

DENTAL

№1/2 (41/42) 2024 г.

Club

18+

ZUMAX

МАЛЕНЬКИЙ ГИГАНТ
БОЛЬШОЙ НАУКИ

А. Фролов, Н. Погосян

TMC & TSC

Д. Юдин

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД ПРИ
НЕОДОНТОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Р. Василиадис

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЛОЖНО
РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ



DENTAL Club

podcast

#1 4? 6? 8?

УРАВНЕНИЯ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОЛОГОВ СО МНОЖЕСТВОМ НЕИЗВЕСТНЫХ



Никаких разговоров о том, что не относится к профессии. Только экспертное мнение на заданную тему. Для тех, кто действительно хочет знать! Переходи по ссылке!

Н.СЕЛЛА — Генеральный спонсор

РЕКЛАМА

DENTAL Club

ЖУРНАЛ

Dental Club

№1/2 (41/42) 2024 г.

Информационное периодическое издание о стоматологии.

Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77- 57062 от 25.02.2014

Периодичность: 4 раза в год
Учредитель: ООО «Н.Селла»

Медицинский редактор:
Дмитрий Юдин

Медицинский эксперт:
Илья Фридман

Верстка:
Дмитрий Румянцев

Корректур:
Ирина Иванова

Фотограф:
Максим Денисов (#Dee Troy)

Обложка:
© Иван Рябоконт / Фотобанк Лори

Адрес редакции:
111033, Волочаевская улица,
д. 12а, стр. 1.
Тел. +7 (495) 783-33-10, dc@nsella.ru
По вопросам сотрудничества
и размещения рекламы:
тел. +7 (495) 771-75-39

Перепечатка статей возможна только с письменного разрешения редакции. За содержание авторских статей и рекламных материалов редакция журнала ответственности не несет. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Отпечатано:
ООО «ЕПресс»
Заказ № 1553
Подписано в печать: 17.05.2024 г.
Тираж: 7000 экз.
Свободная цена.
Для лиц старше 18 лет.

» СОДЕРЖАНИЕ

От редакции.....2

КОМПАНИЯ НОМЕРА

**ZUMAX: Маленький гигант
большой науки.....4**

ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА

МЕНТОРСТВО

А. Чеченов

**Ни секунды не жалел, что стал
хирургом-стоматологом.....16**

КЛИНИКА НОМЕРА

Высокие технологии

с человеческим лицом:

центр стоматологии

«Подмосковье».....26

ТРЕНДЫ

ОПЫТ И ПРАКТИКА

Р. Василиадис

**Восстановление сложно
разрушенных зубов.....34**

Д. Юдин

**Органосохраняющий подход
при неондонтогенных опухолях
челюстей.....48**

ОПЫТ И ПРАКТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А. Фролов, Н. Погосян

**ТМС & TSC на примере
клинического случая.....52**

И. Вьючнов

Клинический случай

применения метода

интраоперационной микроско-

пии в хирургическом лечении

периапикальных

гранул.....64

М. Муравьева

Работа с микроскопом при

миниинвазивном подходе

к лечению зубов.....72

Т. Ведерникова

Коронка на молочный зуб –

самый современный

и надежный способ

восстановления зубов.....78

С. Попов, И. Рябко

Идиопатическая костная

полость нижней челюсти.....82

Е. Платонов, М. Мискевич

ММС в первых молярах

нижней челюсти.....86

СТИЛЬ ЖИЗНИ

Вера в себя и немного удачи.

Студия Павла Самодурова.....90

УПРАВЛЕНИЕ КЛИНИКОЙ

В. Минасян

ДМС – игра в долгую.....98

Дорогие читатели!

Вы держите в руках новый номер журнала Dental Club. В этот раз, мы поговорим о том, о чем важно не только напоминать пациентам, но и не забывать врачам-стоматологам. Тема нашего номера – зубосохранение.

«Тренд на спасение зубов затрагивает каждое направление в современной стоматологии, – отмечает Дмитрий Юдин, медицинский редактор журнала Dental Club, к.м.н., челюстно-лицевой хирург, врач НМИЦ «Радиологии» (МНИОИ им. П. А. Герцена), научный сотрудник НМИЦО ФМБА России, ответственный секретарь секции «Онкоскрининг в стоматологии» СтАР, главный врач клиники ООО «Гетте и Юдин», депутат г. Москвы, основатель благотворительного проекта «ОДА». – Как известно, даже идеально установленный и протезированный дентальный имплантат полностью не может заменить собой ранее утраченный зуб, поэтому актуальность этой темы в последующие годы с развитием технологий, позволяющих оптимизировать работу врача, делать ее нагляднее, понятнее и доказательнее, будет сохраняться». Тренд зубосохраняющих действий сегодня объединяет врачей-стоматологов всех специальностей, и это наполняет работу каждого из нас новыми смыслами.

Вот и сегодня мы постарались объединить всех нас общей идеей и миссией: мы должны делать все, чтобы помочь нашим пациентам сберечь зубы, быть здоровыми и счастливыми.

Рекомендуем обратить внимание на целый ряд интересных материалов с описанием реальных кейсов, в которых врачи применяют зубосохраняющие действия.

Роман Василядис, главный врач центра эстетической стоматологии и реконструктивной хирургии DENTA-VIAS (г. Саратов), врач-консультант компании Dentsply Sirona по художественной реставрации зубов и эндодонтии, поднимает проблему практики восстановления сложно разрушенных зубов, отмечая, что это очень важный подход: собственный зуб всегда выигрывает у варианта имплантации с учетом его многочисленных возможностей адаптации.

Дмитрий Юдин, в свою очередь, делится опытом диагностики и лечения новообразований челюстей, который может стать руководством к действию врачей всех заинтересованных специальностей.

А кейс Ивана Вьючнова, основателя клиники EndoView, члена сообщества TDO, кандидата медицинских наук, затрагивает тему работы со сложными корневыми каналами: использование операционного микроскопа в сочетании с современной микрохирургической техникой повышает эффективность комплексного лечения пациентов с периапикальными гранулемами.

Этот номер знакомит вас и с интересными героями. Персона номера – Алим Чеченов, хирург-имплантолог, главный врач сети клиник «Альтернатива» в Нальчике, рассказывает о том, почему, когда ты занимаешься любимым делом, не бывает выгорания. Директор и собственник клиники «Подмосковье» Павел Бадуркин делится опытом, как превратить отстающую компанию в процветающую и успешную и почему в этой миссии так важна слаженная команда профессионалов. А компания ZUMAX Medical Co., Ltd, которая стала в Китае брендом-пионером в сфере производства медицинского и оптического оборудования, дает свое видение такого успеха: серьезному росту способствуют собственные научные исследования и разработки, вера в свой успех, богатый отраслевой опыт.

Поговорим и о том, как врачам-стоматологам и стоматологическим клиникам усилить эффективность своей работы. Вартан Минасян, главный врач и управляющий клиникой «Селладент», делится мыслями о преимуществах работы клиник по ДМС. А специалисты салона Павла Самодурова рассказывают, как уход врача-стоматолога за собой и своей внешностью не только повышает настрой, но и бережет здоровье и улучшает взаимодействие с пациентами.

Коллеги, желаем вам приятного и полезного чтения!

Биноккулярные лупы

zumax



- Неповторимая легкость
- Максимальный комфорт
SLT



- Широкий диапазон освещения
- Емкость аккумулятора - 4400 мАч
HL8000



- Беспроводное освещение
- Гибкие параметры настройки
SLH

Различные увеличения и рабочие дистанции в наличии



Компания «Н.Селла» - официальный эксклюзивный дистрибьютор продукции «биноккулярные лупы и осветители» на территории РФ



- Призматическое увеличение
- Универсальность
SLE



осветитель
HL8200



МАЛЕНЬКИЙ ГИГАНТ БОЛЬШОЙ НАУКИ

ZUMAX – бренд, о котором узнает весь мир

Десять лет назад компания ZUMAX Medical Co., Ltd, была признана в Китае брендом-пионером в сфере производства медицинского и оптического оборудования. ZUMAX разрабатывает инновационное медицинское оптическое оборудование, которое сегодня является подспорьем для стоматологов не только Китая, но и Японии и Европы, применяется и в других сферах медицины. ZUMAX обладает богатым отраслевым опытом и ноу-хау в области исследований и разработок медицинских оптических устройств.

Вот уже почти 20 лет компания ZUMAX Medical Co., Ltd, работает в китайском городе Сучжоу. Будучи основанной в 2005 году с уставным капиталом в 40 миллионов юаней, компания развернула производство медицинского и оптического оборудования. Неоднократные премии, лидерство и международное признание были позже, а сначала началась серьезная научная и техническая работа. Перед разработчиками была поставлена задача создать модели увеличительных устройств для использования в области хирургии.

Компания с самого основания специализируется на медицине полости рта. Ее основная продукция – стоматологические хирургические увеличительные приборы. За годы своей работы компания разработала и выпустила различные серии увеличительных устройств для стоматологической хирургии, которые востребованы как в клинической практике, так и в науч-

ных исследованиях. Более того, ZUMAX выпустила и стоматологические хирургические увеличительные устройства, специально разработанные для образовательных целей.

При этом, нарабатывая огромный опыт, компания расширила сферу применения хирургических микроскопов. В итоге продукция ZUMAX применяется сегодня в различных областях, таких как стоматология, офтальмология, оториноларингология, хирургия головы и шеи, хирургия позвоночника и ортопедическая хирургия.

Но флагманским продуктом компании ZUMAX являются стоматологические увеличительные устройства, базовая технология которых основана на медицинской оптике. Компания в первую очередь специализируется на оборудовании для медицины полости рта, и в настоящее время на стоматологический сектор приходится 85% ее доходов.



Команда ZUMAX на конгрессе в Вильнюсе

ИСТОРИЯ

2005 г. – Основание компании. В этом же году ZUMAX выпустила первый в Китае микроскоп OMS2300 и получила 3 серии сертификатов CFDA на медицинское оборудование II класса (проект Инновационного фонда малого и среднего бизнеса Министерства науки и технологий).

2006 г. – Запуск производства и выведение на рынок бинокулярных луп.

2007 г. – ZUMAX получила аккредитацию британской компании по обеспечению качества NQA Quality Management System для медицинских изделий. Впервые приняла участие в 142-й зимней стоматологической выставке CDS в Чикаго. Микроскоп для полости рта OMS2200 был одобрен Министерством науки и технологий для участия в проекте Фонда инноваций малого и среднего бизнеса.

2008 г. – Компания признана Национальным высокотехнологичным предприятием (и проходит аудит каждые 3 года). Первое участие в 8-м Американском академическом конгрессе по микродентистике.

2009 г. – Стоматологический микроскоп OMS2200 получил признание специалистов факультета стоматологии Уханьского университета.

2010 г. – При Школе стоматологии Уханьского университета создается научно-исследовательский и учебный центр микроскопических технологий. ZUMAX впервые принимает участие во 2-м Европейском конгрессе микростоматологии ESMD в Вильнюсе, Литва, – в качестве серебряного спонсора, и с тех пор является основным спонсором каждого ESMD. Оборудование ZUMAX получает признание: стоматологический микроскоп OMS2200 удостоивается премию Сучжоу за научно-технический прогресс. Запущен китайский стоматологический микроскоп со светодиодной подсветкой OMS2350.

2011 г. – Запущен стоматологический микроскоп со встроенной системой визуализации full HD (проект Специального фонда научно-технических инноваций провинции Цзянсу). ZUMAX впервые участвует в Ежегодном собрании Американской академии эндодонтии AAE.

2012 г. – Первое участие в MEDICA, Всемирной выставке медицинского оборудования в Дюссельдорфе, Германия.

2013 г. – Компания вновь признана Национальным высокотехнологичным предприятием и пионером в области инновационных технологий, утверждена в качестве Научно-исследовательского центра медицинской оптотехники Сучжоу.

2014 г. – Запущен китайский светодиодный стоматологический микроскоп OMS2350 с объективом VarioDist. Стоматологический микроскоп OMS2350 вышел на рынки Германии и Японии: бренд признали самые требовательные клиенты в мире.

2015 г. – Запустив первый в мире стоматологический микроскоп со встроенной системой 3D-визуализации, компания была одобрена в качестве участника программы Gazelle в Сучжоу.

2016 г. – Запущено первое в мире устройство визуализации для смартфонов Easy360Plus для стоматологического микроскопа. Стоматологический 3D-микроскоп был одобрен как проект индустриализации научных и технологических достижений в провинции Цзянсу. Научно-исследовательский центр компании был утвержден Департаментом науки и технологий провинции Цзянсу в качестве Научно-исследовательского центра инженерных технологий в области медицинских стоматологических 3D-микроскопов провинции Цзянсу.

2018 г. – ZUMAX участвует в 15-м конгрессе Японского общества микростоматологии. И впервые представляет в Европе и США свою встроенную систему Full HD II plus и усовершенствованный стоматологический микроскоп OMS2380. Компания получила премию Suzhou Gazelle Enterprise of SND.

2019 г. – Успешно разработан и запущен за рубежом микроскоп высокого класса с электромагнитным тормозом OMS3200, который интегрировал функции увеличения/уменьшения масштаба с моторизованным приводом, фокусировки с моторизованным приводом, фильтра лазерной защиты, модуля флуоресценции и других технологических приложений. С тех пор ZUMAX вышла на рынок медицинских микроскопов высокого класса.

2020 г. – Запущена технология защиты от отражения, автофокусировка в одно касание, 1,5-кратное увеличение в одно касание, адаптивная светодиодная система освещения, встроенная камера Ultra HD 4K, камера Micro 4K-3D. Эти прорывы стали новой высотой в развитии оптики ZUMAX.

2021 г. – Стоматологический микроскоп OMS 3200 получил сертификат CFDA о внутренней регистрации и в октябре 2021 года был включен в проект медицинского страхования зимних Олимпийских и Паралимпийских игр 2022 года в Пекине.



Топ-менеджеры компании ZUMAX Alfreed He, Karl Wang, Xiangdong Li, Weizhong Zhou

Рождение бренда

«Микроскопия и малоинвазивные методы лечения являются основным вектором развития клинической медицины полости рта в XXI веке. Достигнутые компанией ZUMAX рыночные показатели заслуживают высокой оценки. Оборудование производства компании – это предпочтительный выбор для многих отечественных университетов, специализированных стоматологических учреждений и частных клиник, – рассказывает генеральный директор компании ZUMAX Medical Co., Ltd, Ли Сяндун. – И, конечно, мы ярко присутствуем на зарубежных рынках, особенно в Европе, в Северной и Южной Америке, а также в странах Азиатско-Тихоокеанского региона. Компания ZUMAX стала выдающимся символом китайского превосходства в области производства стоматологического медицинского оборудования».

Именно ZUMAX стала свидетелем и активным участником процесса ши-

рокого внедрения лечения корневых каналов с использованием микроскопа в Китае. В начале 2000-х годов г-на Ли Сяндун и его команду основателей компании вдохновила статья «Новые концепции в лечении заболеваний полости рта», опубликованная в Интернете. В ней подчеркивалась ценность и клиническая значимость стоматологических хирургических микроскопов, которые нужны в том числе в лечении корневых каналов, пародонта, а также в реставрационной стоматологии и хирургии полости рта. В частности, в США еще с 1997 года был введен обязательный курс дентальной микроскопии для студентов, специализирующихся в области эндодонтии.

Движимый любопытством Ли Сяндун разыскал автора этой статьи, им оказался профессор Чжан Чэнфэй, представитель компании Beijing Qiangrui. Отправившись в Пекинский университет, Ли Сяндун познакомился с Чжаном Чэнфэем в клинике университетской школы стоматологии,

а также с представленным здесь стоматологическим микроскопом Carl Zeiss, получив первоначальное представление о клиническом применении стоматологических хирургических микроскопов. В те годы в Китае было крайне мало врачей-стоматологов, которые применяли бы микроскопы в своей клинической практике. Было понятно, что тенденции научного развития Европы и США завтра станут трендами и в Китае. В итоге в 2005 году, проведя серьезные маркетинговые исследования, Ли Сяндун и трое его единомышленников-предпринимателей основали компанию ZUMAX, начав таким образом свой путь. Компания была основана с акцентом на микроскопические стоматологические технологии, а также на совершенствование и повышение точности стоматологических процедур. «Я мечтаю создать такой бренд, который позже узнает и по достоинству оценит весь мир!» – говорил Ли Сяндун. Для достижения этой цели требовалось огромное стремление и упорство.



Пожелания известного профессора Shi Junnan (史俊南): «Национальный бренд, иди в мир»

От неверия – к признанию

В начале 2000-х годов в мире начала широко продвигаться технология микроскопии в медицине полости рта. Таким образом, компания родилась очень вовремя и сразу попала в струю. Но при этом компания включилась в совершенно незнакомую для себя сферу. А стоматологические микроскопы еще считались редкой технологией, на которую не обращали особого внимания и считали ее во многом прихотью или чудачеством. И сначала на выставках медицинского оборудования 99% посетителей с непониманием и скепсисом относились к представляемому компанией оборудованию – они понятия не имели, для чего именно нужен такой микроскоп. Да и в целом, когда стоматологические микроскопы только появились, многие специалисты сначала просто отмахнулись от них, решив, что использовать их в стоматологии – это все равно что «стрелять из пушки по воробьям». И лишь небольшое число стоматологов на тот момент уже знали или слышали о том, что

за рубежом эти микроскопы уже используются для лечения корневых каналов. Оглядываясь назад, теперь можно сказать, что эти специалисты стали выдающимися фигурами в области стоматологической микроскопии.

За первые пять лет своей деятельности, с 2005 по 2009 год, стоматологические микроскопы производства ZUMAX уже экспортировались в развитые страны и регионы Европы и Америки. Компания постоянно проводила исследования, совершенствовала свои изделия, приводя их в соответствие с требованиями к качеству западных пользователей. Выручка от продаж постепенно увеличилась с нуля почти до 10 млн юаней, что обеспечило стабильную работу предприятия.

Поворотный момент произошел на Южно-Китайской стоматологической выставке 2009 года. Ли Сяндун нашел контакт профессора Фань Бина из стоматологической поликлиники Уханьского университета, известного эксперта в области медицины полости рта в Китае. Фань Бин – один из самых первых специалистов в области применения технологии клинической микроскопии в стоматологии.

Г-н Ли Сяндун отправил коллеге письмо и уже через 3 дня получил ответ. А еще через 2 недели, 8 апреля 2009 года, началось пробное использование стоматологических микроскопов производства компании ZUMAX в передовой клинике профессора Фань Бина. Ли Сяндун полагает, что 2009 год можно считать второй важной датой в биографии компании после ее открытия в 2005 году. С тех пор компания ZUMAX постепенно завоевала признание крупнейших китайских университетов и медицинских учреждений, способствуя широкому внедрению и продвижению микроскопических технологий в Китае.

Третье ключевое событие случилось в 2010 году. Стоматолог и преподаватель доктор Гюнтер Стокл, который руководил специализированной клиникой эндодонтии в Мюнхене (Германия), а также выступал в качестве лектора по продвижению нескольких брендов средств для лечения корневых каналов, порекомендовал продукцию компании ZUMAX крупному дистрибьютору стоматологического оборудования в Мюнхене. В том же году известный японский стоматолог Нобуо Масака порекомендовал ми-

кроскопы ZUMAX поставщику стоматологического оборудования в Токио. Это помогло компании ZUMAX выйти на рынки Германии и Японии, которые известны своими строжайшими требованиями к качеству. В настоящее время у продукции компании ZUMAX тысячи пользователей стоматологических микроскопов в этих двух странах. «Это придает нашей компании уверенность и смелость для расширения сбыта своей продукции по всему миру», – говорит Ли Сяндун.

В настоящее время стоматологические микроскопы и бинокулярные лупы производства ZUMAX поставляются в Европу, Северную и Южную Америку, а также в страны Океании, Азии и Южной Африки. В 2017 году продукция компании также успешно вышла на рынок сбыта в регионе Персидского залива и в Северной Африке. Продукция компании ZUMAX узнаваема и используется по всему миру во многих известных стоматологических клиниках.

Для самых взыскательных специалистов

Как подчеркивает Ли Сяндун, руководство ZUMAX придает большое значение разработке новых продуктов и изделий: компания считает эту деятельность движущей силой своего роста. Здесь ежегодно выделяют примерно 20% или даже больше от выручки от продаж на расходы на исследования и разработки (НИОКР).

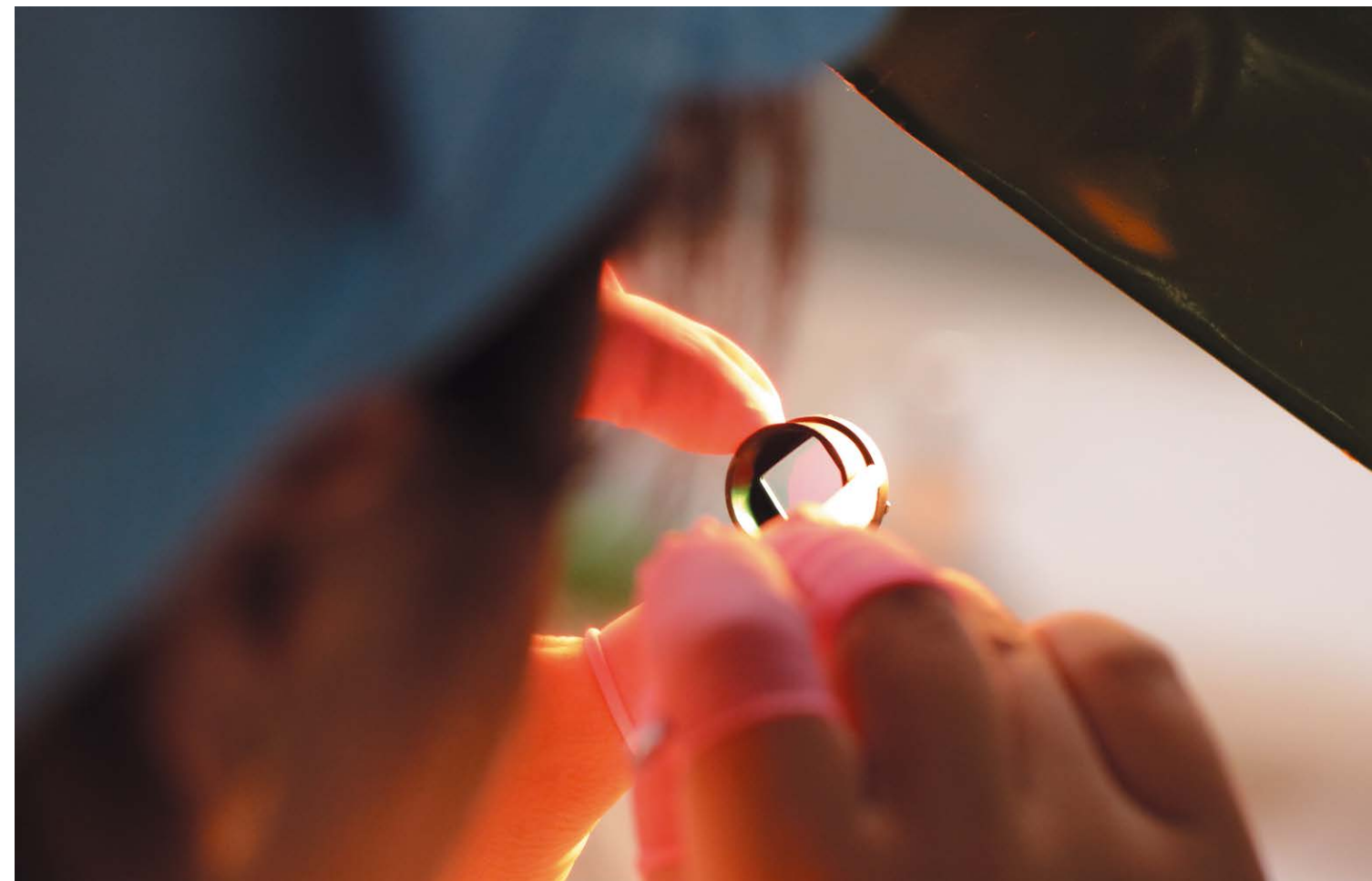
В ближайшие годы компания планирует постоянно разрабатывать и внедрять новые модели микроскопов и бинокулярных луп для медицины полости рта. С одной стороны, компания стремится предлагать экономически эффективные микроскопы, чтобы удовлетворить огромный потенциал рыночного сектора частной стоматологии. С другой стороны, готовится выпуск усовершенствованных хирургических микроскопов и бино-

кулярных луп, ориентируясь на рынок продукции более высокого класса.

Например, бинокулярные лупы серии SLH производства ZUMAX оснащены линзами из высококачественного стекла с многослойным покрытием, которые дают четкое и ясное изображение. Разработанные для условий мобильной диагностики, они обеспечивают удобство применения и высокую точность.

В конструкции луп серии TTL используются окуляры с большим диаметром поля зрения. Они обеспечивают большую глубину фокуса и стереоскопическое зрение с реальным ощущением расстояния до объекта. Угол наклона этих луп можно регулировать в диапазоне от 0° до 40°, что сводит к минимуму усталость оператора при их длительном использовании.

Лупы серии DFK PRO оснащены системой призматического увеличения, а их окуляры могут откидываться вверх, что обеспечивает точную ре-



гулировку положения. Они обладают чрезвычайно высоким разрешением и предназначены для применения в микрохирургии. Благодаря возможности индивидуальной подгонки и настраиваемому рабочему расстоянию эти лупы обеспечивают оптимальное удобство в использовании для специалистов-стоматологов.

ZUMAX всегда находилась на переднем крае инноваций, представив несколько новаторских изделий в области медицины полости рта, включая первый китайский стоматологический микроскоп, светодиодный стоматологический микроскоп с большим увеличением, комплексный 3D стоматологический микроскоп и уникальную систему визуализации высокой четкости Easy360 для смартфонов. Стремление к качеству и развитию позволило компании стать брендом мирового класса и внести значительный вклад в развитие мировой медицины полости рта.

Один из сильных продуктов компании – хирургические микроскопы серии OMS3500 – используется в нейрохирургии, отоларингологии, хирургии головы и шеи, хирургии позвоночника и ортопедической хирургии. Эти микроскопы получили сертификаты о регистрации как медицинское оборудование II класса и сертифицированы по стандартам CE (соответствие продукции требованиям Европейского союза) и FDA (соответствие продукции требованиям Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США).

Что касается применения оригинальных и инновационных технологий, компания ZUMAX может похвастаться многими новаторскими достижениями. Это в том числе комплексная микроскопическая 3D-технология, мобильная система микроскопической визуализации высокой четкости, балансировка дорогостоящих высокоточных станков с использованием принципов воздействия силы тяжести – при низких затратах на выполнение этой балансировки.

Научно-исследовательский центр компании ZUMAX признан муниципальным научно-техническим бюро



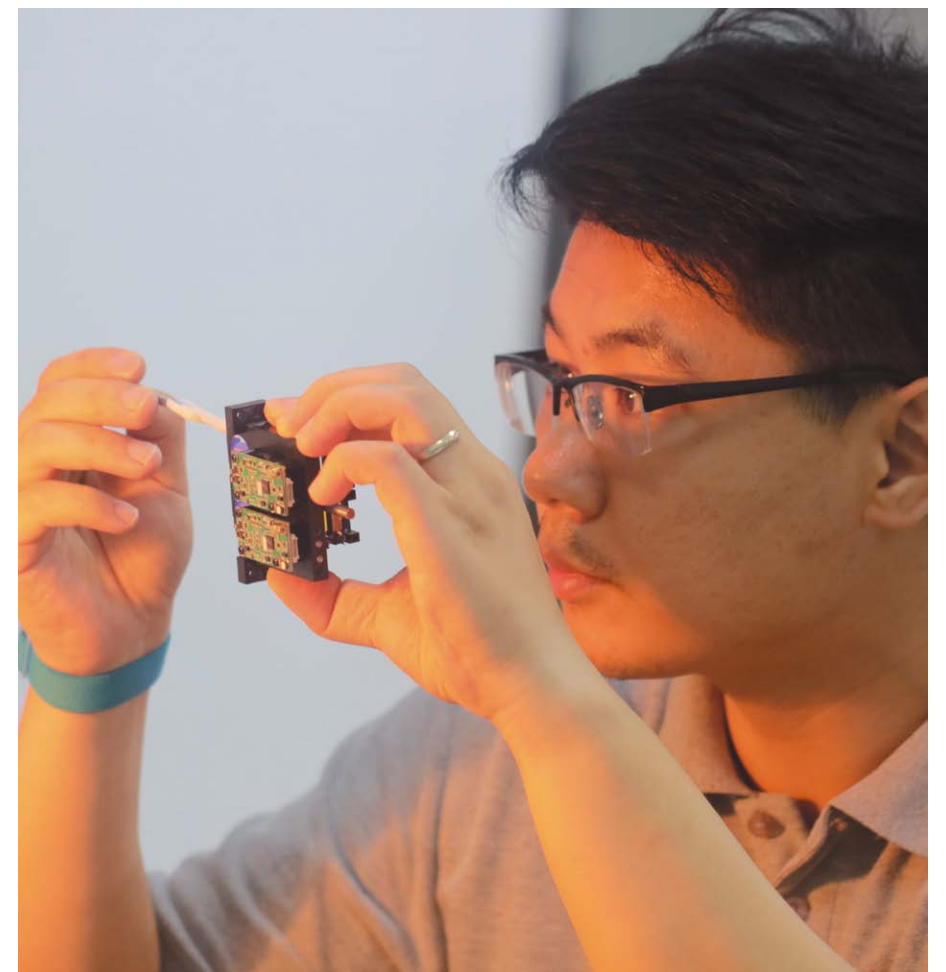
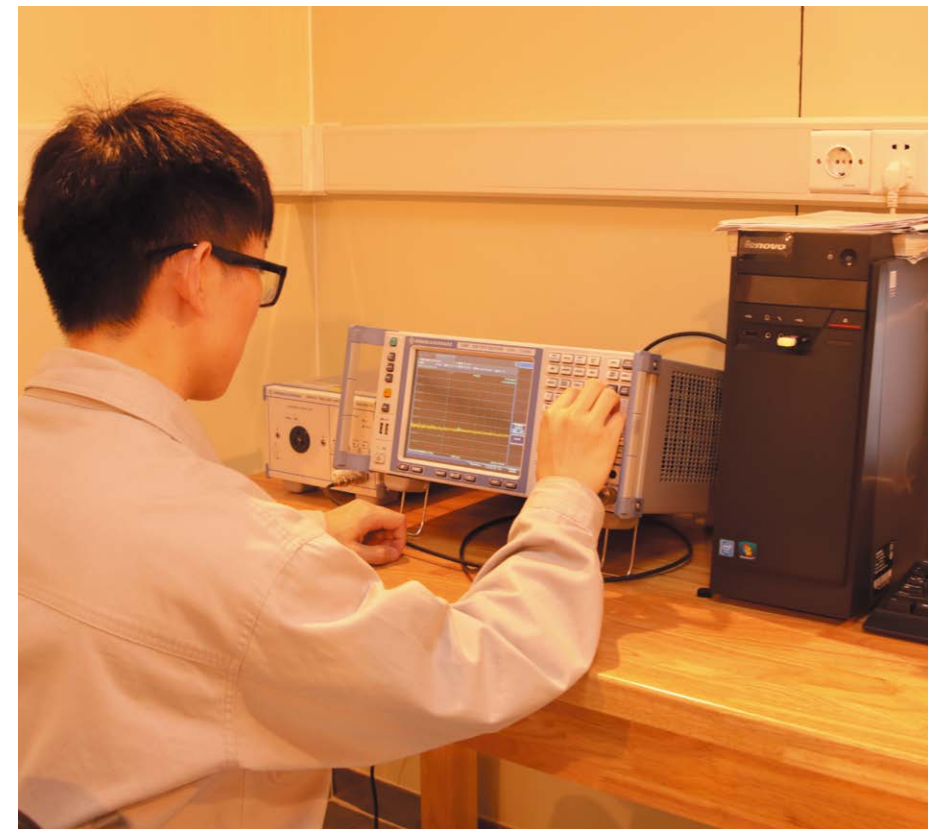
Владелец компании ZUMAX Mr. Li Xiang-Dong (г-н Ли Сяндун)



Сучжоу как Научно-исследовательский центр медицинской оптической инженерии Сучжоу. Кроме того, этот центр был одобрен Департаментом науки и техники провинции Цзянсу в качестве Научно-исследовательского центра инженерных технологий применения стоматологических 3D-микроскопов провинции Цзянсу. Компания владеет почти двадцатью национальными официально признанными патентами на изобретения, а также подала заявки на получение двух немецких, двух британских и трех американских патентов на изобретения в рамках Договора о международной патентной кооперации (РСТ).

