

DENTAL *Club*

№4 (20) 2018

Эффективное управление
временем

Команда
стоматологической
клиники

Игорь Кузьмин:
«Покорного судьба ведет,
а упрямого тащит!..»



Скачайте мобильное приложение журнала в Google Play и AppleStore и читайте все номера журнала на телефоне или на планшете, а также в числе первых получайте свежий номер.

Журнал Dental Club всегда под рукой!

РЕКЛАМА



4 Теория & Практика

Клинические исследования, презентации, научные статьи

**4 Е.Н. АНИСИМОВА, Н.Ю. АНИСИМОВА, Н.А. РЯЗАНЦЕВ,
И.В. ОРЕХОВА, М.В. ГРОМОВИК, Е.А. ЕРИЛИН**
Алгоритм безопасного стоматологического
вмешательства. Часть 1

12 АЛЕКСАНДР ШУМСКИЙ
Предраковые заболевания в практике врача-
стоматолога

20 ИГОРЬ КУЗЬМИН
Проблема заглушенных свищей в дентальной
имплантологии

26 ОКСАНА ОНОПРИЕНКО
Отсроченное обращение к детскому стоматологу
при сочетанных травмах зубов

34 ЕЛЕНА САКСОНОВА
Орофациальные боли: советы невролога

36 ТАТЬЯНА АРСЕНЬЕВА
Психогенные реакции пациентов в условиях
стоматологической практики

38 Лицо с обложки •

38 ИГОРЬ КУЗЬМИН
«Покорного судьба ведет, а упрямого тащит!...»

48 Де-юре • Юридические консультации

48 АРТЕМ ИВАНЧА
Потребительский экстремизм в практике
врача-стоматолога: примеры и способы
противодействия

54 РОМАН ШПАК
Распределение ответственности между
стоматологической клиникой и доктором
при оказании некачественных медицинских
услуг: практические рекомендации

Журнал Dental Club № 4 (20) 2018

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»
Главный редактор: Елена ГОРЧАКОВА
Выпускающий редактор: Роман
ПАНШЕНСКИЙ
Медицинский редактор: Илья ФРИДМАН
Редакционная коллегия:
Татьяна НИКОЛЬСКАЯ, к.м.н.
Игорь КУЗЬМИН, к.м.н.
Елена ЛИПАТОВА
Алексей ЛЮТОВ
Корректур: Елена МАКЕЕВА

Адрес редакции:
111033, Волочаевская улица, д. 12а, стр. 1.
Тел. +7 (495) 783-33-10 info@nsella.ru

По вопросам сотрудничества
и размещения рекламы:
gorchakova-elena@inbox.ru

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:
типография «Вива-Стар», г. Москва
Заказ № 2947
Подписано в печать: 10.12.2018
Тираж 7000 экз.
Свободная цена.
Для лиц старше 18 лет

На обложке: Игорь Алексеевич Кузьмин,
кандидат медицинских наук,
врач-стоматолог — хирург, доцент кафедр
челюстно-лицевой хирургии и хирургической
стоматологии Санкт-Петербургского
государственного университета
Автор фото: Сергей Тезиков,
г. Санкт-Петербург

62 Люди & бизнес • Знаем как

62 КОНСТАНТИН МИЩЕНКО

Детальная разработка концепции и бизнес-плана частной стоматологической клиники

66 ЕЛЕНА ШЕСТОПАЛОВА

4 эффективных правила для поиска хороших сотрудников

70 МАРИЯ ПОНОМАРЕНКО

Эффективный подбор персонала в стоматологическую клинику: адаптация сотрудника в новом коллективе. 6-я часть

74 Психология управления •

74 ЭДГАР ГИГОЛЯН

Команда стоматологической клиники: рецепты результативной игры

80 ВЛАДИМИР ЯКУБА

Тактики эффективной аргументации при обосновании пациенту комплексного плана лечения

82 ВЯЧЕСЛАВ ТАРАНОВ

Как из команды звезд создать звездную команду, или Правило трех «В»

88 Менеджмент •

88 АЛЕКСАНДР АДАМЧИК И ТИМОФЕЙ ЛЕВИЦКИЙ

Бизнес-мышление и развивающаяся клиника, или Почему нельзя выиграть битву за клиента?

90 ЮРИЙ СУДАКОВ

3 важных условия для привлечения первого клиента

92 АЛЕКСАНДР ШИМАНСКИЙ

Опыт автоматизации записи на прием без потери времени и денег клиники. Эффективное управление временем на примере клиники «МедиЛайн»

94 Артефакты •

94 ДМИТРИЙ ЖУРАВЛЁВ

Новогодние стоматологические зарисовки

96 Медицинские анекдоты

DENTAL *Club*

В ожидании чуда

Забавный праздник Новый год... Фактически он длится одну минуту: пробили куранты 12 раз, — и мы уже в следующем году. Но почему мы каждый раз с нетерпением и трепетом предвкушаем это событие?

Когда праздник ждут дети — это понятно. Но эффект Нового года и у взрослых никто не отменял! Испытываю тихую радость, наблюдая, как в декабре преобразовывается пространство: свой облик меняют витрины магазинов, в торговых центрах и на площадях устанавливают сверкающие елки, а привычные флаеры у метро раздают уже Деда Морозы... И в душе поселяется тихое ожидание чуда.

Новый год — райское время для тех, кто любит получать подарки, и для тех, кто предпочитает их преподносить. Это хороший способ без слов выразить признание родным, близким, коллегам за совместно пройденный путь длиной в 365 дней.

Мы обожаем этот праздник за то, что все становятся добрее друг к другу и совершенно незнакомые люди с чувством повторяют зимний пароль: «С наступающим!» или «С Новым годом!».

Мы любим Новый год за новые возможности. Многие надеются, верят и ждут, что, после того как оторвали последний лист календаря, что-то в жизни изменится к лучшему. И это так, ведь все мы в этот миг соединены невидимой нитью, сотканной из наших желаний, надежд и стремлений.

Лично я до сих пор верю в исполнение желаний и заранее составляю планы на следующий год. Зачем упускать такую возможность? Есть среди них дела земные, а есть такие задумки, о которых приходится только мечтать. Нередко они сбывается! И в момент их реализации важно вспомнить и поблагодарить себя за то, что у новогодней елки вы в очередной раз поверили в собственные возможности. 



Главный редактор **Елена Горчакова**,
член Союза журналистов России
gorchakova-elena@inbox.ru

Алгоритм безопасного стоматологического вмешательства. Часть 1



Кафедра обезболивания в стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Ассоциация обезболивания и безопасной стоматологии:

Е.Н. Анисимова, к.м.н., доцент

Н.Ю. Анисимова, к.м.н., доцент

Н.А. Рязанцев, к.м.н., ассистент

И.В. Орехова, ассистент

М.В. Громовик, ассистент

Е.А. Ерилин, ассистент

В статье представлены основные принципы безопасного стоматологического вмешательства, подтвержденные научными исследованиями.

Ключевые слова: выбор местного обезболивания, сбор анамнеза, контентный анализ, коррекция тревожности пациента.

Стоматологическое лечение — наиболее массовый вид специализированной медицинской помощи, к которому обращаются пациенты всех возрастных категорий.

В промышленно развитых странах в 2000 г. население в возрасте старше 60 лет составляло 20%. Согласно демографическим наблюдениям, доля пожилых людей среди населения будет расти и дальше. При этом надо отметить, что 30% всех пациентов относится к группе анестезиологического риска, т.е. они имеют сопутствующие заболевания [1].

Также отмечено, что 74% пациентов пожилого возраста имеют не менее 4 сопутствующих заболеваний, 38% — до 6, а 13% — 8 и более [2].

Кроме того, многие пациенты порой недостаточно осведомлены о наличии у них общесоматических заболеваний, что осложняет оценку степени риска при проведении стоматологического вмешательства.

Необходимость проведения стоматологического лечения не исключает наличие у пациента патологии со стороны сердечно-сосудистой, бронхолегочной, нервной, эндокринной или иммунной системы, тяжелые поражения печени, почек, а также пожилой и старческий возраст, когда компенсаторные возможности организма снижаются, а это в свою очередь может привести к развитию различных осложнений.

При лечении пациентов с общесоматической патологией у стоматолога не возникает трудностей при использовании различных современных технологий, но появляются вопросы безопасности оказания амбулаторной помощи.

Сбор анамнестических данных для выявления сопутствующей общесоматической патологии

Перед оказанием стоматологической помощи необходимо проводить сбор анамнеза — собрать сведения о состоянии здоровья больного.

Обследование пациента состоит из нескольких этапов, и первый из них — доврачебный, включающий анкетирование. Единой стандартной формы анкет на сегодняшний день не разработано. В анкетах, используемых на территории РФ, пациенту предлагается указать заболевания, перечисленные в отдельных пунктах анкеты (*приложение 1*).

Но больной не всегда может знать о своих каких-то заболеваниях, а также он не всегда понимает взаимосвязь общесоматических заболеваний с состоянием полости рта и возможностью проведения манипуляций в амбулаторных условиях. Чтобы исключить эту возможность, в анкетах целесообразно задавать вопросы о наличии у пациента наиболее распространенных симптомов заболеваний, как это делают наши американские коллеги (*приложение 2*).

Конечно, использование постсимптомных опросников значительно увеличивает время проведения анкетирования из-за большого количества вопросов, зато оно позволяет выявить у пациента общесоматические заболевания, даже если тот не подозревал о них [3].

Данные, полученные в ходе анкетирования, должны быть тщательно проанализированы врачом для проведения опроса, во время которого нужно задать дополнительные уточняющие вопросы, согласно тем заболеваниям, которые указал пациент. Следует отметить: именно на этапе опроса устанавливается контакт «врач—пациент».

Тщательный сбор анамнеза позволяет выявить у пациента проблемы со здоровьем и помогает выбрать средства и способы обезболивания, составить план лечения, в том числе избежать развития неотложных состояний на стоматологическом приеме. По данным, полученным профессором Э. Факко (Италия), любые неотложные состояния можно предотвратить при тщательном сборе анамнестических данных [4].

Контентный анализ лекарственной терапии, применяемой пациентом

Большое количество сопутствующих заболеваний влечет за собой прием не меньшего количества лекарственных препаратов — **полипрагмазию**. В современной клинической практике широко используются различные комбинации лекарственных средств, и необоснованное одновременное назначение более 5 препаратов для лечения одного заболевания — одна из проблем современной медицины.

Полипрагмазия часто является причиной развития неблагоприятного взаимодействия лекарственных средств. При приеме 8 препаратов осложнения медикаментозной терапии встречаются у 10% больных, а при приеме 16 — у 40% пациентов [5]. Анализ случаев полипрагмазии в стационарах Москвы показал, что она встречается в 25% случаев лечения [6].

Все используемые пациентом фармакологические препараты должны быть внесены в историю болезни. Выбор методов седации и местного обезболивания определяется на основании анализа их взаимодействия с теми лекарственными препаратами, которые принимает пациент при лечении сопутствующих заболеваний, причем врача-стоматолога должен интересовать весь перечень фармакологических препаратов, которые в данный момент принимает пациент.

Тщательный сбор анамнеза и анализ возможного негативного взаимодействия лекарственных препаратов со средствами обезболивания позволит избежать тяжелых общесоматических осложнений во время стоматологического приема. Однако стоит помнить, что пациент не всегда указывает на наличие у него ранее диагностированных заболеваний.

При использовании местноанестезирующего раствора с вазоконстриктором (чаще всего эпинефрина) у пациента, принимающего β -блокаторы, возможен

...многие пациенты порой недостаточно осведомлены о наличии у них общесоматических заболеваний, что осложняет оценку степени риска при проведении стоматологического вмешательства.



подъем артериального давления из-за снижения гипотензивного эффекта.

Симпатомиметики ослабляют эффект α - и β -адреноблокаторов (карведилол, опоксифеноксиметил, метилоксадиазол).

Препараты из группы диуретиков ослабляют действие вазоконстриктора, что может уменьшить эффективность и время действия местного анестетика.

При одновременном применении 1,4-дигидропиридинов (нифедипин, нитрендипин, никардипин и т.д.) с симпатомиметиками возможно уменьшение антигипертензивного действия вследствие задержки натрия.

При одновременном использовании эпинефрина с кардиотоническими средствами (допамин, фенилэфрин) возрастает риск развития аритмий. Необходимо учитывать, что прием антиаритмических препаратов (дигоксин), как и адреномиметиков, тоже увеличивает вероятность развития аритмии [7].

Прием различных нейролептиков, транквилизаторов, снотворных и анксиолитиков пациентом предполагает осторожный выбор методов и средств для

местной анестезии. Так, дроперидол и гидроксизин снижают прессорное действие эпинефрина, хлорпромазин усиливает действие местных анестетиков. Флупентиксол при одновременном использовании с эпинефрином может вызвать резкое падение артериального давления [8].

У большинства антикоагулянтных лекарственных средств не описано их взаимодействие с вазоконстрикторами, но при сочетанном применении варфарина с лидокаином риск развития кровотечения увеличивается [9].

Если пациент принимает антикоагулянты, их эффект оценивают с помощью международного нормализованного отношения (МНО). Если $MHO \leq 2,0$, проведение стоматологического лечения возможно, но если $MHO > 3,0$, необходима консультация с лечащим врачом о возможном снижении дозы антикоагулянтов для достижения значений $< 3,0$.

Если лечащий врач делает заключение о том, что изменения в приеме антикоагулянтов невозможны, лечение проводят без снижения дозы, так как риски, связанные с возможностью повторных инсультов, значительно выше рисков, связанных с кровотечениями [10].

В зависимости от результатов контентного анализа выбирают препараты для седации и местного обезболивания, их обоснованный выбор позволит избежать неотложных состояний в условиях амбулаторного стоматологического приема.

Определение функционального состояния пациента перед стоматологическим вмешательством

Независимо от наличия или отсутствия сопутствующей патологии перед проведением стоматологических вмешательств у всех пациентов оценивают функциональное состояние: выполняют экспресс-оценку артериального давления и определяют частоту сердечных сокращений.

Методика определения артериального давления

Для того чтобы определить показатели артериального давления и частоту сердечных сокращений самым простым и доступным аускультативным методом по Н.С. Короткову стоматологу потребуется не более 5 мин. Допускается применение автоматизированных (аускультативных или осциллометрических) приборов, но только в тех случаях, когда их точность в клинической практике подтверждена в специальных исследованиях [11].

В современных клиниках подобные аппараты устанавливают в смотровом кабинете или при входе в клинику. Полученные результаты можно внести в историю болезни (рис. 1).

Пациентам, показатели артериального давления которых превышают норму, плановое стоматологи-



Рис. 1. Многофункциональный монитор для контроля состояния пациента



Рис. 2. Пациенты с повышенными показателями артериального давления (САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст.)

Обращения: плановое/неотложное					
Фамилия, инициалы	Пол	Возраст	Масса тела	Рост	Отметить выбор
	М/Ж				
Имеется ли волнение перед лечением: тревога, страх?					Да/нет
Имелись ли осложнения, связанные с местным обезболиванием? (какие? _____)					Да/нет
Подтверждаете ли Вы прием лекарств в настоящее время? (каких? _____)					Да/нет
Имеется ли в настоящий момент заболевание ОРВИ, герпесом, гриппом?					Да/нет
Имеются ли болезни системы органов дыхания: хроническая пневмония, хронический бронхит (в т.ч. курильщика), эмфизема, пневмосклероз?					Да/нет
Имеются ли болезни сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь (нарушение мозгового кровообращения); хроническая ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения или покоя, инфаркт миокарда); ревматизм, пороки сердца, операции на сердце; аритмии; нейроциркуляторная дистония по гипотоническому (обмороки) или гипертоническому (кризы) типу?					Да/нет
Имеются ли болезни центральной нервной системы? неврологические: паркинсонизм, миастения, детский церебральный паралич, арахноидит, энцефалит; черепно-мозговые травмы: сотрясение или ушиб мозга; психические: эпилепсия, шизофрения, снижение интеллекта?					Да/нет
Имеются ли болезни эндокринной системы: сахарный диабет; гипотиреоз, гипертиреоз?					Да/нет
Имеются ли болезни иммунной системы? аллергия: лекарственная, пищевая, бытовая; вид реакции: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок; аллергозы: поллиноз, бронхиальная астма					Да/нет
Имеются ли болезни пищеварительной системы: гепатит, цирроз печени, хроническая печеночная недостаточность; язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки, колиты (язвенный, спастический); хронический холецистит?					Да/нет
Имеются ли болезни мочевыделительной системы: гломеруло-/пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хроническая почечная недостаточность, аденома предстательной железы?					Да/нет
Имеются ли болезни свертывающей системы крови: гемофилия?					Да/нет
Имеются ли болезни системы кроветворения: анемии, лейкозы?					Да/нет
Имеются ли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: остеохондроз позвоночника (вертебробазиллярная недостаточность); ревматический или ревматоидный артрит; коллагенозы (системная красная волчанка, васкулит, склеродермия); остеомиелит?					Да/нет
Имеются ли болезни системы зрения: глаукома, дистрофия сетчатки?					Да/нет
Подвергались ли воздействию: радиации/лучевой терапии; сверхвысокочастотного излучения; токсических веществ/химиотерапии?					Да/нет
Страдаете ли алкогольной, табачной, наркотической зависимостью?					Да/нет
Имеются ли опасные инфекции: сифилис, туберкулез, ВИЧ, гепатит В, С?					Да/нет
Подтверждаете ли Вы в настоящий момент беременность, грудное вскармливание?					Да/нет
Укажите перенесенные операции, группу инвалидности, не вошедшие в опросник болезни:					Да/нет



Анкета сбора анамнеза Тихоокеанского стоматологического университета, Сан-Франциско, Калифорния, США

MetLife

Сведения о состоянии здоровья

University of the Pacific

Имя, фамилия пациента: _____ Идентификационный номер пациента: _____
 Дата рождения: _____

I. Обведите ответ кружком (не обводите, если Вы не поняли вопрос):

- | | | | |
|----|----|-----|--|
| 1. | Да | Нет | Здоровы ли Вы, в общем и целом? |
| 2. | Да | Нет | Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последний год? |
| 3. | Да | Нет | Лечились ли Вы в больнице или обращались ли Вы к врачу в связи с серьезным заболеванием в течение последних 3 лет? Если ДА, укажите заболевание: _____ |
| 4. | Да | Нет | Проводите ли Вы лечение в настоящее время? Укажите, по какой причине: _____
Дата последнего медицинского обследования: _____ |
| 5. | Да | Нет | Возникли ли у Вас проблемы в процессе стоматологического лечения? |
| 6. | Да | Нет | Чувствуете ли Вы боли в настоящее время? |

II. Наблюдались ли у вас следующие симптомы?

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|------------------------------|
| 7. | Да | Нет | боль в груди (стенокардия) | 18. | Да | Нет | головокружение |
| 8. | Да | Нет | отечность ног | 19. | Да | Нет | звон в ушах |
| 9. | Да | Нет | одышка | 20. | Да | Нет | головные боли |
| 10. | Да | Нет | недавняя потеря веса, повышенная температура, обильный пот по ночам | 21. | Да | Нет | обмороки |
| 11. | Да | Нет | постоянный кашель, харканье кровью | 22. | Да | Нет | неясность зрения |
| 12. | Да | Нет | кровотечение, частое образование синяков | 23. | Да | Нет | судороги |
| 13. | Да | Нет | проблемы, связанные с околоносовыми пазухами | 24. | Да | Нет | чрезмерная жажда |
| 14. | Да | Нет | затруднения при глотании | 25. | Да | Нет | частое мочеиспускание |
| 15. | Да | Нет | поносы, запоры, кровь в кале | 26. | Да | Нет | сухость во рту |
| 16. | Да | Нет | частая тошнота, рвота | 27. | Да | Нет | желтуха |
| 17. | Да | Нет | трудности при мочеиспускании, кровь в моче | 28. | Да | Нет | боли в суставах, скованность |

