентов к числу оперированных;
- удельный вес реконструктивных вмешательств — отношение числа операций, выполненных с применением «тканевой инженерии» к числу всех операций;
- удельный вес немедленной (в т.ч. временной) реставрации на имплантатах — отношение числа немедленно нагруженных имплантатов к числу всех установленных;
- объем протезирования на имплантатах в клинике — отношение числа пациентов, протезированных на имплантатах к числу всех протезированных;
- уровень несъемного протезирования на имплантатах — отношение числа лиц, протезированных несъемными конструкциями на имплантатах, к числу всех протезированных на имплантатах.

На основании количественных и качественных показателей работы составляется отчетная документация, характеризующая деятельность ЦДИ за определенный период времени.

Анализ деятельности Центра «Импламент» за 5 лет (2002-2007 гг.) показал высокую эффективность его деятельности. Активное внедрение в практику новых видов костно-пластических операций позволило зна-

Рисунок
Схема функционирования имплантационной бригады



чительно расширить показания к дентальной имплантации: на 15,6 % выросла оперативная активность, составив в 2007 году 94,3 %; удельный вес реконструктивных операций достиг 27,8 %. Применение винтовых имплантатов, отличающихся хорошей первичной фиксацией в кости, диспансерное наблюдение пациентов в допротетическом периоде с использованием современных технологий профилактики перимплантита («Вектор»-терапия, лазерные технологии, метод направленной регенерации костной ткани при уровне ее деструкции более 30 % длины имплантата), операции с реимплантацией позволили поднять уровень успеха имплантации до 98,5 %, а показатель конечного результата имплантации — до 96,8 %. При этом основная часть не протезированных пациентов приходилась на тех, которые отложили про-

тезирование по тем или иным причинам (отсутствие времени, финансовые трудности и др.) или обратились в другие стоматологические учреждения, работающие с этой же системой имплантатов. Имплантологическая направленность ортопедической службы за последние годы привела к изменениям показателей зубного протезирования в клинике: объем протезирования на имплантатах вырос на 23,4 %, а уровень несъемных конструкций на имплантатах — на 15,7 %.

Таким образом, четкая организация лечебно-диагностического процесса в имплантологии с момента обращения пациента в клинику и до завершения с последующим диспансерным наблюдением является обязательным условием для получения успешного результата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ольшевский, В.А. Организация имплантации в частной стоматологической клинике /В.А. Ольшевский //Труды VI Съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 11-14 сентября 2000 г.). — М., 2000. — С. 380-381.
2. Перова, М.Д. Некоторые организационные аспекты оказания помощи с применением метода зубной имплантации в амбулаторной практике /М.Д. Перова //Клиническая имплантология и стоматология. — 1998. — № 1. — С. 33-36.
3. Грудянов, А.И. Организация пародонтологической помощи в стоматологических учреждениях /А.И. Грудянов, В.И. Калинин, Л.Ю. Орехова //Труды VI Съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 11-14 сентября 2000 г.). — М., 2000. — С. 194-197.
4. Мухин, А.В. Опыт организации работы Областного Центра дентальной имплантации /А.В. Мухин, И.А. Тё, Г.И. Лахмотко //Материалы XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций и Труды X Съезда Стоматологической Ассоциации России (Москва, 2005 г.). — М., 2005. — С. 193-196.
5. Профилактика общесоматических осложнений и экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологической практике: Учебное пособие /под ред. И.А. Шугайлова. — М., 1998. — 122 с.
6. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология /В.Л. Параскевич //Основы теории и практики. — Минск, 2002. — 356 с.
7. Перова, М.Д. Основные акценты медицинской экспертизы и стандартизации внутрикостной дентальной имплантации /М.Д. Перова //Клиническая имплантология и стоматология. — 2000. — № 3-4. — С. 42-46.
8. Мусин, М.Н. Гигиена полости рта при протезировании с использованием имплантатов /М.Н. Мусин //Пародонтология. — 2000. — № 1. — С. 26-32.
9. Ширина, Д.Д. Роль гигиены полости рта в профилактике возникновения осложнений после операции имплантации /Д.Д. Ширина //Российский Вестник Дентальной Имплантологии. — 2005. — № 1/2(9/10). — С. 66-69.
10. Робустова, Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) /Т.Г. Робустова. — М.: Медицина, 2003. — 560 с.
11. Хан, Р. Пародонтальные аспекты Вектор-системы. Возможности использования аппарата Вектор /Р. Хан //Клиническая стоматология. — 2002. — № 1. — С. 64-67.
12. Перова, М.Д. К обсуждению проекта «Положение об оказании стоматологической помощи населению с использованием имплантатов» /М.Д. Перова //Клиническая имплантология и стоматология. — 2000. — № 1-2(11-12). — С. 33-37.
13. Григорьянц, Л.А. Требования к оснащению кабинета хирургической стоматологии в зависимости от разряда лечебно-профилактического учреждения /Л.А. Григорьянц, В.Д. Вагнер, И.В. Сумлинский //Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и Труды IX Съезда СтАР. — М., 2004. — С. 285-289.