В качестве примера, компания уделяет особое внимание качеству изображения, признавая его важнейшим техническим параметром для стоматологических микроскопов и бинокулярных луп. Ее сотрудники убеждены, что сегодня в любой стране люди ценят качество и высокую степень мастерства изготовления продукции и готовы платить за это. Например, компания уделяет особое внимание качеству изображения при микроскопической визуализации, признавая его важнейшим техническим параметром для стоматологических микроскопов.

ZUMAX ценит не только экономические выгоды, необходимые для существования и развития компании, но также уделяет большое внимание и тем преимуществам, которые ее продукция предоставляет для общества. Ли Сяндун подчеркивает, что успех любой компании на рынке зависит от ее активных усилий и достигается за счет высокого качества обслуживания клиентов. А это не просто привычное послепродажное сопровождение продукции. Компания ZUMAX сотрудничает с крупнейшими брендами и ежегодно совместно с ними организует непрерывное проведение более 200 образовательных программ. Эти усилия показывают приверженность компании заботе как о качестве лечения пациентов, так и о квалификации и профессиональной подготовке стоматологов всего мира. ZUMAX придерживается этих принципов на всем протяжении своего существования. Компания предложила свой





Команда ZUMAX на выставке Dental South China (г. Гуанчжоу)

план повышения эффективности обучения, направленный на расширение возможностей индивидуального обслуживания. Цель в том, чтобы пользователи продукции ZUMAX могли в полной мере овладеть техникой использования микроскопов, а не относиться к этим приборам как к «украшению стоматологического кабинета».

Во имя науки, прогресса и качества

В своих исследованиях и разработках команда ZUMAX придерживается основных корпоративных ценностей: это развитие технологий, внедрение инноваций, клиентоориентированность и добросовестность. На протяжении многих лет компания уделяла

особое внимание проведению независимых исследований и внедрению технологических инноваций. Накопив обширный опыт в производстве, исследованиях и разработках, здесь освоили ключевые технологии в таких областях, как медицинская микрооптика, точная механика и автоматизация, цифровая визуализация и хирургическая навигация.

Сейчас ZUMAX владеет 132 официальными патентами, включая 21 патент на отечественные изобретения и 9 патентов на зарубежные изобретения. В 2022 году Министерство промышленности и информационных технологий признало ZUMAX специализированным и инновационным предприятием категории «Маленький гигант» национального уровня.

В компании работает около 300

человек. А основная техническая команда – это 28 сотрудников, которые занимаются исследованиями и разработками. Этот костяк компании имеет многолетний опыт работы в области хирургических микроскопов, глубоко понимает тенденции технологического развития как на внутреннем, так и на международном уровне и оперативно реагирует на запросы клиентов. Развитые технические возможности компании и стабильная команда исследователей и разработчиков обеспечивают мощную основу для дальнейших исследований.

На сегодняшний день клиентами ZUMAX стали все пять авторитетных учреждений и университетов Китая, представляющие высшие уровни клинического применения, преподавания и научных исследований в области

стоматологии. При этом продукцией компании также пользуются многие стоматологические поликлиники различного уровня, больницы общего профиля и частные стоматологические клиники. В условиях жесткой конкуренции на мировом рынке стоматологических микроскопов компания ZUMAX уверена, что в будущем займет большую долю этого рынка благодаря признанному первоклассному качеству своего оборудования и уровню обслуживания клиентов.

В будущем ZUMAX сосредоточится на популяризации и продвижении технологии микроскопии в медицине полости рта. Важно обеспечить понимание того, что микроскопы для медицины полости рта предназначены не только для лечения кариеса и заболеваний пульпы, они находят ценное применение в различных областях, таких как микроскопическая пародонтология, микроскопическая имплантология, микроскопические реставрации, микроскопическая ортодонтия и профилактическая стоматология. Использование микроскопов дает возможность стоматологам выйти за визуальные ограничения и обеспечивает общую технологическую поддержку для различных стоматологических направлений.

«После более чем десятилетней непрерывной работы компания ZUMAX вошла в ряды брендов мирового класса, став ярким символом Китая в мировой области стоматологического медицинского оборудования, – говорит Ли Сяндун. – Заглядывая в будущее, мы будем продолжать поддерживать здоровую конкуренцию, негативно относиться к неприемлемым методам ведения предпринимательской деятельности и активно внедрять технологические инновации, а также сосредоточимся на предоставлении высококачественных продуктов и услуг для пользователей нашей продукции. Наша цель – внести свой весомый вклад в китайскую и мировую медицину полости рта».



Точность и Простота



ENDO-MATE AT

Стильный и компактный эндомотор



ENDO-MATE TC2

Беспроводной



ENDO-MATE DT

Эндодонтический микромотор



Алим
Чеченов

Хирург-имплантолог

Почти 15 лет возвращает людям здоровье и счастливые улыбки Алим Чеченов, хирург-имплантолог, главный врач сети клиник «Альтернатива» в Нальчике. Решение идти в стоматологию было неожиданным: мешали и собственный страх зубных врачей, и серьезная увлеченность спортом. Однако выбор оказался верным: сегодня Алим Чеченов не представляет и дня без своей работы, а его золотые руки и любовь к профессии сделали героя нашего материала одним из самых уважаемых и известных докторов не только в Кабардино-Балкарии, но и в России.

НИ СЕКУНДЫ НЕ ЖАЛЕЛ, ЧТО СТАЛ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ



О становлении в профессии

– Алим, что привело вас в профессию врача-стоматолога? Как вы сделали этот выбор, что повлияло на такое решение?

– Я не из медицинской династии, в моей семье никто не связан со стоматологией. Папа и мама работали в правоохранительной сфере, они сотрудники полиции. И я с детства думал, что вырасту и тоже стану хорошим детективом. Из всего окружения только друг нашей семьи, близкий приятель отца, был стоматологом, он часто делился своими историями и всегда говорил, какая это хорошая профессия, звал меня в эту сферу, а я думал: «Да ведь это вообще не мое!» К тому же я безумно боюсь сто-

матологов. Вы не поверите – боюсь до сих пор. Но работу свою очень люблю.

Однажды, когда я учился уже в 11 классе, у папы случился инфаркт. Я приехал к нему в больницу, и он посетовал: мол, врач – такая важная и нужная профессия, а у нас в семье нет никого из медиков. Фактически он благословил меня стать врачом, это было отцовское напутствие. И я решил последовать ему. В семье случилась настоящая битва, ведь все хотели, чтобы я был экономистом или юристом – шел 2002 год, это были самые популярные профессии. Мой дед по маминной линии был экономистом, и он считал, что эта сфера для меня будет подходящей. Но я принял решение отца – подготовился и поступил в Кабардино-Балкарский медицинский университет. К тому же в школе я учился хорошо, химию и биологию

знал отлично.

При этом с детства я успевал уделять большое внимание спорту, с 5 лет занимался карате, дошел после школы до черного пояса. Поэтому и думал, что меня ждет профессия военного или полицейского. Даже на тренировках мне продолжали говорить: «Да какой ты врач? Это не твое!»

– Началось студенческое время, но спорт остался в вашей жизни?

– Да, все свое время я отдавал спорту, мне это очень нравилось. Постоянно ездил на соревнования, тренировался. Но спорт сильно отвлекал. Я с интересом погружался в занятия по физиологии, анатомии, а остальные предметы учил неактивно. На втором курсе возникли сложности. Я уже имел черный пояс по карате, нужно было ехать на соревнования по Рос-

сии, впереди был отбор на чемпионат мира. Для меня как для спортсмена это было важно. Заведующая кафедрой сказала мне: «Выбирай, ты врач или спортсмен?» Она поставила мне «неуд», хотя я знал, что сдал экзамен хорошо, и я подал апелляцию. Наверное, это было ошибкой: хоть я и добился пересмотра оценки, но это подпортило отношения с преподавателем. Я был молодой и «зеленый» и мало думал о дипломатии. На третьем курсе педагог уже не была столь лояльна. Запустил учебу и провалился на зимней сессии уже по-настоящему. Преподаватель сказала: «Что ж, увидимся в следующем году». Меня отправили в академический отпуск.

В тот момент я даже не огорчился: я уже был на позиции тренера, неплохо зарабатывал и считал, что все равно уйду из института. Я занял уже II место по России, мне пришло приглашение на чемпионат мира. И я бы даже поехал, но подвели финансы. Я рассуждал: «А зачем мне этот медфак?»

Но мой дед Магомед Галеев охладил мою бравату. Он всегда ратовал за то, чтобы я стал экономистом, был против профессии врача – а тут вдруг осадил меня: «Ты уже потратил три года! Получил много знаний. Если ты бросишь институт, профессию, что ты будешь делать потом? Как будешь зарабатывать?»



«У нас был один из сильнейших и дружных курсов во всей истории факультета». 3 курс, с одногруппниками



I курс Кабардино-Балкарского медицинского университета. На практике

И я решил вернуться в вуз после академотпуска. Словно что-то переключилось в сознании. Я вовлекся в учебу, и проблем больше не было. К тому же у нас был один из сильнейших курсов во всей истории факультета, сильная группа. Видимо, эта эмоциональная поддержка тоже была важна. У нас очень дружный курс – позже мы разъехались по разным городам, но до сих пор общаемся, дружим, встречаемся.

– Есть ли в вашей жизни, в профессии люди, кого вы считаете своими наставниками?

– Я благодарен каждому, кто помогал мне на моем пути. Кстати, первые шаги в имплантации мне помог сделать как раз тот врач, друг семьи, о котором я говорил выше. Нурды Татарханов показывал мне, как нужно работать, и дал мне возможность превратиться из хирурга в имплантолога. Сначала я был обычным хирургом-стоматологом, который совершает небольшие хирургические вмешательства, но не имеет точного понимания, как все делать правильно. И благодаря наставнику я освоил все тонкости.

А уже позже, с 2011 года, когда я начал ставить имплантаты, я стал искать возможности обучения. Тогда было не так много курсов, как сегодня, но, если проводился какой-то конгресс или предлагались курсы в рамках выставок, форумы, мастер-классы, я обязательно туда ездил. Обучение меня захватило. Это было очень сильным увлечением, хотелось постоянно набираться знаний. Порой я ездил к одному и тому же врачу на его лекции, ведь невозможно сразу за один раз воспринять всю информацию. В сфере имплантации мне многое



Алиму Чеченову, профессиональному спортсмену и тренеру, пришлось делать сложный выбор между спортом и медициной

дали такие специалисты, как Руслан Хатит, Баграт Смбалян: они делились опытом, который я перенимал.

О менторстве

– Вы говорили о своих наставниках, а теперь вы тоже ментор, наставник для молодых специалистов?

– Я начал читать лекции в 2015 году, для меня это оказалось некоторым шоком – было тяжело психологически. А ведь я имел за плечами огромный тренерский опыт, умел работать с большой аудиторией и тренировал не только детей (а у меня их было уже более 100 в трех школах), но и взрослых, в том числе около 20 моих однокурсников ходили ко мне на тренировки. Для меня давать наставления, тренировать, проводить семинары в спорте было просто, я никогда не волновался. Но тут, когда понимаешь, что ты делишься важной информацией, своими мыслями или опытом не на тренировке, а в официальной обстановке, было сложно. На первых трех лекциях я волновался. Но, видимо, именно спортивные навыки, привычка к самодисциплине помогли справиться с мандражем.

Лекции помогают мне собрать свои клинические случаи, проанализировать их, понять, что я делал верно,

а что – нет. У меня много пациентов, и в практике порой бывают осложнения. Интересен опыт: как ты вышел из той или иной сложной ситуации. Этим я с удовольствием делюсь. Я рассказываю о том, что я делаю каждый день. Возможно, я стану лектором и в компании «Н.Селла». Но я не преследую цель быть ментором.

Моя основная задача – лечить людей. Практика для меня важнее.

– Не жалко делиться опытом?

– Наоборот. Я радуюсь этому, ведь если есть люди, которым я помогу не только получить опыт, но и в том числе не навредить хотя бы одному пациенту, это уже хорошо. Например, врач что-то делал неправильно, недопонимал или вообще не знал, что его действия – это ошибка. А теперь он вооружен знаниями. Это хороший результат.

– В 2015 году вы организовали в Кабардино-Балкарии дискуссионный клуб для коллег-стоматологов. Каковы его задачи?

– Да, этот формат показался интересным, клуб организовали мы с друзьями-коллегам. Проводили заседания, обсуждая различные клинические случаи, разные темы вне зависимости от направления стоматологии: это в том числе хирургия, ортодонтия, детская стоматология, терапия и так далее. Приглашали кого-то из докторов, кто хочет поделиться своим опытом. Изначально мы придумали клуб для того, чтобы опытные специалисты делились знаниями с молодыми коллегами, на каждую встречу мы собирали до 100 слушателей. За 3 года мы провели 33 заседания, 3 конференции, около 10 мастер-классов, движемся вперед. Клуб развива-



«До сих пор поддерживаю связь со своими учениками, которым дал дорогу в спорте»



Работа в государственной поликлинике. 2010 год

ется и работает, каждый врач может поделиться у нас своими интересными клиническими случаями или получить консультацию. Клуб дал мощный толчок развитию стоматологии в республике.

О практике и верности делу

– **Расскажите, как проходил ваш путь в практику.**

– Я прошел все стадии интернатуры, работал и в терапии, и в хирургии, и в ортопедии. Именно тогда мне стала нравиться стоматология.

Но устроиться на работу было нелегко. Сейчас я главный врач самых крупных в городе частных клиник, к нам приходят студенты на практику. А в наше студенческое время такой системы не было, хотя было бы как раз правильно осваивать профессию, еще учась в вузе. Сейчас такой тандем бизнеса и вузов активно развивается, молодые специалисты приходят на свои рабочие места уже с практическим опытом. Нам было сложнее. Кому нужны молодые выпускники без опыта?

Мне помог мой дедушка. Он работал главным экономистом завода сферы электронной промышленности, был очень опытным, заслужен-

ным профессионалом. Завод был одним из градообразующих предприятий Нальчика, построил в городе целый район, в том числе и стоматологическую поликлинику. Главный врач этой поликлиники Борис Мухамедович Дударов потом стал главным стоматологом Минздрава республики. Я тогда проходил интернатуру на базе этой поликлиники, и мой дед предложил Дударову взять меня на работу. Мои руководители отозвались обо мне положительно. Но меня вызвали спонтанно, я так и приехал – в неофициальном виде, в какой-то полуспортивной одежде... Борис Мухамедович посмотрел на меня и с сомнением спросил: «Это он – врач?» Но дедушка сказал: «Ничего. Завтра он придет в другом виде. Ты его еще увидишь в деле!» И я начал трудиться в должности хирурга.

Через год в частной круглосуточной клинике Нальчика понадобился хирург на ночные смены. Я пошел и туда, в итоге работал уже в две смены. А потом руководитель клиники Джамиля Хазреталиевна Балова пригласила меня и на дневные смены. Так я остался в этой клинике. Я благодарен ей за поддержку моих идей и начинаний. С 2012 года мы начали развивать в клинике направление имплантологии. А сейчас вот уже 5 лет я главный врач двух клиник этой сети – «Альтернатива». Вторую клинику мы открыли после пандемии. Причем, когда мы расширились, мы не стали расширять штат – а просто дали нашим врачам больше смен, они были в этом заинтересованы.

– **В чем главные достоинства ваших клиник «Альтернатива»? Что вас привлекало?**

– Я считаю, что любой врач, если он порядочный человек, должен относиться к клинике, в которой он работает, как к своему детищу: бережно обращаться с оборудованием, максимально внимательно взаимодействовать с пациентами, отдавать себя делу, если приходят новички – помогать им адаптироваться (мы привлекаем и обучаем молодежь, сейчас, например, у нас работают два врача, которых мы обучали еще в их студенческие годы).

И именно такие люди в нашей коман-

де. Я пришел в клинику через 1,5 года после ее открытия – и основной костяк команды до сих пор работает у нас.

Очень приятно, что рядом с тобой такие же, как ты, люди, преданные делу. Текучки кадров у нас практически нет.

Сейчас у нас трудится 98 человек в двух клиниках. А база пациентов самая большая в республике. Это не удивительно: с самого начала работы клиники мы вели электронную картотеку, и на 10-летие деятельности у нас насчитывалось в базе уже 100 тысяч пациентов. А это одна восьмая часть населения республики! В Кабардино-Балкарии живет 800 тысяч человек, в Нальчике – 300 тысяч человек. Так что это серьезная цифра. А еще мы единственная в республике клиника, которая работает круглосуточно и без выходных, поэтому люди знают, где им помогут в любое время дня и ночи. В этом большая заслуга Джамили Баловой. Важно, когда руководитель так выстраивает работу клиники, когда довольны и пациенты, и сотрудники. Кстати, наши врачи постоянно совершенствуют свои компетенции, выезжают на различные обучающие мероприятия, и Джамиля Хазреталиевна поддерживает стремление команды к профессиональному и личностному росту.

– **Насколько сложно совмещать две ипостаси – управление клиникой и работу практикующего врача?**

– Да, это действительно непросто. В первую очередь, я все-таки врач, а главврач – во вторую. Практика, лечение пациентов – для меня первоочередная задача. Важно, что у меня сложились доверительные отношения с владельцами клиники, у нас прекрасное рабочее взаимодействие, мы уверены друг в друге на 100%. И у нас очень надежные врачи, которые поддерживают друг друга. Чтобы обеспечить круглосуточность работы клиники, мы трудимся в три смены, и на каждого нашего доктора мы можем положиться. Коллектив у нас очень дружный, мы одна семья. У нас остаются те, кто из нашего «прайда». Люди, которые не близки нам



Первая имплантация, 2011 год, – с одним из главных наставников в профессии Нурды Татархановым

по принципам работы, по каким-то жизненным принципам, у нас не уживаются. Но при этом мы всегда найдем место для хорошего врача, и если мы будем расширяться, у нас на примете есть специалисты высокого класса. А пациенты остаются лояльными к нам, даже несмотря на некоторый рост цен на услуги. Все эти моменты в целом и помогают мне совмещать собственные задачи: важно, когда ты управляешь командой, которая близка тебе по духу, в которой ты уверен.

О хирургии и любви к людям

– **На своем карьерном пути вы определили для себя, что вам интересны хирургия и имплантология. Как шло ваше профессиональное развитие?**

– Да, став хирургом, я начал активно развиваться в этом направлении. Сначала начал ставить импланты, потом углубился в технику наращива-

ния кости, работу с десной и так далее. Постоянно выезжал на лекции и мастер-классы. Сейчас молодым докторам помогают в этом развитии, а в наши годы ты «комплектовал» себя сам, сам себя делал. Хочешь знать – значит, едешь и учишься.

– **На какой имплантологической системе вы работаете?**

– Я работаю на разных имплантационных системах. Активно использую Neodent. У этой системы есть ряд плюсов. Во-первых, дизайн. Узкий апекс имплантата, агрессивная резьба – все это дает хорошую первичную стабильность. Я работаю сейчас в протоколе немедленной нагрузки, и данные имплантаты для этого идеально удобны. Дизайн, размеры, форма имплантата подходят под мою специфику работы. А ортопедические конструкции максимально разнообразны. Простота работы дает комфорт для пациента и врача.

В целом любая система имплантатов имеет свои плюсы, по приживаемости они практически не разнят-



Первое выступление на имплантологической конференции, Краснодар, 2015 г.

ся. Разница, скорее, в цене. Причем наши пациенты не спрашивают, какие импланты я ставлю – они приходят за услугой, за качеством, за долговременностью систем, зубов, коронок, которые будут стоять в их ротовых полостях. Человек платит не за имплантат, а за мой опыт, знания. Все остальное – инструмент для решения задачи.

– Кто для вас пациент? Это ваш партнер? Или вы предпочитаете, чтобы пациент был ведомым, прислушивался к вам как профессионалу, следовал вашим советам?

– Раньше я пытался находить об-

щий язык, влиять на пациента, давать советы. Но сейчас, исходя из того, что ко мне приходят пациенты по рекомендации, я стараюсь не влиять на решения этих людей. Ведь раз они пришли ко мне, то они уже доверяют мне. Но все же, если клиент готов идти по моему плану, он мой пациент, если нет – он не мой пациент. Если же я не могу выполнить какую-то задачу, то я всегда дам рекомендации, куда обратиться, позвоню коллеге, который сможет реабилитировать пациента, и проведу его по пути, чтобы другой врач взял его далее на лечение.

– Судя по тому, что вы тренер,

работали с детьми, вы, видимо, любите людей. Ведь без этого, очевидно, нельзя работать врачом?

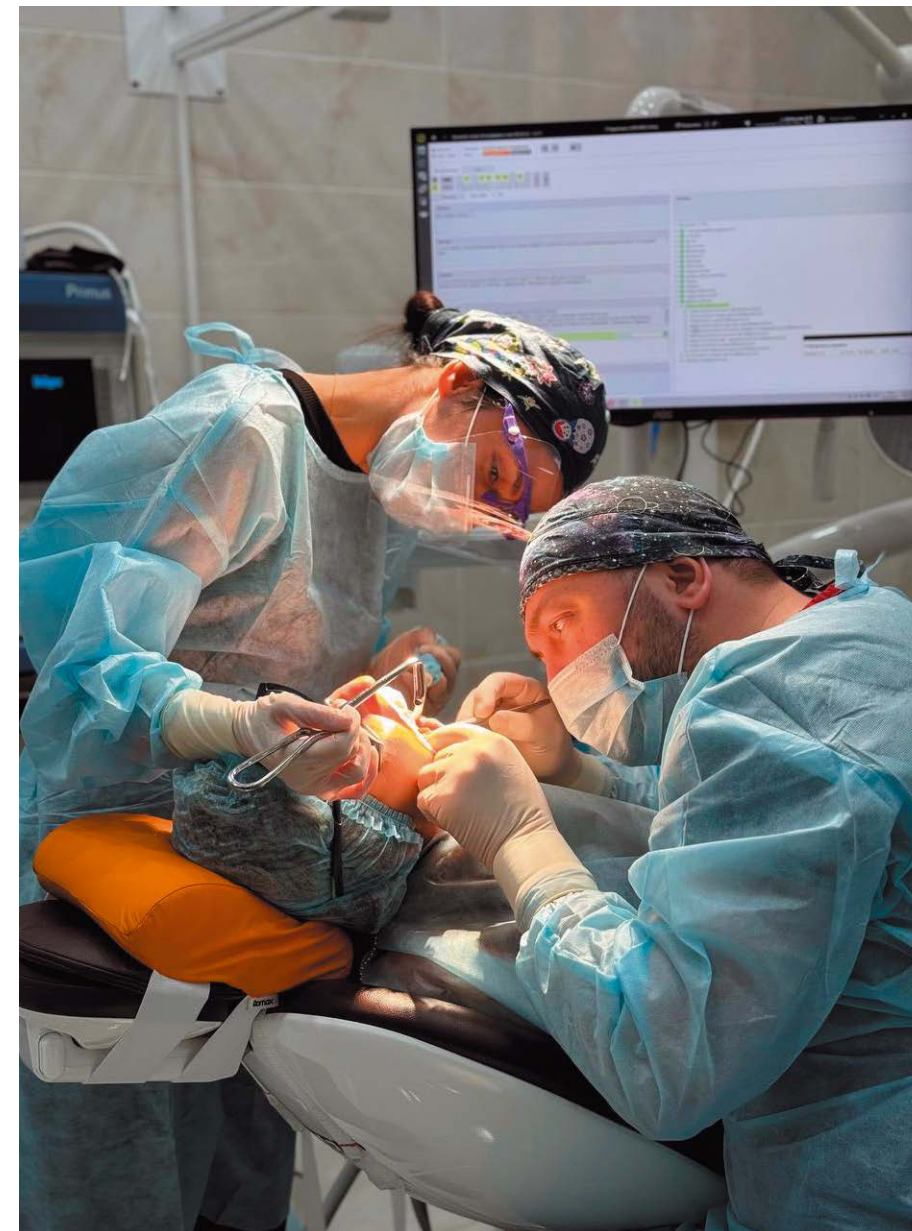
– Стопроцентная истина.

Человеку, пациенту нужно сопереживать. Я не жалею, что стал хирургом. Ни секунды не жалел. Это непростая работа, но именно в этой сфере очень важно быть максимально бережным к чувствам, эмоциям пациента, чтобы оградить его от страха и боли.

Многие мои пациенты пишут в своих отзывах: «Алим все делает не больно, даже анестезию». Я стараюсь, чтобы человек не испытал ника-



«Возможность делиться опытом дарит радость»



«Я всегда максимально бережно отношусь к пациентам»

ких неприятных ощущений.

– А хороший хирург – какой он?

– Пока ты не будешь знать, как работать с осложнениями, ты не будешь хорошим хирургом. Хороший хирург знает, как выйти из той или иной ситуации, ведь осложнение может возникнуть неожиданно, это незапланированное явление. И одинаковых клинических случаев не бывает. Один и тот же имплантат будет себя вести у разных людей по-разному. Вот почему я так хотел насыщаться знаниями – и я учусь до сих пор, это важно.

И это, кстати, второй показатель профессионализма врача.

Хороший хирург, как и вообще любой специалист, будет стремиться наращивать свои знания.

Хирургия – это то направление в стоматологии, которое одним щелчком может вывести тебя из любой эйфории. Ты можешь думать, что ты лучший, достиг вершин, ставишь имплантаты так, словно кидаешь дротик в «яблочко». А тут вдруг – раз – и осложнения. Это как холодный душ, как пощечина. Это всегда неожиданно. И ты понимаешь: значит, надо рабо-

тать над собой дальше. Это освежает. Начинаешь анализировать, в чем была проблема. Неудача – это не повод опустить руки, это вызов. Хирургия хороша тем, что дает цель. Всегда есть куда стремиться.

– А что же с вашей спортивной стезей? Вы ушли из спорта?

– Когда я начал работать стоматологом, я продолжал и тренерскую работу в спорте. Причем я получал на ней в десятки раз больше, чем в качестве врача. Мои ученики росли и показывали отличные результаты, один из них был уже призером чемпионата мира по карате. Я получил грамоту от Министерства образования республики как заслуженный работник Минобразования. Так продолжалось три года, и у меня не было ни секунды свободного времени – ни отдыха, ни отпусков.

Постепенно я понял, что мне трудно уделять время ученикам, а их становилось все больше. И я понимал, что их потенциал высок, они могут многое – но я не могу им это дать. Мне пришлось поговорить с ними, объяснить, что я ухожу в медицину полностью. Мне было безумно жалко. Я, кстати, сразу набрал лишний вес. Ученики, конечно, тоже жалели, что лишаются меня. Но мы не потеряли связь. Я до сих пор встречаю своих ребят, все они уже взрослые. Такое необычное ощущение: кого-то я тренировал еще с детского сада и довел до 11 класса, а теперь они уже состоявшиеся специ-





«Я очень люблю свою работу. Лечение людей – для меня первоочередная задача»

алисты, занимают разные серьезные должности...

Но спорт не забывается. Мышечная память работает. Сейчас я пришел в форму, похудел на 20 кг и снова занимаюсь спортом, но уже для себя. А еще мы каждый четверг отправляемся с друзьями на конные прогулки.

– Это помогает вам от эмоционального выгорания?

– У меня не бывает эмоционального выгорания. Я очень люблю свою работу. Даже если я могу отдохнуть, уехать в отпуск – я не могу отключиться от своего дела. Если я нахожусь в городе, всегда заезжаю в клинику: узнать, как дела, чем можно помочь. Все мои коллеги знают: если даже они работают ночью и вдруг возникла сложная ситуация, они в любой момент могут мне позвонить и попросить совета, консультацию или позвать на помощь.

Что касается отдыха, то, кроме конных выездов, у нас с друзьями есть и еще одна традиция: раз в год мы с ними приезжаем отдыхать на Волгу. Наша горная природа, безусловно, прекрасна, но, видимо, хочется переключиться и на другие пейзажи.

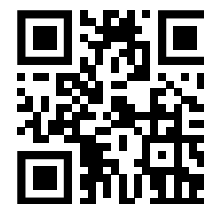
Еще одна важная поддержка – семья. Хотя признаюсь: я так много работаю, что не успеваю уделять близким достаточно времени. Моя супруга Марьяна экономист, но то, что мы из разных профессиональных сфер, нам не мешает: мы прекрасно взаимодействуем. Моему старшему сыну от первого брака Ибрагиму 10 лет, он мечтает быть летчиком. А дочки – 6-летняя Белла и 3-летняя Лима – конечно, еще совсем малы для выбора профессии, но я не исключаю, что они продолжат мое дело. Хотя они тоже боятся стоматологов, как и я. Думаю, кабинет стоматолога – это негативное воспоминание детства для многих

из нас. Но сегодня это в прошлом, ведь в современном лечении нет никакой боли. И это не только технологии, это еще и искусство врача. Мой собственный страх перед стоматологами помогает мне бережно относиться к пациентам.



ЦИФРОВОЙ СЕРВИС-ЦЕНТР
NEODENT®

ВЫВЕДИ
ПРАКТИКУ
НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ



NEODENT
DIGITAL SOLUTIONS

РЕКЛАМА



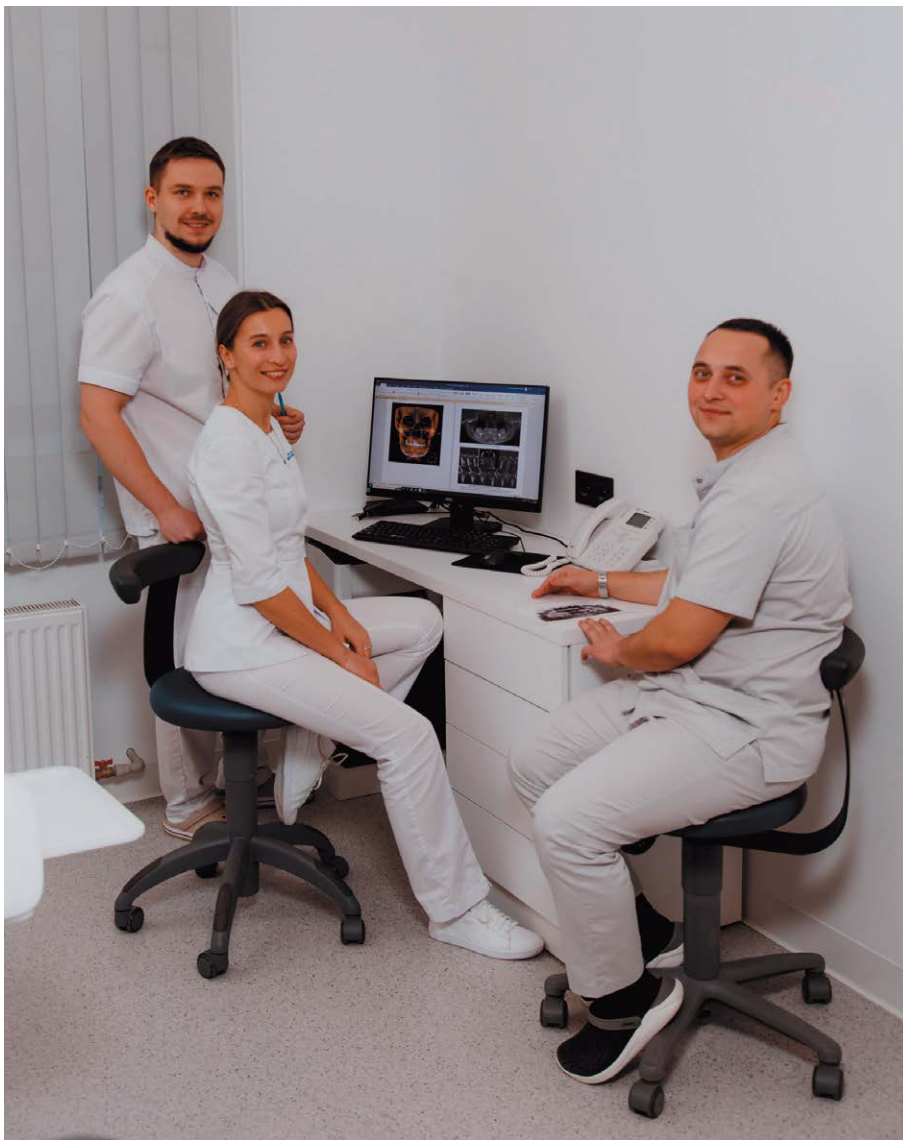
Клиника «Подмосковье» работает в Ярославской области уже четверть века. Сегодня это современная высокотехнологичная стоматология, где сочетаются новейшие технологии, передовые методики оказания услуг и лучшие традиции стоматологического сообщества. Ресурсы клиники позволяют успешно реабилитировать пациентов с самыми сложными клиническими случаями. «Бизнес в стоматологии – это в первую очередь люди. Нельзя быть хорошей клиникой, если в ней работают плохие врачи. За нашим успехом стоит колоссальная заслуга каждого нашего сотрудника», – говорит директор и собственник клиники Павел Бадуркин.



ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ С ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ЛИЦОМ

 **ПОДМОСКОВЬЕ**
ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ





– Павел, клиника «Подмосковье» перешла к вам 15 лет назад, находясь в сложном финансовом положении. И за эти годы она выросла в процветающее успешное медицинское учреждение. Но почему вы, специалист в страховом бизнесе, решили поднимать организацию в сфере медицины? И какие задачи ставили перед собой и перед компанией?

– Занимаясь страхованием более 6 лет, я научился очень многому. Страхование – это та сфера, где ты контактируешь не только с самыми разными людьми, но и практически со всеми типами бизнеса: девелопмент, сельское хозяйство, промышленность, банковский сектор. Все это серьезно наполнило меня и расширило мой взгляд на бизнес в целом. Также я убедил-

ся, что все бизнес-процессы очень похожи. На старте мною двигали два важных стимула: серьезные амбиции и цель – я очень хотел превратить клинику в ведущее медицинское учреждение региона. Все, что мы видим здесь сегодня, кардинально отличается от клиники «Подмосковье», которую я приобрел много лет назад. Тогда это было пять стоматологических кабинетов со старым оборудованием, полное отсутствие менеджмента, но зато с перспективным активом в лице нескольких хороших сотрудников.

Я начал мониторить сегмент в соседних регионах и обнаружил, что качество лечения в некоторых из них лучше, чем у нас. Честолюбие мне присуще, поэтому я решил, что жители Ярославля должны получать высоко-технологичное лечение и качествен-

ный сервис. И поставил себе задачу: создать передовую клинику.

– А с чем связано такое название клиники? Ведь она работает в Ярославле.

– Название придумал первый собственник, москвич. Клиника была создана в 1998 году, а тогда многие считали, что Ярославль в будущем станет Подмосковьем. И, по закону маркетинга, легкое на слух и запоминающееся название стало занимать устойчивую позицию среди конкурентов. Стоматология «Подмосковье» выделялась на фоне других клиник города, которые стандартно включают в свои названия такие составляющие как «дента», «стома», «зуб», «мед» и так далее.

– Как удалось выйти из кризиса, по какому пути вы пошли?

– Название я предпочел оставить. А вот все остальные процессы было решено трансформировать и усилить. Но ставку я делал именно на команду, на классных идейных врачей, и, конечно, на техническое оснащение, передовые методики. Я убежден: главное – это люди. Поэтому понимал, что к этому перерождению клиники нужно привлекать таких врачей, которые смогут стать центрами компетенций, чтобы они усиливали навыки и возможности друг друга. Только с помощью такой синергии была возможность превратить «Подмосковье» в ведущую стоматологическую организацию региона.

На это ушло года три планомерной, вдумчивой стратегической работы. И, как показала практика, стратегия сработала.

Были арендованы дополнительные помещения. А дальше началось их оснащение на самом высоком уровне в части техники и оборудования. Сейчас мы крупное медицинское учреждение: 3 этажа, 1200 м² современных площадей и высокопрофессиональная команда, которая насчитывает более 140 человек.

Я всегда был уверен, что успех бизнеса – это слаженная и сильная команда. Рад, что у нас именно такая. Важно, когда есть понимание, что от каждого сотрудника во многом зависят и ре-

зультат лечения, и безопасность пациентов, и эмоциональная атмосфера.

– Что для вас самое важное в подборе сотрудников? Как складывалась команда?

– В клинику я вложил действительно много сил и души. И врачей мы набирали таких, которые увлечены профессией, горят этим, живут своим делом. В каком-то смысле нашу клинику можно официально назвать организацией федерального уровня: здесь сосредоточены опыт и квалификация всей страны. Существенная часть наших сотрудников была приглашена мной из разных регионов. Я сразу понимал, что нужное количество врачей в Ярославской области я вряд ли найду. Сегодня релокация сотрудников – распространенная практика, а тогда такой поиск, конечно, занимал огромное количество времени. Но все это в конечном счете оправдало себя неоднократно. Говорят, в жиз-

ни важно «найти себя», «найти свое» и «найти своих». Именно это, пожалуй, и было определяющим для многих: врачи переезжают работать не просто в Ярославль, а к нам в стоматологию. Именно потому, что находят единомышленников и хотят работать бок о бок с профессионалами. Я всегда с гордостью представляю нашу команду, способную решить любую клиническую задачу максимально эффективно.

И еще один важный момент: нас объединяет общая идеология, схожесть ценностей.

– Вы применили нестандартный подход в организации самой структуры команды: у вас нет главного врача. Как в этом случае строится взаимодействие коллектива?

– Да, это так. При построении системы было решено отойти от классической иерархии. Сейчас решения принимаются коллегиально заведующими отделениями. В клинике 5 отде-

лений, у каждого есть руководитель, а истину они находят в диалоге. Если ситуация того требует, я подключаюсь. Это и есть центр компетенций, который я хотел видеть. Все решает не мнение одного человека, а итог дискуссии профессионалов. И это помогало клинике развиваться, а общая синергия дает хороший результат.

Управленческие, стратегические решения принимаю я, а медицинские – наша комиссия из заведующих отделениями.

Я могу направить, как стратегически действовать, а они в ответ ориентируют меня в медицинской специфике, чтобы мы понимали, куда нам двигаться. Сейчас такой подход эффективен, динамика хорошая. Фактически отделения, их руководители и сотрудники, в хорошем смысле подгоняют друг друга не с позиции конкуренции, а с позиции общего роста, общей заинтересованности в эффективном результате.





Еще один момент, который был для меня крайне важен – это убрать зависимость врача от выручки клиники. Не секрет, что в большинстве коммерческих клиник врач поставлен в условия, когда он должен выполнить определенный план, чтобы клиника зарабатывала. Я против такого подхода. У нас основа работы врача – не финансовый план, а качественное лечение. Для меня очень ценна миссия медицины, ведь у этой сферы важнейшая социальная роль. Мы исключили «головную боль» врача, когда он вынужден заботиться о прибыли клиники. Это задача директора по развитию, функции маркетинга и, конечно, моя как предпринимателя. А задача доктора – думать только о своих пациентах и эффективных методиках лечения.

– Вы отметили, что важным моментом является стремление коллектива к развитию. Как в этом ключе работает обучение персо-

нала, как вы решаете вопрос повышения знаний и квалификации врачей?

– Любой, кто остановился, рискует сдвинуться назад. Я сам не готов останавливаться на достигнутом и, конечно, разделяю желание своих сотрудников развиваться. В целом мне близка сегодняшняя тенденция, связанная с непрерывным развитием навыков. Я за баланс сил между soft и hard skills. Врачам важно развивать свои коммуникативные навыки, умение работать в команде, осваивать разные поведенческие модели, понимать психологию. И, конечно, с учетом невероятной скорости, с которой постоянно совершенствуются технологии и методики, это профильное обучение, благодаря которому совершенствуемся и мы. Для нас важна актуальность знаний и своевременность. А еще лучше – схватить что-то новое и интересное раньше времени.

А решение о том, где и как будут учиться сотрудники, принимает заведующий отделением, исходя из потребностей рынка и нашей компании. Я же со своей стороны поддерживаю это желание учиться поездками на международные отраслевые выставки и конференции. Поэтому мы всегда в курсе, кто в какой нише лидирует и за какими направлениями будущее.

Только учась у лучших, ты будешь сам становиться лучшим.

– Предположу, что вы сами также принимаете участие в отборе будущих сотрудников клиники. Какие критерии для вас самые важные, на что вы обращаете внимание?

– В целом процесс найма – это задача HR-функции, но каждый сотрудник проходит финальное собеседование со мной. И тут речь уже не о его профильных компетенциях, а о личностных – о его картине мира. Для меня важна личность че-

ловека, который станет частью нашей команды.

Первое и главное качество, которое я хочу видеть, – это порядочность. Дальше – честность. В это понятие я закладываю глубинный смысл: не обманывать, делать все «на максимум». Не так, как было бы удобно и быстро, а быть честным по отношению ко всем – и с командой, и с пациентами. Каждый должен быть абсолютно уверен: «я сделал все, что мог».

И еще одно важное качество – человекоцентричность. Как на внутреннем, так и на внешнем уровне. Медицина, хоть и коммерческая, – это не финансовая сфера. Здесь нужно, чтобы человек относился к другому прежде всего как к человеку, учитывал его специфику. Не оценивал, а заботился о нем.

Почему я так щепетильно отношусь к личностным качествам сотрудников? Все просто: переоценить влияние людей друг на друга невозможно. Если в команде, которая объединена одним подходом – философией заботы о пациенте, окажется хотя бы пара человек, сконцентрированных только на зарабатывании денег, результат будет фатальным в долгосрочной перспективе.

Все, как в спорте: есть команда звезд, а есть звездная команда. Мне всегда хотелось создать именно звездную команду. И пока это получается. Каждым из своих сотрудников я горжусь. В нашей команде нет ни одного человека, чье мнение я не считал бы важным, ценным и компетентным.

– У вас хорошо развита корпоративная культура. Какие основные ценности вы прививаете и развиваете в команде?

– Действительно, без опоры на ценности невозможно ничего построить. И у нас есть самые главные общие принципы. Мы работаем для пациента. Мы в одной лодке, и в ней нет пассажиров. Мы любим то, что делаем. Мы – лидеры в регионе.

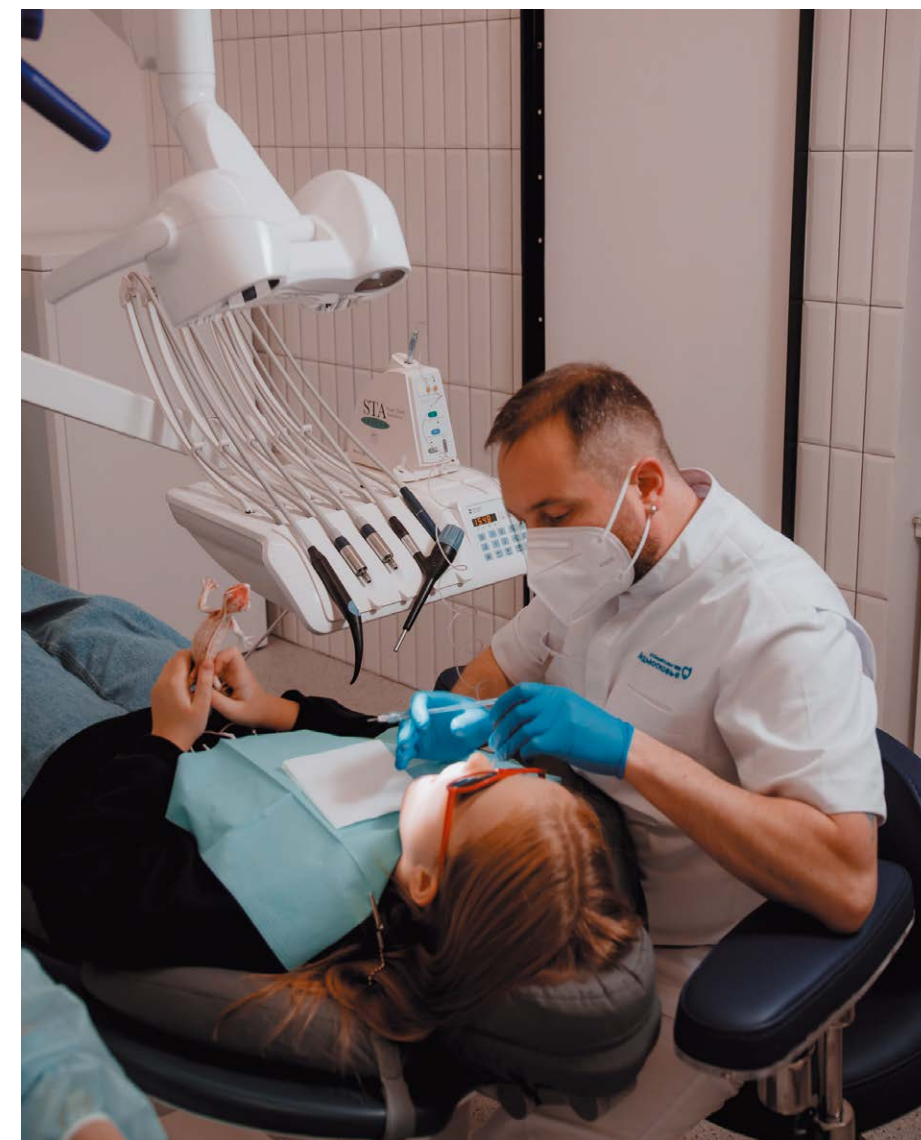
Кстати, у нас нет совместителей: все наши сотрудники работают только у нас, для меня это важный фактор. Это показатель: ты не временщик, ты несешь долговременную ответственность за свою работу, а клиника – это часть жизни каждого сотрудника.

Например, в нашем коллективе есть врач, которая в клинике фактически с ее открытия, почти четверть века. И такая приверженность заслуживает уважения. А еще у нас нет «многоэтажечников» и «универсалов»: у каждого врача своя профильная специализация. Вообще, без профессионалов своего дела, без хороших врачей и поддержки административного состава я бы не создал хорошую клинику. Все они делают колоссальную работу.

«Мы в одной лодке» – это принцип взаимной поддержки и синхронизации действий. Бывает, что мы видим ситуацию под разными углами, предлагаем коллегам варианты решения. Но это не цель – подвергнуть сомнению чью-то компетенцию. Это возможность расширить угол зрения, учитывая специфику индивидуального

случая, это профессиональный совет ради здоровья пациента. Такое возможно, когда, как говорится, команда сработалась. Я всегда хотел, чтобы врачи работали как партнеры, уважая друг друга и ради идеального результата. Я бы назвал это ДНК нашей клиники.

Что касается нашего лидерства, то это признанный статус. Клиника успела завоевать уверенные позиции и стать обладателем различных наград. Например, по итогам 2023 года в «Рейтинге 32top», который формируется из частных стоматологических клиник, мы заняли I место в своем регионе и вошли в топ-50 клиник по России. Кстати, я сам вхожу в состав стоматологического делового клуба «Лидер», который объединяет руководителей ведущих региональных стоматологий от Хабаровска до Калининграда. Это





очень полезное деловое сообщество. Мы встречаемся, обмениваемся опытом, достижениями, технологиями.

– Лидерство клиники «Подмосковье» действительно заслуженное, ведь вы добились качественного оснащения, и теперь здесь прием идет по всем стоматологическим направлениям. Вы охватили полный цикл стоматологических услуг.

– Да, пациент любого возраста, практически с любыми стоматологическими проблемами, запросами может получить у нас полноценную помощь. У нас собственная зуботехническая лаборатория, своя фрезерная. Мы все делаем сами, никуда не отправляем слепки или макеты. И это большой плюс: мы знаем, какой циркон используем, ведь приобретаем его сами, мы следим, как относятся к фрезам, к инструментам, то есть контролируем каждый этап. Все это помогает не только стремиться к идеально-

му результату, но и добиваться его.

Что касается оснащения, мы обеспечили всю клинику комфортными эргономическими креслами и другим оборудованием бренда Sirona. У нас используются микроскопы ZEISS, которые привезла для нас компания «Н.Селла». То есть это самое высокоточное, высокоточное современное оборудование.

В клинике 22 кабинета. Отдельно отмечу, что у нас есть своя операционная. Мы имеем лицензию на применение общей анестезии, а это существенное преимущество для наших пациентов. Во-первых, благодаря этому мы можем лечить детей с особенностями, которым невозможно лечить зубы без наркоза, – это юные пациенты с ДЦП, с аутизмом. И к нам едут семьи не только из Ярославля и области, но и из других регионов. Это очень важный момент для меня: когда видишь, как родители такого сложного ребенка справляются с трудностями, с испытаниями, посланными им,

очень хочется им помочь, внести свой максимальный вклад, и я рад, что такая возможность есть. Знаете, когда на следующий день эти мамы и папы приходят к нам и благодарят, я понимаю, что мы справляемся с нашей миссией. Это дорогого стоит.

А еще в некотором смысле мы стараемся исполнять мечты. Не секрет, что вылечить зубы во сне – это мечта любого человека с фобией. И, конечно, это выход для пациентов с плотным графиком. При большом объеме работы приезжать и лечить каждый зуб по отдельности – это серьезные временные затраты. Мы помогаем их избежать: можно заснуть и проснуться сразу с несколькими вылеченными зубами. В этом отделении оборудована комфортная палата дневного пребывания, где можно восстановиться после наркоза и отдохнуть. Палата оснащена всей системой мониторинга: мы отпускаем пациента домой, только когда видим, что он абсолютно готов к выписке и в полной безопасности.

– Ваша клиника славится своим неравнодушным отношением к пациентам – ведь вы в том числе вносите серьезный вклад в благотворительность.

– Да, я уверен, что каждый человек на своем месте может делать хоть что-то, чтобы помогать другим. Кроме того, медицина – это сфера, которая вообще неотделима от любви к людям и заботы о них. У нас активная социальная позиция: дети из детских домов регулярно и бесплатно проходят лечение в нашей клинике.

У нас установились теплые, дружеские отношения с детскими домами Ярославской области. Почему стоматология как область медицины важна для любого ребенка? Красивая здоровая улыбка – это ведь не просто внешность. Это важный момент социализации. Особенно для подростков, которые начинают стесняться неровных некрасивых зубов. А тем более, если они живут не в семье: важно поддержать их уверенность в себе. Подчас здоровая улыбка – это способ зацепиться за жизнь, найти друзей, расположить к себе окружающих. Хочется помочь ребятам состояться в жизни. В итоге мы не просто лечим. Мы помогаем детям стать уверенными в себе, свободнее общаться, знакомиться с людьми, развивать коммуникативные навыки, а в будущем – найти работу и быть успешнее.

Мы находили спонсоров, которые финансируют лечение детей, а мы, со своей стороны, снижали стоимость лечения. Так общими усилиями помогали ребятам. Например, в этом добром деле участвовали и предприятия области, и хоккеисты из хоккейной команды нашего региона. В ряде случаев мы просто брали расходы на себя. Причем это не простое плановое или поддерживающее лечение. Это серьезные комплексные работы, например установка брекетов или работа с деснами. С 2015 года участниками нашей социальной программы стало 235 детей и подростков нашего региона.

Я убежден, что социальная функция, влияние на изменение позиции общества, помощь – это важная миссия бизнеса.

– Кто ваша сегодняшняя аудитория?

– По территориальному признаку – в основном это Ярославль. Но также к нам приезжают москвичи, жители Вологды, Архангельска, Иваново, Костромы и других соседних регионов. Мы стараемся обеспечить и соседние территории качественной стоматологической помощью.

За годы трансформации работы клиники мы в разы повысили лояльность аудитории. Это был долгий процесс от изменения подхода к формированию команды до совершенно новой культуры стоматологического лечения. Конечно, это не осталось незамеченным и встретило отклик. Наша аудитория существенно расширилась, и я рад, что мы отвечаем запросу тех пациентов, кто со всей серьезностью подходит к выбору клиники и врача.

– Какие ближайшие планы у клиники «Подмосковье»?

– Как я уже говорил, останавливаться на достигнутом мне не свойственно. Поэтому, конечно, курс на масштабирование. Мне близка идея глобального подхода, поэтому не исключаю существенное расширение спектра услуг и коллаборации с другими направлениями. Возможно, мы увеличим и свои площади, чтобы реализовать все планы. Таким образом, мы будем расти и по горизонтали, и по вертикали. Но, безусловно, неизменным останется то, что мы продолжим придерживаться позиции оказания качественной медицинской помощи на самом высоком уровне.





Роман Василядис

Главный врач центра эстетической стоматологии и реконструктивной хирургии DENTA-VIAS, г. Саратов.

Врач-консультант компании Dentsply Sirona по художественной реставрации зубов и эндодонтии.

Посетил многочисленные учебные центры Швеции, Германии, Израиля, Украины, Португалии, Швейцарии, Чехии, России.

Участник различных конгрессов в Греции, Турции, Германии, Израиле, Гонконге, России, Португалии, Дубае.

Практическая деятельность – с 2003 г., в качестве лектора проводит семинары по реставрации зубов, адгезивному протезированию, шинированию зубов.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЛОЖНО РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ

Уже на протяжении нескольких лет в нашу практику активно входят методики по восстановлению сложно разрушенных зубов. И пришло к нам это все не в связи с отказом пациентов удалять эти зубы, а в связи с появлением новых знаний, новых техник, материалов и методик.

И, конечно, перед нами всегда встает вопрос «А зачем нам вообще спасать зубы?»

Ведь у нас есть нормы и стандарты восстановления зубов, или классическое замещение отсутствующих зубов различными протезами и имплантация.

Но и тут мы должны понимать, что во всех этих вариантах замещения отсутствующего зуба есть свои плюсы и минусы. Обработка соседних зубов для мостовидных протезов, депульпирование зубов, съемный протез, очень ответственная имплантация и не менее ответственное протезирование. Ну и, конечно, часто пациенты остаются просто без зуба или зубов, и мы получаем большое зубоальвеолярное перемещение зубов, которое потребует в будущем ортодонтического выравнивания для последующего протезирования и изменения со стороны костной и десневой ткани, сопровождающегося реконструктивной пластикой кости и десны.

Также в практике мы встречаемся с травмами в детском и подростковом возрасте, когда невозможны имплантация и классическое протезирование в связи с физиологией организма, а отсутствие зуба до 18-19 лет приводит к большим изменениям в зубочелюстной системе.

Не менее важны и финансовые ограничения со стороны пациентов, которые в силу обстоятельств не могут себе позволить провести то самое «стандартное» лечение (удаление, протезирование, имплантацию).

Сложное лечение и сохранение зуба могут дать нам возможность отсрочить стандартное лечение и применить нестандартные техники и методики для временных решений. Но, как мы часто наблюдаем за 17-летний период, эти виды лечения зубов дают достаточно хорошие результаты и то, что мы называем временным решением, становится постоянным.

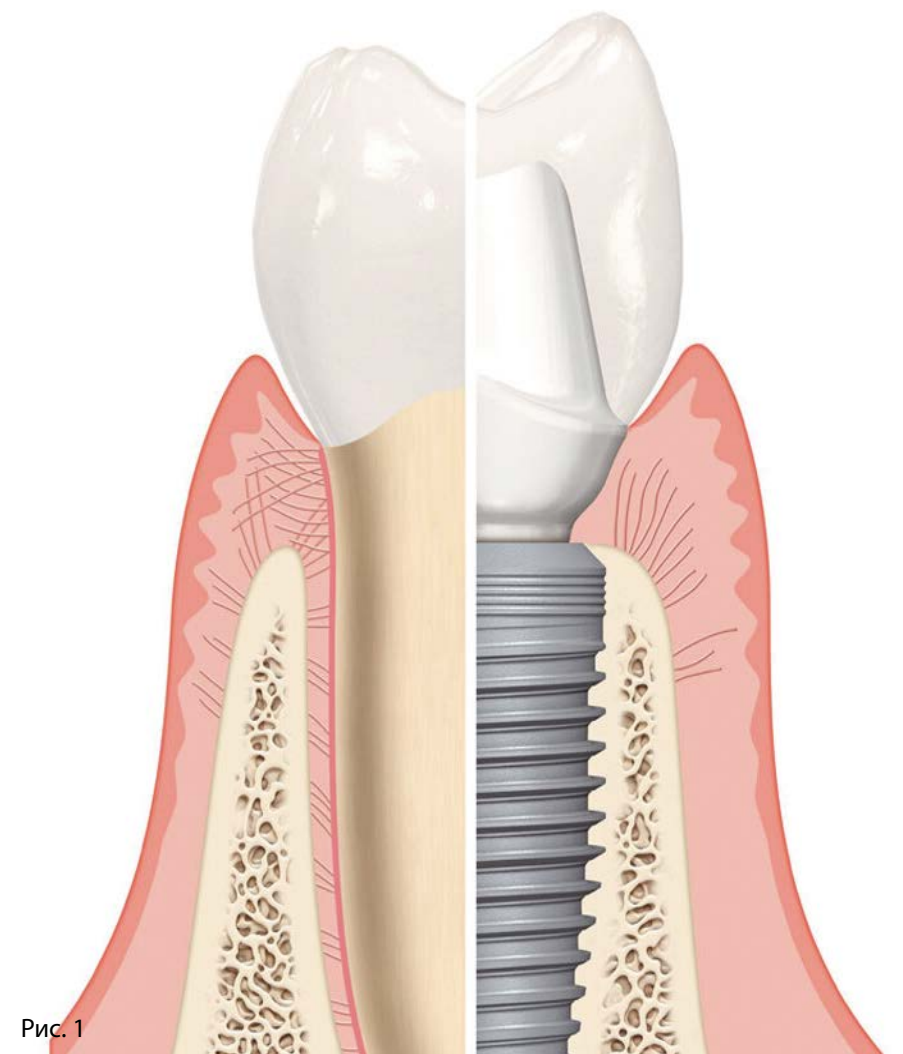


Рис. 1

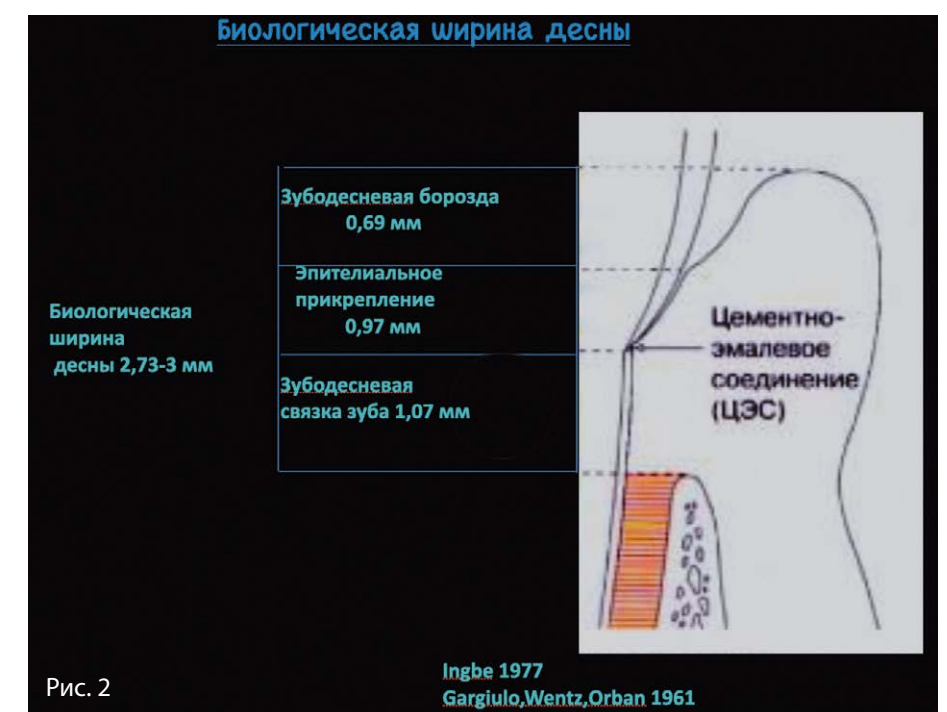


Рис. 2

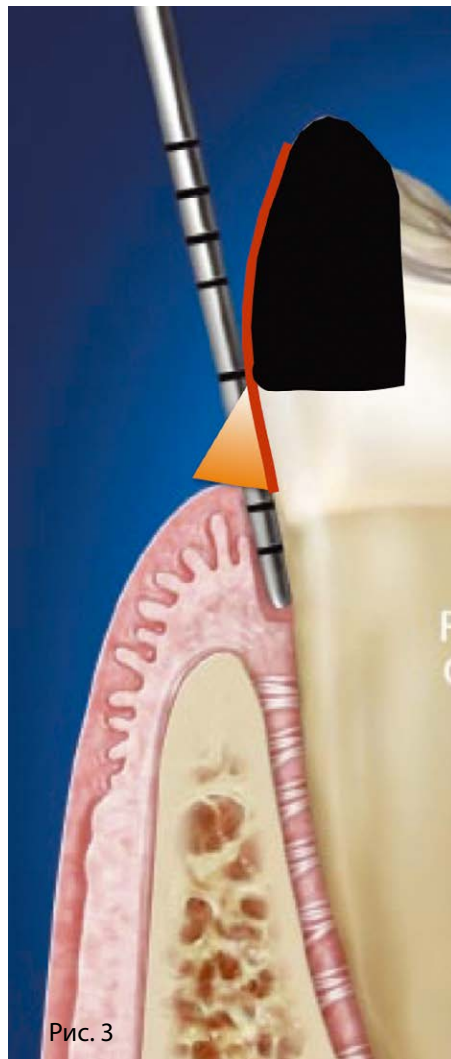


Рис. 3

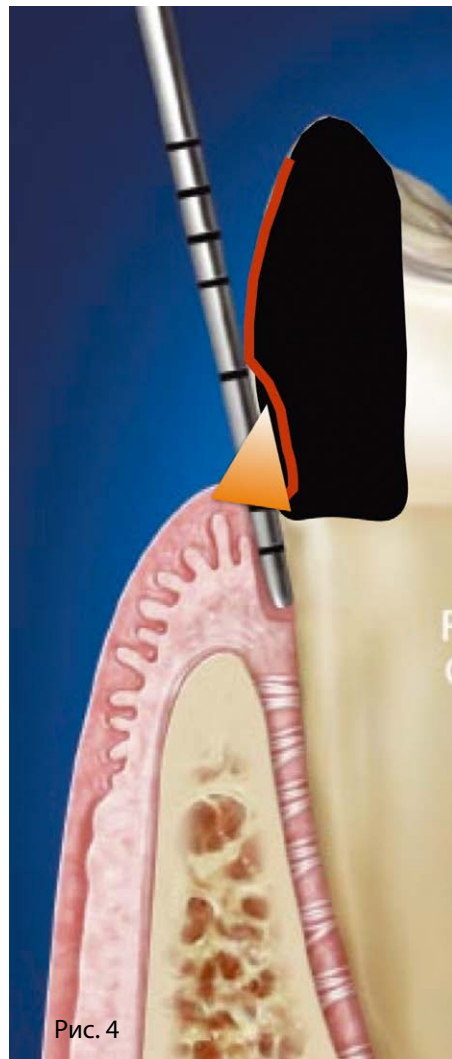


Рис. 4

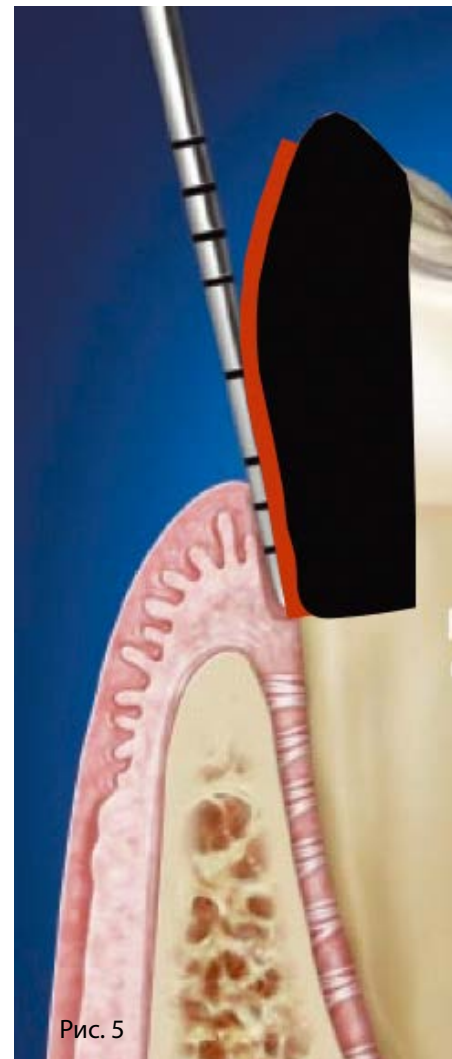


Рис. 5

Конечно, предлагая пациентам стандартный протокол лечения, а именно – замену разрушенного зуба имплантом, мы должны четко осознавать разницу между зубом и имплантом и задаться вопросом «Чем имплантат лучше зуба в конкретной ситуации?» (Рис. 1).