III. Наблюдаются или наблюдались ли у вас следующие заболевания?

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|--|
| 29. | Да | Нет | заболевания сердца | 40. | Да | Нет | СПИД |
| 30. | Да | Нет | сердечные приступы, порок сердца | 41. | Да | Нет | злокачественные опухоли, рак |
| 31. | Да | Нет | шумы в сердце | 42. | Да | Нет | артрит, ревматизм |
| 32. | Да | Нет | острые приступы ревматизма | 43. | Да | Нет | глазные заболевания |
| 33. | Да | Нет | инсульт, атеросклероз | 44. | Да | Нет | кожные заболевания |
| 34. | Да | Нет | гипертония | 45. | Да | Нет | малокровие |
| 35. | Да | Нет | астма, туберкулез, эмфизема, др. заболевания легких | 46. | Да | Нет | венерические заболевания: сифилис, гонорея |
| 36. | Да | Нет | гепатит, другие заболевания печени | 47. | Да | Нет | герпес |
| 37. | Да | Нет | желудочные заболевания, язва желудка | 48. | Да | Нет | заболевания почек, мочевого пузыря |
| 38. | Да | Нет | аллергия к пище, лекарствам, медпрепаратам, латексу | 49. | Да | Нет | заболевания щитовидной железы, надпочечников |
| 39. | Да | Нет | наблюдались ли у Ваших близких родственников диабет, болезни сердца, злокачественные опухоли? | 50. | Да | Нет | диабет |

IV. Пользуетесь или пользовались ли вы:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|--|
| 51. | Да | Нет | психиатрическим обслуживанием? | 56. | Да | Нет | больничным обслуживанием? |
| 52. | Да | Нет | радиологическим лечением, рентгенологией? | 57. | Да | Нет | переливанием крови? |
| 53. | Да | Нет | химиотерапией? | 58. | Да | Нет | хирургическим обслуживанием? |
| 54. | Да | Нет | искусственным сердечным клапаном? | 59. | Да | Нет | пейсмейкером (искусственным водителем сердца)? |
| 55. | Да | Нет | искусственным суставом? | 60. | Да | Нет | контактными линзами? |

V. Употребляете ли вы:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|----------------------|
| 61. | Да | Нет | наркотики или другие подобные препараты? | 63. | Да | Нет | табак в любой форме? |
| 62. | Да | Нет | лекарства, купленные по рецепту врача или без рецепта (в т.ч. аспирин), натуральные препараты? | 64. | Да | Нет | алкогольные напитки? |

Пожалуйста перечислите: _____

VI. Вопросы для женщин:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|--|
| 65. | Да | Нет | беременны ли Вы, подозреваете ли Вы у себя беременность, кормите ли Вы грудью? | 66. | Да | Нет | принимаете ли Вы противозачаточные таблетки? |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|--|

VII. Вопросы для всех:

- | | | | |
|-----|----|-----|--|
| 67. | Да | Нет | наблюдаются или наблюдались ли у Вас другие заболевания либо проблемы медицинского характера, НЕ перечисленные выше? |
|-----|----|-----|--|

Если Да, укажите какие: _____
 По мере возможности, я ответил(а) на все вопросы полностью и точно. О любых изменениях в состоянии моего здоровья и/или режима приема лекарств я буду сообщать моему стоматологу.

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Тщательный сбор анамнеза и анализ возможного негативного взаимодействия лекарственных препаратов со средствами обезболивания позволит избежать тяжелых общесоматических осложнений во время стоматологического приема.



ческое лечение рекомендовано отложить [12], неотложную стоматологическую помощь рекомендовано оказывать после коррекции артериального давления [7, 13].

Были проведены исследования для выявления частоты встречаемости пациентов с артериальной гипертензией **на амбулаторном стоматологическом приеме** (1590 пациентов в возрасте от 18–85 лет, 730 мужчин и 860 женщин). На хирургическом стоматологическом приеме повышенные значения артериального давления (САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) были отмечены у 75% пациентов (рис. 2) [14]. **На терапевтическом приеме** перед оказанием плановой стоматологической помощи повышенные показатели артериального давления (САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) были отмечены у 34,6% пациентов, а перед неотложным стоматологическим вмешательством повышение артериального давления было зарегистрировано у 65,9% пациентов. **На ортопедическом стоматологическом приеме** повышение показателей артериального давления выявлено у 29,5% пациентов.

Определение частоты сердечных сокращений

Проводят по оценке пульсации на лучевой артерии левой руки кончиками II, III и IV пальцев, охватывая правой рукой руку пациента в области лучезапястного сустава.

После обнаружения пульсирующей лучевой артерии определяют свойства артериального пульса: частоту ударов в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, величину. **Частота пульса <60 ударов в минуту расценивается как брадикардия, а от 90 до 120 ударов в минуту как тахикардия.**

Для пациентов, страдающих сахарным диабетом, в протокол оценки их физикального состояния в амбулаторных условиях входит определение уровня глюкозы в крови с помощью различных приборов (глюкометров), которые могут быть в клинике или с собой у пациента.

Если пациент принимает антикоагулянты и/или антиагреганты, перед хирургическим стоматологическим вмешательством с помощью специальных приборов в условиях амбулаторного стоматологиче-

Международная классификация анестезиологического риска ASA

Класс	Уровень здоровья	Пример	Рекомендации
1	Здоровый пациент	Хорошая переносимость физических нагрузок, отсутствие тревоги или малая ее выраженность, нормальное АД	Нет особых рекомендаций
2	Легкие системные заболевания	Контролируемый диабет 2-го типа, эпилепсия, астма, дисфункция щитовидной железы, выраженная тревога, возраст старше 60 лет, беременность, малые системные нарушения, ожирение (ИМТ >30 кг/м ²), умеренная артериальная гипертензия (140–159/90–94 мм рт.ст.)	Плановая стоматологическая помощь, возможна коррекция плана лечения
3	Тяжелые системные заболевания, ограничивающие активность пациента, но не инвалидизирующие его	Стабильная стенокардия, инфаркт миокарда, мозга в анамнезе (>6 мес), диабет 1-го типа, бронхиальная астма после физических нагрузок, некорректируемая эпилепсия, симптоматическая дисфункция щитовидной железы, АД 160–199/95–114 мм рт.ст.	Плановая стоматологическая помощь. Консультация специалиста по основному профилю заболевания. Комбинированное обезболивание
4	Заболевания, инвалидизирующие больного и несущие постоянную угрозу жизни	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, мозга в анамнезе (<6 мес), неконтролируемые судорожные припадки, АД >200 / >115 мм рт.ст.	Неотложная неинвазивная помощь. Инвазивное лечение только в условиях стационара
5	Пациенты, которые могут умереть в течение 24 ч	Системные заболевания в состоянии декомпенсации	Паллиативная помощь

NSK

CREATE IT.



ТОЧНОСТЬ

Высокая точность калибровочной системы обеспечивает
новый уровень безопасности в имплантологии.

Surgic Pro⁺

Хирургическая микромоторная система



Москва

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

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella

ского приема рекомендуется определить показатели свертывания крови (протромбиновое время, МНО).

Таким образом, с целью профилактики неотложных состояний перед стоматологическим приемом обязательным условием является определение функционального состояния пациента.

Контроль гемодинамических показателей

Во время проведения стоматологических вмешательств у пациентов с сопутствующей патологией рекомендуется непрерывная регистрация гемодинамических показателей. С этой целью может использоваться пульсоксиметр, тонометр или отдельный монитор (рис. 3).

Классификация анестезиологического риска ASA

У пациентов с фактором риска в анамнезе врач-стоматолог определяет необходимость консультации с лечащим врачом пациента (терапевтом, иммунологом и т.д.) и его дальнейшего обследования.

На основании полученных данных от специалистов врач-стоматолог решает вопрос о месте оказания стоматологической помощи (в условиях многопрофильного или специализированного стационара либо в условиях амбулаторного стоматологического учреждения), опираясь на международную классификацию анестезиологического риска ASA (табл.),



Рис. 3. Мониторирование гемодинамических показателей при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях

в которой выделяют 5 классов физического состояния пациентов.

В амбулаторных условиях возможен прием пациентов 1 и 2 классов. Прием пациентов 3 класса в амбулаторных условиях может быть проведен лишь по разрешению лечащего врача и/или после консультации с анестезиологом.

Продолжение статьи в следующем номере журнала

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. — М., 2002. — 144 с.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С. Роль хронического аллергического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы и его рациональная фармакотерапия у пациентов с полипатией // Лечащий врач. — 2009. — № 4. — С. 61–67.
3. Facco E. Hipnosis in dentistry // EFAAD congress. — Padua, Italy. — 2014.
4. Горячкина Л.А., Барышникова Г.А., Тихомирова С.В. и др. Лекарственная аллергия и перекрестные аллергенные свойства препаратов, справочник. — М., 1998. — 74 с.
5. Сизова Ж.М., Ших Е.В., Байчоров И.Х. и др. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия при лечении коморбидных больных артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинической практике // Поликлиника. — 2015. — № 1–2. — С. 13–18.
6. Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Орехова И.В. и др. Алгоритм стоматологического лечения пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях // Российская стоматология. — 2015. — № 4. — С. 11–18.
7. Анисимова Е.Н., Ерилин Е.А. Особенности стоматологического лечения пациентов с проблемами в сфере психического здоровья // Эндодонтия today. — 2014. — № 4. — С. 3–7.
8. Анисимова Н.Ю. Пациенты с дентофобией на стоматологическом приеме // Томский вестник. — 2014. — № 5 (146). — С. 123–126.
9. Максимова М.Ю., Рязанцев Н.А., Анисимова Е.Н. Стоматологическая реабилитация пациентов в комплексе лечения ишемического инсульта в остром периоде. Ч. 2 // Эндодонтия today. — 2016. — № 1. — С. 3–7.
10. Чазов Е.И., Рекомендации по диагностике и лечению АГ // Кардиологический вестник. — 2015. — № 1. — С. 8–12.
11. Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Орехова И.В. Пациенты с артериальной гипертензией на амбулаторном стоматологическом приеме // Сб. материалов XX международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». — СПб. — 3–5 июня 2015 г. — С. 16.
12. Анисимова Е.Н., Орехова И.В., Давыдова С.С. и др. Способ выбора эффективного и безопасного обезболивания у пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном стоматологическом приеме // Патент на изобретение № 2577296.
13. Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Орехова И.В. Диагностика артериальной гипертензии у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме // Эндодонтия today. — 2015. — № 2. — С. 9–11.
14. Орехова И.В., Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Рязанцев Н.А. Пациенты с гипертонической болезнью в условиях амбулаторного стоматологического приема // Материалы Всероссийской конференции «Кардиология в XXI веке: традиции и инновации» и Международного форума молодых кардиологов Российского кардиологического общества: Сб. тезисов. — 2016. — С. 104–105.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА



Александр Шумский,
доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой стоматологии
Самарского медицинского университета
«РЕАВИЗ»,
руководитель лечебно-учебного Центра
профессора Шумского, г. Самара
<http://www.reaviz.ru/>

В нашей стране продолжается рост числа больных со злокачественными новообразованиями. При этом смертность населения от них в общей структуре занимает 3-е место (Ксембаев С.С., Нестеров О.В., 2011).

Онкологическая настороженность врачей-стоматологов, а также своевременная диагностика предраковых состояний и опухолей полости рта позволяют добиться максимальной выживаемости пациентов с наименьшей инвалидизацией и значительным снижением финансовых расходов на лечение и долечивание больных.

В этой статье мы поговорим о предраке, о стадиях его превращения в рак, об этиопатогенезе, о морфологии, о стадиях канцерогенеза и т.д.

Выявление и лечение пациентов с предраковыми заболеваниями, ранними стадиями развития злокачественного процесса в 75% случаев обеспечивают длительный и стойкий клинический эффект, в то же время обнаружение опухоли в распространенной стадии практически в 100% случаев исключает возможность достижения удовлетворительных клинических результатов.

Именно на первичном этапе довольно часто допускаются ошибки в диагностике и лечении предраковых заболеваний челюстно-лицевой локализации — это обусловлено недостаточным уровнем знаний по данному разделу.

Предрак

Предрак — это дистрофический упорный, но не стойкий пролиферат, еще не ставший опухолью. На определенной стадии процесс может быть обратимым, а его своевременное и рациональное лечение приводит к выздоровлению.

Наиболее полное определение данного понятия было дано А.В. Мельниковым: «Предрак — это местное (наследственное, врожденное или приобретенное) доброкачественное заболевание кожи, слизистой оболочки или паренхимы органа, которое, подвергаясь постоянному раздражению и будучи запущенным, при наложении ряда эндогенных причин в известном проценте случаев переходит в злокачественную опухоль».

Автор приводит **4 стадии превращения предрака в рак:**

- 1-я стадия гиперплазии и перестройки ткани;
- 2-я стадия очаговой гиперплазии;
- 3-я стадия появления доброкачественной опухоли;
- 4-я стадия превращения доброкачественной опухоли в злокачественную.

Международный координационный комитет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1978 г. рекомендовал все предраковые состояния именовать дисплазией, в понятие которой входят клеточная атипия, ненормальная дифференцировка, дезорганизация архитектоники слизистой оболочки.

Теоретически возможность возникновения злокачественной опухоли без предшествующего предрака в настоящее время не подлежит сомнению. Опухолевая трансформация клеток может произойти практически в момент воздействия канцерогенного фактора. В дальнейшем идет пролиферация этих клеток, завершающаяся образованием опухоли.

Одно из современных определений понятия «предрак» говорит о том, что это большая группа заболеваний, развивающихся в организме под влиянием различных неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов, воздействующих на органы и ткани через рефлекторные и рецепторные механизмы и сопровождающиеся нарушением дифференцировки клеток в тканях очагов, на фоне которой возможно развитие злокачественных опухолей.

В понятие **предраковое состояние** вкладывается комплекс биохимических, морфологических и клинических изменений тканей. Важно учитывать состояние макроорганизма, уровень специфического и неспецифического иммунитета.

Несмотря на то что, по мнению многих авторов, состояние, описываемое термином «предрак», не поддается точному определению, а существующие определения не раскрывают полностью это понятие ни с морфологической, ни с клинической точек зрения, клиницист не может отказаться от этого понятия, ибо без него теряется смысл онкологической настороженности врача. Диагноз заболевания, относящегося к категории предракового должен побудить доктора к углубленному обследованию больного, возможно, даже к смене лечебной тактики.

Существующая ситуация, касающаяся предраковых заболеваний, свидетельствует о необходимости продолжать всесторонние исследования этой патологии.

Этиопатогенез предраковых заболеваний

Причины, как и суть механизма превращения нормальной клетки в потенциально злокачественную, до сих пор не ясны. Известно, что человеческий организм в норме хорошо защищен от неблагоприятных воздействий как внешней, так и внутренней среды, в том числе от возникновения злокачественных опухолей (неспецифический и специфический иммунитет).

На поверхности опухолевых клеток находятся антигены, распознаваемые иммунной системой организма. В норме это ведет к активизации иммунных механизмов, уничтожающих опухолевые клетки или длительно сдерживающих их рост и размножение.

Нарушения различных органов и систем организма, в частности центральной нервной системы, могут повлечь за собой сначала стойкое нарушение функций клеток и тканей, а затем их патоморфологическую перестройку, свойственную предраковому состоянию (Бернадский Ю.И., 1998). Большинство онкологов рассматривает предрак как одну из стадий канцерогенеза.

Факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний

Более сотни химических, физических и биологических факторов способны вызвать рак.

1. Химические канцерогены. Общим для всех является то, что для них характерен продолжительный латентный период, в течение которого химическое вещество в организме трансформируется. В результате образуются канцерогенные метаболиты, влияющие на генетический аппарат клетки, приводя к ее малигнизации. Продолжительность латентного периода зависит от продолжительности контакта с канцерогеном и его канцерогенной активности.



Рис. 1. Стадия малигнизации абразивного хейлита Манганотти



Рис. 2. Рак нёба, 3-я стадия

2. **Физические канцерогены.** Ионизирующая радиация (рентгеновские, γ -лучи, α -, β -частицы и др.), ультрафиолетовое излучение, механические повреждения тканей. Ультрафиолетовое излучение составляет значительную часть солнечной радиации. При достаточно продолжительном и интенсивном действии вызывает изменения кожи, приводящие к раку.

3. **Травматический фактор** в возникновении предраковых заболеваний и опухолей известен давно. Чаще всего речь идет о механических и термических (ожогах) повреждениях.

Взаимосвязь травмы и канцерогенеза противоречива и сложна. Сама по себе травма не приводит к появлению предрака и опухоли — для этого необходимы определенные условия.

Так, клинические и экспериментальные данные говорят о том, что длительное или повторное повреждение тканей (хроническая травма) в большей мере стимулирует канцерогенез, чем однократная. При этом длительная пролиферация клеток в конечном итоге может завершиться нарушением процесса их дифференцировки.

4. **Бытовые факторы.** На первый план выходит курение. Эксперты Комитета ВОЗ по борьбе с курением считают, что имеются убедительные причин-

но-следственные связи влияния курения на частоту онкозаболеваний.

В сигаретном дыме присутствуют биологически активные, в том числе канцерогенные, соединения металлов (мышьяка и никеля), дибензкарбазол, дибензакридины, радиоактивные нуклеиды, фенолы.

Предполагают, что в табачном дыме скрыты мощные модифицирующие канцерогенез факторы, усиливающие бластомогенное действие находящихся в нем канцерогенов. Курение также действует на канцерогены, поступающие из других источников (мышьяк, никель, хром, асбест, силикаты, ионизирующая радиация).

5. **Роль алкоголя в этиопатогенезе предраков и злокачественных новообразований.** Анализ экспериментальных и клинических данных позволил заключить, что алкоголь не обладает специфической канцерогенной активностью. Его роль сводится к модифицирующему коканцерогенному действию. Например, алкоголь повышает частоту рака полости рта у некурящих, а еще более у злоупотребляющих алкоголем и курением.

6. Урбанизация привела к широкому **использованию консервантов**, пищевых красителей, ароматизаторов, стабилизаторов, генно-модифицированных продуктов, бытовой химии, строительных материалов, содержащих вредные вещества.

7. **Распространение бытовой электроники** в повседневной жизни привело к возникновению понятия «электронный смог».

8. Негативное влияние оказывает **напряженный ритм жизни**, в совокупности приводя к хроническим стрессовым ситуациям, негативно влияющим на общую и местную реактивность организма. Глюкокортикоидные гормоны коры надпочечников могут деблокировать «молчащие» онкогены. Возможно, это один из путей, посредством которого хронический стресс увеличивает вероятность возникновения злокачественных опухолей.

Онкогенное воздействие вышеперечисленных факторов еще подлежит изучению.

Морфология предраковых заболеваний

Предраковые состояния слизистой оболочки рта — это поражения, при которых повышен риск неконтролируемого размножения клеток и их злокачественного перерождения с последующим разрушением нормально функционирующих тканей.

Предраковый патологический процесс в первую очередь поражает многослойный плоский эпителий, выстилающий слизистую оболочку рта и ротоглотку.

Одним из важнейших морфологических критериев предрака, свидетельствующих о нарушении процесса тканевой дифференцировки, является **дисплазия**. Она характеризуется нарушением клеточного состава и их архитектоники. Клетки приобретают полиморфизм, отличаются крупными, гиперхромными ядрами. Характерно увеличение фигур митоза. Эпителий теряет обычную структуру.