Каждый грамотный специалист хирург-стоматолог ответит на этот вопрос безапелляционно: с биологической точки зрения – ничем. Более того, всегда выиграет зуб с окружающими тканями и его многочисленными возможностями адаптации ко всяким манипуляциям. Так уж устроено, что имплантат в силу своей механической природы взаимодействия с окружающими тканями и ортопедическими конструкциями не может предоставить возможность воспроизвести все биологические принципы, заложенные организмом,



Рис. 6

в той же степени, как это организовано у зубов. Нет защитной функции пародонта, естественной амортизации в кости, нет рациональной передачи нагрузки на кость в соответствии с биологическими правилами, что само по себе уже провоцирует атрофию костного объема со временем. Нет никаких видов чувствительности, как у зуба и окружающих его структур, нет, в конце концов, мягкотканного комплекса, окружающего и защищающего зуб, и т.д. Вывод: очень много факторов говорят о том, что зуб является более логичным и желательным органом, нежели имплантат. Пока единственное показание для имплантации – это отсутствие зуба или полная невозможность его восстановления.

Какие клинические случаи нас могут ожидать, и какие важные этапы мы должны соблюдать во время лечения? Что нас ждет, и к чему мы должны быть готовыми? Чем нам нужно запастись и что еще приобрести в дополнение к имеющимся у нас материалам?

В данной статье будет представлена всего лишь часть методик и материалов, и мы рассмотрим несколько клинических случаев с объяснением вариантов лечения.

Проблема восстановления сложных дефектов – это решение вопросов с изоляцией, и даже обычная полость класса 2 может считаться особо сложной при расположении края дефекта уже на глубине 2 мм под десневым краем.

В данных дефектах мы располагаемся в зоне биологической ширины, где кроме свободной краевой десны границы дефекта могут находиться в зоне прикрепленной порции десневой манжеты и еще того хуже – уже в зоне альвеолярной кости (Рис. 2, 3, 4, 5).

Стандартные способы изоляции, при которых мы применяем обычную матричную систему и клинья (как стандартные деревянные, так и поддесневые клинья Palodent (Рис. 6)), бывают недостаточными.

Недостаточная изоляция ведет за собой образование вторичного кариеса, гиперчувствительности и воспаление десны. Глубокие дефекты создают проблемы при снятии оттисков



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 12



Рис. 11



Рис. 13

или сканировании при не прямых реставрациях. А еще хуже с адгезивной техникой фиксации конструкций из безметалловой керамики в силу неконтролируемой влажности поддесневой зоны (Рис. 7, 8, 9).

Также при восстановлении зубов мы не должны забывать о должной изоляции. Конечно, не всегда мы можем использовать всю систему раббердам в силу его ограничения в очень сложных условиях, но это не означает, что мы сделаем работу некачественно с альтернативными системами изоляции.

Чаще всего при изоляции данных дефектов используется нестандартный инструментарий. К примеру, это индивидуализированные клам-



Рис. 14

пы, клинья, матричные системы, плотные платки, подвязывание матриц флоссом и другие способы (Рис. 10, 11, 12, 13, 14).

Переломы стенок зубов после эндодонтического лечения – еще один вид травмы зубов со сложным исходом. И в классическом варианте данные виды дефектов считаются невосстанавливаемыми и зубы подвергаются удалению. Это связано с зоной финишной границы самого перелома. Она проходит, как правило, в пределах альвеолярной кости, и так как тут отсутствует свободная борозда для изоляции матричными системами, ретракционными нитями, лентой «фум» и все осложняется постоянным кровотечением и микроподтеканием, стоматолог отправляет этот зуб на удаление.

В нашем случае уже более 15 лет происходит создание борозды пиковидным бором (без кольцевой) средней зернистости (авторский способ), мы создаем новую борозду между костью и корнем зуба, при этом не повреждая как десневую, так и основную костную ткань.

На этом же приеме, если возможно изолировать дефект сразу, мы приступаем к его восстановлению, а при наличии сложных условий ставим композитную временную пломбу или

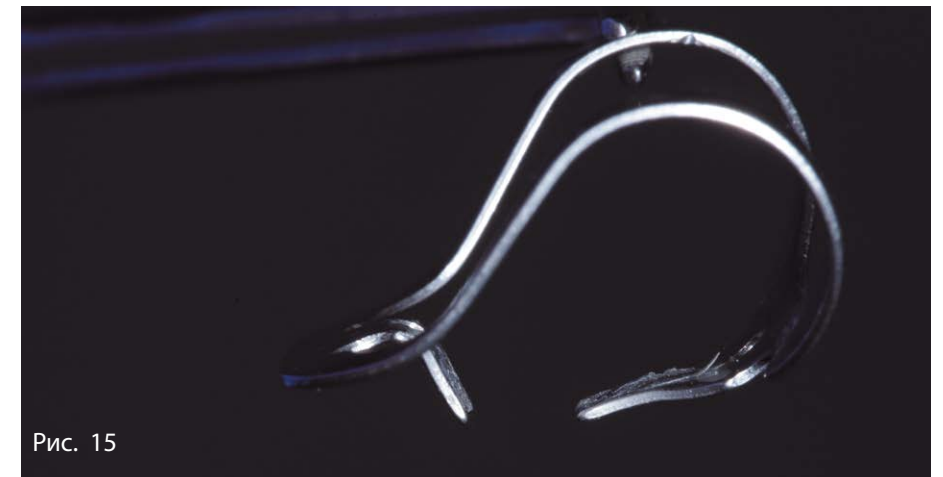


Рис. 15

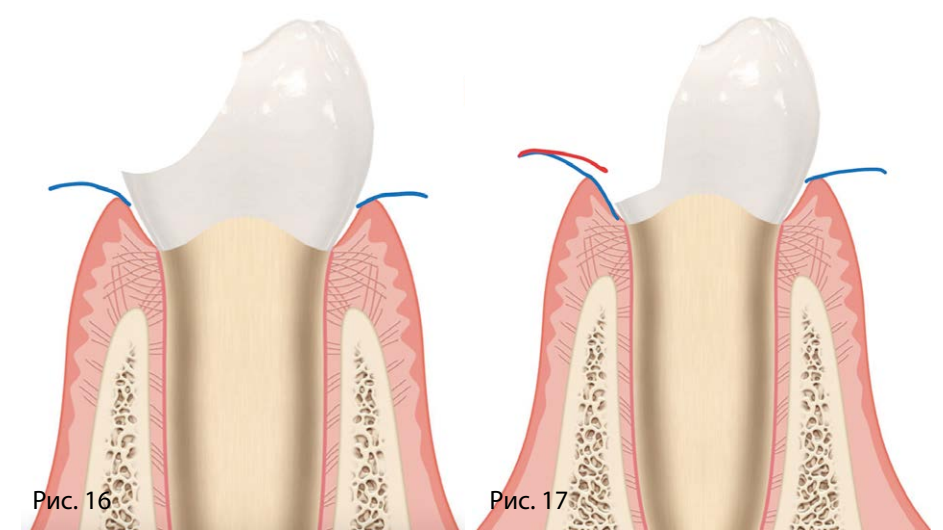


Рис. 16

Рис. 17

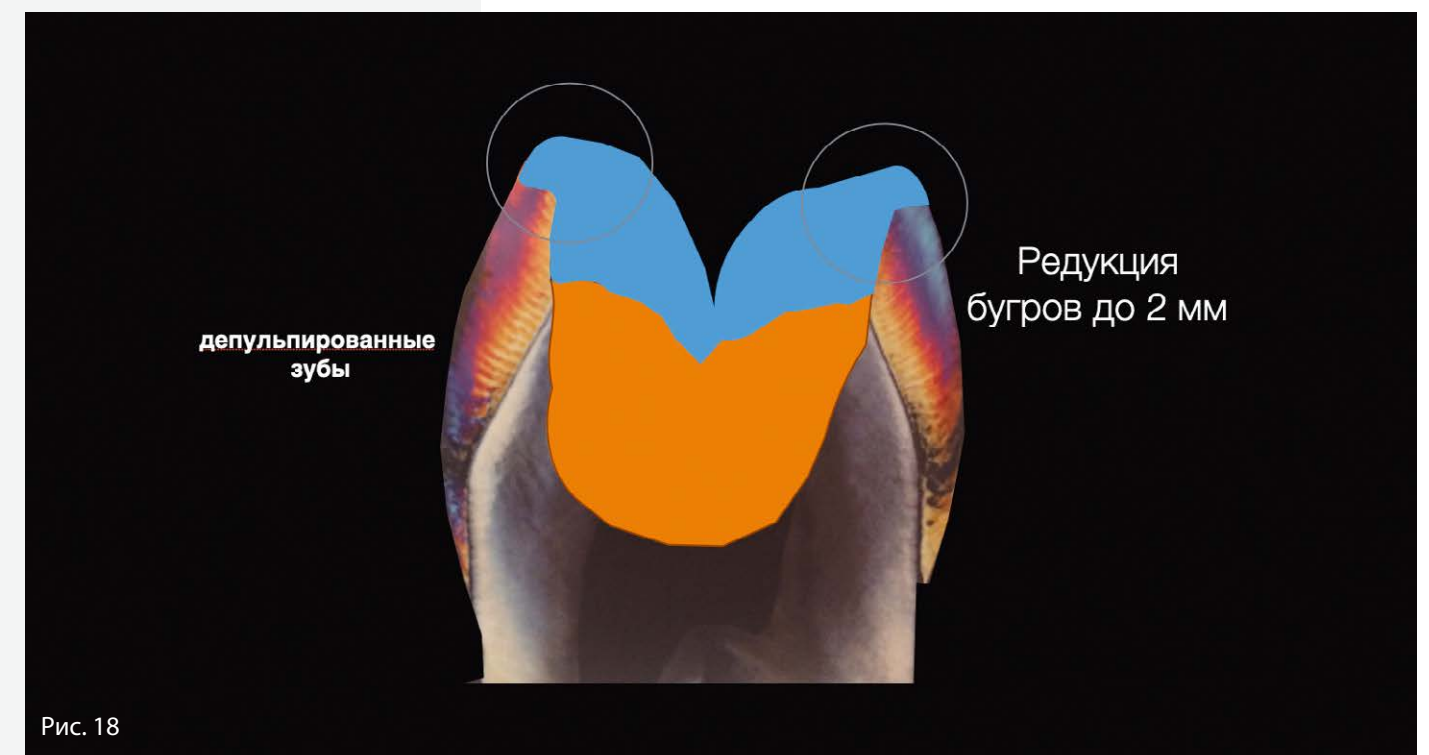


Рис. 18

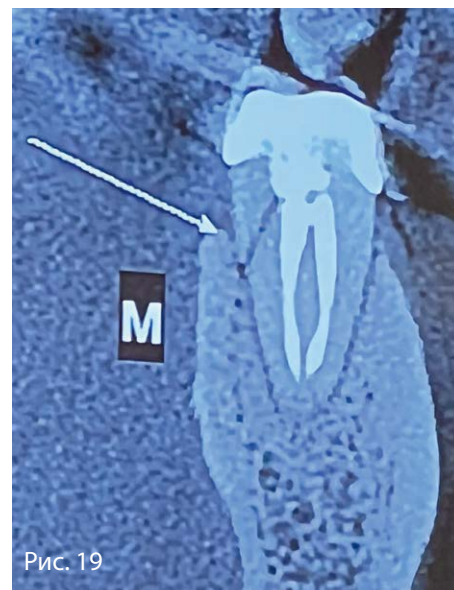


Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23



Рис. 24

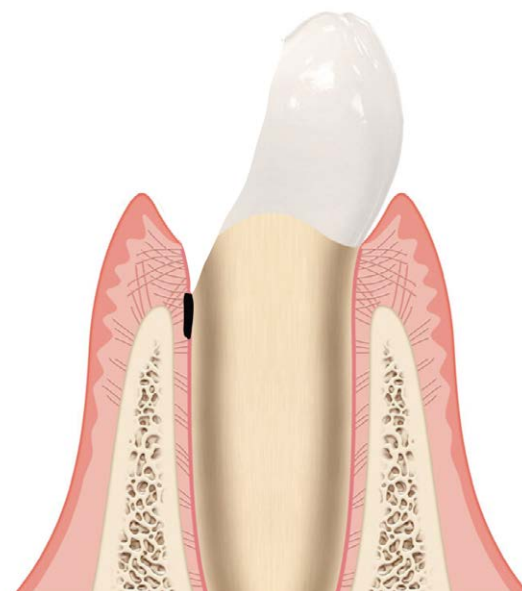


Рис. 25

пасту по типу Парасепт, Септопак. Через 2 недели происходит эпителизация десны, и уже в более комфортных условиях мы можем работать как с коффердамом, так и без него без особых сложностей. А что с десной в нашем случае? Как она реагирует на все наши манипуляции? Возьмем, например, перелом на один сантиметр вестибулярной стенки корня центрального резца и восстановим его. Обратим внимание на ответную реакцию десны через 2 недели и через 5,5 месяцев.

Данный способ дает возможность не потерять зениты шеек зубов и получить рецессию в отличие от классической «европейской» методики или методики открытого лоскута для удаления части кости и визуализации

зоны дефекта. Данный способ восстановления даже дает возможность для ремоделирования мягких тканей и позволяет получить более плотный биотип.

Стандартные матричные системы, имея память своей формы, сложно подстраиваются под неровный дефект травмы или кариозного процесса. Приходится дополнительно прижимать края или центр матрицы, на что уходит достаточно много времени, и в большинстве случаев дефект остается недоизолированным.

Также в данном случае, как и во многих других, очень помогает латунная или медная полоска, индивидуализированная под матрицу, в связи с чем она принимает форму неровной поверхности, вернее мы ее прижимаем, и она держит форму данной поверхности (отсутствует память формы). Это еще один авторский способ изоляции в сложных клинических ситуациях.

Работа с круговыми матрицами типа Tofflemere дает плоский профиль выхода композита в поддесневой зоне, и в будущем мы получаем в силу отсутствующего «прижатия» десневого зенита или десневых сосочков их потерю как по объему, так и по высоте.

Получается, при потере кости, которая в основной части ушла вместе с переломом корня, должна уйти и десна. Но время показывает обратный эффект. Если коротко описать результат удержания десневого зенита и объема десны, то это правильная неишемическая компрессия десны со стороны новой реставрации, правильный анатомический профиль прорезывания новой композиции. Этим самым подталкивая мягкие ткани, они дают физиологический рост и увеличение объема.

Мягкие ткани подстраиваются под будущую реставрацию, как бы окутывают ее со всех сторон, принимая тот профиль, который мы создали реставрацией.

Различные дефекты, встречаемые в нашей практике в связи со сложностью доступа, не поддаются лечению



Рис. 26



Рис. 27



Рис. 28



Рис. 29



Рис. 30

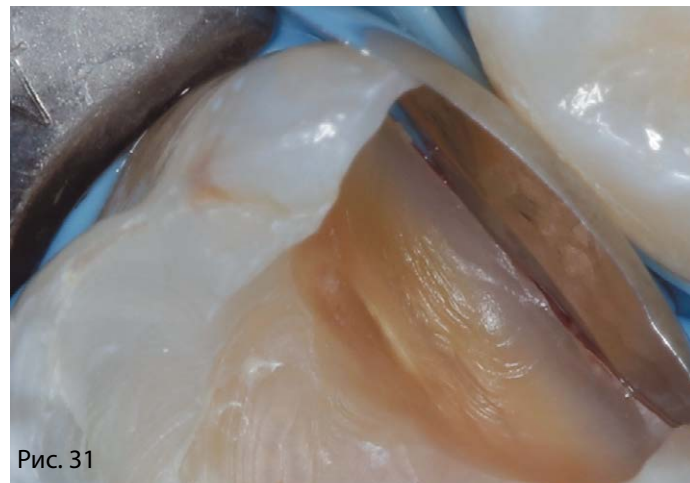


Рис. 31



Рис. 32



Рис. 33

именно из-за незнания таких тонкостей и деталей. И нормативные данные нам не позволяют их восстанавливать. Понимая все это и сопоставляя все реальности времени, конечно, мы отступаем от стандартов и принципов. Молодой возраст, финансовая ограниченность и всевозможные временные решения нас подталкивают на применение нестандартных методик.

К таким дефектам также относятся, например, резорбции корней.

После удаления пораженных тканей корня и создания так называемой «свободной борозды» мы имеем возможность изолировать дефект и восстановить его (как правило, на втором приеме через 1,5-2 недели после эпителизации окружающих тканей).

При восстановлении корней мы не забываем, конечно, принцип феррул-эффекта и его данные (высота ободка корня 3 мм и ширина 2 мм). Это так называемый стандарт, при котором мы используем различные варианты реставрационной стоматологии



Рис. 34

или постортодонтического восстановления. Тут мы применяем как стекловолоконные штифты, так и титановые, в зависимости от того, какой тип восстановления будет использован в косметических целях или в функциональных. Использование принципа под названием «цветовой билдап», описанного мною много лет назад, может помочь замаскировать любой дискolorит, даже если это металлический штифт для прямой реставрации или поствосстановление керамической конструкции.

Но часто мы работаем с недостаточным феррулом. В таком случае мы уже отходим от принципов классического постпротезирования по типу безуступного, технику В.О.Р.Т., описанную итальянским стоматологом Ignacio Lou. Таким образом мы получаем дополнительную ретенцию в поддесневой зоне. Техника имеет свои тонкости и детали, поэтому нужно изучить ее принципы восстановления.

Преимущество данной техники при компромиссных ситуациях – это дополнительные ткани и максимальное сцепление за части корня во избежание его переломов восстановленными металлическими вкладками, при использовании которых коронка за исключением сцепления с корнем не имеет прикрепления за его ткани (фото выпавших вкладок и переломов корней).

В таком случае мы применяем иной способ восстановления. Это индивидуализированные стекловолоконные штифты, фиксированные на адгезивный протокол с использованием активаторов полимеризации адгезива, и перевод из световой фазы в химическую, а также использование титановых (активных) штифтов совместно с применением техники В.О.Р.Т.

Часто при таких ситуациях для получения полноценного феррула применяется также метод экструзии зубов. Используются разные способы: полное удаление корня с последующей фиксацией на 1,5-2 месяца, медленная экструзия (для получения мягких тканей) и быстрая, форсированная экструзия от 1 дня и до момента вытя-

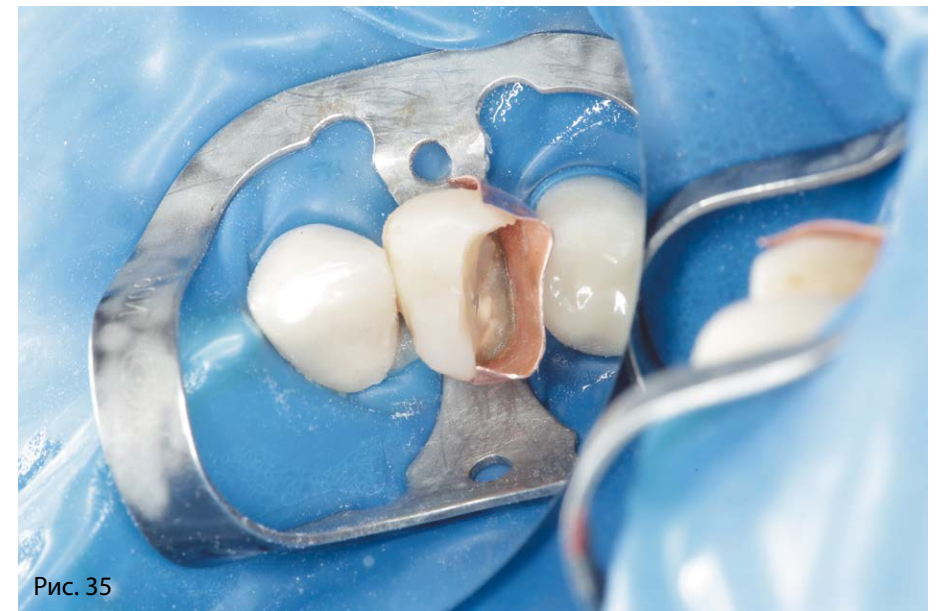


Рис. 35



Рис. 36



Рис. 37

жения (может длиться до недели). По истечении 1-1,5 месяцев, как правило, идут только восстановление культи зуба и временное протезирование до момента стабильности корня.

В некоторых ситуациях с целью будущей последующей косметической прямой реставрации или при невозможности применить даже технику безупрочного протезирования в силу конусного корня применяется мой авторский протокол восстановления корня с последующим внутренним шинированием с соседним зубом стекловолоконной лентой. В течение 15 лет протокол менялся несколько раз. При этом мы не используем методику протезирования даже в силу сложной передачи цвета, текстуры и характеристик соседних зубов зубным техником. И, принимая во внимание сложность технической работы одиночной коронки, во фронтальном отделе мы часто используем композитную реставрацию для простого и быстрого получения результата за одно посещение.

Надо понимать, что керамика и композит – это всего лишь материалы для исполнения и получения результата. И решение, каким из них мы будем работать, зависит от наших навыков и профессионализма. В функциональном плане, как и в эстетическом, сегодня мы получаем достойные результаты с применением обоих материалов.

В настоящее время сложно следовать стандартам с современными техниками и материалами. Многочисленные семинары и доступность информации дают нам возможность смотреть на лечение как простых, так и сложных зубов другим взглядом.

Сегодня тема зубосохранения и нестандартных подходов к решению сложных клинических задач встает на одно из первых мест. Многолетние наблюдения за такими зубами показывают очень хорошую выживаемость реставраций, и это позволяет нам обдуманно подходить к решению тех или иных задач.



Рис. 38



Рис. 39



Рис. 40

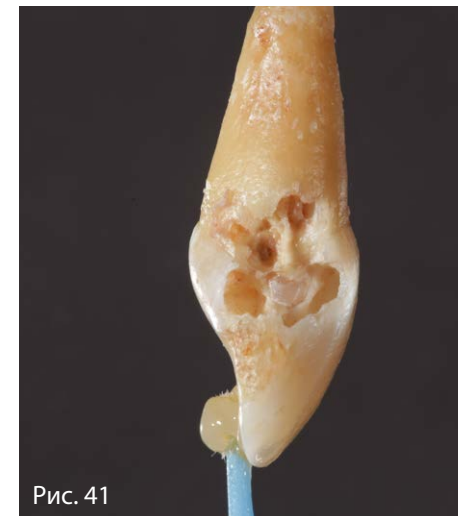


Рис. 41



Рис. 43



Рис. 45

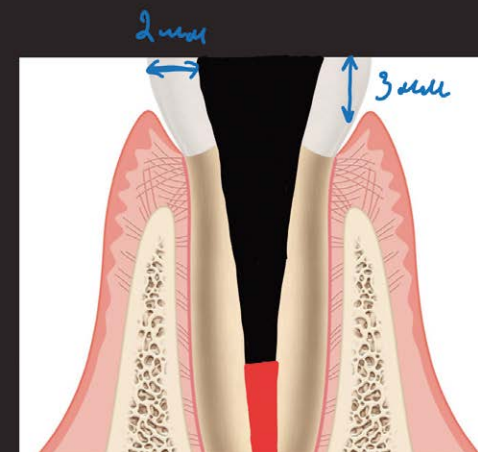


Рис. 47

ФЕРРУЛ-ЭФФЕКТ

- ▶ 3 мм над десной
- ▶ 2 мм ободок корня
- ▶ Полноценный и неполноценный феррул
- ▶ Вертикальная и горизонтальная нагрузка
- ▶ Тип конструкции (ортопедия, терапия)
- ▶ Тип препарирования (ВОРТ или уступ)
- ▶ Тип восстановления зуба
- ▶ Окклюзия

Рис. 42



УСТУП



Рис. 44

В.О.Р.Т.

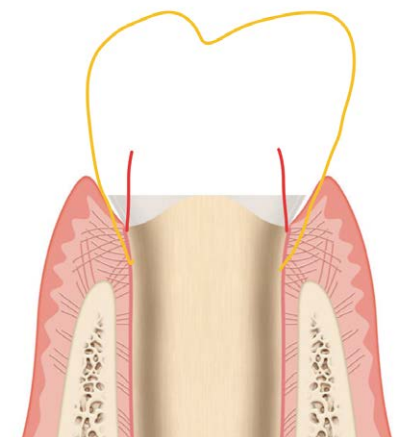


Рис. 46



Рис. 48



Рис. 49



Рис. 50



Рис. 51



Рис. 52



Рис. 53



Рис. 54



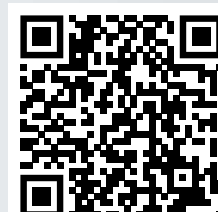
SHINING 3D®

Новый интраоральный сканер от SHINING 3D

Aoralscan 3



РЕКЛАМА РЭН 2023/21119 от 18.09.2023



СКАНИРУЙТЕ ПРОСТО

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД ПРИ НЕОДОНТОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ



Дмитрий Юдин

*Врач МНИОИ им. П.А.Герцена
Медицинский редактор журнала
Dental Club.*

*Ответственный секретарь секции
«Онкоскрининг в стоматологии»
СтАР.*

*Научный сотрудник ФГБУ НМИЦО
ФМБА РОССИИ.*

Челюстно-лицевой хирург.

Стоматолог, физиотерапевт.

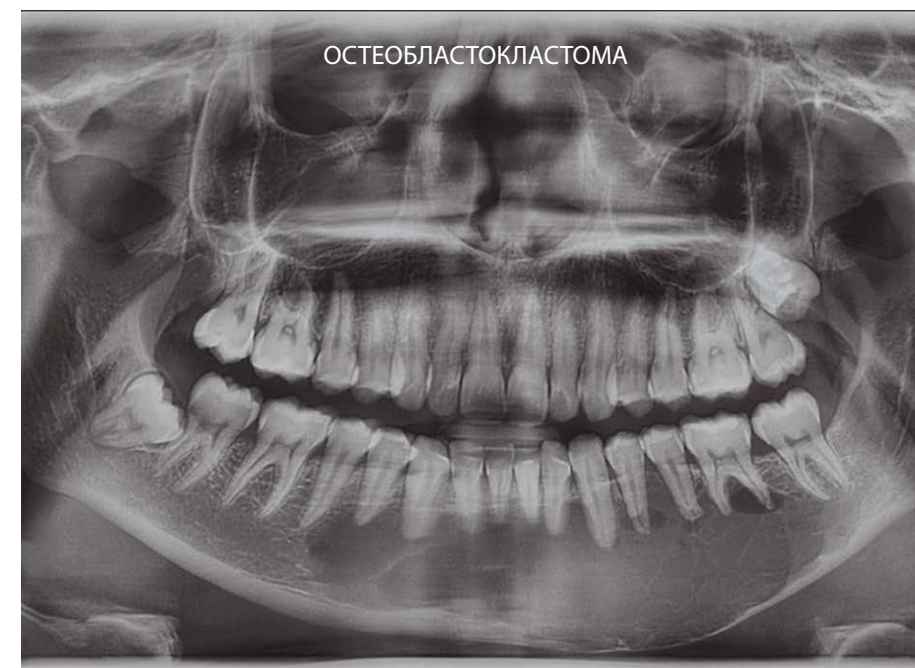
Наибольшую сложность в диагностике и лечении новообразований челюстей представляют собой именно неодонтогенные опухоли, которые часто рядовые врачи-стоматологи принимают за апикальные/радикулярные расширения (периодонтиты). Действительно, подавляющее большинство находок при первичном приеме часто можно спутать с большими радикулярными кистами, которые хорошо поддаются консервативному лечению даже при больших размерах. Но что делать, если перед нами большое новообразование и нет уверенности в абсолютной доброкачествен-

ности процесса, а размеры опухоли занимают почти весь орган (челюсть)? Всегда ли лечение таких новообразований подразумевает радикальное вмешательство? В этой статье вашему вниманию будет представлен клинический случай диагностики, лечения и реабилитации пациента с подобной ситуацией, который может стать инструкцией и руководством к действию для врачей всех заинтересованных специальностей: стоматологи (терапевты и хирурги), ЧЛХ и онкологи.

Пациентка 24 лет обратилась по направлению коллеги с места жительства с объемным новообразованием нижней челюсти с целью прохождения ортодонтического лечения. По данным проведенной лучевой диагностики, обнаружено новообразование, занимающее тело нижней челюсти от зуба 36 до зуба 45. Подвижности зубов, как и болезненной перкуссии или пальпации, не определялось, но при осмотре зоны переходной складки отмечалось вздутие кортикальной пластинки с симптомом Рюнге-Дюпуитрена.

При более детальном рассмотрении опухоли, по данным РКТ, отмечалось сильное истончение кортикального слоя, что в свою очередь позволило провести предварительно пункционную биопсию и получить микроскопическое описание полученного материала как остеобластокластомы. Данная опухоль является неодонтогенной и не подлежит консервативному лечению методом порта или посредством эндодонтического лечения. Напротив, такая тактика лечения может спровоцировать продолженный рост опухоли или ее озлокачествление с неблагоприятным исходом заболевания.

Под местной анестезией с применением инъекционного шаблона навигатора была проведена интраочаговая резекция нижней челюсти с сохранением целостности и непрерывности кости. Нижелуночковый нерв был выделен и сохранен на всем протяжении, а костная полость была обработана алмазным шаровидным бором. Для предупреждения перелома челюсти в послеоперационном периоде перед началом вмешательства нами





была создана прямым методом назубная шина, которую пациентка носила все время до полного выздоровления.

Костная полость была заполнена йодоформной турундой, которая менялась раз в две недели с уменьшением ее объема по мере формирования костной полости. После получения гистологического заключения, которое подтвердило первичный диагноз, пациентке было предложено прохождение курса ФЗТ, который включал в себя импульсные токи, ИК-лазер и О₂-терапию. С целью проведения третичной онкопрофилактики пациентка получала курс ФНО-альфа.

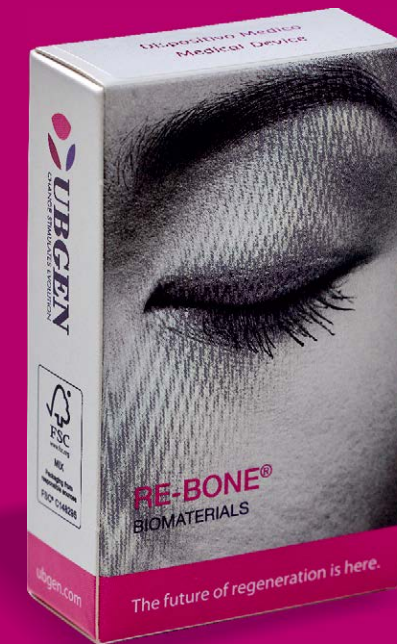
Перед вами результат 15 месяцев наблюдения и ведения пациентки, где на контрольном РКТ четко прослеживается полное восстановление целостности костной ткани. Мы видим восстановление всей анатомии тела челюсти, как кортикального, так и губчатого слоя. Важно подчеркнуть, что нам также удалось восстановить и чувствительность нижней губы слева, которая отсутствовала после проведения операции в первые два месяца. Такой результат был достигнут при своевременном начале восстановительной терапии по результатам гистологического исследования. Полученный результат и объемы восстановленной костной ткани практически полностью соответствуют нормальным показателям здорового человека.

На контрольной ОПТГ спустя 4 года после операции мы наблюдаем стабильный результат со специфическим костным рисунком, который характерен перенесенному вмешательству и тактике лечения. Хочется подчеркнуть, что главным результатом оказанной помощи является не только сохранение челюсти как органа, но и всех заинтересованных процессом зубов. После снятия шинирующей конструкции нами проводилось ЭОД, и только впоследствии эндодонтически пролеченные зубы не дали никакого ответа при оценке их жизнеспособности. Такой результат был достигнут за счет своевременной и адекватной диагностики и своевременной тактики восстановительной терапии в сочетании с третичной онкопрофилактикой при помощи ФНО-альфа.

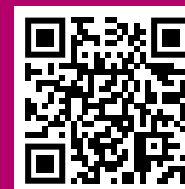


RE-BONE®

НАТУРАЛЬНЫЙ КОСТНЫЙ МАТЕРИАЛ,
ОБРАБАТЫВАЕМЫЙ ПРИ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ



- ▼ Стерильность
- ▼ Биологическая совместимость
- ▼ Резорбция и ремоделирование



Москва
+7 (495) 783-33-10
neodent@nsella.ru

Санкт-Петербург
+7 (812) 982-25-39
sp@nsella.ru

Екатеринбург
+7 (343) 345-45-39
ural@nsella.ru



Фролов
Алексей Михайлович

Главный врач клиники.
Кандидат медицинских наук.
Опыт работы: с 1996 г.

- Стоматолог-хирург.
- Стоматолог-пародонтолог.
- Стоматолог-ортопед.

Специализация:

1. Хирургия полости рта любой сложности.
2. Имплантация и осложнения имплантологического лечения.
3. Направленная регенерация тканей.
4. Консервативная и хирургическая пародонтология.
5. Экструзионная терапия.
6. Терапия осложнений после лечения зубов и установки имплантатов.
7. Ортопедическая реабилитация с учетом функциональных и эстетических параметров.



Погосян
Нателла Мкртичевна

Врач – стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед.
Кандидат медицинских наук.
Опыт работы: с 2011 г.

Специализация:

1. Имплантация.
2. Навигационная хирургия.
3. Малоинвазивные методы подготовки костной ткани перед имплантацией.
4. Эстетическая и функциональная реабилитация пациентов ортопедическими конструкциями.
5. Экструзионная терапия.
6. Ультраконсервативная пластика мягких тканей.

Научная деятельность:

Изучение, применение и реализация малоинвазивных способов сохранения собственных тканей.
Автор и соавтор 20 научных публикаций, входящих в рецензируемые издания ВАК и Scopus.
Автор и соавтор 2 патентов.

ТМС & ТСК НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Представлен клинический случай пациентки, обратившейся в Spasiboclinic с жалобами на отек, наличие хронического воспалительного процесса в области центральных зубов, наличие рубцовых изменений.

Со слов пациентки, в детстве у нее была травма, после которой ей неоднократно проводили резекцию верхушек корней зубов, пломбирование корневых каналов материала-

лом, содержащим серебро, и в дальнейшем ортопедическое лечение.

В данном кейсе продемонстрированы возможности комплексного подхода ТМС и ТСК, повторного эндодонтического лечения, апикальной хирургии и повторного ортопедического лечения.

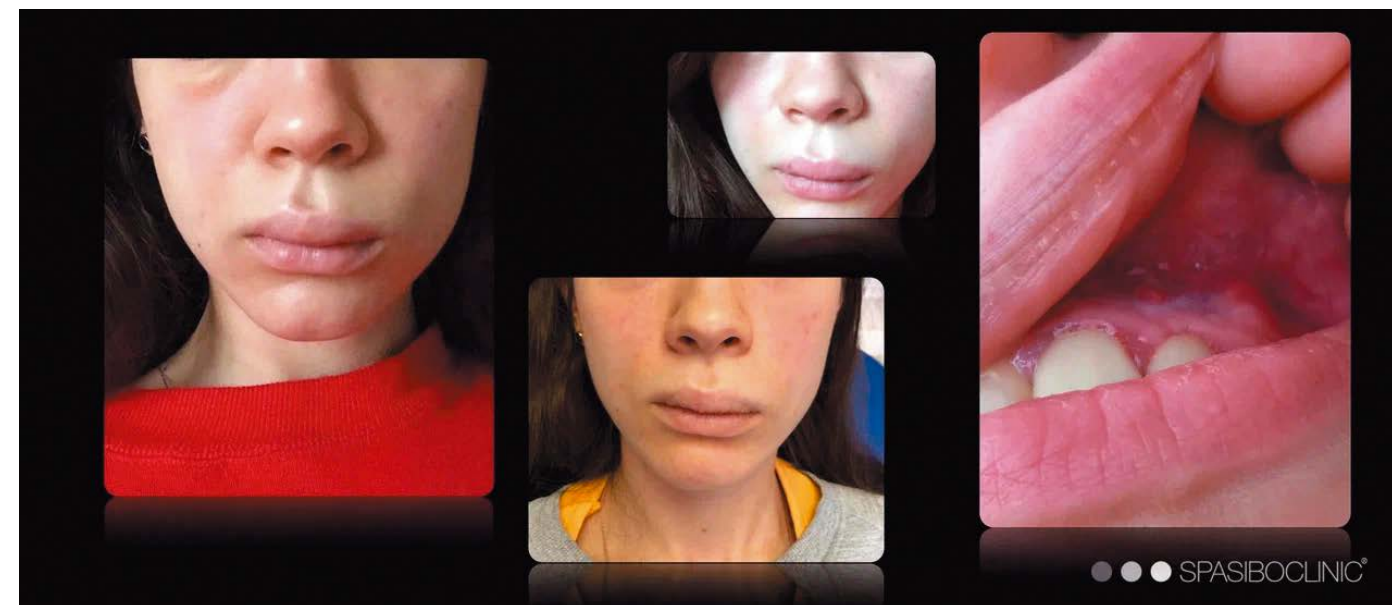


Рис. 1. Исходная ситуация



Рис. 2. Снимки компьютерной томографии, демонстрирующие деструкцию костной ткани в периапикальной области



Рис. 3а. Клинический осмотр полости рта. Определяются нарушение биологической ширины, рубцовые изменения слизистой оболочки

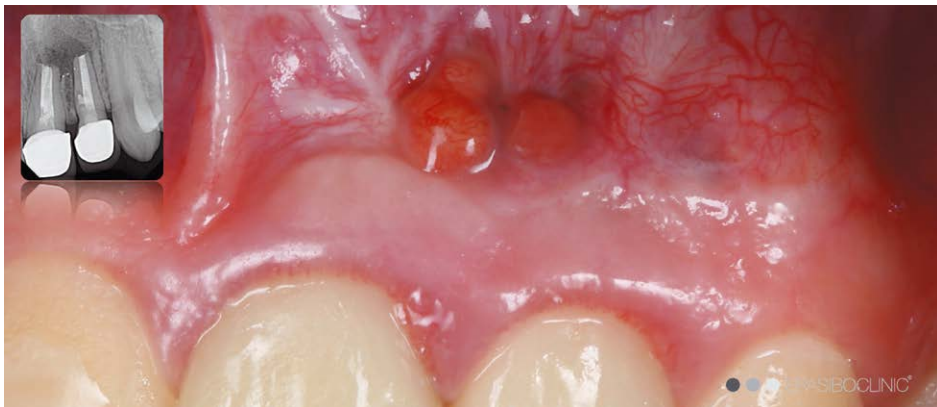


Рис. 3б. Инфильтрат на слизистой оболочке в проекции вершины корня зуба



Рис. 4а. TMC



Рис. 4б. TSC

Рис. 5. Полученный результат спустя 2 недели



Рис. 6а. Изготовление и фиксация временных конструкций



Рис. 6б. Цистэктомия с ретроградным пломбированием



Рис. 7. Вид послеоперационной области





Рис. 8. Тейпирование

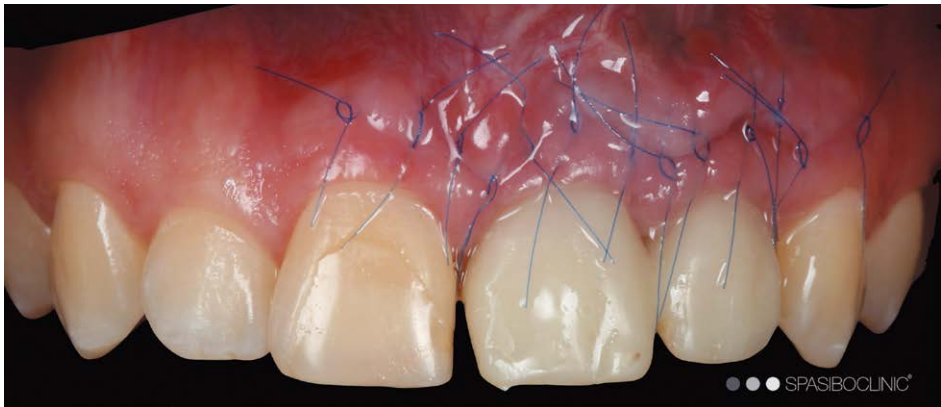


Рис. 9а. Вид послеоперационной раны спустя 7 дней



Рис. 9б. Вид послеоперационной раны под увеличением



Рис. 10а. Оценка уровня зенитов после проведенной экстррузии и изготовления временных коронок

Рис. 10б. Оценка уровня зенитов после проведенной экстррузии и изготовления временных коронок



Рис. 11. Повторное эндодонтическое лечение зубов 21, 22



Рис. 12. Определение цвета будущей конструкции





Рис. 13а. Вид мягких тканей после TMC & TSC



Рис. 13б. Вид мягких тканей после TMC & TSC



Рис. 13в. Вид мягких тканей после TMC & TSC



Рис. 14а. Снятие слепков для изготовления постоянных ортопедических конструкций

Рис. 14б. Снятие слепков для изготовления постоянных ортопедических конструкций



Рис. 15а. Постоянные ортопедические конструкции



Рис. 15б. Коронки из диоксида циркония с керамической облицовкой – 21, 22; цельнокерамический винир – 11



Рис. 16а. Состояние мягких тканей перед фиксацией, после снятия временных конструкций





Рис. 16б. Состояние мягких тканей перед фиксацией, после снятия временных конструкций



Рис. 17. Фиксация постоянных реставраций



Рис. 18. Закрытие свищевого хода происходило поэтапно в течение года



Рис. 19. Выход материала из свищевого хода

Рис. 20а. Контроль закрытия свищевого хода гуттаперчевым штифтом



Рис. 20б. Контроль закрытия свищевого хода

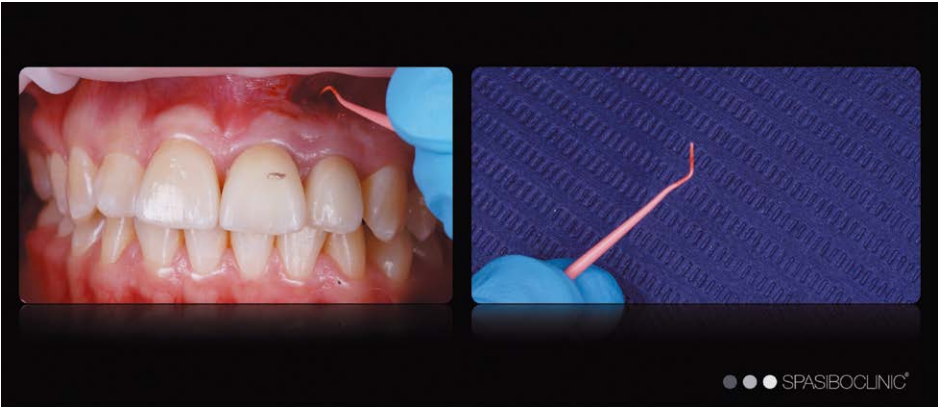


Рис. 21. Полное закрытие свищевого хода; интеграция постоянных реставраций



Рис. 22. Рентгенологический контроль всех этапов проведенного лечения





Рис. 23. Клиническая картина и рентгенологические снимки. Отдаленные результаты – 3 года

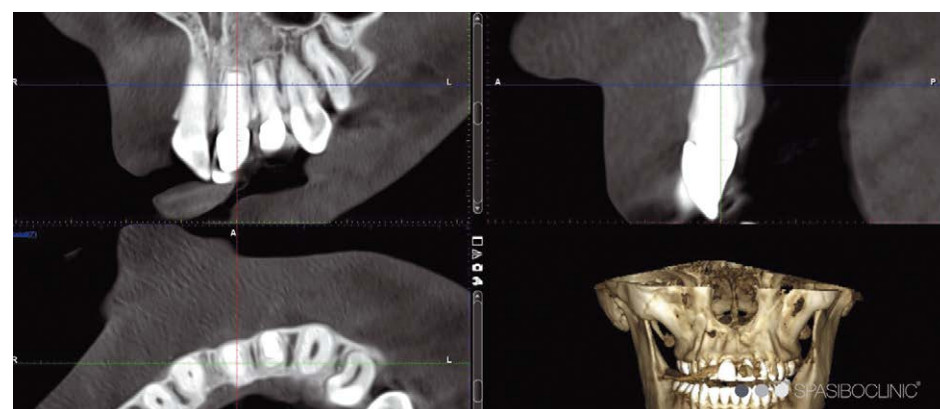


Рис. 24. Компьютерная томография причинных зубов. Отдаленные результаты



Рис. 25. Компьютерная томография причинных зубов в сравнительном аспекте спустя 3 года



Рис. 26. Клиническая картина в полости рта. Отдаленные результаты – 3 года

Dentsply
Sirona

Только лучшее
в ваших руках



B vk.com/nsella

Москва
Телефон: +7 (495) 771-75-39
info@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург
Телефон: +7 (812) 982-25-39
sp@nsella.ru, www.nsella.ru

Екатеринбург
Телефон: +7 (343) 345-45-39
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



Выучнов
Иван Николаевич

Кандидат медицинских наук.
Член сообщества TDO.

Основатель клиники
EndoView.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ МИКРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМ

Актуальность

Периапикальные гранулемы по праву занимают лидирующую позицию по количеству осложнений в амбулаторной практике как стоматолога-терапевта, так и стоматолога-хирурга.

Причинами возникновения данной патологии являются внутриклеточные медиаторы воспаления, токсины патогенной микрофлоры корневого канала в зубах с пораженной пульпой, а также последствия некачественно проведенного эндодонтического лечения.

Многие авторы указывают на то, что с появлением в практике стоматолога-терапевта новых методик инструментальной и медикаментозной санации, а также пломбирования корневых каналов вероятность благоприятного исхода консервативного лечения пе-

риапикальных гранулем возрастает до 85–98%.

Однако наличие сложного анатомического строения системы корневых каналов препятствует адекватной элиминации бактериальной инфекции и микробных агентов из полости канала, что способствует сохранению периапикального очага воспаления и неизбежно приводит к осложнениям, требующим хирургических методов лечения данной патологии.

К сожалению, отсутствие визуализации дополнительных корневых каналов на резецированной поверхности корня при хирургическом лечении препятствует проведению прецизионной работы по удалению и герметичному запечатыванию бактериальной инфекции внутри корневого канала, что также приводит к проникновению токсинов в пери-

апикальную область и способствует рецидиву заболевания.

На примере клинического случая мы покажем, что использование современных методов визуализации, в частности операционного микроскопа, открывает новые возможности лечения пациентов с данной патологией.

Применение операционного микроскопа в сочетании с современной микрохирургической техникой может значительно повысить эффективность комплексного лечения пациентов с периапикальными гранулемами. В связи с этим поиск, обоснование и совершенствование методик микрохирургического лечения периапикальных гранул является актуальной проблемой стоматологии.



Рис. 1. Эргономика командной работы при проведении операции – апикальная микрохирургия

Клинический случай

Пациентка Н. обратилась в клинику «ЭндоВью» с жалобами на периодически возникающие болевые ощущения в области верхней челюсти справа: болезненность при пережевывании пищи и во время чистки зубов.

Объективно: конфигурация лица без патологических изменений, лимфатические узлы не пальпируются, при пальпации в области верхней губы отмечается незначительная болезненность.

В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, в области зуба 1.1 отмечается незначительная гиперемия. Зуб 1.1 под керамической реставрацией.

Пальпация в проекции верхушки корня зуба 1.1: резко болезненна.

Перкуссия: слабо болезненна.

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии, а также компьютерной томографии, в области верхушки корня 1.1 отмечается деструкция костной ткани с четкими границами диаметром 0,5х0,8 см.

На основании жалоб, методов объективного осмотра, инструментальных и дополнительных методов диагностики был поставлен диагноз: периапикальная гранулема K04.5.

Учитывая, что у пациентки в анамнезе недавно установленная ортопедическая конструкция, демонтаж которой приведет к потере эстетических и функциональных свойств, было принято решение о проведении хирургического лечения – операции микрохирургической резекции верхушки корня с ретроградным пломбированием.



Рис. 2. Клиническая ситуация в полости рта

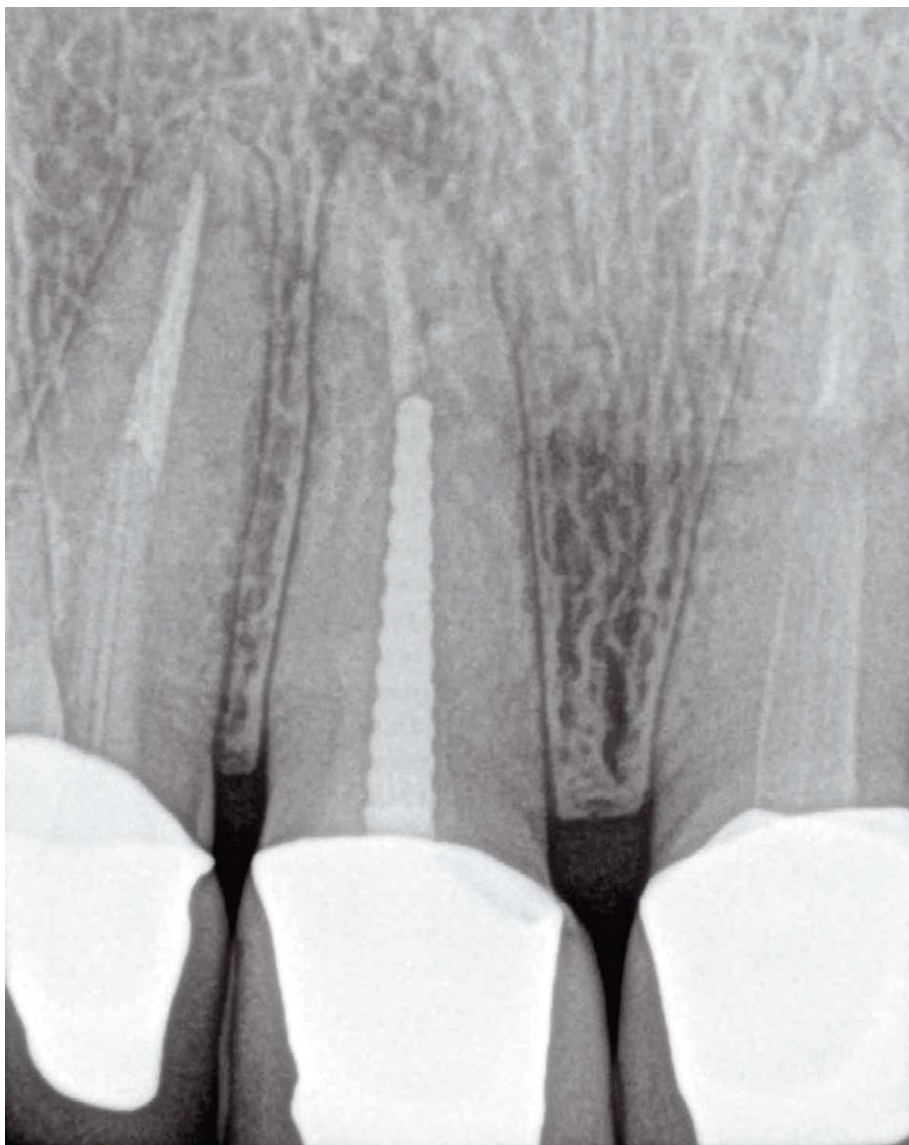


Рис. 3. Прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 1.1

Ход операции

Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 4% – 5,1 ml, под контролем операционного микроскопа, при помощи микрохирургического офтальмологического скальпеля-расплаивателя был произведен Г-образный разрез от борозды зуба 1.1, далее – к середине расстояния зубодесневого сосочка между 1.1 и 1.2, и далее – вертикально вверх к основанию переходной складки зубов 1.1 и 1.2.

При помощи распатора Buser был отслоен слизисто-надкостничный лоскут.

После отслаивания слизисто-надкостничного лоскута при помощи хирургической бормашины с внешним охлаждением были произведены трепанация кортикальной пластинки костной ткани, резецирование 3 мм апикальной части корня под углом в 0 градусов, кюретаж патологических тканей.

В полость очага дефекта были внесены стерильные ватные тампоны, смоченные в гемостатическом растворе хлористого алюминия, и поверхность корня была покрашена раствором метиленового синего. После прокрашивания поверхности корня раствором при помощи микрозеркала было определено наличие основного канала на резецированной поверхности корня и латерального канала, расположенного на боковой поверхности корня.

Впоследствии корневые каналы были инструментально обработаны с использованием ультразвуковых насадок с алмазным напылением и санированные полости были высушены воздушным пистолетом с установленными канюлями из-под текучего композита на адаптере Stropko.

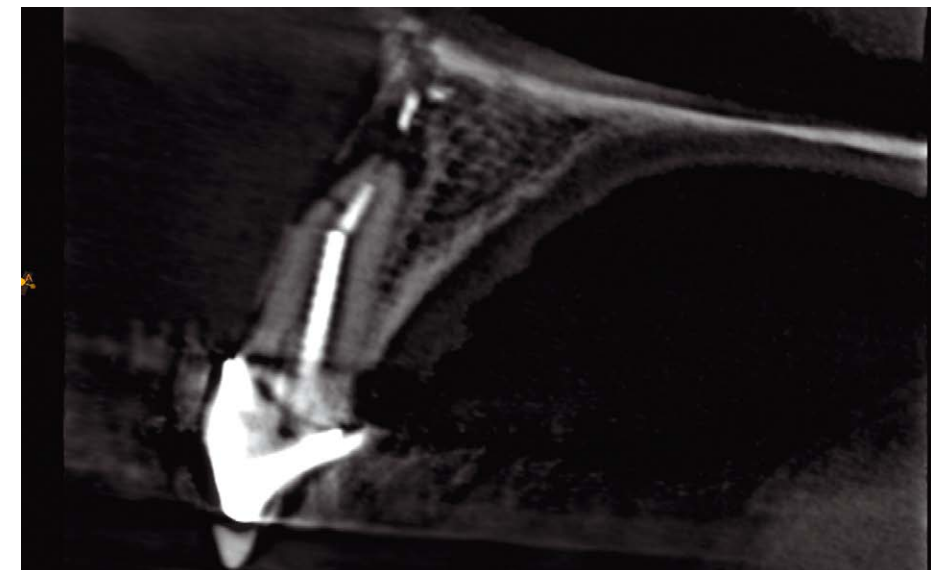


Рис. 4. Саггитальная проекция зуба 1.1; деструкция костной ткани с вестибулярной стороны, что может указывать на наличие латерального корневого канала



Рис. 5. Клиническая ситуация в полости рта, состояние после местного обезболивания



Рис. 6. Формирование разреза

Контроль качества механической обработки корневых каналов также осуществлялся с применением микрохирургических зеркал.

Лоскут был уложен на место и ушит микрохирургическими швами Prolene 7 - 0.

Контроль качества ретроградного пломбирования осуществлялся как интраоперационно, так и с использованием методов рентген-диагностики.

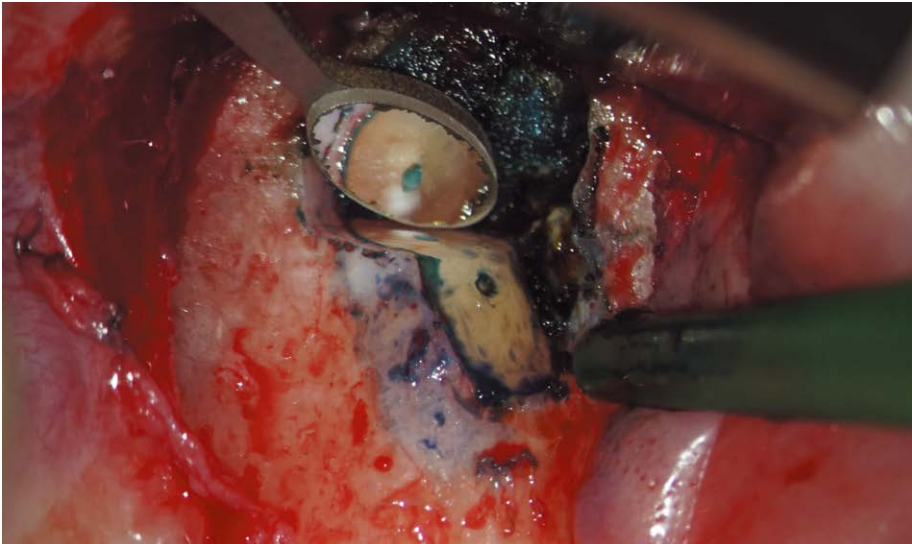


Рис. 7. Состояние после отслаивания лоскута

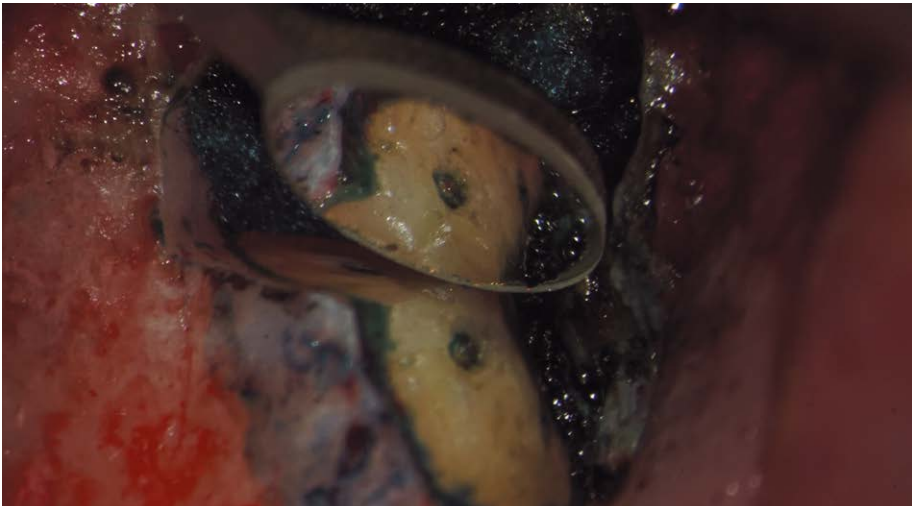


Рис. 8. Под контролем операционного микроскопа, благодаря своим окрашивающим свойствам, метиленовый синий позволяет обеспечить детализацию и визуализацию дополнительных корневых каналов, расположенных как на резецированной поверхности корня, так и на его боковой поверхности

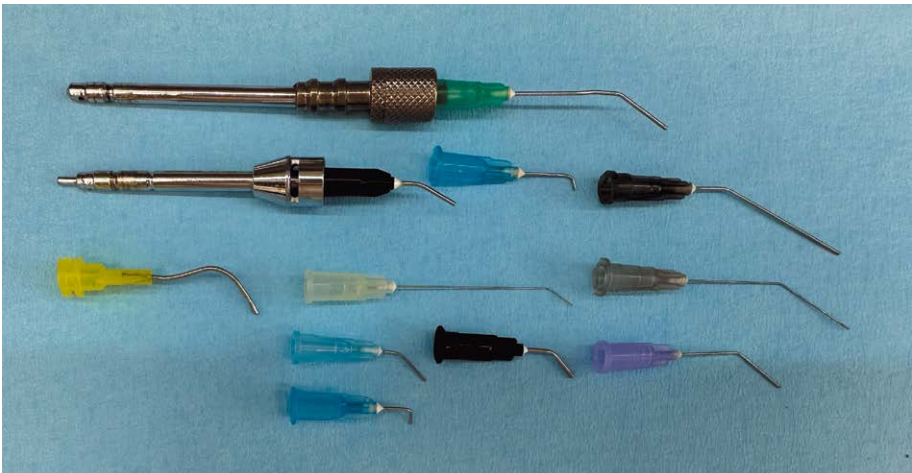


Рис. 9. Адаптер Стропко с замком Люера, на который устанавливается канюля из-под текущего композита

Далее каналы были ретроградно запломбированы материалом на основе минерального триоксид агрегата.