Рис. 3. Рак губы, 4-я стадия



Рис. 4. Красный плоский лишай языка

Признаки эпителиальной дисплазии:

- увеличение размеров, нарушение формы ядер, их гиперхромность;
- уменьшение (относительно величины ядер) цитоплазмы;
- уменьшение внутриклеточных связей;
- увеличение количества патологических митозов;
- гиперплазия базальных клеток;
- атипичный кератоз.

В зависимости от степени пролиферации эпителия и выраженности клеточной атипии выделяют **3 степени дисплазии:**

- 1-я — слабая;
- 2-я — умеренная;
- 3-я — тяжелая.

Дисплазии 3-й степени с высокой частотой трансформируются в рак.

Развитие рака может идти через последовательные стадии, но возможен и такой путь, когда процесс минует некоторые промежуточные стадии. В частности, есть вариант, при котором нормальный эпителий непосредственно превращается в микрокарциному.

Дисплазии и карцинома *in situ* могут подвергаться обратному развитию.

Процессы ороговения при предраковых заболеваниях

Ороговение как физиологическое явление постоянно происходит в эпидермисе, выполняя защитную функцию. Параллельно образованию роговых чешуек, состоящих из нескольких рядов плоских безъядерных клеток, происходит отторжение поверхностно расположенных чешуек.

При ороговении (кератинизации) в клетках эпителия формируется комплекс кератогиалина с тонофибриллами и образованием кератиновых фибрилл. При этом образуется роговое вещество, состоящее из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Патологическое ороговение проявляется в виде:

- дискератоза — патологического ороговения отдельных клеток эпидермиса, хаотично расположенных в нем и лишенных межклеточных контактов;
- гиперкератоза — чрезмерного образования кератина и утолщения его рогового слоя;
- паракератоза — потери способности эпидермальных клеток вырабатывать кератогиалин, что ведет к утолщению рогового слоя и частичному или полному исчезновению зернистого слоя;
- акантоза — утолщения эпителиального слоя за счет усиленной пролиферации базальных и шиловидных клеток.

Во всех случаях отсутствует инвазия подлежащего слоя.

Стадии канцерогенеза

1. Стадия индукции (инициации). На этой стадии происходит мутация гена, регулирующего клеточное размножение, с превращением проонкогена в онкоген и появлением у клетки способности к не-

органическому делению под влиянием канцерогенов (изменение клетки на молекулярном уровне).

2. Стадия промоции (ускорения). На этой стадии наблюдается стимуляция клеточного деления под влиянием промоторов, приводящая к созданию критической массы опухолевых клеток (изменение на клеточном уровне в виде атипизма, ана- или катаплазии клеток).

3. Стадия прогрессии. На этой стадии увеличивается масса опухоли, выявляются и нарастают свойства, характерные для злокачественной опухоли: автономность, инфильтрирующий деструктивный рост, способность к метастазированию, приспособляемость к меняющимся условиям.

3 основные периода канцерогенеза

Первый период — период действия на организм человека канцерогенных факторов. Эти факторы вызывают ответную реакцию организма, но возникшие в результате этого структурные изменения тканей еще не улавливаются доступными для клинициста методами исследования. Продолжительность этого периода может исчисляться десятилетиями. Она зависит от активности канцерогена, интенсивности, продолжительности и регулярности канцерогенного воздействия, индивидуальной чувствительности



Рис. 5. Веррукозная форма лейкоплакии щеки



Рис. 6. Красный плоский лишай, эрозивная форма



РЕКЛАМА

Вам виднее



Медицинские бинокляры

 @nsella.ru

 vk.com/nsella

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

Санкт-Петербург | Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru

организма к этому воздействию. Длительность этого периода открывает большие возможности для проведения профилактических мероприятий индивидуального и коллективного характера.

Второй период — период клинически улавливаемых изменений в структуре слизистой оболочки полости рта и языка. Происходящие изменения в структуре тканей трактуют как предрак. Этот период может продолжаться до 10 лет и дольше. Длительность его также зависит от активности канцерогена; интенсивности, продолжительности и регулярности канцерогенного воздействия, индивидуальной чувствительности организма к этому воздействию.

Продолжительность существования предраковых изменений тканевой структуры во многом определяется регулярностью и эффективностью проводимого лечения. С клинической точки зрения важно, что изменения в структуре тканей, трактующиеся как предраковые, не всегда приводят к возникновению злокачественного опухолевого роста.

При устранении канцерогенного воздействия дальнейшее развитие процесса по пути трансформации в злокачественную опухоль может приостановиться либо наступает его обратное развитие. Заканчивается второй период канцерогенеза появлением первых атипичных (опухолевых) клеток, образующих конгломерат, проявляющий признаки злокачественного опухолевого роста.

Третий период — период роста опухоли. В нем можно выделить следующие фазы.

Доклиническая фаза роста опухоли. Эта фаза соответствует времени, прошедшему от появления первых клеток злокачественной опухоли до того момента, когда опухоль достигает такой величины, что становится заметна, вызывает те или иные ощущения у больного, может быть обнаружена при осмотре, пальпации. Доклиническая фаза развития опухоли может продолжаться 1–2 года и более (Гна-тышак А.И., 1975). Это открывает возможность выявления опухоли на самой ранней стадии с помощью специальных методов диагностики.

Фаза клинического роста опухоли:

- 1) этап местно ограниченного роста опухоли;
- 2) этап распространенного роста опухоли с генерализацией процесса, приводящего к гибели больного при отсутствии или неэффективности противоопухолевого лечения.

Симптомы озлокачествления предраковых заболеваний

Будучи чрезвычайно вариабельными по гистологической структуре и клиническому течению, предраковые заболевания не имеют четких признаков той стадии, когда происходит их трансформация в злокачественную опухоль.

К симптомам вероятного начала этого процесса относятся:

- безуспешность консервативной терапии;
- длительное вялое течение заболевания;
- усиление процесса ороговения;

- потеря блеска в области патологического очага (если речь идет о поражении слизистой оболочки);
- появление мелких трещин на ранее ровной поверхности;
- изъязвление патологического очага;
- кровоточивость;
- ускорение роста;
- появление уплотнения под основанием и вокруг очага, уплотнение нередко бывает безболезненным;
- возникновение самопроизвольных болей;
- увеличение регионарных лимфоузлов.

При локализации патологического очага на коже могут дополнительно возникать такие признаки, как:

- появление волос на поверхности очага поражения или усиление роста уже имеющихся;
- зуд;
- полоска покраснения по периметру очага.

Перечисленные симптомы могут возникнуть как по отдельности, так и в различных комбинациях, но в любом случае они должны насторожить врача, заставить его прекратить проводимое лечение и обследовать больного для исключения процесса малигнизации.

Наблюдение и обследование больного не должно занимать более 3 нед. Полное обследование может быть проведено в специализированном отделении опухолей головы и шеи онкологического диспансера.

Несоблюдение принципов онкологической настороженности и отсутствие диспансерного учета приводят к низкой эффективности профилактических осмотров населения с целью выявления первичного очага поражения.

Диагностика предраковых заболеваний

Выявление и морфологическая верификация предраковых заболеваний представляет собой сложную задачу. Часто больные не обращаются за медицинской помощью из-за отсутствия жалоб. Нередко, нарушая последовательность осмотра больного, врачи-стоматологи пропускают уже имеющиеся патологические процессы на коже лица, красной кайме губ или слизистой оболочке полости рта.

При обследовании больных с предраковыми заболеваниями используют основные и дополнительные (специальные) методы.

К основным методам относятся:

- опрос;
- осмотр;
- пальпация.

Как уже говорилось выше, у многих больных жалобы отсутствуют. Некоторые отмечают жжение, покалывание или дискомфорт, нередко связанные с приемом пищи.

Иногда пациенты жалуются на ощущение инородного тела, шероховатости в каком-либо участке, боли, уплотнения. При опросе (сборе анамнеза) необходимо выявить давность и обстоятельства, предшествовавшие появлению неприятных ощущений.

Обязательно следует выяснить сопутствующие и перенесенные ранее заболевания, особенно онко-

логические, расспросить были ли операции, облучение или химиотерапия. Врач должен поинтересоваться наследственностью, наличием вредных привычек, контактом с вредными факторами на рабочем месте и в быту.

Осмотр следует проводить по определенной схеме — это позволит не пропустить симптомы предраковых процессов и других заболеваний. Начинают с осмотра кожных покровов лица, красной каймы губ, затем изучают состояние слизистой оболочки преддверия полости рта, собственно полости рта, языка, ротоглотки.

Эксперты ВОЗ рекомендуют следующий подход. Обследование включает 3 части: (А) внеротовую область головы и шеи; (В) около- и интратротовые мягкие ткани; (С) зубы и ткани пародонта.

Необходимые обстановка, оборудование и материалы (для всех этапов): адекватное освещение, 2 зубоорачебных зеркала и 2 марлевые салфетки. Не следует забывать о перчатках, маске, гигиеническом контроле.

Пациент находится в положении сидя.

Первая часть обследования (А)

Требует ограниченного количества инструментов и занимает не более 5 мин. Осматривают голову, лицо, шею. Врач оценивает изменения в размерах, цвете и форме отделов данной анатомической области.

При осмотре кожных покровов обращает внимание на врожденные изменения (невусы, гемангиомы), а также на элементы поражения при заболеваниях. Отмечает цвет, тургор, эластичность и влажность кожных покровов.

Ряд патологических изменений, к примеру, контрактуры, атрофии мышц лица, заметны уже при наружном осмотре и должны быть зарегистрированы в амбулаторной карте (с юридической точки зрения это важно во избежание конфликтной ситуации, когда пациент не удовлетворен оказанным врачебным приемом).

Необходимо обратить внимание на форму и величину зрачков, которые могут отражать органическое поражение нервной системы. Оцениваются движения глазных яблок, особенно наличие нистагма (подергиваний глаз). Только наружного осмотра мимической мускулатуры недостаточно. Желательно попросить пациента наморщить лоб, нос, широко открыть рот, показать зубы.

При параличе лицевого нерва наблюдаются типичные подергивания пораженных лицевых мышц, изменение ширины глазной щели, повышение механической возбудимости мышц. Периферический паралич язычной мускулатуры вызывает фибриллярные подергивания с атрофией языка (что может быть симптомом синдромов или амиотрофического бокового склероза). Двусторонний парез языка вызывает расстройство речи типа дизартрии. Дефекты артикуляции и скандированная речь выявляются в процессе беседы и опроса больного.

Часть вторая (В)

Включает 7 шагов: красная кайма губ; слизистая и переходная складка губ; углы рта, слизистая и переходная складка щек; десна и альвеолярный край; язык; дно полости рта; твердое и мягкое небо.

В1 — губы осматривают при открытом и закрытом рте. Регистрируют цвет, блеск, консистенцию красной каймы.

В2 — осматривают слизистую губ и переходной складки (цвет, консистенция, влажность и т.д.). На внутренней поверхности губы в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет мелких слизистых желез — это не является патологией.

В3 — используя 2 зеркала, обследуют сначала правую, затем левую щеку (слизистую) от угла рта до небной миндалины (пигментация, изменение цвета и пр.). По линии смыкания зубов могут располагаться дериваты слюнных желез, которые не следует принимать за патологию. Эти бледновато-желтого цвета узелки диаметром 1–2 мм не возвышаются над слизистой оболочкой. Нужно помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда также принимаемый за отклонения.

В4 — десна: сначала осматривают щечную и губную область, начиная с правого верхнего заднего участка, а затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке могут быть свищевые ходы, которые чаще всего возникают в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

В5 — язык: оценивают консистенцию, подвижность, все виды сосочков. Определяют форму, величину, окраску языка, характер расположения и развитие сосочков. Здоровый язык имеет нежно-розовый цвет, его спинка бархатистая, чистая, утром несколько белесоватая за счет ороговения нитевидных сосочков. Отклонениями от нормы следует считать изменение величины языка, налет, участки повышенной десквамации эпителия, отечности, эрозии, экскориации, язвы, изменение рельефа, различные аномалии формы, прикрепления уздечки и т.д.

В6 — дно полости рта: регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка и т.д.

В7 — небо: осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове; широким шпателем осторожно прижимают корень языка, с помощью зубоорачебного зеркала осматривают сначала твердое, а затем мягкое небо.

Характеризуя поражения слизистой оболочки, уточняют границы патологического очага (четкие, нечеткие), соотношение его краев с окружающими тканями (на одном уровне, валикообразные края), цвет (белый, серый, розовый, желтоватый, цианотичный), характер поверхности поражения (влажная,

блестящая, тусклая), рельеф поверхности (гладкая, бугристая, покрыта мелкими сосочковыми выростами), сосудистый рисунок (количество, форма и диаметр капилляров, равномерность расположения сосудов, их цвет, наличие или отсутствие деформации, колбовидное вздутие, прерывистость).

Третья часть (С)

Включает обследование зубных рядов и пародонта.

С1 — вначале проводится осмотр всех зубов. В противном случае истинная причина может остаться невыявленной, если боли иррадиируют в здоровый зуб или имеются реперкуссия, осложнения или сочетания заболеваний. Кроме того, осмотр зубных рядов во время первого посещения позволяет наметить общий план лечения, т.е. санации — основной задачи стоматолога.

Обследование рекомендуется проводить в одном и том же порядке, по определенной системе, с помощью стоматологического зеркала и зонда. Зеркало позволяет осмотреть плохо доступные отделы и направить пучок света в нужный участок, а зонд проверить все фиссуры, углубления, пигментированные участки, дефекты. Если целостность эмали не нарушена, зонд свободно скользит по поверхности зуба, не задерживаясь в бороздках и складках эмали. При наличии кариозной полости в зубе, иногда не видимой для глаза, зонд в ней задерживается.

Тщательно осматриваются и зондируются окклюзионные и проксимальные поверхности, на которых обнаружить полость, особенно небольших размеров, довольно трудно.

Обследование зубных рядов завершается регистрацией в амбулаторной карте зубной формулы и подсчетом КПУ с анализом его структуры.

С2 — при обследовании пародонта, кроме определения состояния десны (см. этап В4), описывают состояние зубодесневого прикрепления.

Осмотр рекомендуется проводить по зонам, последовательно, с учетом наиболее частой локализации опухолей.

При этом последовательное исследование отдельных зон напоминает перемещение вглубь по спирали (Соловьев М.М., 2001, 2009).

Пальпация в обследовании играет очень важную роль. Пальпаторно можно определить участки уплотнения мягких тканей, их границы и четкость. Особенно подозрительно безболезненное уплотнение — оно может быть первым симптомом малигнизации. Пальпаторному исследованию также подвергают большие слюнные железы и регионарные группы лимфатических узлов. Увеличение регионарных лимфоузлов при отсутствии патологии со стороны челюстно-лицевой области может быть симптомом заболевания ЛОР-органов.

М.М. Соловьев (2003) предлагает конкретные алгоритмы диагностики предраковых и раневых заболеваний слизистой оболочки, полости рта и губ.

10 советов стоматологу по диагностике злокачественных опухолей

1. У каждого осматриваемого независимо от его возраста и предъявляемых жалоб необходимо исключить наличие опухоли и предопухолевых процессов челюстно-лицевой локализации.

2. Результаты осмотра на выявление опухолей и предопухолевых процессов подлежат обязательной регистрации в истории болезни.

3. У каждого пациента необходимо осмотреть кожные покровы лица, шеи и, в случае выявления какой-либо патологии, направить его на консультацию к дерматологу или онкологу.

4. Следующие симптомы служат основанием заподозрить у больного наличие злокачественной опухоли:

- экзофитное образование с инфильтрированным основанием, увеличивающееся в размере, кровоточащее;
- язва с инфильтратом в основании, не заживающая в течение 2–3 нед;
- постоянные боли умеренной интенсивности в зоне патологического процесса, особенно беспокоящие больного в ночное время;
- подвижность одного или нескольких интактных зубов, сопровождающаяся постоянными болями;
- изменение характера отделяемого из носа у больных хроническим синуситом (гайморитом): появление сукровичных, зловонных выделений;
- постепенно нарастающий парез мимических мышц, парестезии и онемение в зоне иннервации подглазничного и подбородочного нервов;
- шаровидные плотные безболезненные лимфатические узлы в области шеи, увеличивающиеся в размере.

5. При подозрении на наличие злокачественной опухоли больного следует сразу же направить на консультацию в специализированное онкологическое учреждение.

6. При атипичном течении заболевания необходимо шире пользоваться консультацией коллег, чаще прибегать к цитологическому и гистологическому исследованию материала, взятого из патологического очага.

7. Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению для выявления возможных ошибок в диагностике и лечении, формирования у врачей постоянной онкологической настороженности.

8. Ткани патологического очага, удаляемые во время оперативного вмешательства, необходимо направлять на гистологическое исследование.

9. При диспансеризации лиц с предопухолевыми заболеваниями следует шире пользоваться цитологическим исследованием мазков-отпечатков и соскобов.

10. Существенный резерв в улучшении диагностики злокачественных опухолей имеют постоянная санитарно-просветительная работа среди широких слоев населения, разъяснение необходимости неотложного обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, недопустимости самолечения. 

Проблема заглушечных свищей в дентальной имплантологии

Игорь Кузьмин,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета, главный хирург сети клиник, г. Санкт-Петербург

kuzmin.tula@gmail.com

Современная имплантационная хирургия представляет собой сложный многоэтапный процесс, который требует внимательного отношения со стороны врача. Это своеобразный клинический комплекс и связка таких дисциплин, как хирургическая стоматология, биология и материаловедение...

Врачу-имплантологу необходимо выполнять манипуляции с высокой точностью позиционирования имплантационного винта в челюсти с учетом плотности и архитектоники кости, а также создавать условия для адекватной и предсказуемой репаративной регенерации мягких тканей вокруг установленного имплантата. Даже при идеально спланированном и выполненном хирургическом этапе можно столкнуться с таким грозным и коварным осложнением, как заглушечный свищ.

Свищом называется новообразование, которое формируется в мягких тканях и содержит серозное или гнойное отделяемое.

В отличие от обычного гнойника, воспаление начинается внутри шахты имплантата и развивается под слизистыми оболочками. Экссудат быстро накапливается и выходит наружу через свищевой ход, напоминающий трубочку или канал. В нее попадают микроорганизмы, происходит повторное инфицирование и заражение.

Проблему провоцируют гонококки, золотистый стафилококк, стрептококк и другие патогенные возбудители, в том числе грибки и вирусы. Воспалительный экссудат, соприкасаясь с металлом, нередко провоцирует окисление и химические реакции вокруг имплантата (рис. 1).

Применяя двухэтапную методику имплантирования, стоматолог-хирург сначала делает надрез на десне, инсталлирует имплантат в кость, устанавливает винт-заглушку (покрывной винт), а затем ушивает слизистую оболочку над установленным дентальным винтом.

Во время этой небольшой операции важно соблюдать стерильность инструмента и материала, внимательно следить за обработкой швов. В противном случае бактерии и микробы, которые содержатся в полости рта, легко проникают внутрь шахты имплантата со слюной, кровью и экссудатом, где и начинают размножаться в тепличных условиях, впоследствии инфицируя окружающие мягкие ткани.

Фиксация покрывного винта выполняется с усилием 10–12 Нсм и, несмотря на достаточно плотное прилегание к имплантату, не является барьером для патогенной микрофлоры (рис. 2).

Такие проблемы возникают в результате загрязнения центрального отверстия имплантата или плохой фиксации винта в теле имплантата. В подобных случаях решение основано на предотвращении указанных проблем и тщательном очищении центральной шахты.

Если причиной воспалительного процесса стала элементарная неосторожность стоматолога, воспалительный процесс начинается уже через несколько дней после установки дентального винта.

В зависимости от типа возбудителя заболевания развивается в срок от 1–2 нед до 2–3 мес и проявляется следующими симптомами:

- десна отекает, выглядит опухшей и гиперемированной;
- при надавливании подушечками пальцев возле верхушки металлического стержня выступают капли мутной сукровицы;

- пациент ощущает во рту специфический привкус гноя или крови;
- свищи могут протекать безболезненно, но иногда боль носит ноющий или стреляющий характер, а также усиливается при наклоне головы;
- десневой край реагирует на горячее или холодное питье;
- иногда происходит прорезывание винта заглушки из-под слизистой оболочки (рис. 3).

Если над имплантатом появился свищ, причину следует искать в следующем:

- не была проведена антисептическая обработка шахты имплантата, перед установкой винта-заглушки;
- выполнен нерациональный разрез слизистой оболочки, проходящий в зоне покрывного винта;
- пациент не соблюдал медикаментозные назначения хирурга-имплантолога;
- нарушение гигиены и антисептической обработки полости рта в послеоперационном периоде.

Свищ в области имплантата вызывает у хирурга особую тревогу. В половине случаев это означает, что установка прошла с нарушением протокола и можно ожидать негативного результата.

Когда нагноение затрагивает ткани челюсти, возникают тяжелые патологии:

- мукозит и периимплантит кости вокруг имплантата;
- киста в основании дентального штифта;
- потеря маргинальной кости вокруг имплантата и крестальная резорбция (рис. 4).

Поэтому врачи должны инструктировать пациента, что при развитии таких осложнений важно своевременно обратиться за консультацией, не дожидаясь прорыва гноя и не занимаясь самолечением. При правильно подобранной тактике лечения воспаление удастся остановить без последствий.

Методы лечения заглушечного свища в области имплантата

При появлении свища над имплантатом или возле него стоматологу нет необходимости убирать конструкцию. Надрез выполняют прямо по центру припухлости и удаляют весь скопившийся гной. Проводят разумное щадящее иссечение некротизированной ткани и промывание раны антисептиком. Чаще всего используется 0,05–0,2%-ный раствор хлоргексидина. Снимают покрывной винт и шахту имплантата, их тоже промывают антисептиком, после чего устанавливают формирователь десневой манжеты (рис. 5, 6).

Хорошим дополнением будет наложение в рану препарата CHLO-SITE (холосайт), который представляет собой синтетический гель на основе ксантана и хлоргексидина и используется как вспомогательное средство при лечении пародонтальных и пере-

имплантатных карманов после механического удаления воспалительных изменений из их области. Закупоривающие и увлажняющие свойства геля в сочетании с воздействием хлоргексидина двух типов ингибируют бактериальную реколонизацию. Материал помогает создать наилучшие условия для процесса заживления.



Рис. 1

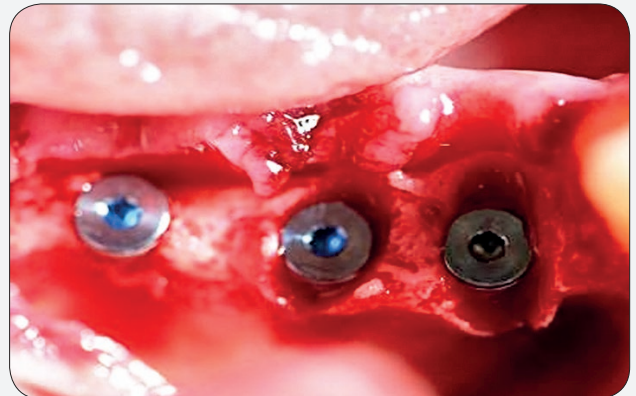


Рис. 2



Рис. 3

GapSeal®

Абсолютная защита периимплантных тканей от микробной контаминации



Решающее средство в борьбе с периимплантитом



- Антибактериальная герметизация винтовых соединений, неконгруэнтных поверхностей, различных зазоров и внутренних полостей имплантатов.

- Долгосрочно препятствует проникновению и персистенции бактерий внутри имплантата, значительно сокращает риск реинфекции периимплантных тканей.

- Устраняет основную причину периимплантитов. Более 16 лет клинического применения.

f @nsella.ru

B vk.com/nsella

Москва

Телефон / факс: +7 (495) 783-33-10
manager@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru



Если свищевой ход большой по диаметру, стоматолог может наложить несколько швов. В этом случае полоскание лучше заменить ротовыми ванночками: небольшое количество антисептика набирают в рот и держат над раной 20–30 секунд.

В домашних условиях терапия продолжается втиранием мази солкосерил. Она содержит уникальные компоненты, витамины и натуральные вытяжки, которые ускоряют регенерацию ткани и предотвращают появление рубцов. В тяжелых случаях лечение дополняется обязательным приемом антибиотиков.

В большинстве случаев предотвратить появление свища можно, соблюдая правила антисептики при установке конструкции.

Десны и ротовую полость необходимо пролечить от кандидоза, пародонтоза или гингивита, сдать комплексные анализы на наличие стафилококков и синегнойной палочки.

В течение 5–7 дней после имплантации пациент должен принимать антибиотики, чтобы исключить воспаление.

В домашних условиях следует не менее 10 суток полоскать полость рта раствором хлоргексидина и отказаться от курения.

Профилактика заглушечных свищей

Линия разреза по слизистой оболочке не должна проходить над имплантатом и заглушкой, для этого на нижней челюсти разрез выполняют более вестибулярно, а на верхней — более язычно.

При любой возможности следует работать по безлоскутному протоколу.

Шейка имплантата не должна находиться в пределах подвижной слизистой.

Тщательное очищение центральной шахты имплантата от слюны, крови и использование антисептических препаратов для обработки. Препаратом выбора является Gap Seal.

GapSeal — это гель на основе силиконовой матрицы и тимола, упакованный в карпулы-унидозы (рис. 7).

Гель наносят с помощью специального карпульного аппликатора, входящего в комплект. Герметизатор имплантатов GapSeal наносят между имплантатом и покрывным винтом, надежно закупоривая пространство между ними и значительно снижая риск реколонизации бактерий.

Содержание в GapSeal такого эффективного вещества, как тимол, активного как против бактерий, так и обладающего противогрибковыми свойствами, обеспечивает дополнительную защиту.

Таким образом, после успешной имплантации можно не опасаться за установленный имплантационный винт и окружающие его мягкие ткани и избежать неприятного и коварного осложнения в виде заглушечного свища. 



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7



ATID



ИМПЛАНТАТ С ПАРАЛЛЕЛЬНЫМИ СТЕНКАМИ

СОВРЕМЕННЫЙ ДИЗАЙН – КЛАССИЧЕСКОЕ
ПРЕВОСХОДСТВО.



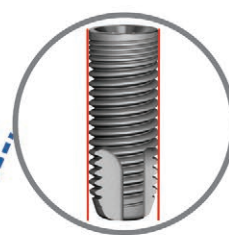
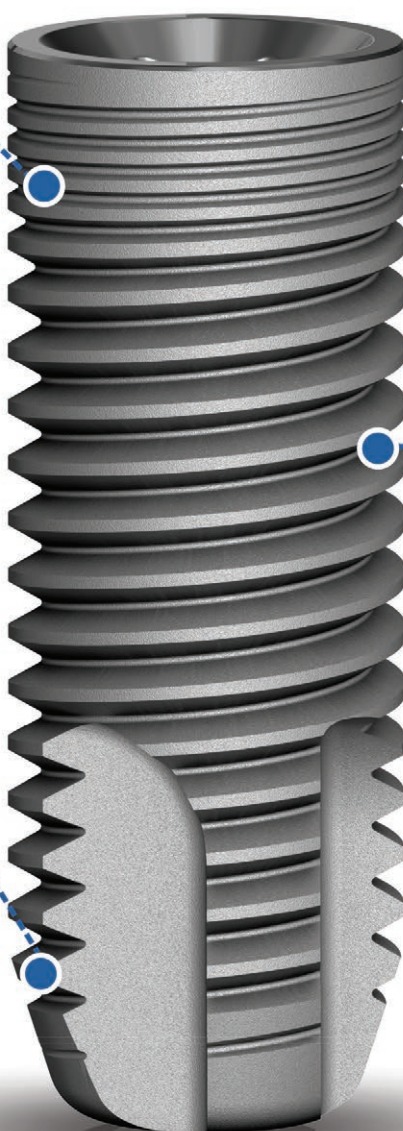
КОРОНАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

- Подлинное переключение платформы
- Микрорезьба
- Рациональное распределение нагрузки на кортикальную кость
- Снижение нагрузки на вершину альвеолярного гребня



АПИКАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

- Прямая апикальная резьба с закругленным апексом
- Режущие бороздки ограниченной глубины
- Предотвращение повреждения анатомических структур
- Легкий, контролируемый ввод



РЕЗЬБА, ТЕЛО И КОРПУС ИМПЛАНТАТА

- Параллельные стенки тела имплантата
- Неагрессивная мультимформатная резьба без эффекта конденсирования периимплантной кости
- Увеличенный ИКК (имплантно-костный контакт)
- Минимальное давление на периимплантную кость
- Легкий, равномерный и контролируемый ввод

Москва

Телефон / факс: +7 (495) 783-33-10
ab@nsella.ru, www.alphabio.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru



@AlphaBioTecRu



@alphabiotecru



AlphaBioTecRu

Отсроченное обращение к детскому стоматологу при сочетанных травмах зубов



Оксана Оноприенко,
детский врач-стоматолог,
клиника «Primed KIDS»,
г. Санкт-Петербург
doc.onoprienko@gmail.com

Травмы зубов и тканей челюстно-лицевой области у детей случаются довольно часто. По статистике, 1/3 всех детей получают повреждения, которые в основном приходятся на фронтальный отдел верхней или нижней челюсти, губы, нос и щеки.

В своей клинической практике я выделяю две разновидности травм у детей: регулярные и случайные. Регулярные травмы характерны для активных непосед, которые постоянно участвуют в подвижных играх, катаются на велосипедах, самокатах и т.п. Такие дети часто врезаются в различные объекты или ограждения, совершают столкновения с другими детьми в процессе игры, падают. Как правило, они достаточно спокойно относятся к полученным травмам.

Однако от подобного травматизма не застрахованы и очень спокойные, усидчивые, покладистые дети. Как правило, это происходит в результате несчастного случая, в котором ребенок участвует невольно.

Независимо от характера ребенка получение травм всегда сопровождается растерянностью, беспокойством и страхом.

Что делать, если несчастный случай произошел, и к вам за помощью или за советом обратились родители ребенка, получившего травму челюстно-лицевой области?

В первую очередь рекомендуется успокоить родителей и ребенка. Как правило, активных непосед (первый тип детей) успокоить легко: «Пока вы едете в клинику, нужен холод местно: купите ребенку мороженое». И в кабинет заходит улыбающийся маленький пациент со сломанными зубами и осколками в баночке...

У второго типа пациентов, переживающих и шокированных детей и их родителей, добиться спокойствия сложнее. Они приедут на прием к стоматологу в возбужденном, нервном состоянии, и врач должен быть готов перевести разговор из эмоционального русла в конструктивный диалог.

Нужно учитывать и то обстоятельство, что экстренный визит к стоматологу для многих может быть первичным обращением. И полученный опыт в дальнейшем может спровоцировать дентофобию на длительный период, поэтому перед врачом-стоматологом стоит задача снять негативное напряжение у испуганного ребенка и его родителей, чье эмоциональное состояние передается маленькому пациенту.

Если психологический барьер успешно преодолен, контакт налажен и вы стали со своим пациентом и его родителями единой командой, ко второму визиту такие дети раскрепощаются, полностью

доверяют врачу и дают большой запас времени для работы (терпеливо лежат в кресле столько, сколько нужно).

После того как маленький пациент оказался в кресле стоматолога, приступаем к непосредственному лечению. Главные задачи, которые стоят перед доктором, — это безболезненность всех манипуляций, последующий хороший эстетический результат, а также отсутствие болей после приема (особенно после установки шины при вывихах зубов).

Предлагаю вашему вниманию вариант решения проблемы реабилитации фронтальной группы зубов после травмы при отсутствии своевременной репозиции антагонистов

Клинический случай

Пациент К. обратился в нашу стоматологическую клинику через 2 сут после травмы. Первичное обра-

щение было через несколько часов после несчастного случая в стационар г. Санкт-Петербурга, в отделение челюстно-лицевой хирургии. Мальчик упал в лесу, споткнувшись о корень дерева, ударился о камень нижней губой и верхними зубами. Осколки искали примерно час, нашли только два, принесли с собой в емкости с водой.

Выписка из приемного покоя: «Проведена медикаментозная обработка раны нижней губы раствором фукарцина. Направлены под наблюдение хирурга-стоматолога по месту жительства».

Обратились в клинику с жалобами на боль при чистке зубов, касании до них, невозможность приема пищи, постоянное кровотечение из десны.

При клиническом осмотре выявлены отек и рваная рана нижней губы (со стороны кожи обработана фукарцином, со слов мамы, слизистую оболочку губы обрабатывали мирамистином) (рис. 1–5).



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 5



Рис. 4

ZEISS

We make it visible.



Точность с первого взгляда

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

Санкт-Петербург
Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella



Рис. 6

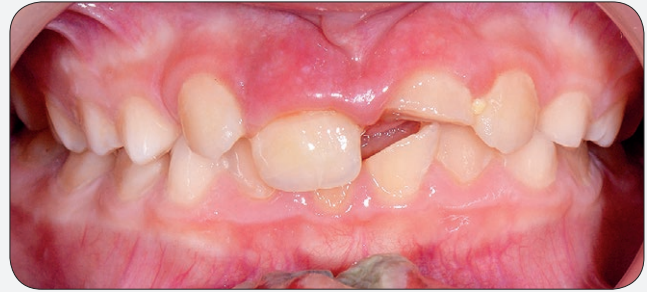


Рис. 7



Рис. 8

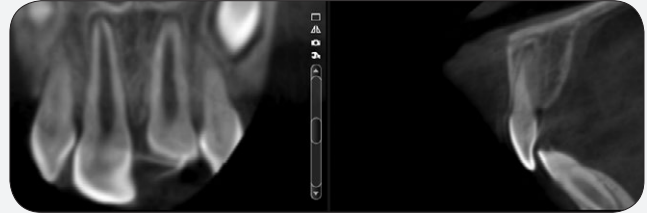


Рис. 9

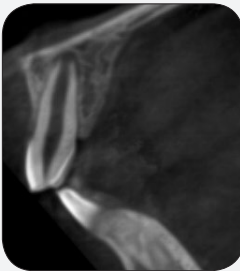


Рис. 10

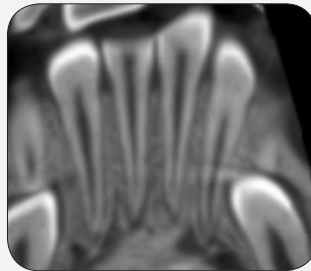


Рис. 11

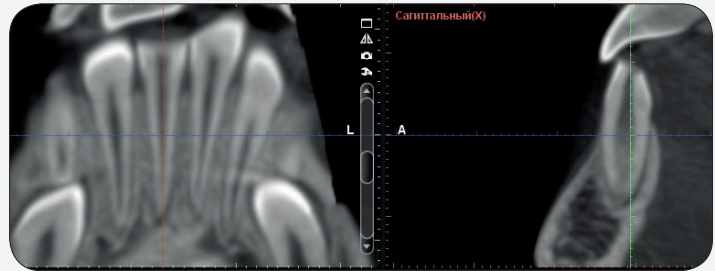


Рис. 12

12 зуб — множественные трещины эмали, повышенная мобильность, перкуссия резко болезненная, кровотечения из зубодесневой борозды на момент осмотра не было, реакция на холодовой тест положительная.

11 зуб — многочисленные трещины эмали, повышенная мобильность, перкуссия резко болезненная, гиперемия зубодесневой борозды, при очистке зуба появилось кровотечение из зубодесневой борозды, положение зуба изменено (нёбный наклон коронки зуба, репозицию не проводили), реакция на холодовой тест положительная.

21 зуб — перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина со вскрытием полости зуба, кровотечение из зубодесневой борозды, повышенная мобильность, перкуссия резко болезненная, реакция на холодовой тест положительная.

22, 32 зубы — мобильность в норме, перкуссия безболезненная, реакция на холодовой тест положительная.

31 зуб — перелом коронки в пределах эмали и дентина без вскрытия полости зуба, мобильность зуба в норме, перкуссия безболезненная, реакция на холодовой тест положительная.

41 зуб — перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина с вскрытием полости зуба, мобильность

зуба в норме, перкуссия безболезненная, реакция на холодовой тест положительная.

42 зуб — перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина без вскрытия полости зуба, мобильность в норме, перкуссия безболезненная, реакция на холодовой тест положительная (рис. 6, 7).

Были найдены осколки зубов 21 и 31, принесены в бутилированной воде.

Выполнена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) обеих челюстей: в толще нижней губы осколков зубов не обнаружено. Расширение периодонтальной щели по всей длине корней зубов 12, 11; корни зубов 12, 11, 21, 22 не сформированы (рис. 8–12).

В первый визит под увеличением микроскопа Leica проведена ампутация пульпы по Cvek зубов 21, 41 (рис. 13, 14).

После получения самостоятельного гемостаза на пульпу уложены материал BioDentine (Septodont) и изолирующая прокладка Vitrebond (3M ESPE) (рис. 15, 16).

Проведена фиксация осколков зубов 21 и 31 на жидкий композит по методике сополимеризации.

Из-за невозможности репозиции 11 зуба проведено шинирование в имеющемся положении зубов 53, 12,

11, 21, 22, 63 на предварительно индивидуализированный ортодонтический ретейнер жидким композитом (рис. 17, 18, 19).

Проведена адгезивная подготовка, тонким слоем жидкого композита закрыты сколы зубов 41 и 42 (рис. 20, 21).

Восстановление зубов и окончательная полировка были отложены на следующий визит ввиду чрезмерно длительного приема (тем более, что для мальчика это был первый в жизни визит к стома-

тологу), использования анестезии (для контроля температуры и отсутствия перегрева тканей зуба при полировке), а также необходимости восковой моделировки коронки зуба 41 с язычным наклоном из-за небного смещения коронки антагониста — 11 зуба.

Через 4 нед шина снята (рис. 22–25), выполнена проверка зубов на витальность (все зубы показали положительную реакцию на холодовой тест), сняты оттиски с верхней и нижней челюсти. Зубному тех-

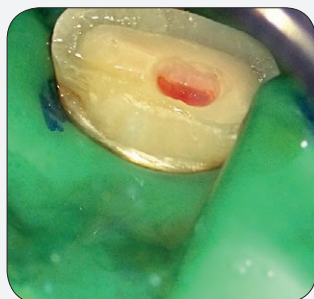


Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23



Рис. 24



Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27



Рис. 28



Рис. 29



Рис. 30



Рис. 31



Рис. 32



Рис. 33



Рис. 34



Рис. 35



Рис. 36



Рис. 37



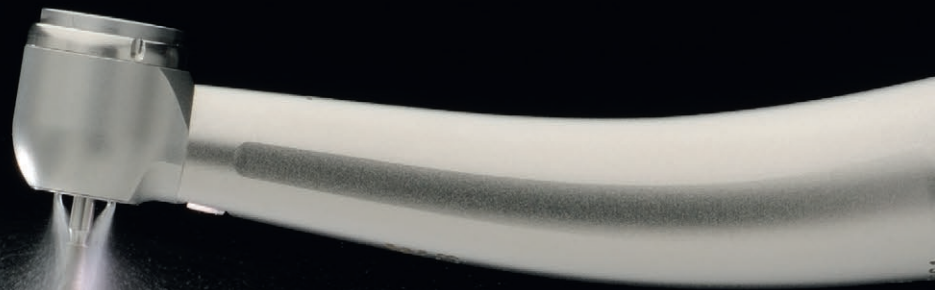
Рис. 38



Рис. 39



Только лучшее
в ваших руках



РЕКЛАМА

 @nsella.ru

 vk.com/nsella

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

Санкт-Петербург | Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru



Рис. 40



Рис. 41

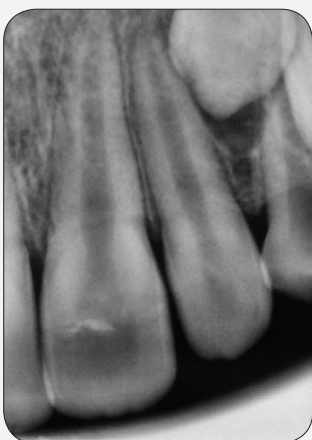


Рис. 42



Рис. 43

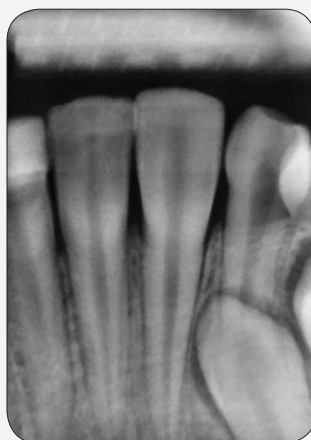


Рис. 44



Рис. 45

нику поставлена задача смоделировать коронку 41 зуба под наклоном, чтобы не вводить в суперконтакт 11 и 41 зубы (рис. 26, 27).