Рис. 10. Контроль качества санации магистрального корневого канала, в просвете определяется наличие анкерного штифта

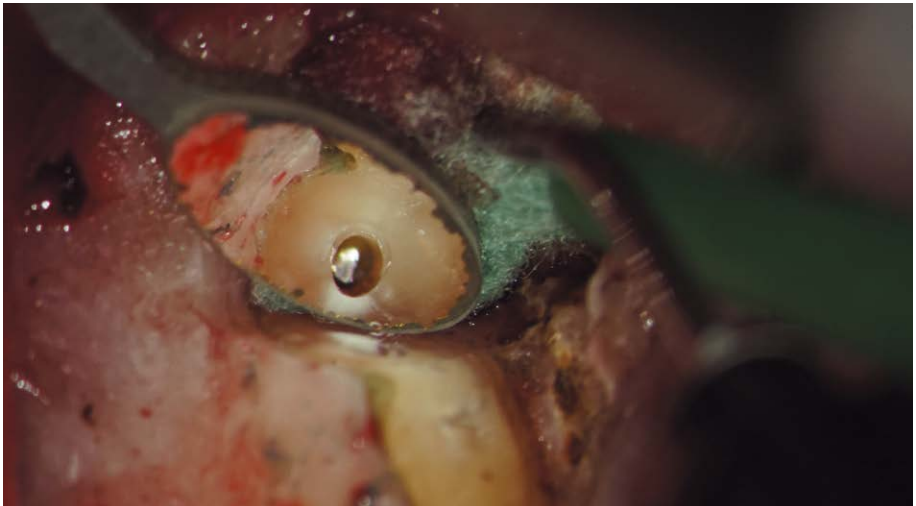


Рис. 11. Контроль качества санации латерального корневого канала, в просвете также определяется наличие анкерного штифта

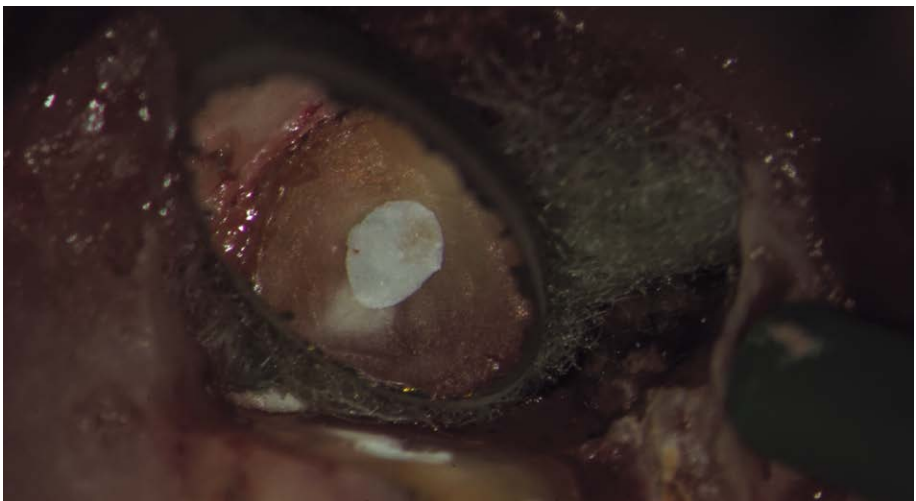


Рис. 12. Контроль ретроградного пломбирования корневых каналов материалом на основе МТА

Лоскут был уложен на место и ушит микрохирургическими швами Prolene 7 - 0.

Контроль качества ретроградного пломбирования осуществлялся как интраоперационно, так и с использованием методов рентген-диагностики.

Обсуждение и результаты

Применение операционного микроскопа в сочетании с современной микрохирургической техникой может значительно повысить эффективность комплексного лечения пациентов с периапикальными гранулемами.

В связи с этим поиск, обоснование и совершенствование методик микрохирургического лечения периапикальных гранул является актуальной проблемой стоматологии.

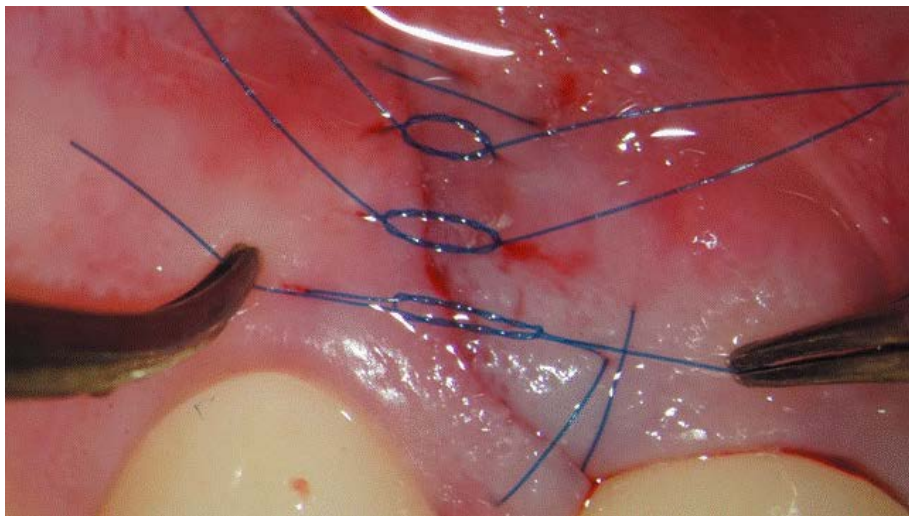


Рис. 13. Процесс ушивания раны микрохирургической нитью 7 - 0

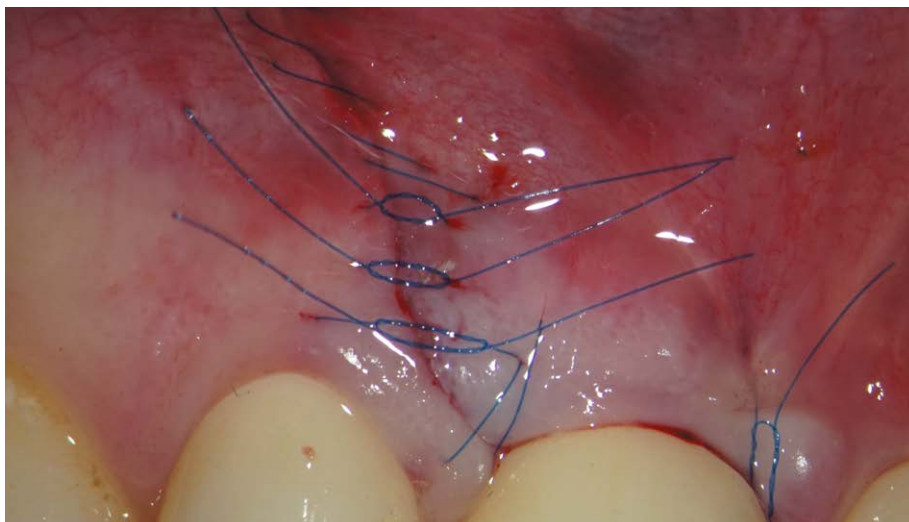


Рис. 14. Состояние после ушивания раны нитью 7 - 0

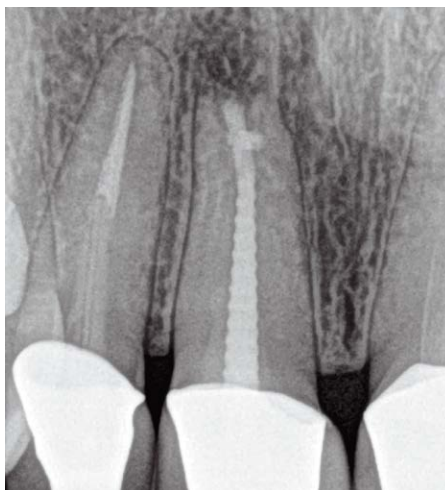


Рис. 15. Рентгенологический контроль качества ретроградного пломбирования корневых каналов зуба 1.1



Рис. 16. Саггитальная проекция конусно-лучевой компьютерной томограммы пломбирования корневых каналов

НОВАЯ ЭРА В ТЕХНОЛОГИИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

РЕКЛАМА РЭН 2019/2018 от 07.10.2019



с микроскопами
ZEISS EXTARO 300

B vk.com/nsella

Москва

Телефон: +7 (495) 771-75-39
manager@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург

Телефон: +7 (812) 982-25-39
sp@nsella.ru, www.nsella.ru

Екатеринбург

Телефон: +7 (343) 345-45-39
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



Муравьева Мария Анатольевна

Кандидат медицинских наук, врач – стоматолог-терапевт, ортопед.

- Выпускница Пермской государственной медицинской академии им. Е. А. Вагнера (ПГМА) по специальности «Стоматология». Окончила в 2004 г. с красным дипломом.

- Интернатура по терапевтической стоматологии (2005 г.).

- Кандидат медицинских наук (2013 г.), защитила кандидатскую диссертацию на тему «Экспериментально-клиническая оценка эффективности лечения очаговой деминерализации эмали методом кариес-инfiltrации». По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, 3 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК. Соавтор патента на изобретение «Способ моделирования очага деминерализации эмали».

- Ассистент кафедры Терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний Пермского медицинского университета (2009-2017 гг.).

- С 2013 г. применяет на приеме увеличение: бинокуляр и микроскоп.

- Основные направления работы: миниинвазивная стоматология, зубосохраняющие методики, эстетическая реставрация зубов, эндодонтическое лечение, микропротезирование.

- 2014 г. – первичная специализация по ортопедической стоматологии.

- С 2022 г. является лектором компании Tokuyama Dental.

- Выступает с курсами по изготовлению реставраций жевательной группы зубов с использованием микроскопа. Один из востребованных курсов – курс, направленный на анализ ошибок на этапах изготовления эстетических реставраций.

- В настоящее время принимает пациентов в Санкт-Петербурге, клиника «Деми».

РАБОТА С МИКРОСКОПОМ ПРИ МИНИИНВАЗИВНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ЗУБОВ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В мире современной стоматологии одним из трендов лечения стали миниинвазивные техники и зубосохраняющие методики, которые в большинстве случаев невозможны без применения увеличения (бинокуляры или микроскоп). Как сказал один из пионеров микроскопной стоматологии Гари Б. Карр, «Вы не можете лечить то, чего вы не видите». В последнее время интерес врачей-стоматологов к применению увеличения, а именно микроскопа, в своей клинической практике значительно вырос, и это касается не только эндодонтического лечения, но и изготовления реставрации и ортопедических конструкций. Работа с увеличением не только повышает точность и качество всех этапов, но и позволяет врачу-стоматологу применять инновационные миниинвазивные методики, направленные на сохранение твердых тканей зубов.

Мой личный опыт применения увеличения составляет 10 лет, это примерно половина моего общего стажа работы врачом – стоматологом-терапевтом, поэтому я могу объективно сравнить уровень и качество приема пациентов «без увеличения» и «с увеличением». На мой взгляд, микроскоп открывает врачам огромные возможности совершенствования своих мануальных навыков и знаний, которые необходимо научиться использовать в клинической практике.

В своей статье я собираюсь поделиться с коллегами методиками нестандартного зубосохраняющего лечения, которые были бы невозможны без использования микроскопа.

Рассмотрим клинический случай лечения зубов 45, 46. Пациентка 1997 года рождения обратилась с жалобами на чувствительность десны и кровоточивость в области нижних зубов справа. На фотографии (Рис. 1) вы можете увидеть гиперемию и воспаление десневого сосочка, некорректную форму реставрации на зубе 46 и отсутствие контактного пункта (Рис. 2). На компьютерной томографии (Рис. 3) в зубе 45 – запломбированный корневой канал, периапикально определяется расширение периодонтальной щели. В зубе 46 пломба



Рис. 1. Зубы 46 и 45 до лечения (боковая окклюзия)



Рис. 2. Зубы 46 и 45 до лечения (окклюзионная поверхность)



Рис. 3. Срез КТ до лечения

располагается в области окопуплпарного дентина. До начала работы с пациентом всегда составляем финансовый план лечения и четко проговариваем все этапы работы и количество посещений. Зуб 46 планировали восстановить композитной реставрацией; зуб 45 – провести диагностическое препарирование с целью определения необходимости повторного эндодонтического лечения и восста-

новления зуба коронкой. Пациентка была не согласна на изготовление полной коронки из-за необходимости полностью обрабатывать зуб, поэтому после совместных обсуждений мы выбрали вариант восстановления зуба 45 керамической вкладкой с максимальным сохранением тканей зуба.

Первый этап лечения – препарирование с использованием ми-

кроскопа Leica (увеличение 10), повышающего наконечника и алмазных цилиндрических боров (Рис. 4). В первое посещение сняли пломбу с зуба 45, оценили герметизм пломбирования корневого канала и приняли решение о проведении повторного эндодонтического лечения. Не снимая пломбу в зубе 46, аппаратом Rondoflex с порошком оксида алюминия 27 мкн обработали медиальную стенку пломбы и откорректировали контактный пункт с помощью текучего композита Estelite Universal flow (medium A3). Далее сделали build-up – восстановили дистальную стенку зуба 45 с использованием матрицы TOP-BM (35 мкн), кольца Palodent и пломбировочного материала Estelite Asteria (Рис. 5). Этап распломбирования корневого канала проводили с применением эндодонтических файлов ProFile (04) и RaCe (04), медикаментозная обработка осуществлялась XP-endo Finisher (30), а также растворами гипохлорита натрия и ЭДТА (Рис. 6, 7 – контроль рабочей длины).

Второй этап лечения: во второе посещение планировали заменить реставрацию в зубе 46 и запломбировать корневой канал в зубе 45. Медикаментозную обработку корневого канала проводили системой SAF, растворами гипохлорита натрия (5 минут) и раствором ЭДТА (1 минута). Канал пломбировали методом латеральной плаггером и силером BJM root canal sealer (Рис. 8). В процессе препарирования зуба 46 на этапе снятия пломбы был вскрыт рог пульпы (Рис. 9). После достижения гемостаза удержанием раствора гипохлорита натрия на вскрытую точку наложили «Триоксидент», сделали перекрытие стеклоиономерным цементом (Рис. 10) и закрыли всю конструкцию временной герметичной реставрацией из материала ARM. С пациенткой обсудили варианты эндодонтического лечения при появлении самопроизвольной болевой симптоматики.

Третий этап лечения: в третье посещение пациентка отметила улуч-



Рис. 4. Препарирование зуба 45



Рис. 5. Восстановление дистальной стенки в зубе 45

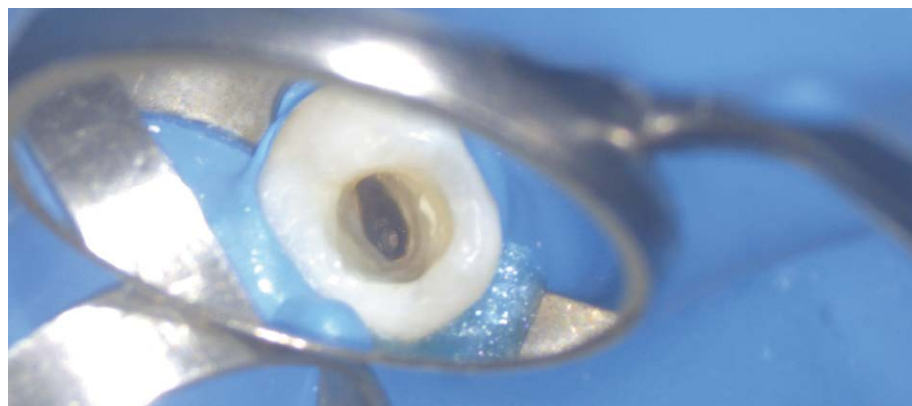


Рис. 6. Этап распломбирования корневого канала



Рис. 7. Контроль рабочей длины корневого канала



Рис. 8. Пломбирование корневого канала

шение состояния десны. Пропали кровоточивость и болезненность при использовании флосса. Зуб 46 не беспокоил. В этот визит определили цвет будущей керамической вкладки и сделали фотографию с расцветкой, чтобы отправить в зуботехническую лабораторию (Рис. 11). С использованием микроскопа зуб 45 обработали под керамическую вкладку с перекрытием вестибулярной стенки и язычных бугров (Рис. 12). Сняли оттиски и изготовили временную вкладку на зуб 45 из быстротвердеющей пластмассы Luxatemp. Всегда для временных вкладок выбираю светлые оттенки пластмассы, чтобы была видна граница при их извлечении.

Четвертый этап лечения: на этом этапе планировали зафиксировать керамическую вкладку. Не забывайте оценить краевое прилегание конструкции на модели до примерки в полости рта пациента. Первый этап примерки я рекомендую делать без коффердама – для контроля плотности контактного пункта, что очень важно, так как изначально у пациентки была жалоба на попадание пищи между зубами. На практике я применяю стандартный протокол адгезивной фиксации конструкции уже около 5 лет. Он включает в себя пескоструйную обработку вкладки и твердых тканей зуба, нанесение на вкладку плавиковой кислоты и силана, нанесение на твердые ткани зуба ортофосфорной кислоты, адгезивной системы двойного отверждения и текучего композита (Рис. 13, 14).

Пятый этап лечения: примерно через месяц провели холодовой тест зуба 46. Показатели чувствительности были в пределах нормы, поэтому заменили временную пломбу постоянной реставрацией (материал Estelite Asteria AB3+OcE, dark brown, Рис. 15).

Шестой этап лечения: этот этап лечения включает в себя все последующие визиты пациентки и наблюдение за зубами 45 и 46. В этой клинической ситуации у нас уже были контрольные осмотры через год (Рис. 16) и через 2 года (Рис. 17 и Рис. 17а). Сделали контрольное КТ и снимки РВГ в прикусе, чтобы оценить периапикальные ткани и краевое прилегание реставраций в придесневой зоне (Рис. 18, 19).



Рис. 9. Вскрытие рога пульпы на этапе препарирования зуба 46



Рис. 10. Перекрытие пульпы СИЦ в зубе 46



Рис. 11. Определение цвета будущей ортопедической конструкции



Рис. 12. Препарирование зуба 45



Рис. 13. Керамическая вкладка 45 (окклюзионная поверхность)



Рис. 15. Реставрация зуба 46

Я всегда при принятии решения о возможности использования зубосохраняющих методик объясняю пациентам важность контрольных осмотров и соблюдения этапов динамического наблюдения. Если пациент не готов к частому графику посещений, то вероятность использования миниинвазивных методов резко сокращается.



Рис. 14. Керамическая вкладка 45 (вестибулярная поверхность)



Рис. 16. Контрольный осмотр через год



Рис. 17. Контрольный осмотр через 2 года (окклюзионная поверхность)



Рис. 17а. Контрольный осмотр через 2 года (вестибулярная поверхность)

В заключение хочу отметить, что использование микроскопа в ежедневной клинической практике расширяет врачам-стоматологам известные и стандартные границы мышления. Грамотный анализ клинической ситуации и коммуникация с пациентом помогают специалистам обрести преданных пациентов и сохранить им их зубы.



Рис. 18. Контрольный РВГ снимок через год



Рис. 18. Снимок bite wing через год



Рис. 19. КТ через 2 года после лечения, зуб 45



Рис. 19. КТ через 2 года после лечения, зуб 46



Ведерникова
Татьяна Николаевна

Детский врач-стоматолог.
Специалист по адаптации,
восстановлению зубов коронками,
лечению детей в наркозе и седации.

Коронка на молочный зуб – самый современный и надежный способ восстановления зубов

Коронки на молочные зубы с каждым днем все больше и больше набирают популярность среди современных детских стоматологов, которые стремятся к качественному лечению по правильным протоколам, и родителей пациентов.

Я бы хотела подробно разобрать тему, когда же ставится коронка, как и почему.

В своей статье я отвечу на самые волнующие родителей вопросы.

Когда ставится коронка?

1. Зуб разрушен, повреждено более 50% зуба.
2. При высокой активности, высоких рисках развития кариеса у ребенка.
3. При пороках развития тканей зуба.
4. После лечения пульпита (когда удаляется нерв из зуба).
5. После травмы зубов.

Почему коронки?

1. Восстанавливают эстетику улыбки, анатомию зуба!

Ведь для детей и для родителей важно, чтобы зубы были красивые и чтобы над малышами не смеялись сверстники.

Коронка полностью восстанавливает жевательную эффективность.

На зуб правильно перераспределяется нагрузка при жевании – следовательно, ребенок хорошо пережевывает пищу и снижается риск заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Если пища качественно не пережевывается, то у ребенка могут появиться вздутие, метеоризм, диарея, рефлюкс, расстройство желудка и кишечника.

2. У ребенка формируется грамотная, правильная речь!

В формировании речи участвует язык, который отталкивается от зубов при разговоре, – следовательно, с установкой коронок ребенок будет четко произносить звуки, исчезнет шепелявость.

Над ним не будут смеяться сверстники, он избежит комплексов в будущем.



3 циркониевые коронки Z Smile



2 металлические коронки



Клыки восстановлены пакуемым материалом

3. Коронка защищает хрупкие зубы, препятствует сколу оставшихся стенок, которые еще не поражены кариесом.

Если же поставить пломбу, то хрупкий зуб может сколоться при приеме пищи или травме, что впоследствии приведет к его удалению.

При раннем удалении нарушаются эстетика, дикция, ребенок не может полноценно пережевывать пищу, могут появиться проблемы с височно-нижнечелюстным суставом. В период прорезывания постоянных зубов у ребенка повышается риск смещения других зубов на место отсутствующих.

А это проблемы во взрослом возрасте и дорогостоящее лечение!

Этого можно избежать, если вовремя посещать врача-стоматолога, соблюдать его рекомендации.

Нет альтернативы коронкам на молочные зубы, только они могут полноценно восстановить сильно разрушенные зубы.

4. Коронка герметично закрывает все 5 поверхностей зуба, предотвращает рецидив кариеса и вторичный кариес.

Часто бывает, что при постановке пломбы на одну поверхность в скором времени поражаются остальные поверхности зуба, снова приходится лечиться у врача-стоматолога.

А все мы знаем, что дети устают, и бесконечно лечить новый кариес на зубе им тяжело, а если не лечить, то это приведет к скорейшему удалению зуба, а, следовательно, и множеству последствий раннего удаления, которые я описывала выше.

5. Коронки формируют правильный прикус с детства из-за равномерного распределения жевательной нагрузки, из-за восстановления анатомии зуба, а это избежание проблем с зубочелюстной системой во взрослом возрасте.

Как же устанавливаются коронки?

1. Проводится диагностика (осмотр, сбор анамнеза, делаются рентгенологические снимки).
2. Составляется план лечения.
3. Врач-стоматолог лечит зуб



Лечение в наркозе

по начальному диагнозу (например, кариес или пульпит).

Лечение может проводиться в условиях добровольного согласия ребенка, в условиях седации закисью азота или же в медикаментозном сне в наркозе.

4. Из стандартного набора доктор подбирает коронку, которая подойдет именно конкретному ребенку, и после специальной обработки зуба фиксирует ее на цемент.

После установки коронки задача родителя – ухаживать за ней, следить, чтобы ребенок не травмировал зубы, не грыз передними зубами твердые предметы, орешки, игрушки (ведь передние зубы предназначены для откусывания пищи, никак не для пережевывания).

Также очень важно посещать стоматолога, ведь только стоматолог может отследить состояние коронки.

«Коронка может помешать смене молочных зубов на постоянные?» – вы, скорее всего, спросите у меня.

Такой вопрос я часто слышу на приеме!

Нет, нет и еще раз нет!

Коронка создает все условия для того, чтобы зуб сменился вовремя.

Корни зуба рассасываются под воздействием правильного давления на зуб. Следовательно, корни рассасываются и зуб выпадает абсолютно так же, как выпал бы и без коронки.

Все вышесказанное подтверждает то, что в современных реалиях восстановление зуба коронкой – самый лучший метод для сохранения функции и эстетики зуба!



Индивидуальные детские циркониевые коронки ZSmile работают в безнадежных ситуациях



15 МИНУТ
ВРЕМЯ
НА УСТАНОВКУ
КОРОНКИ



УПРОЩАЕТ
РАБОТУ
С МАЛЕНЬКИМИ
ПАЦИЕНТАМИ



КОРОНКА
ГЕРМЕТИЗИРУЕТ ЗУБ
И ИСКЛЮЧАЕТ
ВОЗМОЖНОСТЬ
НОВЫХ КАРИОЗНЫХ
ПОРАЖЕНИЙ



100% ГАРАНТИЯ
СОХРАННОСТИ
МОЛОЧНОГО
ЗУБА



ЦЕНА 2 500 РУБ.
ЗА КОРОНКУ
ЛЮБОГО РАЗМЕРА,
ФОРМЫ, ЦВЕТА

РЕКЛАМА РЭН 2017/6673



Пройдите
регистрацию
для получения
полной
информации



Подробности уточняйте на сайте www.zsmile.pro
или у операторов 8 499 719 18 80

ZSmile_koronki
 ZSmile_koronki



Попов С. Н.

Кандидат медицинских наук, врач –
стоматолог-хирург высшей категории.
Частная практика, г. Москва, @laserdok.



Рябко И. Е.

Врач-рентгенолог.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ КОСТНАЯ ПОЛОСТЬ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Данная нозология мало освещена в отечественной литературе [1] и имеет ряд некорректных названий: геморрагическая, травматическая, солитарная костная, экстравазационная, однокамерная костная киста. В том числе и в зарубежных монографиях [2]. Обсуждаемая нозология к кистам как к таковым не относится, поскольку не имеет оболочки с эпителиальной выстилкой.

Практикующего врача при анализе панорамной или конусно-лучевой компьютерной томограммы (КЛКТ) может ввести в заблуждение обширный очаг радиолуценции в области переднего или бокового отдела нижней челюсти. Самым плохим исходом неверной диагностики могут явиться депульпирование или даже удаление зубов, соприкасающихся с очагом.



Рис. 1

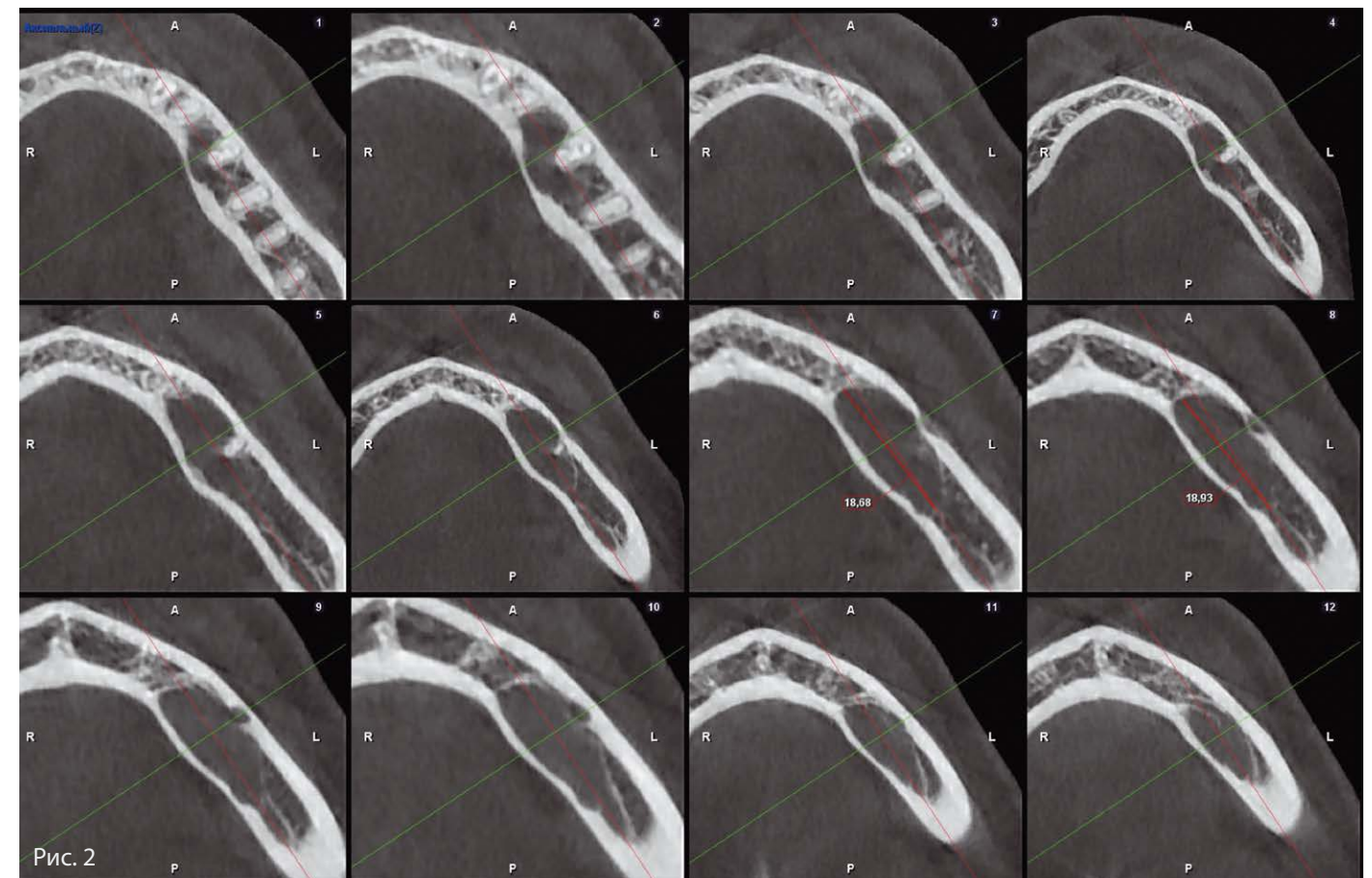


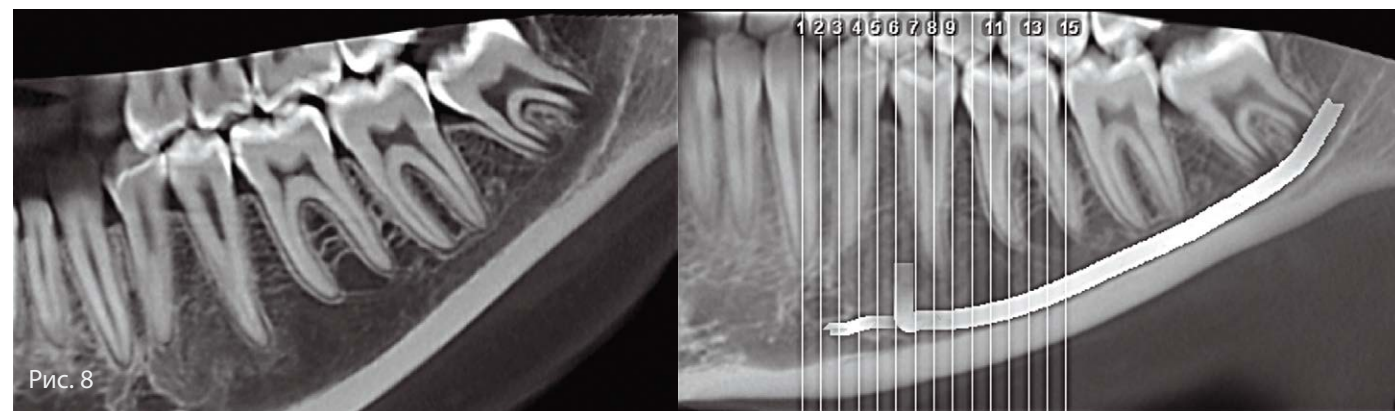
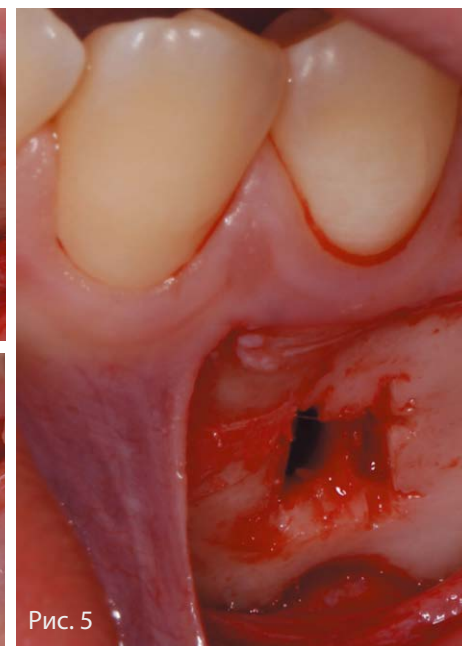
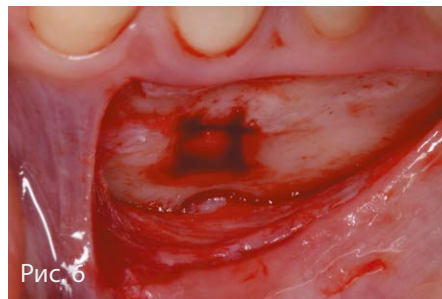
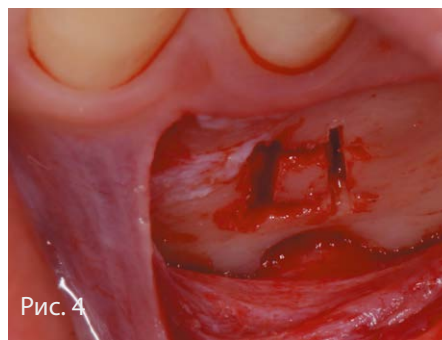
Рис. 2

Молодая девушка 14 лет обратилась с целью определения врачебной тактики относительно такого очага, выявленного на КЛКТ 30.09.22 г. в области нижней челюсти слева (Рис. 1, 2). Примечательно, что зубы 3.4, 3.5, 3.6 были интактными (Рис. 3) и витальными, что является важным диагностическим критерием.