В следующие визиты методом стратификации композитным материалом по силиконовому ключу восстановлена коронка 41 зуба (рис. 28–35). Скол зуба 42 был восстановлен в другой клинике по финансовым соображениям.

На плановом осмотре через 7 мес после травмы сделаны контрольные рентгеновские снимки поврежденных ранее зубов, а также выполнена проверка реакции пульпы. Все зубы (12, 11, 21, 22, 32, 31, 41, 42) положительно реагируют на холодовой тест: ответ в течение 2–4 с, боль быстро проходящая (рис. 36–41).

На прицельных рентгенограммах виден продолжающийся процесс формирования корней зубов, а также формирование дентинного мостика в области проведенной ампутации пульпы в зубе 21 (рис. 42–45).

Через 11 мес после травмы проведено очередное обследование зубов. Состояние пульпы неизменно (все зубы реагируют на холодовой тест, изменений цвета коронок нет, подвижность физиологическая).

Пациенту рекомендовано провести ортодонтическое лечение для нормализации положения 11 зуба, после которого будет выполнена коррекция реставрации 41 зуба для возвращения коронке ее естественного наклона.

Выводы

Ситуации, когда дети получают травмы челюстно-лицевой области различной степени тяжести очень разнообразны, поэтому их сложно предвидеть и профилактировать. Но если подобная ситуация произошла, следует помнить, что при оказании помощи детям, получившим травму, большое значение играет время.

Если помощь оказана своевременно, правильно и в полном объеме, результат и долгосрочный прогноз улучшаются в разы.

Современная стоматология обладает всеми необходимыми ресурсами: диагностическими методами, лечебными методиками, качественными материалами, эффективными анестетиками. Есть все необходимое для того, чтобы получить отличный эстетический результат. А при достаточной квалификации врача и высоком уровне оснащения кабинета можно улучшить прогноз выживаемости зубов даже при запоздалом обращении в клинику. 

Орофациальные боли: советы невролога



Елена Саксонова,
к.м.н., невролог Центра междисциплинарной
стоматологии и неврологии, член РОИБ,
член Общества специалистов
по нервно-мышечным заболеваниям,
член редакционного совета МООСБТ
elena.saksonova@mail.ru

Мы живем в чрезвычайно интересное время. Пожалуй, ни одна медицинская специальность не может похвастаться таким стремительным развитием, как стоматология. Врачи-стоматологи рьяно осваивают инновационные технологии, оставляя далеко позади коллег общемедицинской практики...

То, что стоматологи лечат головные и лицевые боли, разбираются в постуре и вертебрологии, влияют на биомеханику височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) — дело уже привычное. Появляются сообщения и видеопротоколы об успешной коррекции стоматологами и чисто неврологических заболеваний: краниальные дистонии, синдром Туретта, болезнь Паркинсона.

Между тем самым частым симптомом, с которым приходится сталкиваться стоматологу, является **боль**. Прием врача практически любой специальности сопряжен с купированием, лечением или предупреждением болевого феномена. На самом деле вся история медицины — это история борьбы с болью. Однако до сих пор представления о ней в медицинском сообществе крайне размыты, особенно это касается феномена лицевой боли.

По мнению большинства врачей самых разных специальностей, если в лицевой области что-то болит — это невралгия тройничного нерва. И это крайне распространенное заблуждение.

Было проведено любопытное мультицентровое эпидемиологическое исследование, которое включало около 34 тыс. пациентов с болью в лице. Было обнаружено, в 83% случаев происходит гипердиагностика тригеминальной невралгии. Это соотносится с нашей практикой. Лишь у 10–15% пациентов, имеющих в направлении диагноз тригеминальную невралгию, мы ее подтверждаем. Остальные 85%, как правило, имеют совсем другие проблемы. Это и нейропатическая, и атипичная персистирующая, и миофасциальная боль лица.

Именно врачу-стоматологу первому приходится сталкиваться с пациентом, жалующимся на боль в лицевой и ротовой зоне. И основная задача — исключить весь спектр причин именно одонтогенной боли. Дальнейшую курацию и проведение дифференциального диагноза осуществляет невролог.

Доктор Джеффри Окесон в своей недавней лекции, посвященной окклюзионной патологии, отметил, что эффективное лечение таких пациентов без непосредственного участия врача-невролога крайне затруднительно.

По данным его наблюдений, **более 60% болевых синдромов в орофациальной области не имеют никакой связи с зубами и патологией прикуса, и экспертная оценка врачом-неврологом является важной составляющей процесса диагностики.**

Достаточно распространенным болевым синдромом в краниофациальной зоне является **миофасциальный болевой синдром лица**. Причем нередко именно стоматологическое лечение может выступать в роли провоцирующего фактора. Длительное пребывание в антифизиологической позе с раскрытым ртом

и микротравматизация собственно жевательных мышц вызывают формирование мышечного спазма отдельных мышц. Советую стоматологам обратить внимание на удобные кресла, подголовники и дозированный режим работы (давать пациенту отдыхать, т.е. закрывать рот через каждые 30–40 мин работы).

Типичны жалобы таких пациентов:

- постоянная ноющая боль в области жевательных мышц, в проекции ВНЧС, усиливающаяся при артикуляции, жевании;
- утомление и напряжение мышц в нижней трети лица;
- при осмотре нередко отмечается массивность нижней трети лица за счет гипертрофии собственно жевательных мышц;
- при пальпации выявляются гипертонус жевательной и височной мышцы, болезненные уплотнения в их толще. Это так называемые триггерные пункты, при обнаружении которых возникает пароксизм боли с иррадиацией;
- болевой прыжок и иррадиация боли — основные патогномоничные признаки именно миофасциальной боли. Нередко сопутствующими симптомами являются ограничение открывания рта, вокализация ВНЧС, S-образное движение нижней челюсти при открывании рта.

Данный синдром более полувека назад описала американский физиолог Джанет Трэвелл. Она же создала карту триггерной и отраженной боли. Что морфологически представляют собой триггеры до сих пор неясно. Читалось, что это нервные окончания, находящиеся в мышце в состоянии повышенной чувствительности. Сейчас больше данных о том, что это локальные мышечные уплотнения. Они могут находиться как в активном, так и в латентном состоянии.

В латентной стадии пальпация не вызывает боли. Пальпировать необходимо не только собственно жевательные, но и височные мышцы, мышцы дна полости рта, перикраниальные мышцы.

При нахождении триггера пациент бурно дает понять, что больно, возникает симптом прыжка. Триггер всегда иррадирует, т.е. боль распространяется. Это важно помнить.

Один из основных принципов лечения миофасциальной боли — расслабление спазмированных мышц. Возможны следующие варианты:

- введение иглы в триггерную зону — принцип сухой пункции, введение в патологически спазмированную мышцу местного миорелаксанта. Мы используем ботулинический нейротропин, который на длительный срок расслабляет патологический спазм;
- полезны постизометрическая релаксация, мио-релаксирующий массаж, физиотерапия, сухое тепло, ношение разобщающих капп.

Особого внимания требуют **пациенты с психогенной болью в лице**. Клиницисту необходимо помнить, что психогенная боль — это диагноз исключения. Данный диагноз выставляется только

после рассмотрения всех возможных органических причин.

Между тем в последние годы увеличилось количество психогенных болевых феноменов, в основе которых нередко лежат подсознательные рентные установки: стремление к получению моральной или материальной выгоды, манипулирование врачом-стоматологом. Поэтому боли в лице, имеющие неodontогенную природу, всегда требуют консультации и тщательного неврологического осмотра врача-невролога.

Обсуждая междисциплинарность, нельзя не затронуть вопросы ятрогении.

С ростом инвазивных вмешательств в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии значительно увеличилось количество пациентов с болевыми, двигательными и чувствительными нарушениями в области лица.

Так, в нашей неврологической практике неуклонно растет количество пациентов с поражением нижнего альвеолярного нерва. Как правило, причинами поражения являются:

- дентальная имплантация;
- последствия анестезии;
- интраоперационное повреждение;
- компрессия нерва гематомой, отломками;
- травматичное удаление дистопированных ретинированных 8-х зубов.

Клиническая картина разнообразна: от безобидной парестезии до гипералгезии, аллодинии и интенсивного нейропатического болевого синдрома.

Проявления зависят от степени поражения нерва (ирритация или компрессия) и клинико-морфологической стадии.

Не последнюю роль играют личностные особенности и эмоциональный фон пациента.

Выводы

В заключение хочется акцентировать внимание коллег на ситуациях, когда консультация невролога необходима:

- боли в лице, в полости рта, головные боли;
- болевая дисфункция ВНЧС;
- гипертрофия/гипотрофия жевательных и височных мышц;
- клинические проявления бруксизма;
- чувствительные нарушения в лицевой области;
- асимметрия лица;
- избыточные насильственные движения в лице, ротовой зоне, мышечные подергивания;
- патологическая активность периферической мускулатуры при артикуляции, жевании, улыбке;
- частое моргание;
- прогрессирующая дисфония (гнусавость голоса);
- атипичные, вычурные жалобы пациента;
- психоэмоциональные нарушения.

Важно помнить, чем быстрее пациент получит компетентную помощь, тем больше у него шансов на полное восстановление. 

Психогенные реакции пациентов в условиях стоматологической практики



Татьяна Арсеньева,
врач-психиатр, психотерапевт высшей
категории Центра душевного здоровья Alter,
г. Москва

www.cdz-alter.ru

— Скажите, какие страхи вы испытываете?

— Боюсь стоматолога.

— Ну, это понятно, а еще?..

— Темноты...

— А что страшного в темноте?

— Кто знает, сколько стоматологов
там прячется...

В каждой шутке есть доля шутки. Откуда столько переживаний, опасений, страхов и проблем, ассоциирующихся у людей с лечением у стоматолога? Не зря столько пословиц, поговорок, метафор связано именно с зубами? «Вам не по зубам» — это о чем-то, с чем нам не справиться, не хватает сил, знаний, каких-то ресурсов и возможностей. «Видит око, да зуб неймет» — о чем-то желаемом, но малодоступном.

Скорее всего, такое внимание и **обеспокоенность аспектами стоматологической помощи могут быть вызваны рядом факторов:**

- ожидание боли, неприятных ощущений;
- работа в полости рта (незащищенной и болезненной зоне);
- близкий контакт лица к лицу со специалистом, ощущение вмешательства и нарушение личностных границ;
- затруднение вербального контакта с врачом-стоматологом во время осмотра, а вследствие этого тревога, острое чувство беспомощности и одиночества;
- ожидание упреков в пренебрежении своими зубами, здоровьем, внешним видом и т.д. и нотаций от врача-стоматолога. У пациента это может вызвать регресс, он чувствует себя ребенком, которого ругают. А это в свою очередь может вызвать протест, физическое напряжение и, возможно, сопротивление, скрытое или явное.

Наверное, каждый из нас когда-либо оказывался в кресле у стоматолога. Вот высказывания людей, не страдающих никакими душевными расстройствами и вполне адаптированных в социальной жизни: «В кресле стоматолога чувствуешь себя слюнявым идиотом...», «Одинаковый ужас перед креслом стоматолога и гинеколога...».

Что же говорить о людях, которые не столь гармоничны, испытывают некоторые сложности в общении с окружающими или обладают акцентуацией личностных черт, затрудняющих их адаптацию в реальности? Но к помощи стоматолога рано или поздно вынуждены обращаться все.

Сколько людей, разных личностных конструкций, столько и возможных реакций на стоматологическое вмешательство.

Кто-то откладывал поход к врачу-стоматологу (да и к любому другому врачу) до последнего, до того момента, когда уже по-другому не обойтись: с нестерпимой зубной болью или вываливающимися зубами.

Кто-то, наоборот, бежит и требует немедленной помощи, вмешательства, внимания со стороны врача

при малейшем дискомфорте или подозрении на возможный предстоящий дискомфорт.

Кто-то перед предстоящим приемом пытается предстать перед окружающими хладнокровным, мужественным, непробиваемым, кто-то ищет помощи, сочувствия, поддержки у окружающих, врача, персонала.

Как правильно поступить с каждым из вышеуказанных типов пациентов? Как оказать самую эффективную стоматологическую помощь, не напугав пациента, не заставив его сохранить в памяти только ужас от посещения кабинета?

А.П. Чехов писал: «Профессия врача — это подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и приятным физически».

Для врача-стоматолога важно лечить не только зуб, но и пациента, учитывать его психическое состояние на момент взаимодействия с ним, прогнозировать возможное развитие психогенных реакций.

Иными словами, для стоматолога важно понять, что у пришедшего к нему пациента уже от ожидания визита зуб на зуб не попадает, и хорошо бы научиться грамотно и эффективно заговаривать зубы такому человеку.

Человек реагирует на предстоящее врачебное вмешательство, в том числе на стоматологическое, так же, как он привык реагировать на любую другую проблему в своей жизни:

- кто-то обижается на несуществующего обидчика;
- кто-то винит себя за то, в чем никто не виноват;
- кто-то хочет сохранить лицо и делает вид, что ему все равно, не больно, не важно и т.д.;
- кто-то заранее паникует и теряет сознание от нестерпимых мук и боли;
- кто-то негодует, что не все в этой жизни может контролировать и изменять.

И с каждым из них нам с вами, врачам, придется иметь дело. Каждого из них важно пожалеть, понять, каждому искренне посочувствовать и захотеть помочь.

В зависимости от преобладающих черт характера большинство пришедших на прием к стоматологу пациентов можно разделить на некоторые условные группы.

Пациенты с эпилептоидными чертами характера

Эти люди педантичны, склонны к детализации, застревании на малозначимых деталях происходящего, строгом следовании правил и распорядка, нуждаются в подробном объяснении всех тонкостей предстоящей манипуляции.

Совет: наберитесь терпения, говорите четко, лаконично, последовательно. Лучше обойтись без шуток и иронии, подчеркнуть свое серьезное отношение к предстоящему лечению, продемонстрировать продуманный алгоритм действий.

Важно подчеркнуть, что вы уже встречались с похожими случаями в своей практике и подобные по-

следовательные действия при лечении давали хороший результат.

Пациенты с истероидными чертами характера

Это люди склонны к драматизации происходящего, преувеличению своих переживаний, театральным эффектам, они часто внушаемы и инфантильны.

Совет: с ними лучше общаться с позиции знающего, уверенного взрослого. Корректно прервите поток жалоб и стенаний, попросите четко и последовательно сформулировать жалобы и пожелания к лечению.

Пациенты с шизоидными (аутистическим) чертами характера

Не склонны демонстрировать ничего из происходящего с ними. В ответ на стрессовую для них ситуацию они могут замкнуться, замолчать или реагировать не совсем соответственно текущей ситуации.

Раздражение или гнев такого пациента на незначительную, с нашей точки зрения, обиду или травматизацию может быть обоснован его представлениями о происходящем, причем они не всегда конгруэнтны реальной ситуации.

Совет: не возражайте, не раздражайтесь, не вступайте в споры, потерпите. Говорите спокойно, без эмоций, постарайтесь привести разумные доводы для продолжения вмешательства.

Пациенты с тревожными чертами характера

Их выдает вегетативная реакция на предстоящее вмешательство, дрожание рук, губ, возможно, излишняя болтливость, суетливые, нецеленаправленные действия, заискивающий тон в беседе.

Такой пациент может сам сообщить вам о своих опасениях и страхе перед вмешательством, но может старательно скрывать переживания, так как бояться стыдно, а он уже взрослый и крутой.

Совет: старайтесь говорить с ним спокойно, медленно, уверенно, можно начать с обсуждения нейтральных тем, не касающихся стоматологического вмешательства, — о погоде и природе. Постарайтесь психологически подстроиться к пациенту, к его дыханию, тембру голоса.

Попробуйте пошутить не над пациентом, но вместе с ним, не нарушая его границы. Все это снизит уровень тревоги, позволит пациенту больше вам доверять, расслабиться во время стоматологических манипуляций.

После этого можно переходить к обсуждению деталей предстоящего лечения.

Вывод

Пациент независимо от своей личностной организации всегда будет чувствовать симпатию, сочувствие и стремление врача помочь. Так что желаю всем терпения, хорошего настроения и психического здоровья, которые нам так нужны в выбранной нами специальности. 



Игорь Кузьмин:

*«Покорного судьба ведет,
а упрямого тащит!...»*

Имя врача-стоматолога — хирурга, кандидата медицинских наук Игоря Кузьмина известно многим. И не только пациентам. Много лет Игорь Алексеевич передает свой опыт и студентам, и своим коллегам — опытным хирургам, будучи ментором израильской компании «Альфа-Биотек» и лектором компании «Н.Селла».

Энергичный, пунктуальный, подтянутый, позитивный. Лишь немногие знают, что за плечами доктора военное прошлое. Подполковник медицинской службы Кузьмин, как и его отец, несколько лет был главным стоматологом Воздушно-десантных войск России...

Об этом и о многом другом — в нашем интервью.

— Когда Вы впервые узнали, что на свете существуют стоматологи?

— Об этой профессии я знаю с младых ногтей, потому что мои родители — стоматологи-хирурги. Среди моих детских игрушек были элементы технических работ, искусственные зубы, гипсовые модели, коронки...

Мама давно уже на пенсии, но работала до последнего, и лишь недавно оставила врачебную практику, а отец до сих пор в профессии. Полковник медицинской службы, уже в запасе, сейчас он работает в военной организации, но уже гражданским доктором. Он — челюстно-лицевой хирург, был главным стоматологом Воздушно-десантных войск (ВДВ) России. Так случилось, что спустя много лет я тоже был на этой же должности...

В нашей семье есть еще врачи: мой младший брат — военный врач, единственный терапевт в нашей семье.

— Когда впервые возникло желание продолжить врачебную династию?

— Столкнувшись со стоматологией с рождения, я заявил родителям: «Вот уж стоматологом я точно не буду!». Это был какой-то внутренний протест против того, что все в нашей жизни крутилось вокруг этой темы — даже дома родители продолжали обсуждать какие-то рабочие моменты, вплоть до того, что отец брал меня на дежурства, и мне приходилось спать в стоматологическом кресле. И в знак протеста я поступил в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова в Санкт-Петербурге на лечебный факультет, где получил специальность хирурга и диплом с отличием.

Однако от судьбы не уйдешь... Через несколько лет я поступил в ординатуру по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, которую успешно окончил, и... докатился до стоматологического кресла! Так что покорного судьба ведет, а упрямого тащит!..

— Какие обязанности выполняют военные стоматологи ВДВ?

— Во времена «сердюковской» реформы произошла реорганизация службы, была проведена оптимизация и порезано много специальностей. И хотя военные стоматологи еще есть и кафедра в медицинской академии осталась, в войсковом звене военных стоматологов практически не осталось.

А выполняли мы обычные функции: оказание полного спектра стоматологической помощи от кариеса до сложных челюстно-лицевых операций, полученных при ранениях и травмах. Воздушно-десантные войска склонны к травматизму в силу своей специфики. Это связано с парашютным десантированием и с агрессивным несением службы.

Десантники участвуют в локальных военных конфликтах, не всегда это озвучивается в СМИ. Это тот род войск, который постоянно передислоцируется по стране и за рубежом, постоянно воюет. И конечно, эта деятельность сопровождается ранениями, повреждениями, травмами, в том числе челюстно-лицевой области, а восстанавливать здоровье приходится военным стоматологам.

Будучи главным стоматологом ВДВ, я был начальником отделения челюстно-лицевой хирургии Центрального госпиталя ВДВ, к нам поступало много раненых и травмированных, которых приходилось экстренно оперировать, а затем проводить их реабилитацию.

Было и поликлиническое звено, где мы лечили зубы в плановом порядке.

Военная стоматология — непростая специальность, она отличается от гражданской тем, что не разделена на челюстно-лицевую и общую стоматологию, а сочетает их вместе.

Именно поэтому в военной стоматологии и лечебник мог стать стоматологом, как это случилось со мной и со многими моими коллегами, которые работали в госпитале им. Н.Н. Бурденко и продолжают работать в госпиталях им. П.В. Мандрыки, им. А.А. Вишневого.

Несколько лет назад в военно-медицинской академии появился стоматологический факультет, который готовит военных стоматологов: эпоха «сердю-

Военная стоматология — непростая специальность, она отличается от гражданской тем, что не разделена на челюстно-лицевую и общую стоматологию, а сочетает их вместе.





ковских» реформ миновала, и нынешней министр обороны Сергей Шойгу большое внимание уделяет возрождению, в том числе военной медицины.

Ведется сложная и большая работа, уже набраны целые курсы военных стоматологов, пока они курсанты, но вскоре пополнят войсковое звено.

— Вам приходилось совершать марш-броски, выполнять повседневные воинские обязанности?

— У нас в ВДВ была поговорка «Нет здоровых и больных, есть живые и мертвые». От рядового солдата до командира части все были обязаны выполнять подготовительные мероприятия, включая физподготовку, боевую и парашютно-десантную подготовку, нести постовую и караульную службу. Был прецедент, когда пришлось применить табельное оружие (было совершено нападение на караульную службу).

— Вы в какой-то степени повторили трудовую и воинскую биографию отца. Часто ли вы обращались и обращаетесь к нему за советом, приглашаете в состав врачебных консилиумов?

— Мы сейчас не так часто видимся, чтобы при встречах говорить о работе. Да, когда за семейным столом домашние темы заканчиваются, разговор переходит на специальность.

Мой отец — образец воинской доблести, он прошел все горячие точки, начиная от Нагорного Карабаха и заканчивая Афганистаном, Приднестровьем и т.д.

В ВДВ отец служил с 1973 г., более 30 лет. Прошел путь от лейтенанта до полковника. Он — человек очень скромный, не любит публичности. И лишь на праздники, когда надевает военную форму, мы видим огромное количество медалей и орденов на кителе.

— После работы в таких экстремальных условиях мирная гражданская стоматология не кажется пресной?

— Служба в армии — это дисциплина, контроль, самоконтроль, гиперответственность. Любому военному, независимо от того, кто он — доктор или из другой специальности, всегда очень непросто адаптироваться к мирной жизни.

В 2011 г. я завершил военную службу в Туле... Когда ты выходишь из военной части гражданским человеком, тебя окружает совсем другой мир. Сначала это непонятно и вызывает дискомфорт, сродни тому, что тебя внезапно окунули в ледяную воду.

Но не все так плохо: военные врачи и выпускники военной академии всегда востребованы на рынке труда. Академия — это одна большая семья, и все друг другу помогают; раз в 5 лет у нас проходят

...Когда ты выходишь из военной части гражданским человеком, тебя окружает совсем другой мир. Сначала это непонятно и вызывает дискомфорт, сродни тому, что тебя внезапно окунули в ледяную воду.



Из общения с коллегами из разных уголков страны, да и всего мира, сплетается клубок профессионализма. И эти лайфхаки начинаешь применять в своей работе: что-то использую в лекциях, в обучении, передаю знания по цепочке. Словом, собираю опыт по всей территории страны и за рубежом, обобщаю, концентрирую и делюсь с коллегами.



грандиозные встречи выпускников, мы постоянно общаемся, организуем совместные проекты. Так что поддержка от военных коллег в гражданской жизни очень чувствуется.

— Не так давно Вы вернулись в Санкт-Петербург, удалось ли вновь прирасти к любимому городу?

— Достижения пока скромные. Стал доцентом кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета. В продолжение темы военного братства: начальник кафедры — это мой бывший руководитель ординатуры, полковник медицинской службы в отставке профессор Дмитрий Юрьевич Мадай.

Я стал ведущим хирургом крупной сети стоматологических клиник, продолжаю успешно сотрудничать с компаниями «Альфа-Био тек» и «Н.Селла»

в плане менторства и лекционно-преподавательской работы.

— Как началось и развивается Ваше сотрудничество со стоматологическими компаниями?

— Более 15 лет назад я начал успешно работать с системой «Альфа-Био тек», она мне понравилась своей простотой, предсказуемостью и надежностью. Работа с этой системой пошла. Я устанавливал много имплантатов, но поскольку у меня за плечами научная школа, не просто выполнял функции обычного доктора, а протоколировал все результаты.

Этот интерес аналитической и исследовательской работы остался у меня со времен кандидатской диссертации — защищал я ее, будучи еще в военном чине. И этот интерес к научной работе не угас.

В 2011 г. в Израиле на заводе «Alpha-Bio tec» я показал свои результаты сотрудникам компании, и через пару месяцев последовало предложение выступить





со своими наблюдениями на конференции. Так началось мое менторство, а затем поступило предложение о сотрудничестве от консалтингового отдела российской компании «Н.Селла».

Сейчас я веду семинары «Ошибки в дентальной имплантации». Это достаточно сложная тематика, она всегда востребована. Веду курс по работе с соматическими пациентами, которые подвержены стоматологическим рискам. Есть у меня семинар по костной пластике, открытому и закрытому синус-лифтингу, регулярно проходят круглые столы, где мы обсуждаем хирургические проблемы, неудачи и достижения в использовании системы. Есть 3-дневные мастер-классы, а также индивидуальное обучение, где мы прокачиваем знания, ставим руку и объясняем нюансы использования системы.

Иногда меня привлекают к роли трабл-шутера, т.е. приглашают в клиники, где возникли какие-то сложности с имплантацией, чтобы обнаружить проблему и найти ее решение.

К тому же я веду занятия у ординаторов в университете, несмотря на свою ежедневную практическую работу с понедельника по субботу. Практически во все выходные выезжаю на лекции в другие города, поэтому семья всегда очень рада меня видеть!..

— Чем Вам интересна преподавательская работа, в которую вы окунулись с головой?

— Свое искусство надо кому-то передавать, мои сыновья еще маленькие, но есть ученики, и многие

из них выросли в серьезных имплантологов. Смотрю на их работы и горжусь. Я их брал, когда они были как пластилин, и слепил неплохих специалистов. Это всегда приятно.

— Вы часто ездите с семинарами по регионам, общаетесь с коллегами, что это Вам дает?

— Я люблю путешествовать, все время нахожусь в движении. Не могу позволить себе месяц отдыха на море, а такие поездки — это разрядка, новые знакомства, общение. Помимо того что делюсь знаниями, из таких поездок привожу много профессиональных нюансов. Я учусь у людей! Доктору моего уровня сложно внушить какие-то глобальные вещи, настоящее искусство кроется в мелочах.

Из общения с коллегами из разных уголков страны, да и всего мира, сплетается клубок профессионализма. И эти лайфхаки начинаешь применять в своей работе: что-то использую в лекциях, в обучении, передаю знания по цепочке. Словом, собираю опыт по всей территории страны и за рубежом, обобщаю, концентрирую и делюсь с коллегами.

— Как ментор компании «Alpha-Bio tec» вы получаете фидбек от докторов?

— Да, обязательно, мы делимся отзывами о системе с производителем, они ценят обратную связь.

Кроме того, мне дают на апробацию новую продукцию: я одним из первых стал устанавливать ICE и NEO в России, еще до презентации новой системы



у меня были клинические кейсы и клинические рекомендации для врачей, как работать с новыми имплантатами. После этого был большой гастрольный тур по городам России, где мы презентовали эту новинку и проводили обучение.

Я принимал участие в разработке новой упаковки системы «Альфа Био» для имплантатов NEO, выступал клиническим консультантом. К нашему мнению прислушиваются, хотя у нас случаются и дискуссии.

— В чем заключается успех в профессии стоматолога?

— Нужны характер и огромное желание стать профессионалом. И все время нужно что-то для этого делать: жить на кафедре со студенческих времен, дежурить, ассистировать на операциях, окунуться в научную деятельность.



С Борисом Цацкисом, зубным техником из Израиля



С коллегами хирургом Дмитрием Сердюковым и руководителем подразделения «Альфа-Био тек» Натальей Галкиной

Некоторые родители говорят своим чадам: иди в стоматологи — и ты никогда не будешь жить бедно. Такие дети нехотя поступают в мединститут, с таким же настроем учатся, но не достигают профессионального уровня — не могут ни с пациентами общаться, ни денег заработать. Надо хотеть стать врачом, надо хотеть стать хирургом.

Для успеха придется жертвовать временем и личными интересами, придется отдавать работе большую часть своего времени, и об этом надо знать перед выбором профессии.

Я никогда не буду учить лентяев, меня радует, когда мои ординаторы так увлечены учебой и практикой, что их приходится выгонять из клиники домой!

Смотрю на них и вспоминаю, как я в студенческие годы с таким же азартом и энтузиазмом впитывал знания.

— Недавно в Вашей семье появилась редкой красоты собака...

— Я всегда хотел завести собаку. Но жизнь военного человека связана с переездами, мотались по гарнизонам. Когда уволился из армии, мы с семьей договорились: возвращаемся в Санкт-Петербург и заводим собаку!

Мы никак не могли определиться с породой. И тут помог случай. На улице я увидел собаку — это был итальянский кане-корсо...

Пес великолепный! Относится к охранным породам. Когда-то в древности эти собаки сопровождали римских легионеров в походах. Принимали участие в боях. К концу 1940-х гг. порода практически вымерла — в мире оставалось около 20 особей. И только благодаря одному ученому энтузиасту породу возродили. В наши дни она признана и имеет право на участие в международных выставках.

Безусловно, такую собаку нужно воспитывать с младых когтей, особенно в первые 2 года, и я познакомился с опытным кинологом. Сейчас сотрудничаем с хендлером по подготовке к выставкам.

Мы стали побеждать! Первая победа пришла в 9 месяцев на конкурсе «Юный чемпион России». Потом, когда я оформлял родословную, узнал, что прадедушка — чемпион мира, дедушка — дважды чемпион мира и лучшая собака 2010 и 2012 гг., чемпион Европы, чемпион РФ, гранд-чемпион, папа — чемпион России и РКФ, а мы будем двигаться дальше! нас приглашают в разные страны на чемпионаты, у нас энергичный хендлер, мы с ней победили уже в России. Когда собака выставляется, наша семья постоянно болеет в ринге, так как выставки — это командная работа.

— Как изменилась жизнь с появлением собаки? Как пес вписался в семью?



— В моей жизни стало еще больше слюней, которые теперь преследуют меня не только на работе, но и дома. Собака всегда тебя рада видеть, это еще один ребенок, который требует и внимания, и общения. Пса все безумно любят: и взрослые, и дети — это семейная собака, которая хорошо ладит с детьми. Кане-корсо называют породой с внешностью убийцы и душой бабочки. В обиду нашу семью (свою стаю) он никогда не даст!

— *Есть ли у Вас еще хобби? Чем с удовольствием можете заняться в редкие свободные часы?*

— Я неплохо готовлю, кулинария — одно из моих хобби. Фирменные блюда — манты и лазанья. Особенно удаются блюда из мяса. Готовлю экзотические блюда на мангале. В Италии даже посетил с коллегами кулинарную школу, где научился делать лазанью, иногда участвую в кулинарных баттлах. Мне приятно радовать семью и гостей. Это большое удовольствие! 🍴

« Некоторые родители говорят своим чадам: иди в стоматологи — и ты никогда не будешь жить бедно. Такие дети нехотя поступают в мединститут, с таким же настроем учатся, но не достигают профессионального уровня — не могут ни с пациентами общаться, ни денег заработать. Надо хотеть стать врачом, надо хотеть стать хирургом.

Изоляция раны при помощи повязки Reso-Pac® после проведенной френэктомии диодным лазером

Author: Dr. med. Dent. Maziar Mir, MSc RWTH Aachen and PostDoc, UCI California, USA



**Доктор стоматологии
Мазияр Мир (Maziar Mir)**

- 2001: Ученая степень в области стоматологической хирургии (DDS) университета Казвина и Национального Университета Тегерана, Иран.
- 2001 – 2003: Стоматологическая практика
- 2006 – 2008: Доцент, факультет стоматологии, г. Ахен, Германия
- 2007 – 2009: После получения докторской степени, заведующий кафедры и доцент «Beckman Laser Institute» и «Medical Clinic University of California» (г. Ирвайн)
- 2010 – 2013: Член профессорско-преподавательского состава факультета научных исследований кафедры консервативной стоматологии, RWTH (Рейнско-Вестфальского технического университета), г. Ахен, Германия
- С 2014 года является международным лектором по использованию лазеров в стоматологии

www.drmir.org

Вот уже более 15 лет с начала использования лазера в стоматологии, главным вопросом у пациентов остается: «Почему у меня произошло заражение раны?» Пациенты самостоятельно осматривают рану в зеркале, и так как её поверхность покрывают фибрины, они полагают, что именно так выглядит заражение! Научно доказано, что при использовании любого диодного лазера на слизистой полости рта, процесс заживления начинается менее чем через 72 часа, при минимальном или полном отсутствии кровоточивости раны. В большинстве случаев рану можно не изолировать, но желательно назначить пациенту препараты для послеоперационного ухода - раствор для ополаскивания или гели на основе хлоргексидина. Основная проблема растворов, гелей, как и других лекарственных средств заключается в том, что без всяких сомнений - препарат не будет контактировать с поверхностью раны на протяжении необходимых нескольких часов. Он предельно быстро полностью вымывается.

Стоматологи находятся в постоянном поиске способа изоляции раны и удерживания лекарственных препаратов на ее поверхности. На сегодняшний день мне известна только одна инновационная повязка для изоляции ран - Reso-Pac на основе целлюлозы (Hager & Werken, Германия), которая содержит окись полиэтилена. Brun P. и соавт. показали, что окись полиэтилена улучшает регенерацию тканей. Кроме того, Reso-Pac содержит мирру, которая хорошо известна своими дезинфицирующими и вяжущими свойствами. Мирра также обладает кровоостанавливающим действием. Таким образом показано, что вышеуказанный материал наиболее подходит для покрытия ран после челюстно-лицевых операций. Продукт является комфортным для пациента, так как Reso-Pac не имеет запаха и не



1) Френэктомия проводилась с помощью диодного лазера LaserHF (Hager & Werken)



2) После удаления губной уздечки диодным лазером мощностью 2,2 Вт с длиной волны 980 нм, пациентка попросила посмотреть на рану и очень переживала о том, как она будет заживать.



3) Сразу после изоляции раны повязкой Reso-Pac (Hager & Werken)



приятного привкуса. На раневой поверхности не затвердевает и самостоятельно рассасывается в течении 24-36 часов.

Анализ случая из клинической практики

Женщина, 38 лет, с проблемой гиперчувствительности зубов передней нижней челюсти была направлена в нашу клинику. В ходе клинического обследования выяснилось, что уздечка губы является основной причиной прогрессирующего оголения корня зуба в нижней правой центральной части челюсти. (Рис. 1)

План лечения включал в себя френэктомию с десенситизацией лазерным аппаратом LaserHF, а также низкоинтенсивную фотодинамическую терапию для улучшения регенерации десны после заживления ран. (Рис. 2)

Сразу же после проведения процедуры рана была покрыта повязкой Reso-Pac. Пациентка успокоилась и чувствовала себя хорошо! Со слов пациентки, она была готова к фотодинамической терапии, но не к

фректомии и до того, как ей не изолировали рану, она собиралась покинуть клинику в гневе! (Рис. 3)

Спустя 24 часа пациентка сообщила, что рана полностью зажила, и она очень рада такому прогрессу, который был достигнут в области современной стоматологии.

Заключение

Использование лазера и повязки для изоляции ран Reso-Pac обеспечивает высокий уровень комфорта не только для пациента, но и для стоматолога. Мы можем значительно снизить уровень стресса на рабочем месте и получать улучшенные клинические результаты. В течении трех недель, наши специалисты в области фотодинамической терапии наблюдают каждого пациента после операции. Пациентка по-прежнему была очень довольна, и больше не сообщала о проблеме чувствительности зубов.

Список использованной литературы:

1- Paola Brun, Francesca Ghezzi, Martina Roso, Roberta Danesin, Giorgio Palu, Andrea Bagno, Michele Modesti, Ignazio Castagliuolo, Monica Dettin. Electrospun scaffolds of self-assembling peptides with poly(ethylene oxide) for bone tissue engineering, Acta Biomaterialia; Volume 7, Issue 6, June 2011, Pages 2526-2532



Шов после операции



Reso-Pac (Hager & Werken)
повязка для изоляции ран



Reso-Pac остается эластичным и обладает антибактериальным и гемостатическим свойствами



Саморассасывающийся материал
(рассасывается в течение 36 часов)



Reso-Pac тубик	25 г	REF 155 011
Reso-Pac, 5 тубиков	5 x 25 г	REF 155 010
Унидозы Reso-Pac	50 x 2 г	REF 155 014

РЕКЛАМА

f @nsella.ru

B vk.com/nsella

Москва | Телефон / факс: +7 (495) 783-33-10
manager@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru

Потребительский экстремизм в практике врача-стоматолога: примеры и способы противодействия



Артем Иванча, адвокат,
«Адвокатское бюро “ВЕРСИЯ” АПМО»,
г. Москва
www.versiaonline.ru

Уже более 25 лет в России действует Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 04.06.2018) «О защите прав потребителей» (далее — Закон о защите прав потребителей). Его действие распространяется, в том числе на медицинские услуги, а принятие было связано с необходимостью защиты прав граждан как слабой стороны от недобросовестных предпринимателей в экономических правоотношениях.

Однако механизм Закона о защите прав потребителей и санкции за его неисполнение оказались настолько односторонними и эффективными, что слабой стороной в правоотношениях предприниматель–потребитель зачастую становится предприниматель.

Значительный инструментарий по охране и восстановлению прав потребителей, предусмотренный в Законе о защите прав потребителей, создал широкое поле для злоупотребления своими правами недобросовестными гражданами в целях получения дополнительного дохода.

В правовой действительности подобное явление получило устойчивое выражение — **правовой экстремизм**. Под ним понимается манипулирование нормами Закона о защите прав потребителей со стороны граждан, основная цель которых — не защита своих прав, а получение материальной выгоды в отсутствие либо вне связи с нарушенными правами.