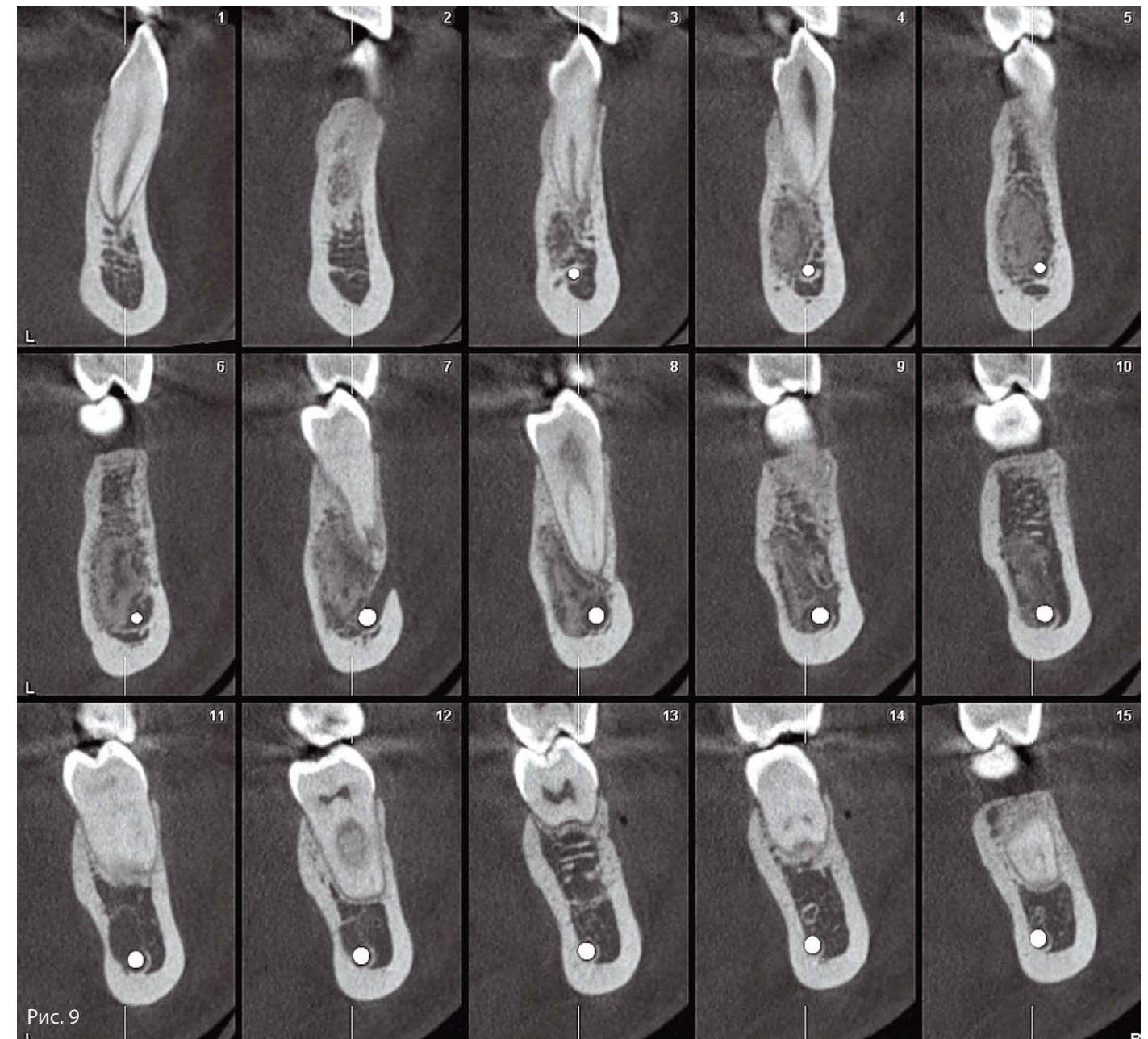
В условиях местной проводниковой анестезии проведен парамаргинальный разрез от зуба 3.3 до зуба 3.7, откинут слизисто-надкостничный лоскут с выделением подбородочного отверстия (Рис. 4). С помощью пьезохирургического аппарата сформировано квадратное костное окно между корнями клыка и малого коренного зуба (Рис. 3, 4), которое было извлечено и помещено в физиологический раствор. Через данный доступ проведена ревизия имеющегося образования в толще нижней челюсти, не получено никакого отделяемого. Тактильно не ощущалось наличие какой-либо мягкой ткани изнутри. В ходе ревизии получена легкая кровоточивость костной ткани, кровяной сгусток заполнил имевшуюся полость. С внутренней части выделенного костного фрагмента, а также внутри самой полости с помощью кюретажной ложки собрано губчатое костное вещество для гистологического исследования.

Костное окно репонировано на место без дополнительной фиксации (Рис. 6). Рана ушита наглухо резорбируемыми швами (Рис. 7).

На контрольной КЛКТ от 11.03.23 визуально отмечается практически полное восстановление костной архитектуры описанной области



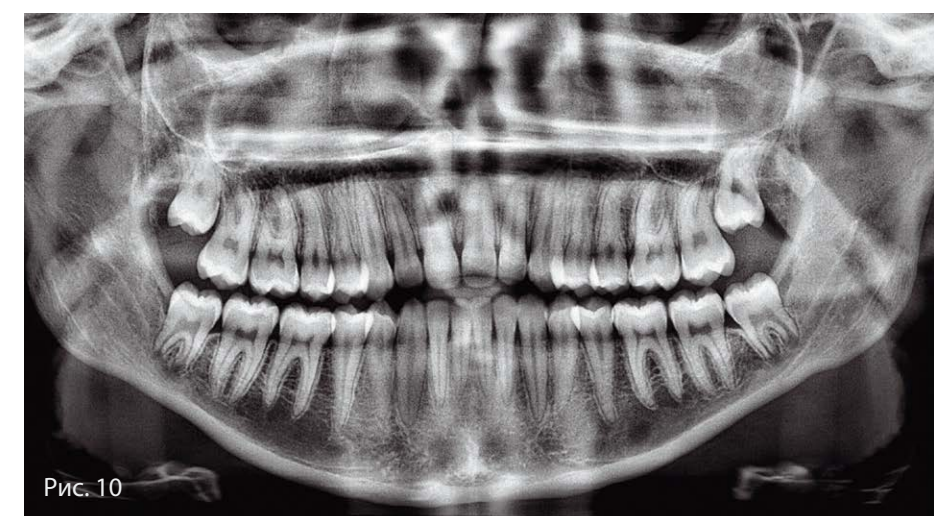
Область зубов 3,3 - 3,6. Шаг срезов 2 мм



(Рис. 8 и Рис. 9). Такая же благоприятная картина наблюдалась и на контрольной панорамной томограмме зубных рядов от 11.06.23 (Рис. 10), выполненной для оценки динамики движения зуба 3.8.

Список литературы:

1. Лучевая диагностика в стоматологии: 2D/3D // Рогацкин Д. В. - М.: ТАРКОММ, 2021. — 403 с.
2. Ghom A.G. Textbook of oral medicine. 2nd edition // Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. - p.255.



ММС в первых молярах нижней челюсти



Платонов Евгений Владиславович

Стоматолог-терапевт, эндодонтист, детский стоматолог.

Академическая подготовка:

ФГБОУ ЧГУ им. И. Н. Ульянова по специальности «Стоматология», г. Чебоксары.

Интернатура на базе ФГБУ Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, г. Москва.

Международное обучение: Section of Endodontics and the Division of Constitutive & Regenerative Sciences at the UCLA School of Dentistry, Mo Kwan Kang, M.S., Ph.D., D.D.S.

Профессиональная активность:

С 2011 г. – научный консультант компаний «Геософт» и Exam Vision в области эндодонтии.

Член Стоматологической Ассоциации России.

Лекционная деятельность по эндодонтии с 2011 года в России, Казахстане, Армении, Молдавии, Грузии и по регионам РФ: Москва, Ялта, Симферополь, Новосибирск, Екатеринбург, Самара, Санкт-Петербург, Казань, Пермь, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Сочи, Краснодар, Уфа, Пенза, Ярославль, Волгоград.



Мискевич Марина Ивановна

Главный врач, стоматолог-ортопед, гнатолог, кандидат медицинских наук.

Академическая подготовка:

Омский медицинский государственный институт, стоматологический факультет, диплом с отличием.

Клиническая ординатура по ортопедической стоматологии на кафедре ортопедической стоматологии.

Очная аспирантура по специальности «Стоматология ортопедическая».

Член СТАР.

Ассоциация лазерной стоматологии.

Ассоциированный член Общества по изучению цвета в стоматологии.

Научная деятельность:

Патент на изобретение «Способ изготовления экзопротеза верхней челюсти» (патент № 143103).

Патент на полезную модель «Устройство для снятия несъемных зубных протезов» (патент № 54766).

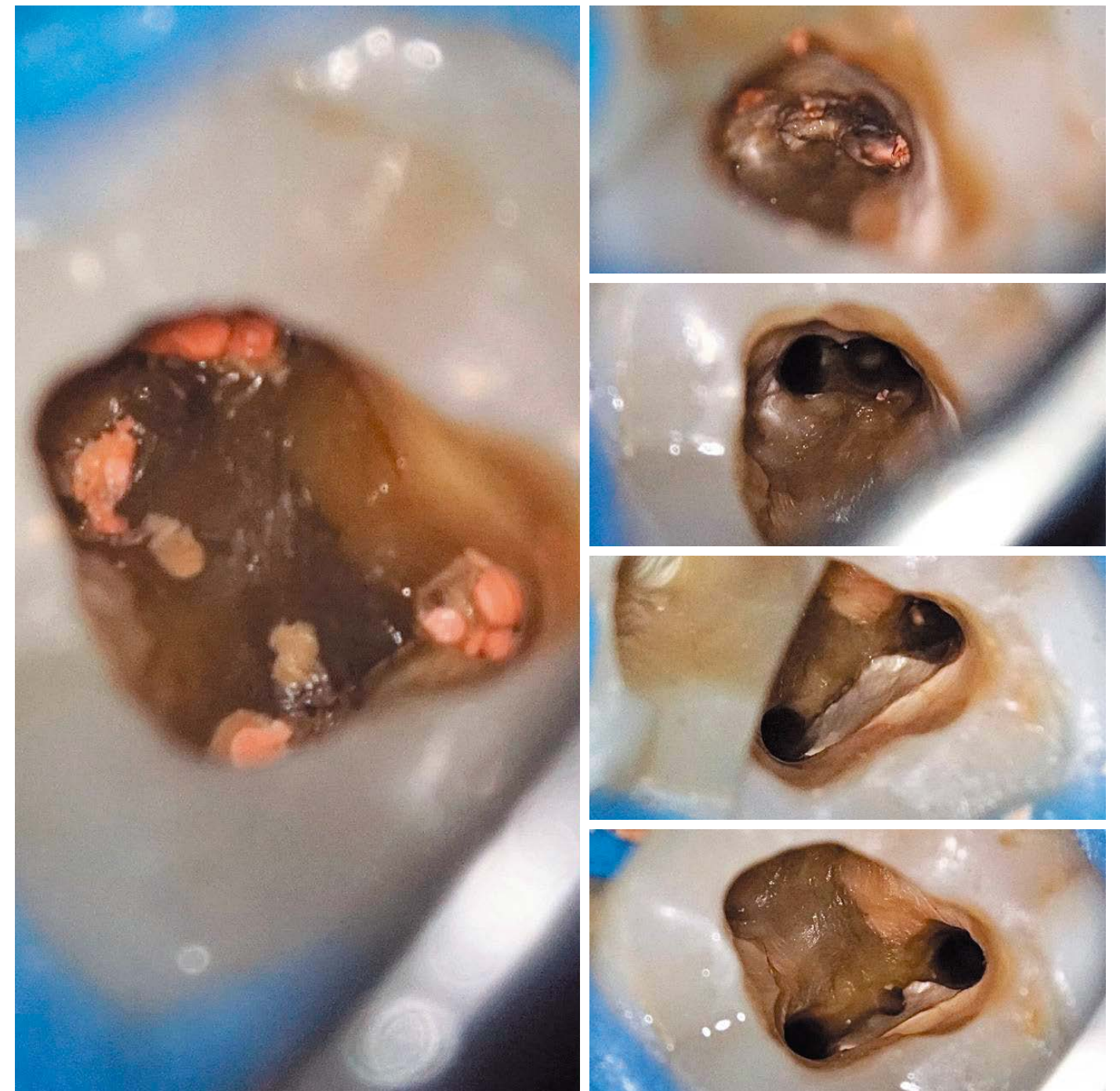
Монография, учебные пособия, 19 рационализаторских предложений, лекции.

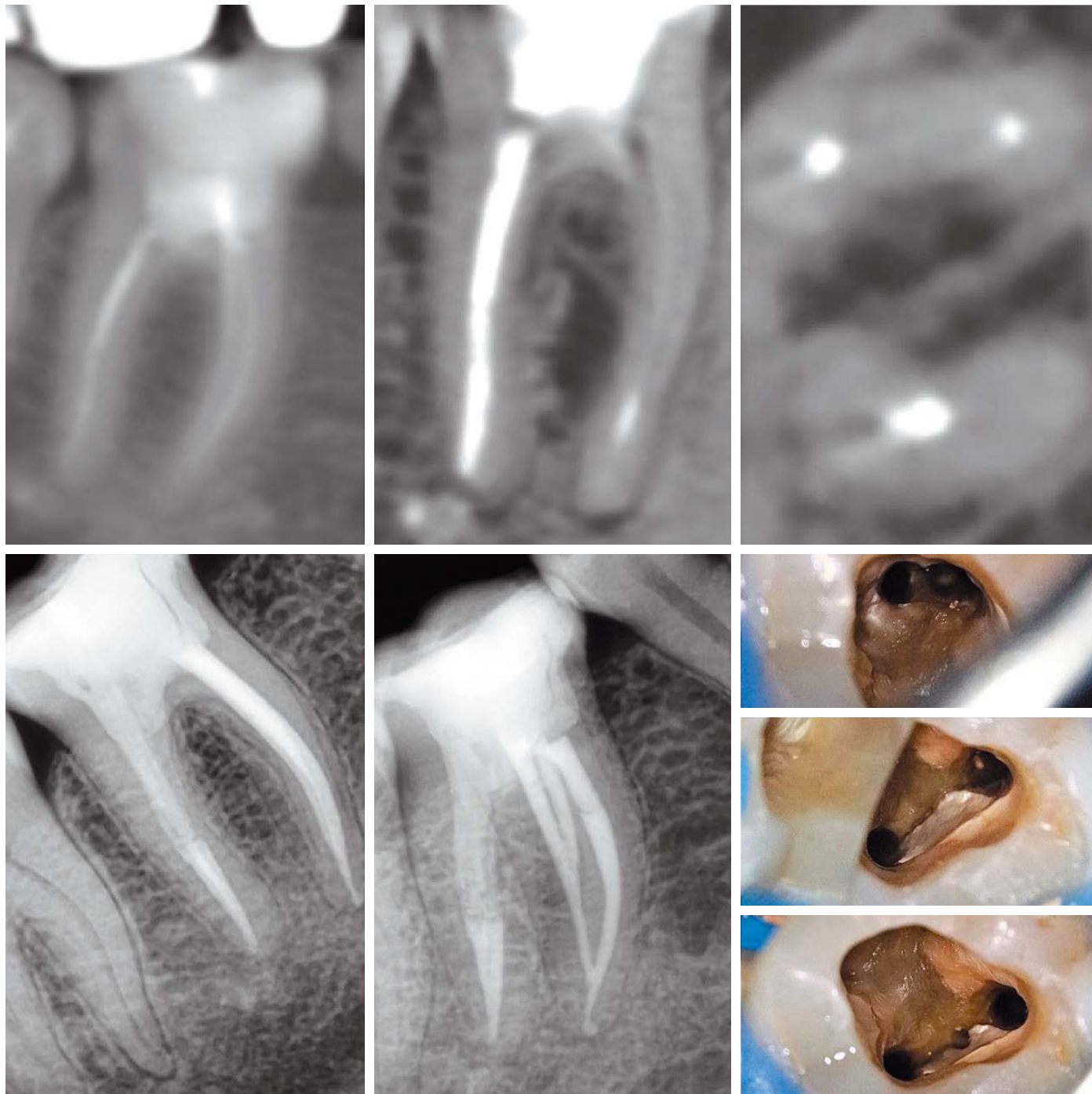
Первые моляры нижней челюсти (MFM) прорезываются в полости рта раньше, чем другие постоянные зубы, поэтому чаще нуждаются в лечении корневых каналов из-за воспалительных процессов в пульпе и периапикальных тканях [1]. Система корневых каналов в MFM является одной из самых сложных в зубах человека. Например, в 1974 году De Pablo обнаружил существование третьего канала между

мезиобуккальным и мезиолингвальным каналом в мезиальном корне MFM [2]. Pomeranz затем разделили канал на три типа: независимый, сливающийся и плавниковый [3]. Позже этот тип корневого канала также называли «средним мезиальным каналом» и «дополнительным мезиальным каналом» (ММС) [4]. Было проведено большое количество исследований ММС различными методами. Часто-

та встречаемости ММС колеблется от 0,26 до 46,15% [5]. Традиционные методы исследования корневых каналов в основном выполняются на зубах in vitro, но размер выборки невелик и неудобен. Применение microCT является наиболее точным методом исследования корневых каналов, но он не подходит для клинического выявления.

КЛКТ – это вспомогательный клинический метод визуализации, кото-





рый быстро развивается в последние годы. По сравнению с обычно используемыми прицельными и панорамными рентгенограммами, он обладает преимуществами высокого разрешения изображения, трехмерной реконструкции. В настоящее время КЛКТ применяется для выявления ММС на различных этапах эндодонтического лечения как более понятный вспомогательный метод обследования, основанный на рентгенографии.

На изображениях КЛКТ система мезиальных корневых каналов MFM может быть классифицирована на основе классической классификации Vertucci и дополнительной классификации корневых каналов к ней.

Тип I (3-3): Дно пульповой камеры имеет три устьевых отверстия корневых каналов, всегда есть три независимых корневых канала, и, наконец, есть три разных апикальных отверстия.

Тип II (3-2): Дно пульповой камеры

имеет три устьевых отверстия корневых каналов. Затем эти отверстия сливаются в два канала, образуя два апикальных отверстия.

Тип III (2-3-1): На дне пульповой камеры имеются два отверстия корневых каналов. Они разветвляются на три независимых корневых канала и, наконец, сливаются в один корневой канал, который заканчивается одним апикальным отверстием.

Тип IV (2-3-2): На дне пульповой

камеры есть два отверстия корневых каналов, которые разветвляются на три отдельных корневых канала. Эти каналы в конечном итоге сливаются в два канала и заканчиваются двумя апикальными отверстиями.

Тип V (2-3-2-1): Два корневых канала расположены в начале пульповой камеры и впоследствии разветвляются на три независимых корневых канала. Заканчиваются тремя апикальными отверстиями.

Пропущенная анатомия ММС является частой причиной возникновения апикального периодонтита. Важно учитывать, что ММС находится в тонком перешейке между устьями MB и ML корневых каналов. Для его поиска желательно использовать операционный микроскоп. Для раскрытия данного перешейка обычно используют 20-25 U-file из нержавеющей стали на УЗ насадке. Ориентируюсь на следы

пульпы в перешейке при первичном эндодонтическом лечении и старого пломбировочного материала с органикой при повторном эндодонтическом лечении. После визуализации устьевой части ММС важно учитывать кривизну ММ корня MFM и толщину перикервикального дентина. Стараюсь максимально сохранить перикервикальный дентин, так как это критическая зона, расположенная приблизительно на 4 мм выше и ниже уровня альвеолярного гребня. Она должна быть неприкосновенна по трем причинам: эффект обода, устойчивость к перелому и близость устьев дентинных канальцев, выходящих наружу. Для максимального сохранения дентина в данной области при механической обработке ММС использую машинные файлы, изготовленные по технологии Heat-Treated. В отличие от классического Ni-Ti сплава данные файлы менее агрессивны

и более эластичны. Они не приводят к сильной транспортировке корневого канала. Также для ирригации и одновременно доработки стенок ММС использую систему SAF.

В 65% ММС объединяется с MB, в 35% – с ML корневыми каналами. Конусность при механической обработке ММС не должна превышать 4%.

Вывод: различные вариации анатомии и сложность мезиальной системы корневых каналов MFM часто приводят к безуспешности лечения. Успех лечения корневых каналов зависит от многих факторов, таких как понимание внутренней анатомии корневого канала и возможности тщательно провести механическую и медикаментозную обработку, придать форму и должным образом запломбировать корневой канал. Все это требует хорошего технического оснащения клиники и опыта доктора.

1. Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984;58:589–99.
2. Song M, Kim HC, Lee W, Kim E. Analysis of the cause of failure in nonsurgical endodontic treatment by microscopic inspection during endodontic microsurgery. *J Endod.* 2011;37:1516–9.
3. Yousuf W, Khan M, Mehdi H. Endodontic procedural errors: frequency, type of error, and the most frequently treated tooth. *Int J Dent.* 2015.
4. Shemesh A, Levin A, Katzenell V, Ben Itzhak J, Levinson O, Avraham Z, et al. C-shaped canals—prevalence and root canal configuration by cone beam computed tomography evaluation in first and second mandibular molars—a cross-sectional study. *Clin Oral Investig.* 2017;21:2039–44.
5. Eric M Weinberg et al. *J Endod.* 2020 Jan.



ВЕРА В СЕБЯ И НЕМНОГО УДАЧИ

Посещая врача, мы создаем свое впечатление о нем, не только исходя из его профессионализма, опыта, доброжелательности. Большую роль в этом играет внешность. Опрятный внешний вид, ухоженность, аккуратность прически, чистая кожа лица – это ободряет пациента и вызывает большее доверие к врачу.

Мы поговорили со специалистами Студии красоты Павла Самодурова о том, на какие особенности ухода за собой стоит обратить внимание стоматологу, и о том, какие процедуры могут помочь врачу поддержи-

вать свой образ на высоком уровне.

В 90-е годы Павел Самодуров пришел в индустрию парикмахерского искусства в качестве модели, а потом и сам стал парикмахером-стилистом, а еще позже – владельцем и управляющим собственных салонов красоты. Аппаратная косметология и другие услуги люкс-сегмента Студии красоты Павла Самодурова помогают поддерживать стиль и ухоженность.

– Павел, ваш приход в индустрию красоты случился еще в юности. Поделитесь вашей историей. Как это произошло?

– Моя история действительно похожа на сказку, волшебство. И ее начало, и многие другие эпизоды в жизни и профессии подтверждают, сколь много в нашей жизни значит случай. Я учился в 10 классе, когда моя знакомая попросила меня быть ее моделью на экзамене по парикмахерскому делу. Мне стало интересно, я согласился: у меня были роскошные волосы, приятная внешность. На экзамене меня заметила директор училища. «Это модель международного уровня», – заметила она. В итоге из Пензы я попал на Чемпионат России по парикмахерскому искусству, проходивший в Ростове. А там меня заметили московские мастера. В итоге я стал моделью международной сборной России. Это было действительно волшебство – я окунулся в мир красоты. Познакомился с Сергеем Зверевым, с Долорес Кондрашовой. Салон «Велла Долорес» тогда был первым столичным салоном, там я проводил много времени: мы тренировались, готовились к выступлениям. Среди клиентов были и первые леди,

и весь бомонд, весь наш отечественный шоу-бизнес. Это были невероятно ухоженные дамы, а в руках профессиональных парикмахеров-стилистов они становились просто неотразимы. В тот период я разучился определять возраст женщин – настолько они великолепно выглядели.

– И в какой-то момент вы почувствовали в себе потенциал не просто модели, а мастера?

– Да, так и случилось. В 1992 году я отправился в Токио на Чемпионат мира, но пока еще в роли модели. Я уже пытался определиться с профессией, например поступил в училище по специальности закройщик, хотел идти по пути мамы – она портниха. Но Москва, сборная страны по парикмахерскому искусству – все это перевесило. Мне было уже 20 лет, и я сказал: «А давайте делать из меня не модель, а парикмахера!» Дело в том, что я быстро вовлекся в работу мастеров, мне это было интересно. И я начал чувствовать нюансы. Когда мастер работал с моей головой, я видел все ошибки. Показывал, говорил, что где стоит поправить. Вовремя, даже заранее подавал нужные инструменты – все чувствовал. И мне хотелось делать все самому.





В 1995 году я стал парикмахером. У меня был серьезный плюс: я миновал всю рутину обучения, ведь я сразу был погружен в практику. Меня перевели в один из филиалов «Велла Долорес» в здании большой поликлиники на Тверской. Там я работал до 2000 года. Нарбатывал опыт, базу клиентов, а еще вовлекался в бизнес-процессы. Как-то я выяснил, что я один делаю 38% выручки всего салона. Попытался обсудить с руководством вопрос финансовой компенсации моего труда. Понимания не нашел. Я ушел из салона. Но к тому времени я уже задумывался о том, что мне пора расти дальше – открывать собственный салон.

– Кого бы вы отметили как наставника на вашем профессиональном пути?

– Конечно, это те люди, которые вовлекли меня в эту сферу, учили, помогали. Хочется сказать о Марине Васканян – это член сборной России, ма-

стер международного класса. Когда-то она работала со мной как с моделью. Наш тандем стал призером кубка Токио, мы обладатели кубков Лондона и Антверпена, гран-при кубка Европы. Марина стала моей наставницей в профессии.

– Итак, вы открыли свое дело. Как это случилось?

– В 1998 году я открыл кабинет в пансионате при Управлении делами Президента РФ в Подмосковье. Туда я периодически ездил к одной из клиенток, делал окрашивание, и она вспомнила, что в пансионате несколько месяцев пустует помещение парикмахерской. Она помогла мне связаться с руководством пансионата, мы договорились, и я начал работать. Я в очередной раз получил подтверждение, что важно верить в то, что у тебя все получится, а еще – что очень важен момент удачи. Тогда все складывается. Уже через год мне дали там и маникюрный кабинет, еще через



год – кабинет косметолога. В итоге от маленького парикмахерского кабинета я перешел на уровень салона красоты. А в 2001 году я открыл и свой первый салон в Москве, в Перово. Еще через год-другой – на Таганке. Также открылись и на Красных Воротах. Я начал работать на продукции WELLA, взял сразу полный набор средств и смог расплатиться за товарный кредит уже через год.

Награды Студии красоты Павла Самодурова

2007 г. – «Открытие года»,
Премия Индустрии Красоты

2008 г. – «Лучший салон красоты.
Доверие и репутация»

Первая Российская Премия в области
красоты и здоровья «Грация»

2012 г. – «Лучший салон года»,
премия GUINOT

– От практики вы перешли к управленческим задачам. Как развивался салон? Какими средствами и оборудованием вы его наполняли?

– Нам посоветовали качественную косметику французской марки



GUINOT, на которой мы работаем до сих пор. Это демократичный люкс-сегмент. Я направил своих косметологов на обучение, и они стали настоящими адептами этого бренда.

А еще я понял, что нужно погружаться в аппаратную косметологию. Ранее я увидел в салоне Сергея Зверева некий прибор, стоявший без дела. Оказалось, это процедура озонотерапии: кислородные коктейли, вводимые в ткани, помогают локально решать проблемы с лишним весом, убирают жир. Я вызвался быть моделью, чтобы опробовали прибор на мне. И действительно, через несколько месяцев я сильно похудел. Косметологи салона были настолько вдохновлены, что начали активно работать на этом аппарате. Я тоже вдохновился и, когда открыл салон на Таганке, приобрел такой аппарат, уже нового поколения, с процессором, несколькими программами. И попал в яблочко: наши клиенты с удовольствием пользовались этой процедурой.

Затем у нас появились физиотерапевтическое оборудование с микротоками от компании GUINOT, другая аппаратура. И, наконец, мы овладели новым словом в вопросах термоомоложения – приобрели аппарат ЭЛОС-терапии, затем освоили работу на аппаратах RF-лифтинга. Позже в нашем салоне появился аппарат INTRACEUTICALS – технология

кислородного омоложения. С такой аппаратурой, кстати, Мадонна ездила в свои туры, что уже говорит о качестве подобной терапии. Селебрити во всем мире продвигали эту технологию, и наши клиенты тоже весьма довольны. Наконец, мы сейчас работаем с аппаратом SMAS-лифтинг LIFTERA последней версии, процедуры на котором очень эффективны и при этом безболезненны. Так что мы полностью вооружены, чтобы помогать нашим клиентам поддерживать красоту и эстетичный внешний вид. А наши специалисты профессионально, со знанием дела работают с этим оборудованием.

И, конечно, мы встречаем гостей в уюте и комфорте. Я сам продумывал дизайн нашего салона, эргономику помещений, чтобы было удобно и клиентам, и мастерам. Все оборудование тоже подчинено этим целям – обеспечить удобство и качество работы. Каждая наша мойка, например, – это технический шедевр стоимостью 5500 евро. И это оправданная цена: работать на них очень удобно. Что касается средств, на которых мы работаем, – это по-прежнему GUINOT и WELLA. Логистика и все связи по поставкам у нас сохранены.

– Несмотря на серьезную нагрузку, связанную с управлением салоном, вы по-прежнему работаете и как мастер-стилист. Как вы



строите взаимодействие с клиентами? Создаете ли тот образ, который они себе рисуют, или убеждаете, что нужны изменения?

– Мой клиент – это тот человек, который доверяется мне. Часто я, конечно, не могу сказать сразу, как именно нужно поработать над образом. Обычно я даю общее направление, рекомендую цвет или длину, а дальше – уже творчество: образ выстраивается в ходе работы. Видимо, это мой почерк. В целом я авторитарный мастер, стараюсь убедить клиента, что именно так он будет выглядеть наиболее выигрышно. Я люблю импровизацию, смешение разных техник, не работаю шаблонно. Каждый клиент – это своя история, свой облик, поэтому каждый раз это будет индивидуальное решение.

– Стоматологам надо держать лицо в порядке: врач-стоматолог общается с пациентом на близком расстоянии. Да и в целом каждому хочется быть привлекательным. Что из процедур и услуг, предлагаемых вашим салоном, пригодится стоматологам в первую очередь?

– Мы можем предложить полный

комплекс для поддержания образа. И это не только эстетическая косметология, но и ногтевой сервис, уход за волосами, услуги подолога. У нас даже есть реабилитолог-травматолог, мы поможем восстановить уставшую спину, руки. Кстати, отмечу, что, конечно же, наши клиенты – это и женщины, и мужчины. Врачам очень важно следить за ухоженностью своих рук. Также важен образ в целом. Поэтому, если мы говорим об уходе за волосами и о стиле, о стрижках, то довольно часто мы получаем запрос на такую стрижку, когда можно будет быстро и просто уложить волосы самостоятельно, это особенно актуально для мужчин. И мы помогаем создать стильный образ, который легко поддерживать.

– Врачу-стоматологу важно быть в тонусе и уже на следующий день после процедур прийти на работу без их последствий на лице. Какие аппаратные процедуры подойдут при таких требованиях?

– Современные технологии позволяют так работать с кожей, что последствия незаметны либо они проходят через несколько часов. У нас нет про-

цедур, после которых нужна реабилитация. Верхние слои кожной ткани не затрагиваются. Только при использовании RF-лифтинга травмируют кожу, в этом и суть этой процедуры, однако это легкое воздействие: на одном квадратном сантиметре кожи работает 26 тончайших золотых микроиглоочек, они взаимодействуют с дермальным слоем кожи. Краснота проходит через 4 часа. Синяков или облезания кожи нет. Кроме того, мы используем успокаивающие маски, которые тушат покраснение.

– Как вы полагаете, насколько важна внешность в образе врача?

– Полагаю, что поговорка о том, что встречают нас по одежке, все же верна. Конечно, важно развиваться и в профессии, и с точки зрения личностных компетенций. Однако внешности тоже стоит уделять внимание. Даже если человек некрасив от природы, но, если он умеет себя подать, это прекрасно. Кроме того, тот, кто работает в сфере медицины, эстетики, должен и сам выглядеть эстетично, ухоженно, я в этом убежден. И в этом стоматологам помогут наши специалисты.

Если медики хотят помогать людям, они прежде всего должны помочь себе

Юлия Венгер, массажист-реабилитолог, врач-косметолог, рассказывает о правилах и возможностях ухода за собой.

– Работа врача-стоматолога статична, часто следствие такого малоподвижного образа жизни – зажатость мышц, головные боли. Как можно помочь предотвратить такие проблемы со здоровьем с помощью салонной аппаратуры и реабилитирующих процедур?

– Статическая поза, в которой работает врач-стоматолог, дает неравномерные нагрузки на мышцы, появляются зажимы, в том числе и зажимы лицевых нервов. Нарушается кровоснабжение. Появляются остеохондроз, протрузии, грыжи и другие следствия нарушения кровообращения. За этим следуют головные боли, мигрень, сбои в зрении – например, могут развиваться синдром туннельного зрения и другие патологии. Также на зрение влияет и яркое освещение, а это обычная ситуация в кабинете стоматолога. Могут развиваться и катаракта, и глаукома. Кстати, глаукома появляется у 20% людей с малоподвижным образом жизни, а профессия стоматолога как раз вынуждает быть долго в статике.

Что с этим делать? Во-первых, работать над расслаблением мышц. Обязательным является массаж, помогающий расслаблять зажатость мышц. Это нормализует кровоток, уходят проблемы, в том числе кислородное голодание мозга и головные боли. Важно также укреплять мышечный корсет. Замечу, что лекарственные препараты от болей в мышцах могут давать побочные эффекты – зато можно использовать ботокс, который применим не только в косметологии, но и в медицине, в работе с мышечным тонусом.

Наши клиенты очень любят звездную процедуру GUINOT-гидрадермия. Говорят, это любимая процедура королевы Англии Елизаветы II. Это роскошный классический уход, включающий очищение, энзимный пилинг,



массаж воротниковой зоны, лица, шеи, декольте, маску и нанесение завершающих продуктов Guinot. В процедуре сочетаются аппаратные методики: двойная ионизация, микротоковая терапия, миостимуляция, оксигенация. Сразу после процедуры кожа становится более увлажненной, эластичной, повышается ее тургор, восстанавливаются здоровое сияние и ровный тон. А миостимуляция и микротоки помогают избавиться от зажимов в мышцах, восстанавливают кровоток.

– Еще одна боль стоматологов – это руки. Они очень устают во время работы врача. Кроме того, кожа рук тоже подвергается воздействию. Какие процедуры помогут в этом случае?

– Для стоматолога руки – основной рабочий инструмент. При этом в связи с различными факторами, в том числе и из-за профессиональных

особенностей деятельности, у 20–30% населения присутствует ревматоидный фактор, постепенно начинаются необратимые изменения хрящевой системы, и это сложно остановить. Кроме болей в суставах, усталости может появляться и тремор в руках из-за постоянного напряжения. Наконец, от статического положения может развиваться и судорожный синдром.

Чтобы не допустить такой ситуации, важно ухаживать за руками – и внешне, и изнутри. Здесь следует подумать о насыщении тканей коллагеном и о расслаблении мышц. Самомассаж, к сожалению, не всегда и не до конца помогает. Есть аппараты, которые направлены на расслабление мышц (миостимуляция), а также массажные техники, которые помогают восстановить циркуляцию крови.

– Когда мы садимся в кресло в кабинете стоматолога, мы видим перед собой глаза врача. Как же сто-



матологам ухаживать за своими глазами, чтобы эта область лица выглядела здоровой и привлекательной?

– Морщинки, уставшая кожа вокруг глаз, ее тусклость – это уже вторичные последствия тех проблем, которые мы описали выше.

Аппаратная косметология помогает избавиться от таких проявлений. Например, COLLOST® micro — самый мощный коллагеновый препарат в мире, новейшая разработка в области эстетической медицины. Это инновационный продукт для терапии возрастных и эстетических изменений кожи лица и тела, созданный на основе уникальных запатентованных технологий PoliONICol® и MicronONIC®. Замечу, что у женщин в первые пять лет после наступления

менопаузы количество коллагена в коже уменьшается в среднем на 30%. А к 80 годам выработка коллагена в организме человека снижается на 75%. К тому же коллаген становится более жестким. Чтобы ткани оставались упругими, а кожа – подтянутой, необходимо восполнять естественную потерю коллагена. Уже доказано, что оральный прием коллагеновых добавок не дает эффекта. Зато есть прекрасный метод воздействия с помощью профессиональной косметологии. С проблемами изменений кожи борется инъекционный имплантат COLLOST micro, технология использует последние достижения российской компании «БиоФАРМАХОЛДИНГ» в области разработки и производства коллагеновых препаратов, основанные на более чем 20-летнем опыте работы на рынке эстетической медицины.

Преимущества COLLOST® micro – в максимальной дозировке коллагена, в возможности терапии кожи верхнего и нижнего века, а видимый эффект достигается на 3-5 день после первой процедуры. Суть технологии PoliONICol® в том, что она позволяет создать дополнительные отрицательные заряды на поверхности молекулы белка коллагена. В тканях удерживается большее количество молекул воды. Кожа насыщается коллагеном и становится моложе.

– Усталые глаза – это еще и отеки. Кроме того, в кабинете стоматолога часто сухой воздух, это истончает кожу. Как бороться с этими проявлениями?

– Что касается мешков под глазами, то часто думают, что это лишняя жидкость в организме, но это не так.

Это нарушение циркуляции лимфы, лимфатический застой. На это указывает и отечность рук и щиколоток с утра или вечером, если такие явления присутствуют. Бороться с отечностью помогает в том числе такая процедура, как лимфодренажный массаж. Она и в целом на сегодняшний день идеальна для омоложения лица, коррекции овала лица.

Аппарат SMAS-лифтинг LIFTERA, на котором мы работаем, умеет возвращать молодость без инъекций и пластических операций. Ультразвуковые лучи проникают глубоко в слои кожи и воздействуют на мышечно-апоневротический аппарат. С возрастом ткани становятся менее плотными, меньше вырабатывается коллагена и эластина, овал лица расплывается, уголки рта опускаются, а под глазами появляются синяки из-за нехватки подкожно-жировой ткани. SMAS-лифтинг помогает добиваться хорошего омолаживающего эффекта, приподнимая все лицевые структуры. Фактически, это нехирургическая подтяжка лица без повреждения целостности рогового слоя. Комбинируя разную глубину воздействия (от 1,5 до 4,5 мм), можно уплотнить кожу и сократить кожный лоскут, уменьшить выраженность подкожно-жировой клетчатки. Особенно это важно в области нижней трети лица и подчелюстной зоны: так мы можем добиться более четкого овала лица. Кожа выглядит подтянутой, разглаживается, исчезают морщины. Стоит заметить, что у SMAS-аппаратов первых поколений есть только линейные картриджи, они плохо работают на изгибах лица. А аппарат последнего поколения LIFTERA V с анатомическим точечным датчиком Pen type может работать на любом участке лица, не оставляя на нем «мертвых» зон. Болезненные ощущения во время процедуры отсутствуют, пациенты ощущают только тепло. Для поддержания эффекта стоит проводить от 1 до 4 процедур в год.

– Какие еще процедуры для поддержания молодости и здоровья кожи лица вы порекомендуете?

– Игольчатый RF-лифтинг на аппарате SCARLETT также хорошо работает и с проблемами кожи вокруг глаз, и в целом по лицу. Данная процедура омолаживает, выравнивает и подтягивает кожу. Это малоинвазивная методика аппаратного омоложения. Используется индивидуальная насадка с тончайшими позолоченными микроиглами, которая работает по принципу акупунктуры – прицельно доставляет RF-энергию в глубокие слои дермы. RF-волны стимулируют выработку нового коллагена и эластина, отвечающих за тонус и рельеф. Процедура прекрасно подходит при нарушении четкости овала лица, снижении упругости кожи, ее неровностях, при расширенных порах, постакне, наличии мелких морщин; а также на теле: при дряблости, растяжках, слабости тканей. Процедура вполне комфортна и переносится без анестезии. Кожа подтягивается сразу после процедуры, а в дальнейшем с запуском выработки эластина и коллагена лифтинг-эффект нарастает.

И, конечно, я рекомендую любимую процедуру Мадонны – INTRACEUTICALS – метод гипербарической оксигенации, настоящая философия по уходу за кожей. Лучшие ученые, косметологи и химики Австралии разработали систему идеального ухода. Компания INTRACEUTICALS произвела революцию в использовании гиалуроновой кислоты разного молекулярного веса, это лучший способ восстановить и поддерживать уровень влаги в коже. В процедуре гипербарический кислород используется для введения сыворотки, состоящей из низкомолекулярной гиалуроновой кислоты, витаминов, антиоксидантов и пептидов. Инфузор создает поток под давлением, это помогает ингредиентам мгновенно поступать внутрь кожи. Насыщение тканей кислородом – это прекрасный способ омоложения и поддержания тонуса кожи и организма в целом.



Вартан Минасян

Главный врач и управляющий клиникой «Селладент».

ДМС – игра вдолгую

Работа в секторе добровольного медицинского страхования сегодня все более популярна среди медицинских учреждений. Клиники увидели выгоду в таком формате, и главный плюс – расширение клиентской базы и рост доходов

в перспективе. ДМС учит клинику, ее руководство и весь персонал думать системно и стратегически, думать на будущее, – так считает Вартан Минасян, главный врач и управляющий клиникой «Селладент».

Работа по ДМС: от стереотипных страхов к осознанию пользы

– *Сегодня работа стоматологических клиник во взаимодействии с системой добровольного медицинского страхования становится все более актуальной. Что же изменилось на рынке? Ведь раньше клиники не столь охотно шли на лечение пациентов по ДМС.*

– Действительно, это так. Дело в том, что перекраивается и в целом меняется рынок. Становится больше крупных игроков, а отдельные медучреждения перестают быть конкурентоспособными. При этом большинство страховых компаний имеют свои придворные медучреждения, это становится некой закрытой экосистемой: страховая компания направляет пациентов в свои же клиники. В итоге разрозненные медицинские организации теряют популярность среди «белых воротничков», среди пациентов с хорошим социальным пакетом.

Кроме того, если раньше пациент выбирал персоналию, врача, то сейчас эта тенденция постепенно уходит. На рынок пришло другое поколение пациентов, и они иначе принимают решения, там другие ценности. Люди ценят удобство взаимодействия с клиникой, в том числе возможность предоставления рассрочек, документов для получения налогового вычета, лечение по ДМС и так далее.

Но такие возможности не может предоставить ни один частнопрактикующий врач, работающий в плотном графике: для организации такой работы нужно расширять штат. В то же время сейчас выйти в ноль и тем более в плюс можно только через несколько визитов пациента. Перед клиникой стоят две важные задачи: привлечь клиента и удержать его. Если же это частнопрактикующий доктор или это маленькая клиника, где собственник,

главный врач, управленец – в одном лице, то процесс привлечения новых пациентов становится обременительным, а неумение делегировать обязанности приносит новую головную боль. Взаимодействие же со страховой компанией позволяет обеспечить первые терапевтические приемы новых пациентов, то есть расширяет клиентскую базу, хотя эти первые приемы и будут убыточны. Но это будет означать появление пациентов, которые достаются клинике без особых усилий – а вот дальше они будут готовы остаться и продолжать лечение здесь, если клиника покажет хороший уровень сервиса и если будет налажено качественное взаимодействие между клиникой, врачом и страховой компанией.

В текущих реалиях умение клиник взаимодействовать со страховыми компаниями – напрямую или через ассоциации или партнерства – становится важным, его нужно интегрировать в бизнес-процессы.

– *Почему же раньше клиники менее охотно работали по ДМС? Что мешало?*

– Деятельность клиники с учетом обслуживания страховых пациентов требует грамотного управления. Дело в том, что, во-первых, раньше медучреждения работали по старинке, по привычной простой схеме: клиент пришел, получил лечение, заплатил и ушел. Врачи имели базу своих пациентов и тем самым обеспечивали более-менее постоянный поток. И, казалось бы, можно было не заботиться о том, как в клинику приходят деньги. Сейчас, как я уже отметил, ситуация меняется, меняется сам алгоритм взаимодействия пациентской аудитории с клиниками, это надо учитывать. Уже нельзя рассчитывать на приход пациента «с улицы», да и сарафанное радио уже не может обеспечить стабильность. За клиента надо бороться.

Второй момент, который смущал клиники: страховые компании чаще диктуют клиникам свой прайс и жестко, через экспертов и кураторов, контролируют перечень манипуляций и стандарт их оказания. Страховая компания хочет заработать, а клинике это не интересно, ведь она работает по невыгодной для себя цене.

Ну и, наконец, это просто предубеждение. В медучреждениях часто считалось, что ценный клиент – это тот, который платит здесь и сейчас, а клиент, приходящий по страховке, – это халавщик. И сейчас еще существует порой это стереотипное отношение к страховому пациенту. Но клиники уже понимают, что ДМС может приносить реальную пользу, важно просто разобраться, в чем здесь плюсы, и правильно выстраивать работу со страховыми компаниями.

– *Клиника «Селладент» сейчас тоже включилась в работу в формате ДМС. Это выгодно?*

– Конечно. Когда-то ранее «Селладент» вела в том числе и страховые приемы, но потом прекратила практику работы по ДМС в силу непонимания управляющих менеджеров, что делать со страховыми пациентами, как использовать работу со страховыми компаниями и получать от этого выгоду. В 2022 году я пришел в «Селладент» в качестве управляющего, клиника была в стрессовой ситуации. Мы многое изменили и улучшили – в том числе вернули в строй работу со страховыми клиентами, и это усилило и стабилизировало экономическую модель клиники.

– *Что обычно входит в лечение в рамках добровольного страхования?*

– Договор страхования — это компактное решение небольших проблем. Например, это может быть удаление зубов, лечение корневых каналов, постановка пломб и так далее. Если

же клиника сталкивается со специализациями или с работами, которые не покрываются страховкой, нужно щепетильно и понятно изложить пациенту, почему это не покрывается, объяснить, что это не желание клиники, а решение страховой компании. Но объяснить при этом, что клиника готова оказать содействие для согласования оплаты. То есть главный принцип в общении со страховым пациентом – сделать его постоянным клиентом, повисить и укрепить его доверие к клинике.

ДМС тем самым – это точка входа пациента в лечебное учреждение. Первый визит клиента в клинику – это момент, от которого будет зависеть, станет ли он возвратным пациентом, то есть останется ли лечиться здесь далее. Вот тут надо пациента привлечь, позаботиться о нем, расположить к себе, не вызвать у него дискомфорта или негатива, избежать каких-то конфликтов в тех вариантах, когда будет идти речь об услугах вне страховой программы, найти правильную сервисную составляющую для коммуникации. И тут уже важны действия не только самого врача, но и работа кураторов, администраторов.

– Таким образом, ДМС нужно клинике, главным образом, для привлечения пациентов?

– Основная цель – расширить клиентскую базу. Хотя бывали и случаи, когда клиники открывали двери страховой компании, а потом захлебывались в пациентах. Ведь пациента мало привлечь, надо его удерживать, руководить всем этим процессом, справляться с запросами. То есть клинике нужно четкое понимание, что делать с клиентурой, как ее вести.

Но сегодня оснований для беспокойства с точки зрения получения переизбытка пациентов нет, ограничивать пациентский поток как раз не нужно. Сейчас на рынке сложился дефицит пациентов. Именно по той причине, что многие клиники начали работать с ДМС. К тому же на рынке, особенно в крупных городах, мы наблюдаем переизбыток стоматологических клиник, предложение превышает спрос. И клиника, работающая с ДМС, в итоге более

конкурентоспособна: большой поток клиентов уходит к ним, и если она умеет работать со страховыми пациентами, у нее их будет валом.

Да, если клиника сформировалась, развивается хорошими темпами и сильно загружена, то на этом этапе страховые пациенты ей уже не нужны. Скажем, такая клиника может быть лидером по лечению каких-то определенных заболеваний, специализироваться на этом. В таком случае ей не нужно расширять аудиторию пациентов. ДМС – это способ дозагрузки клиники, когда она работает не в полную силу.

Спад спроса и дефицит пациентов мы начали наблюдать на рынке в период пандемии коронавируса, а затем – с 2022 года. Скажем, в условиях карантина многие пациенты перестали ходить в клиники, они были не загружены. Позже определенная часть аудитории уехала – или, скажем, уехал ключевой доктор клиники, и клиника стала менее посещаемой. Это ситуация, когда рушатся традиционные регламентные цепочки. К тому же, в отличие от крупных сетей, которые более стабильны на рынке, поскольку к ним идут разные пациентские потоки и есть маркетинговая работа, разрозненные клиники хуже себя чувствуют. Таким образом, если клиника загружена не на 100% и ей откуда-то надо черпать клиентов, считая при этом выгоду, – ДМС поможет. Например, ваши привычные источники клиентов загружают клинику на 70% (допустим, через таргетинг, личные приглашения по теплым звонкам или в чате от врача), а 30% загрузки предоставляет.

Грамотная организация процесса – залог успеха

– Взаимодействие со страховым пациентом, очевидно, имеет особенности. Клинике важно уметь грамотно выстраивать этот процесс?

– Да, здесь важно соблюдать баланс. С одной стороны, есть определенный перечень услуг, которые покрываются страховкой. С другой – есть пожелания клиента, который ставит целью

получить определенное лечение. И эти задачи и возможности могут не совпадать. Тут важно не прогибаться под пациентские требования «все бесплатно по страховке», ведь какие-то манипуляции – допустим, восстановление зуба, пломба на зуб, разрушенный более чем наполовину, – не входят в страховку. Но одновременно нужно избежать и негатива в отношениях с пациентом. Значит, важно уметь корректно и понятно составлять врачебные планы, в которых нужно все расписать.

Клиники порой сталкиваются с пациентским экстремизмом, когда пациент пытается продвинуть свою позицию, например, говорит, что в другом учреждении какое-то лечение ему делали бесплатно. Вот почему, например, мы в нашей клинике работаем под запись, все задокументировано, эти процедуры регламентированы нашими юристами. Это защищает обе стороны: и врач не будет злоупотреблять своим положением, и у пациента не будет возможности коррумпировать врача. Кстати, я сталкиваюсь все с большим количеством специалистов, которые готовы работать на камеру, это им даже нравится, они ощущают себя защищенными. Раньше было наоборот – врачи старой закалки негативно относились к видеозаписям, но ситуация меняется.

Да и пациенты понимают пользу видеозаписей. Замечу, что, если вдруг клиент выступает против записи, это говорит только о том, что он пришел не получить помощь и вылечиться, а настроен на скандал. Такой же момент существует и в отношении подробных анкет, которые обычно пациенту нужно заполнить в клинике перед началом лечения. Это стандартные формы, из ответов клиента врач может выяснить, например, есть ли у него аллергия, сопутствующие заболевания и так далее. Сейчас пациенты уже привыкли к таким врачебным опросам, а раньше мы сталкивались и с протестами. Пока менее просвещенные пациенты еще относятся к этому с предубеждением, а пациенты осознанные – с пониманием. В целом сейчас ситуация меняется.

– Какие модели работы в формате ДМС сегодня существуют?

– На рынке чаще всего применяются три модели взаимодействия страховых компаний с лечебными учреждениями: фактовая оплата, предоплатная система и франшиза.

Фактовая система подразумевает, что страховая компания по факту будет покрывать стоимость каждой лечебной процедуры, за которой пациент обращается в клинику. В варианте предоплаты страховая компания сразу платит клинике фиксированную сумму за одного пациента или за группу пациентов, и в течение всего страхового периода клиника лечит этих пациентов по договору страхования.

Наконец, в случае франшизы пациент изначально оповещен о том, что платежи в рамках его страховой программы будут сочетанными: часть суммы платит он, часть закрывает страховая компания. Сейчас только одна клиника в Москве, к примеру, работает по такой системе, и довольно

успешно. Я удивлен, что такой формат не получил распространения, ведь это довольно взаимовыгодная история. Пациент получает лечение с хорошим дисконтом, клиника получает платеж и от пациента, и от страховой, а страховая видит, что пациент мотивирован, готов лечиться, и ей тоже выгоден такой вариант ДМС.

Есть также четвертый вариант – гарантийные письма. Для пациента составляется график лечения, страховая компания выписывает такое письмо, выражая готовность оплатить. В этом случае клинике, составляя финансовый план лечения, нужно четко понимать, какие лечебные манипуляции необходимы, и учесть их, не предлагая что-то излишнее.

– Вы упомянули, что для эффективной работы со страховыми клиентами медучреждению нужен отдельный сотрудник, который

бы занимался вопросами ДМС. Как в «Селладенте» организована эта работа?

– Да, обслуживание пациентов по ДМС и их ведение – это перечень задач, которые лежат на администраторе. Поэтому у нас их два. Один администратор отвечает за заботу о пациенте и его комфорт. А второй занимается делопроизводством и ведет формат ДМС: согласовать план лечения со страховой компанией, помочь пациенту выяснить, что входит в его страховой договор, что нет, пришло ли гарантийное письмо, когда заканчивается полис, можно ли по ДМС записать на прием супругу или детей и так далее. Количество вопросов по работе с пациентами по ДМС колоссальное, так что такой специалист должен быть прокачан. Кроме того, нужна поддержка еще и со стороны CRM-системы, которая бы обеспечивала отслеживание всех данных.



– Требуется ли специальное обучение таких специалистов?

– Это органический рост, то есть в ходе наращивания навыков и опыта сотрудник овладевает нужными знаниями.

Замечу, что клинике выгодно иметь такого куратора, но не везде готовы завести еще одну ставку под обслуживание ДМС. И все же польза от этого понимается на дистанции, если владелец медучреждения умеет считать и если управляющий состав клиники понимает эффекты от работы по ДМС.

– Потребуется ли снижать качество лечения, чтобы уложиться в стоимость страхового преискуранта?

– Страховые пациенты могут быть не очень выгодны в день фактического приема. Но вдолгую, на дистанции, это будет основной костяк пациентов клиники, которые платят деньги. Ведь в какой-то момент им будет уже не важно, есть у них страховка или нет. Поэтому сначала в рамках ДМС можно пойти на уступки по цене, чтобы завоевать клиента. Зато в будущем это принесет клинике прибыль.

Как войти в сферу страхования: стратегия и тактика

– А в чем эффект работы клиники в формате ДМС?

– Как мы уже отметили, большим клиникам или сети медицинских учреждений с массой адресов взаимодействовать со страховыми компаниями проще. Кроме того, такие клиники могут обслужить весь штат большой компании, филиалы которой еще и могут находиться в разных локациях и даже в разных городах. В этом случае обеспечивается единый уровень сервиса и качества. Еще одно преимущество в том, что данные пациента могут передаваться по сети, информация преемственная, а врачи соблюдают единую рабочую этику. Поэтому такие клиники или сети при обслуживании страховых пациентов добиваются большого успеха.

Замечу, что прежняя парадигма «пациента надо лечить, пока он болен, а потом он уже не пациент» не актуальна. Сегодня задача любой

медицинской организации – сохранить лояльность пациента после его обращения, чтобы он и сам пришел еще в клинику, и привел семью, жену, детей и так далее. ДМС выступает в качестве поддержки по его основному заболеванию, начальным запросам, а дальше, если клиника нравится, обслуживание радует, клиент остается.

Да, бывают случаи, не очень выгодные клинике и страховой компании, но выгодные пациенту. Скажем, варианты, когда подготовка к протезированию покрывается страховкой при протезировании на базе клиники. Или перелечивание каналов или лечение кариеса будет считаться страховым случаем при протезировании в клинике. Но вот тут клиника должна решать для себя, что важнее и дороже: лояльность пациента и его семьи или же юнит-экономика, которая подразумевает выгоду в моменте. То есть или ваш пациент проявляет лояльность к учреждению и коллективу и потом наблюдается там многие годы, или это модель обслуживания пациентов с разовыми приемами и подсчетами. Я придерживаюсь позиции, что первое выгодно, второй подход пагубный. Нужно играть вдолгую.

И в нашей клинике мы придерживаемся такой же позиции. Стараемся делать все возможное, чтобы наша клиентская база росла. Обращаем внимание на то, почему пациент может перестать у нас лечиться, педантично и внимательно отслеживаем причины, работаем над этим. То есть важно выработать понимание, что ДМС учит клинику, ее руководство и весь персонал думать системно и стратегически, думать на будущее.

– А в чем здесь выгода для работодателя? Ведь он же одно из звеньев в этой цепочке. И каких случаев больше – когда договоры ДМС оплачены компанией-работодателем или когда клиент сам оформляет для себя договор добровольного медицинского страхования?

– Подавляющее большинство страховок куплены работодателем, и это удобно для компании: приобретает сразу большое количество страховых договоров с большим дисконтом. Это выгодно для бизнеса. Что касается целей работодателя – компаниям важно обеспечить лечение любых заболеваний, нарушений здоровья, которые

связаны с возможной потерей работоспособности. То есть суть страхования в том, чтобы лечение быстрее вернуло сотруднику работоспособность, в этом интерес работодателей, вкладывающихся в ДМС. И если клиника это понимает, то добивается большого успеха.

Есть, конечно, и варианты, когда человек сам обращается в страховую компанию и оформляет для себя договор ДМС с удобным наполнением. Но может быть и смешанный вариант. Скажем, пациент уже имеет страховку от своей компании, но ему хотелось бы большего наполнения. Ведь сотрудники компаний получают разноразличные страховки, в зависимости от их должности и статуса, наполнение страховых полисов разное. В этом случае работник может обратиться к HR-специалистам или офис-менеджерам и расширить страховку за свой счет. Или попросить присоединить к договору ДМС какое-то другое лечебное учреждение, которое ему удобно с точки зрения локации или где он уже лечился ранее. То есть сотрудник компании, получая от работодателя медицинскую страховку, может сам выбирать свою страховую программу, добавляя нужные услуги или нужную клинику.

20 лет ситуация была такова, что страховая компания работала с какими-то определенными клиниками и больше ни с какими другими. Это был рынок продавца: лечитесь только здесь, если хотите страховку. Теперь же это рынок покупателя, и клиент может влиять на прикрепление медучреждений к ДМС. А это дает новые возможности небольшим клиникам – теперь и они, благодаря такому подходу, могут прикрепляться к страховой компании. А это, в свою очередь, объясняет, почему клиникам сегодня уже нужен отдельный сотрудник, который занимается вопросами ДМС: у договоров ДМС разное наполнение, каждая клиника может работать по десятку направлений и форматов страхования, это сложно.

– Как же маленьким клиникам включиться в работу со страховыми компаниями?

– Как мы уже отметили, страховым компаниям выгоднее работать с крупными учреждениями или сетью, чтобы охватывать большее количество рабо-

тодателей и тем более крупных компаний, а также обеспечивать покрытие всех районов города. А небольшие клиники и мелкие частные стоматологические клиники одного врача остаются за бортом. Но есть пути преодоления этого барьера.

Самый простой и понятный способ: клиника должна сама выходить на диалог со страховыми компаниями. Но тут мы опять упираемся в вопрос необходимости иметь в штате сотрудника, отвечающего за взаимодействие со страховой сферой, потому что нужно ходить по страховым компаниям и налаживать партнерство.

Второй путь – работа со своей клиентской базой. Можно спросить у своих пациентов, какими страховыми компаниями они пользуются, и предложить им прикрепить клинику к своему договору ДМС.

Еще один вариант – быть открытыми к диалогу. Можно создать некую ассоциацию, конгломерат клиник. Для страховой компании это уже подается как 20 адресов одной сети, и это может обеспечить заключение договора со страховой. Но в этом случае владельцы клиник должны понимать, что придется стандартизировать преискурант и подходы к лечению, привести эти процессы к единообразию во всех клиниках, решившихся объединиться в ассоциацию.

– А есть ли варианты, когда можно исключить из цепочки саму страховую компанию, то есть когда клиника взаимодействует с компаниями напрямую, обслуживая их сотрудников?

– Это удобно, если мы прикрепляем к клинике маленький коллектив компании. В этом случае это уже не договор ДМС, а договор возмездного оказания услуг. Сотрудники такой компании уже знают, что есть дружественная клиника, куда они ходят лечиться, а работодатель оплачивает их лечение. На эти расходы предприятие может отнести до 6% фонда оплаты труда.

Прийти напрямую в большую компанию со штатом в 500 человек и более небольшой клинике сложно. Но практика такая есть.

В итоге можно выбрать для себя любой формат работы по ДМС для одиночной клиники: работа напрямую со страховой компанией, работа напрямую с работодателем, работа со страховой или с крупным работодателем через ассоциацию.

– Влияет ли участие клиники в обслуживании пациентов по ДМС на ее имидж?

– Это не оказывает влияния на имидж медучреждения, а вот кон-

курентоспособность клиники работа со страховыми компаниями повышает. Поэтому стоит стараться развиваться по этому пути.

– Резюмируем: что же мы можем посоветовать стоматологическим клиникам? ДМС: да или нет?

– Главный совет: правильно считайте с расчетом на перспективу. Если ваши подсчеты показывают, что работа со страховыми пациентами принесет выгоду – значит, идем на ДМС. Пусть сначала придется чуть уступить в цене, но в будущем это принесет прибыль. Замечу, что обслуживание пациентов с ДМС в любом случае выгодно медучреждению. Если ваши цифры это не подтверждают, значит, вы что-то не так делаете. Привлечение новых клиентов в клинику всегда полезно. Другое дело, готовы вы к этому или нет.

Еще одна задача работы по ДМС – укрепить позиции клиники, чтобы она не закрылась или не была перекуплена крупными сетями (хотя иногда это оказывается выгодно).

Таким образом, включенность медицинской организации в сферу медицинского страхования несет в себе плюсы, нужно лишь верно построить финансовую модель такой работы.



КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ

ДЛЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ
СИСТЕМЫ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ

ВМЖО
Н. СЕЛЛА

Академическая поддержка



Москва
☎ +7 (495) 771-75-39
✉ manager@nsella.ru

Санкт-Петербург
☎ +7 (812) 982-25-39
✉ sp@nsella.ru

Екатеринбург
☎ +7 (343) 345-45-39
✉ ural@nsella.ru

Оформить заказ



BRAIN • MUSCLE • JOINT • OCCLUSION

www.nsella.ru

Компания «Н.СЕЛЛА» в рамках гнатологической концепции ВМЖО представляет Комплекс для функциональной стоматологии.

Он универсален для решения проблем с дисфункцией ВНЧС у детей, подростков и взрослых пациентов.

Благодаря безопасности оборудования, его мобильности и индивидуальным протоколам, вы можете использовать данные для реабилитации практически в любой области стоматологии. Многофункциональность и доступность работы с комплексом позволяют реализовать лечебный план как в аналоговом варианте, так и в современном цифровом протоколе.

Всю диагностику и лечение пациентов можно провести с помощью 3 компактных приборов, уместящихся в кейсе:

Комплекс для функциональной стоматологии в индивидуальном кейсе

Комплекс беспроводного мониторинга электро-физиологических сигналов «Колибри»

Датчик функциональной активности Callibri.
Депрограмматор U-DENT

Устройство для определения психофизиологического состояния Brainbit



КОНЦЕНТУАЛЬНАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ БРАЗИЛИЯ

26.10-02.11
2024



РЕКЛАМА

Рикардо Керн

Сержио Р. Бернардес



H.СЕЛЛА
THE DENTAL COMPANY

NEODENT®
A Straumann Group Brand