Особенно актуально проблема потребительского экстремизма проявляется в сфере оказания медицинских услуг, в том числе в области стоматологии. Порой довольно сложно доказать отсутствие причинно-следственной связи между оказанными стоматологическими услугами и наступившими неблагоприятными последствиями, учитывая тот факт, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательства, в том числе за причинение вреда, лежит на исполнителе услуги (п. 28 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»).

Таким образом, в целях минимизации последствий проявления потребительского экстремизма

необходимо придерживаться определенных правил взаимоотношений с потребителями, а также иметь представление о способах противодействия в зависимости от выбранного потребителем-экстремистом инструмента злоупотребления правом.

Общие правила взаимоотношений с потребителем

1. Определите тип потребителя-экстремиста.

К каждому потребителю при разрешении спора необходим индивидуальный подход. Выберите соответствующую тактику взаимоотношения с потребителем, учитывая его психологические особенности и мотивацию. Можно выделить следующие психологические типы поведения:

- **правовой инфантилизм** — крайне отрывочное и неполное представление о своих правах и обязанностях, преимущественно сформированное за счет СМИ. Данный тип потребителя является наиболее частым. Он считает, что всегда прав. Зачастую достаточно привести надлежащую аргументацию в его адрес со ссылками на законодательство, чтобы потребитель согласился с мнением врача-стоматолога;

- **правовой идеализм** возникает в связи с переоценкой роли закона и государства в решении бытовых вопросов. Такой потребитель сразу пишет Президенту РФ, он уверен, что за незначительное правонарушение судом будут взысканы многомиллионные суммы в его пользу и стоматологическую клинику лишат лицензии.

Предъявленные требования будут превышать разумные во много раз. С таким потребителем надо быть готовым идти до конца и привлекать квалифицированных юристов: какие-либо соглашения с разумными компенсациями их не устроят;

- **правовой нигилизм** проявляется в неуважительном отношении к букве закона, убеждении в том, что спор должен быть решен по справедливости. Такой потребитель подписывает все документы не читая, нарушает режим лечения, не является на контрольные осмотры, но, получив не ту услугу, которую он ожидал, будет настаивать на том, что его ни о чем не информировали и не предупреждали.

Данные граждане часто угрожают большими связями в соответствующих ведомствах и проведением проверок. В целом потребители такого типа менее опасны, так как суд подобную аргументацию не воспринимает;

- **требования по заказу конкурентов.** Такие потребители гораздо опаснее — их цель связана не с восстановлением прав (пусть даже ненарушенных), а с причинением ущерба компании, специалисту и их деловой репутации. Такие случаи следует своевременно выявлять, они требуют значительного внимания и ресурсов: заказ конкурентов, как правило, хорошо спланирован и вреда от него может быть значительно больше.

При выявлении подобного типа потребителя и усмотрении в его действиях распространения порочащих сведений следует обращаться за защитой деловой репутации с исковым заявлением и удалением порочащих сведений из соответствующих источников (если таковые были распространены).

2. Облекайте взаимоотношения в письменную форму. Максимально информируйте потребителя об оказываемых услугах.

В первую очередь врачу-стоматологу следует помнить о том, что только соблюдение письменной формы договора с потребителем позволит ему в будущем защитить себя с большей степенью успеха. При этом необходимо отметить, что договор об оказании платных медицинских услуг должен соответствовать как Гражданскому кодексу РФ и Закону о защите прав потребителей, так и положениям Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Кроме того, весь ход лечения необходимо сопровождать подробной письменной документацией за подписью потребителя: согласие с планом лечения, утверждение сметы на лечение, которая ему разъяснена и понятна, подпись о необходимости явки на контрольные осмотры и соблюдении рекомендаций по уходу за полостью рта и т.д.

Так, по одному из дел, рассмотренному в Московском областном суде указано: *«основными дефектами оказания медицинской помощи Боровичеву Д.С. в Сергиево-Посадской стоматологической поликлинике явились неполноценное обследование истца перед удалением зуба 17.08.2015, отсутствие информированного добровольного согласия пациента на выполнение удаления, скудость клинического описания в медицинской карте и отсутствие конкретных рекомендаций по уходу за полостью рта после удаления зуба»*¹.

¹ Апелляционное определение Московского областного суда от 29.01.2018 по делу № 33-3229/2018.





ЭКРАДЕНТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ИНСТРУМЕНТЫ

Производится в России по
уникальной технологии с 1969 г.

РЕКЛАМА



Рабочие части из уникальной стали:

- долговечны (срок службы 5-7 лет)
- не темнеют, не меняют цвет реставрационного материала и препятствуют его прилипанию
- устойчивы к различным видам стерилизации

Эргономичные ручки из титанового сплава:

- легкие («невесомые»), в 2-3 раза легче ручек из нержавеющей стали
- прочные, износостойчивые
- не подвержены коррозии
- имеют стойкое цветовое покрытие (полученное методом анодирования)



Отсутствие надлежащей информированности потребителя может привести к тому, что, оказав стоматологическую услугу в целом верно, но не проинформировав потребителя о выбранном способе лечения, при определенных осложнениях потребитель взыщет расходы на их устранение только ввиду неинформированности².

В другом случае Волгоградский областной суд, отказывая в удовлетворении исковых требований потребителя к стоматологической клинике, указал: «Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя, данного в порядке, установленном Законодательством РФ об охране здоровья граждан. Как следует из информированного согласия пациента, подписанного Р.А.М., пациент подтвердил, что в устной форме получил детальные объяснения о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте, составлена полная смета на лечение, которая ему разъяснена и понятна»³.

3. Пользуйтесь услугами юристов. К юристам часто обращаются, когда дело приняло острую фазу и находится уже в суде или на рассмотрении в правоохранительных органах — такова реальность правосознания части врачей-стоматологов при взаимоотношении с проблемными потребителями их услуг.

А между тем аргументированный и основанный на законе ответ на претензию потребителя с разъяснением ему последствий проигрыша судебного дела (со ссылкой на судебную практику) склоняет потребителя-экстремиста к диалогу либо претензии снимаются вовсе.

К юристам следует обращаться не только при наличии споров с потребителями, но и для правового аудита деятельности стоматологических клиник при обслуживании пациентов. Составление всесторонне продуманных проектов договора на оказание медицинских услуг и сопроводительной документации поможет снять огромный пласт проблем при взаимоотношении с потребителями.

Некоторые способы противодействия, которые могут значительно снизить объем удовлетворенных требований потребителей-экстремистов

а) Внесите в договор условие о подсудности. В соответствии с п. 7 ст. 29 Гражданского процессуального кодекса РФ (далее — ГПК РФ) иски о защите прав потребителей могут быть предъявлены также в суд по месту жительства или месту пребывания



истца либо по месту заключения или месту исполнения договора.

В то же время, согласно ст. 32 ГПК РФ, стороны по соглашению между собой могут изменить территориальную подсудность для данного дела до принятия его судом к своему производству. Следовательно, в договоре необходимо указывать о подсудности по месту нахождения стоматологической клиники или месту оказания стоматологических услуг. В противном случае, если потребитель подаст иск по месту своего жительства, которое находится в другом регионе, судебный процесс приведет к значительным издержкам для стоматологической клиники.

Конечно, такая договорная подсудность может быть оспорена потребителем⁴, но это условие договора все равно перенесет определенный объем споров на территорию нахождения организации, оказывающей стоматологические услуги.

б) Занимайте активную позицию по спору. Не стоит пускать спор на самотек. Порой удастся избежать значительных убытков, правильно проведя переговоры с потребителем. Всегда отвечайте на претензию, приглашайте к диалогу — так удастся понять, кто обратился с претензией: потребитель-экстремист, у которого в планах лишь обогатиться за счет организации, либо действительно пострадавшее лицо, которому будет достаточно извинений и устранения некачественного оказания услуг?

При разрешении требований потребителей необходимо учитывать, что бремя доказывания обстоятельств, освобождающих от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательства, в том числе за причинение вреда, лежит на исполнителе услуг⁵.

² Апелляционное определение Московского областного суда от 28.02.2018 по делу № 33-4585/2018.

³ Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 14.09.2016 по делу № 33-12717/2016.

⁴ Пункты 22, 26 Постановления Пленума Верховного Суда от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».

⁵ Пункт 28 Постановления Пленума Верховного Суда от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей».

INTEGO.

КАЧЕСТВО,
НА КОТОРОЕ
МОЖНО ПОЛОЖИТЬСЯ



* Sirona – №1 по общемировому объему продаж стоматологического оборудования под одной торговой маркой (по данным исследования компании Sirona Dental Systems GmbH).



РЕКЛАМА

Следовательно, **в судебном споре с потребителем стоматологическим организациям необходимо:**

- представлять доказательства отсутствия причинно-следственной связи между оказанной услугой и возникшим вредом у потребителя;
- представлять доказательства надлежащего информирования потребителя;
- заявлять ходатайства о проведении судебно-медицинской экспертизы и назначении определенной экспертной организации;
- заявлять о пропуске потребителем исковой давности (если таковые имеют место быть);
- заявлять о снижении неустойки.

Так, Ленинградским областным судом были удовлетворены требования потребителя на сумму 358 072,80 руб. спустя 22 года с момента оказания медицинских услуг⁶. Представители организации не явились ни на одно заседание. В случае занятия организацией активной позиции результат, скорее всего, был бы иным.

По другому делу стоматологическая клиника заняла активную позицию и в удовлетворении исковых требований на сумму около 600 000 руб. было отказано полностью. Так, Новосибирским областным судом установлено: *«Согласно выводам судебно-медицинской экспертизы, изложенным в соответствующем заключении ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинских экспертиз» № 27-К от 17.04.2018, проведенное лечение соответствует стандартам оказания медицинской помощи, за исключением того, что данные медицинской карты ООО «Алтырь» не содержат сведений о рентген-контроле после установки титановых штифтов, однако указанное несоответствие (недостаток) не является «причиной ухудшения состояния здоровья истца и возникновения необходимости дополнительного медицинского вмешательства в область верхней челюсти справа» и в прямой причинно-следственной связи с возникновением хронического апикального периодонтита от 03.07.2017 не состоит»⁷.*

в) Заявляйте о снижении неустойки. В соответствии с п. 1 ст. 23 Закона о защите прав потребителей, при невыполнении требований потребителя в добровольном порядке с исполнителя услуги подлежит взысканию неустойка в размере 1% от стоимости оказанных услуг за каждый день просрочки, но не более 100%. Плюс ко всем удовлетворенным судом требованиям потребителя с исполнителя услуги будет взыскан штраф в размере 50% от соответствующей суммы.

При этом в соответствии с п. 34 Постановления Пленума ВС РФ от 28.06.2012 № 17 применение

⁶ Апелляционное определение Ленинградского областного суда от 08.08.2018 по делу № 33-5057/2018.

⁷ Апелляционное определение Новосибирского областного суда от 04.10.2018 по делу № 33-10101/2018.



ст. 333 ГК РФ (снижение размера неустойки) по делам о защите прав потребителей возможно в исключительных случаях и по заявлению ответчика с обязательным указанием мотивов, по которым суд полагает, что уменьшение размера неустойки допустимо.

Таким образом, организации, оказывающей стоматологические услуги, для снижения неустойки необходимо заявить о ее чрезмерности в суде, что может значительно снизить размер удовлетворенных требований потребителя.

г) Компенсация морального вреда. Недобросовестные потребители обычно требуют компенсации морального вреда в явно завышенных размерах.

Однако, в соответствии со ст. 15 Закона о защите прав потребителей, размер компенсации морального вреда **определяется судом** и не зависит от размера возмещения имущественного вреда.

Таким образом, отказ в возмещении морального вреда в досудебном порядке не будет являться нарушением закона, на данную сумму не подлежит начислению неустойка. Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме, а потому требования о принесении публичных извинений в данном случае не подлежат рассмотрению. При этом удовлетворение требований о компенсации морального вреда возможно только при наличии вины исполнителя услуги.

Вывод

Как видно, у недобросовестных потребителей имеется значительный инструментарий, а также сочувствие судов как слабой стороне при разрешении споров в связи с оказанием стоматологических услуг.

И только налаженное правовое сопровождение деятельности врача-стоматолога при оказании стоматологических услуг пациентам, а также своевременная юридическая помощь и выверенная правовая позиция при спорах с потребителями позволяют уменьшить убытки от такого явления, как потребительский экстремизм. 

Распределение ответственности между стоматологической клиникой и доктором при оказании некачественных медицинских услуг: практические рекомендации



Роман Шпак,
юрист на стороне медицинских
учреждений, медиатор, специалист
по российскому и международному
коммерческому и трудовому праву,
недвижимости, интеллектуальной
собственности, международным проектам
г. Чебоксары

<http://shpakroman-law.ru/>
shpakroman1@gmail.com

Что такое вред здоровью?

В этой статье мы рассмотрим отношения между врачом и стоматологической клиникой, поговорим о границах ответственности, о том, как она распределяется между сторонами. Данная статья выражает авторское мнение, не является юридической консультацией и ни в коем случае не заменяет ее.

Нередко большие и маленькие стоматологические клиники предпочитают сдавать в аренду стоматологические кабинеты, абсолютно не задумываясь о юридических последствиях в случае нанесения вреда здоровью пациенту при оказании некачественных медицинских услуг. К тому же возникают вопросы о распределении ответственности врачей при заключении гражданско-правового или трудового договора.

Прежде всего хотелось бы определиться с термином: что такое вред здоровью, а затем перейдем к распределению ответственности. Приведу общие положения, определяющие понятие «вред здоровью» и его компенсацию.

Положениями статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что «...**здоровье** — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма».

Всеобщая декларация прав человека провозглашает право каждого на жизнь (ст. 3). Обязательность установления такого жизненного уровня, который необходим для поддержания здоровья его самого и его семьи, и обеспечения в случае болезни, инвалидности или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам, предусмотрена в ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и в ст. 11 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Положения названных международных актов отражены и в Конституции Российской Федерации.

Право на жизнь и охрану здоровья относится к числу общепризнанных, основных, неотчуждаемых прав и свобод человека, подлежащих государственной защите. Российская Федерация является социальным

государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь человека (ст. 2 и 7, ч. 1 ст. 20, ст. 41 Конституции Российской Федерации).

Вред — это всякое умаление личного или имущественного блага, субъективного права или охраняемого законом интереса. Понятия «вред» и «убытки» не совпадают, вред — более широкое понятие. В медицинской литературе также нередко используют термины «дефект» и «неблагоприятный исход».

Основные начала для защиты естественных прав граждан на социальные блага, в том числе на здоровье в публичном порядке, содержатся в Конституции РФ, в соответствии с которой права потерпевших от преступлений и злоупотреблений властью охраняются законом. Государство обеспечивает потерпевшим доступ к правосудию и компенсацию причиненного ущерба (ст. 52). Кроме того, специальная правовая база также определяет права граждан на охрану здоровья и последствия их нарушения.

В числе способов защиты прав, установленных ст. 12 Гражданского кодекса РФ (далее — ГК РФ), ч. 1, предусмотрена **компенсация морального вреда**. Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда (ст. 151 ГК РФ).

По общему правилу, установленному п. 1 и 2 ст. 1064 ГК РФ, **ответственность за причинение вреда возлагается на лицо, его причинившее, если оно не докажет отсутствие своей вины**.

В случаях, специально предусмотренных законом, **вред возмещается независимо от вины его причинителя** (п. 1 ст. 1070, ст. 1079, п. 1 ст. 1095, ст. 1100 ГК РФ). Обязанность по возмещению вреда может быть возложена на лиц, не являющихся его причинителями (ст. 1069, 1070, 1073, 1074, 1079 и 1095 ГК РФ).

Установленная ст. 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен представить сам ответчик. Потерпевший представляет доказательства, подтверждающие факт увечья или иного повреждения здоровья, размер причиненного вреда, а также доказательства того, что ответчик является причинителем вреда или лицом, в силу закона обязанным возместить вред.

Необходимо учитывать, что, согласно положениям ст. 1064, 1084, 1085 и 1089 ГК РФ, размер возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, может быть увеличен на основании закона или договора между причинителем вреда (или лицом, отвечающим за причинение вреда) и потерпевшим (или лицом, имеющим право требовать возмещения вреда в результате смерти кормильца) (п. 26 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»).

Согласно ст. 1085 ГК РФ, **в объем возмещаемого вреда, причиненного здоровью, включается:**

а) **утраченный потерпевшим заработок (доход)**, под которым следует понимать средства, получаемые потерпевшим по трудовым и (или) гражданско-правовым договорам, а также от предпринимательской и иной деятельности (например, интеллектуальной) до причинения увечья или иного повреждения здоровья. При этом надлежит учитывать, что в счет возмещения вреда не засчитываются пенсии, пособия и иные социальные выплаты, назначенные потерпевшему как до, так и после причинения вреда, а также заработок (доход), получаемый потерпевшим после повреждения здоровья;

б) **расходы на лечение и иные дополнительные расходы** (расходы на дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и т.п.).

Судам следует иметь в виду, что расходы на лечение и иные дополнительные расходы подлежат возмещению причинителем вреда, если будет установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение. Однако если потерпевший, нуждающийся в указанных видах помощи и имеющий право на их бесплатное получение, фактически был лишен возможности получить такую помощь качественно и своевременно, суд вправе удовлетворить иски требования потерпевшего о взыскании с ответчика фактически понесенных им расходов.

В отличие от утраченного заработка (дохода) размер дополнительных расходов не подлежит уменьшению и при грубой неосторожности потерпевшего, поскольку при их возмещении вина потерпевшего в силу п. 2 ст. 1083 ГК РФ не учитывается (п. 27 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»).

Виды правоотношений между врачами и стоматологическими клиниками

Врач — индивидуальный предприниматель заключает договор аренды стоматологического кабинета.

В соответствии с положениями Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» стоматология является лицензируемой деятельностью.

Соответственно, **при сдаче в аренду стоматологического кабинета руководителям клиники рекомендуется проверить наличие лицензии на**



осуществление стоматологической деятельности у арендатора — индивидуального предпринимателя.

В договоре аренды стоматологического кабинета с индивидуальным предпринимателем рекомендуется предусмотреть порядок приема пациентов арендатора и распределение ответственности, а также обязанность полной компенсации всех сумм пациенту арендатора в случае оказания некачественных медицинских услуг.

ГК РФ в ст. 406.1 позволяет включить в договор обязанность одной стороны возместить имущественные потери другой стороны, возникшие в случае наступления определенных в таком договоре обстоятельств, не связанных с нарушением обязательств из договора.

Такое перераспределение ответственности на арендатора в случае, если он оказывает платные медицинские услуги в арендованном стоматологическом кабинете справедливо, поскольку за любые нарушения прав пациента вплоть до информационных к ответственности привлекается медицинская организация и/или индивидуальный предприниматель, оказывающий медицинские услуги.

Если стоматологическая клиника сдает в аренду кабинеты, не предъявляя к арендатору вышеуказанных требований и не регулируя должным образом отношения, она с большой вероятностью не сможет предъявить никакие регрессные требования к врачу-арендатору.

Отношения сторон по договору возмездного оказания услуг регулируются главой 39 ГК РФ, а когда в качестве заказчика выступает гражданин, заказывающий услугу для удовлетворения бытовых или других личных потребностей, еще и Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Таким образом, поскольку договор возмездного оказания услуг заключается между потребителем и организацией, оказывающей стоматологические услуги (а не с самим врачом), именно эта организация возвращает потребителю деньги за некачественно оказанную услугу.

Аналогичный порядок установлен и для ситуаций, **когда в процессе оказания медицинских услуг гражданину причинен вред жизни или здоровью.**

Так, в соответствии с ч. 2, 3 ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Такой вред возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ.

Ответственность за причинение вреда здоровью или жизни пациенту несут медицинские учреждения на основании ст. 1084, 1095 ГК РФ.

Соответственно, если пациент арендатора заключал договор со стоматологической клиникой и оплата осуществлялась через нее, клиника и будет нести ответственность.

В качестве примера приведу выдержки из описательной части решения Выборгского районного суда Санкт-Петербурга от 27.03.2012 по делу № 2-1161/12:

«...Суд не может принять во внимание доводы представителя ответчика о том, что ООО «Медицинский центр...» не оказывало медицинской помощи истцу, поскольку ... не состоял в трудовых отношениях с ООО «Медицинский центр...», а лишь арендовал стоматологический кабинет, учитывая следующие обстоятельства.

Представленный истцей договор на оказание медицинских услуг подписан генеральным директором ООО «Медицинский центр...».

На товарных чеках об оплате истцей услуг по оказанию медицинской помощи также стоит печать ООО «Медицинский центр...».

Достоверность представленного ответчиком договора аренды рабочего места, заключенного между ... и ООО «Медицинский центр...», вызывает у суда сомнение, поскольку из выписки из Единого государственного реестра прав на недвижимость следует, что собственником помещения по адресу: Санкт-Петербург... является не ООО «Медицинский центр...», а ООО «...», при этом сведения об обременениях (в том числе о заключенных договорах аренды нежилого помещения) в Едином государственном реестре прав на недвижимость отсутствуют».

В данном случае стоматологической клинике будет трудно взыскать свои убытки с арендатора.

Персональная ответственность врачей

Данная тема неоднократно обсуждалась в разных источниках. Мне знакомо израильское законодательство, поскольку я там учился и практиковал.

Министерство здравоохранения Израиля соответствующими законами и инструкциями полностью обеспечивает законодательную базу профессиональной деятельности врачей. В Израиле медицина страховая, но там страховые компании страхуют еще

и профессиональную деятельность специалистов. Так как в Израиле существует личная ответственность за результат профессиональной деятельности, все работающие врачи застрахованы. Страховые компании страхуют только ту профессиональную часть работы, по которой данный врач прошел специализацию. Это привело к тому, что, хотя закон не ограничивает врача в его деятельности в Израиле, врачи в основном заняты только в той области, по которой прошли специализацию.

В России тоже постепенно приходят к зарубежному опыту.

Принцип вины является одним из фундаментальных правовых принципов ответственности современного гражданского права. Начиная с Французского гражданского кодекса 1804 г. он был заложен в основу гражданских кодексов почти всех стран.

Следует также отметить различия между зарубежным и российским правом в доктрине ответственности. Перенос бремени доказывания виновности также является одним из любимых способов создания модели ответственности, приближающейся к безвиновной.

В общем праве в связи с этим разрабатывалась специальная доктрина. В англосаксонском праве перенос бремени доказывания признается в исках *negligence* (небрежность или халатность, деликтные иски), где удовлетворяются условия доктрины *res ipsa loquitur*.

Когда обстоятельства настолько очевидны, что вещи говорят сами за себя, истцу нужно всего лишь доказать наличие вреда и причинной связи. Следовательно, отсутствие вины должен доказать правонарушитель.

Необходимо отметить: даже когда применяется доктрина *res ipsa loquitur*, перенос бремени доказывания признают не всегда. В таких случаях вину причинителя доказывает потерпевший, но само бремя значительно облегчается, в результате чего суд нередко признает наличие вины (подробнее об этом см. [1]).

Следует сказать о том, что зарубежные суды обычно учитывают проблему внедрения новых технологий в медицину. Нужно сказать, что при определении гражданской ответственности полезно обращаться к зарубежному опыту.

Так, в деле *R vs B* пациент — французская гражданка подала гражданский иск против клиники, в которой ей делали пластическую косметическую операцию. Суд установил, что неблагоприятный результат операции стал следствием не небрежности со стороны врача, а нового метода, использовавшегося врачом, и последний до проведения операции предупредил пациента о возможном отрицательном результате. В своем решении суд указал, что в дан-

ной ситуации нельзя говорить о врачебной ошибке, влекущей гражданско-правовую ответственность.

При обращении к бремени доказывания виновности нельзя не упомянуть российское право, которое исходит из презумпции виновности причинителя. Согласно п. 2 ст. 1064 ГК РФ причинитель вреда, а не потерпевший, должен доказать отсутствие своей вины. Такая особенность российского деликтного права намного усиливает характер ответственности. В связи с этой особенностью можно сказать, что ГК РФ устанавливает ответственность, которая по своему правовому характеру значительно приближена к безвиновной.

Не случайно в российском праве суды предпринимают попытки смягчать виновную ответственность. Вполне возможно, с этим же стремлением связана частота непризнания судом в России причинной связи и размера убытков в исках о возмещении вреда, что выглядит непривычно, поскольку зарубежные суды стремятся усилить, а не смягчить виновную ответственность.

Это хорошо иллюстрирует тот факт, что исходные точки в российском и зарубежном праве находятся на противоположных концах спектра ответственности [2].

Следующая модель взаимоотношений между врачом и клиникой — это оказание услуг по гражданско-правовому договору. В этом случае клиника также будет нести ответственность.

С одной стороны, согласно ч. 8 ст. 11 Трудового кодекса РФ (ТК РФ), трудовое законодательство и иные акты, содержащие нормы трудового права, не распространяются на лиц, работающих на основании договоров гражданско-правового характера, но это ни в коем случае не влияет на ответственность в случае оказания врачом некачественных услуг.

В соответствии с положениями ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Работниками признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию ответственного юридического лица или гражданина и под его контролем за безопасным ведением работ.

Более подробно остановимся на третьей модели взаимоотношений между врачом и стоматологической клиникой — на трудовых отношениях, поскольку именно эта модель дает возможность возместить клинике убытки в регрессном порядке.

**...при сдаче в аренду стоматологического кабинета руководителям
клиники рекомендуется проверить наличие лицензии на
осуществление стоматологической деятельности у арендатора —
индивидуального предпринимателя.**





Практикуется несколько вариантов взаимоотношений между врачом и стоматологической клиникой:

1. **Работник стоматологической клиники.** Согласно ч. 1 ст. 16 ТК РФ, трудовые отношения возникают между работником и работодателем на основании трудового договора, заключаемого ими в соответствии с настоящим кодексом.

2. **Совместитель.** В соответствии с ч. 1 ст. 60.1 ТК РФ работник имеет право заключать трудовые договоры о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярно оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство).

Под правом регресса (правом обратного требования) понимается требование лица, возместившего вред потерпевшему (регредиенту), к лицу, причинившему вред (регрессату), о возврате уплаченного по вине последнего. Реализуя право на регресс, регредиент восстанавливает свою имущественную сферу, которая пострадала из-за действий причинителя вреда.

В общем виде право на регресс применительно к рассматриваемым отношениям закреплено п. 1 ст. 1081 ГК РФ. Согласно последнему, лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством, и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом.

В ситуации возмещения учреждением здравоохранения вреда, причиненного жизни (здоровью) пациента вследствие его ненадлежащего лечения, именно оно будет тем самым лицом в контексте вышеуказанной правовой нормы [3].

Из п. 4 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16.11.2006 № 52 «О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный рабо-

тодателю» усматривается, что «к обстоятельствам, имеющим существенное значение для правильного разрешения дела о возмещении ущерба работником, обязанность доказать которые возлагается на работодателя, в частности, относятся: отсутствие обстоятельств, исключающих материальную ответственность работника; противоправность поведения (действия или бездействия) причинителя вреда; вина работника в причинении ущерба; причинная связь между поведением работника и наступившим ущербом; наличие прямого действительного ущерба; размер причиненного ущерба; соблюдение правил заключения договора о полной материальной ответственности».

Порядок привлечения сторон трудового договора к материальной ответственности определяется положениями трудового законодательства.

Согласно ст. 233 ТК РФ, материальная ответственность стороны трудового договора наступает за ущерб, причиненный ею другой стороне этого договора в результате ее виновного противоправного поведения (действий или бездействия), если иное не предусмотрено настоящим кодексом или иными федеральными законами, каждая из сторон трудового договора обязана доказать размер причиненного ей ущерба.

В соответствии с ч. 1 ст. 238 ТК РФ работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под прямым действительным ущербом (ч. 1 ст. 238 ТК РФ) понимается:

а) реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества);

б) а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества;

в) либо необходимость для работодателя произвести затраты на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

Хочу обратить внимание на соблюдение сроков обращения в судебные инстанции при предъявлении регрессных требований к работнику.

В силу ч. 2 ст. 392 ТК РФ работодатель вправе предъявить иск к работнику о взыскании сумм, выплаченных в счет возмещения ущерба третьим лицам, в течение 1 года с момента выплаты работодателем данных сумм.

Работник несет материальную ответственность как за прямой действительный ущерб, непосредственно причиненный им работодателю, так и за ущерб, возникший у работодателя в результате возмещения им ущерба иным лицам.

При этом за причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не пред-

усмотрено ТК РФ или иным федеральным законом (ст. 241 ТК РФ).

И еще на один момент хочу обратить внимание. Если в ходе судебного разбирательства будет установлено, что работник обязан возместить причиненный ущерб, суд в соответствии с ч. 1 ст. 250 ТК РФ с учетом степени и формы вины, материального положения работника, а также других конкретных обстоятельств может снизить размер сумм, подлежащих взысканию, но не вправе полностью освободить работника от такой обязанности.

Исходя из вышеперечисленных норм ТК РФ взыскание с работника причиненного ущерба в регрессном порядке занятие непростое.

Как быть, если работник уволился, но после него врачам стоматологической клиники приходится переламывать работы, порой очень дорогостоящие. Как клиника в этом случае может взыскать ущерб, если трудовые отношения давно закончились?

Как вариант стоматологическая клиника может заключить с врачом соглашение о возмещении ущерба во время увольнения.

Предлагается примерная форма соглашения:

СОГЛАШЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ

Между ООО «_____», юридический адрес: _____, в лице директора _____, действующего на основании Устава, далее именуется Сторона 1, _____, паспорт гражданина Российской Федерации _____, проживающего по адресу: _____, кв. _____, далее именуется Сторона 2, далее совместно Стороны.

Поскольку Сторона 2 осуществляла трудовую деятельность на должности врач стоматолог-ортопед у Стороны 1, и

Поскольку к Стороне 1 могут обращаться с жалобами на некачественное оказание медицинской помощи пациенты, которым оказывалась медицинская помощь по специализации хирургия и ортопедия Стороной 2, и

Поскольку Стороне 1 потребуется изыскивать дополнительные материальные ресурсы, для того чтобы возмещать некачественно оказанные услуги вышеуказанным пациентам,

Стороны согласовали нижеследующие условия:

1. Сторона 2 обязуется по первому требованию Стороны 1 устранить любой недостаток оказания медицинской услуги, включая, но не ограничиваясь, как ортопедические, так и хирургические.

2. Сроки устранения недостатков в течение 3 (трех) рабочих дней с момента письменного или устного уведомления Стороны 2.

3. В случае несогласия Стороны 2 устранять недостатки Сторона 1 может их устранить своими силами, при этом Сторона 2 обязуется возместить Стороне 1 затраты на устранение недостатков (зарплаты сотрудникам и другие издержки).

4. В случае удовлетворения исковых требований пациентов, связанных с некачественно оказанными услугами Стороной 2, последний обязуется возместить полностью ущерб Стороне 1, включая моральный вред и другие издержки в регрессном порядке.

5. Сторона 2, подписывая настоящее соглашение, подтверждает, что данное соглашение заключено добровольно, без какого-либо принуждения.

6. В случае возникновения споров или разногласий, связанных с исполнением данного соглашения, Стороны согласны их урегулировать в _____ суде города _____.

Сторона 1 _____

Сторона 2 _____

Следует отметить, что в странах английского права такие соглашения между работниками и работодателями практикуются. Что касается стран ближнего зарубежья, там примерно практика такая же, как и в Российской Федерации.

Так, например, в законодательстве Республики Беларусь, работник обязан бережно относиться к имуществу нанимателя, принимать меры к предотвращению ущерба (п. 6 ч. 1 ст. 53 Трудового кодекса Республики Беларусь).

Случаи и порядок возмещения такого ущерба, основания наступления материальной ответственности работника перед нанимателем установлены Гражданским кодексом Республики Беларусь (далее — ГК РБ), Трудовым кодексом (ТК) РБ, иными нормативными правовыми актами.

Материальная ответственность работника наступает при наличии следующих условий:

- причинение прямого действительного ущерба;
- вина работника в причинении ущерба;
- противоправность деяния (действия или бездействия) работника;
- прямая причинная связь между виновным деянием работника и наступившим ущербом; заключается в обязанности работника возмещать в установленных законодательством пределах и порядке ущерб, причиненный по его вине тому нанимателю, с которым он состоит в трудовых правоотношениях, а также третьим лицам.

...поскольку договор возмездного оказания услуг заключается между потребителем и организацией, оказывающей стоматологические услуги (а не с самим врачом), именно эта организация возвращает потребителю деньги за некачественно оказанную услугу.



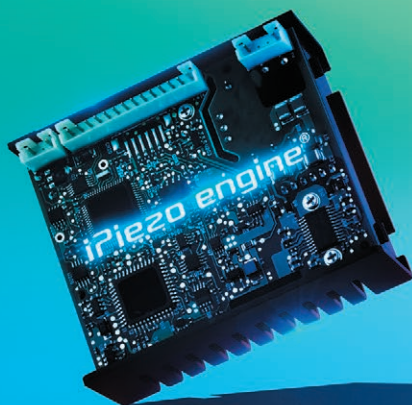
Эксклюзивно в Н.Селла

ГИГИЕНА. И МНОГОЕ ДРУГОЕ.

Многофункциональный ультразвуковой скалер для врачей различных специализаций. От снятия зубных отложений до эндодонтии, благодаря широкому спектру насадок.

Varios 970 Lux

iPiezo engine®



NSK
CREATE IT.

Москва

Телефон / факс: +7 [495] 771-75-39
info@nsella.ru www.nsella.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 [812] 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru



РЕКЛАМА

Юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей (п. 1 ст. 937 ГК РБ). Однако отметим, что нанятель не несет ответственность в случае, если работник причинил вред третьему лицу не при исполнении трудовых обязанностей.

Работник, причинивший вред, может добровольно возместить его полностью или частично.

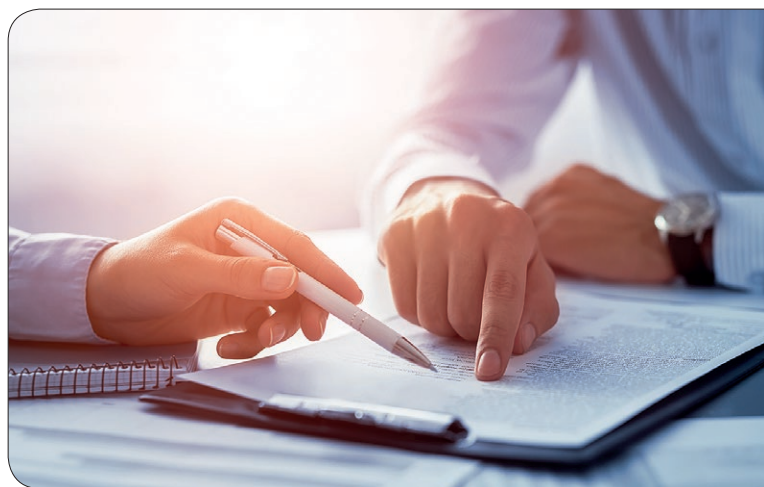
Руководитель имеет право возложить на виновное должностное лицо понесенный ущерб, если он не был возмещен в добровольном порядке.

С целью возмещения понесенного ущерба, вызванного выплатой (возмещением) потерпевшему (третьему лицу) денежной или иной компенсации, лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не определен законодательством, или в порядке, им устанавливаемом (п. 1 ст. 950 ГК РБ).

Другими словами, после вынесения судом решения о взыскании с компании в пользу третьего лица вреда руководитель в случаях и пределах, установленных законодательством, имеет право возложить на виновное должностное лицо понесенный при этом ущерб, если он не был возмещен в добровольном порядке. Указанное обстоятельство закреплено в п. 50 постановления Пленума Верховного суда РБ от 29.03.2001 № 2 «О некоторых вопросах применения судами законодательства о труде». Споры, связанные с регрессными требованиями в законодательстве Республики Беларусь, относят к трудовым спорам.

В Казахском законодательстве, ст. 921 Гражданско-го кодекса Республики Казахстан (далее — ГК РК) закрепляет правило, согласно которому «юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых обязанностей», которая обеспечивает справедливое распределение имущественного бремени между ними.

В нормативном постановлении Верховного Суда РК от 19.12.2003 № 9 «О некоторых вопросах применения судами законодательства при разрешении трудовых споров» прямо указано, что за вред, причиненный работником при исполнении трудовых обязанностей третьим лицам, материальную ответственность несет работодатель, с которым работник состоит в трудовых отношениях. При этом работодатель, возместивший ущерб, имеет право обратного требования (регресса) выплаченного возмещения.



Участие работника в качестве третьего лица, не являющегося самостоятельных требований, при рассмотрении в суде дела об определении размера материальной ответственности работодателя в дальнейшем освобождает работодателя от доказывания правильности определения им размера затрат на возмещение ущерба, причиненного работником третьему лицу, так как в силу п. 2 ст. 61 Гражданско-процессуального кодекса Российской Федерации обстоятельства, установленные вступившим в законную силу судебным постановлением по ранее рассмотренному делу, обязательны для суда, не доказываются вновь и не подлежат оспариванию при рассмотрении другого дела, в котором участвуют те же лица.

Если же вопрос о размере возмещения потерпевшему был решен без участия работника, он может оспаривать размер своей материальной ответственности, ссылаясь на неправильное определение размера причиненного им ущерба.

Независимо от способа возмещения ущерба работодателем материальная ответственность работника должна рассчитываться вновь (на основе размера затрат работодателя). При этом способ возмещения ущерба работником не определяется формой возмещения ущерба работодателем.

Таким образом, установление материальной ответственности работодателя за ущерб, причиненный его работником, значительно повышает гарантии восстановления нарушенных прав и свобод человека.

P.S. В данной статье описаны правоотношения между стоматологической клиникой и врачами, дан их краткий правовой анализ. Данная статья не является юридической консультацией и не заменяет ее. 

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Louisell D.W., Williams H. *Res Ipsa Loquitur — Its Future in Medical Malpractice Cases* // *California Law Review*. — 1960. — Vol. 48, Is. 2.
2. Ли Ч. // *Вестник Высшего арбитражного суда Российской Федерации*. 2013. — № 4.
3. Старчиков М.Ю. О регрессной ответственности медицинских работников за вред, причиненный жизни (здоровью) пациентов // *Гражданин и право*. — 2018. — № 7.

Детальная разработка концепции и бизнес-плана частной стоматологической клиники



Константин Мищенко, генеральный директор компании «СТАРТДЕНТАЛ», г. Москва
www.startdental.ru

Уильям Шекспир говорил: «Опасности, которые можно увидеть, пугают нас намного меньше, чем мнимые». Слова знаменитого английского драматурга и поэта идеально подходят в качестве цитаты к нашему главному совету всем тем, кто хочет открыть стоматологическую клинику: «Сначала вы должны УВИДЕТЬ свою будущую клинику, визуализировать ее в голове, и только потом приступать к действиям».

Сегодня, как и более десяти лет назад, частная клиника — весьма выгодное и надежное инвестирование. Рентабельность отрасли объясняется тем, что люди склонны хорошо оплачивать качественную работу врача-стоматолога. Высокие прайсы не отпугивают пациентов — зубной боли перечить не будешь! Перспективы вложения средств в стоматологический бизнес по-прежнему привлекательны, даже несмотря на ежегодное появление десятка новых амбулаторий.

Закрытость стоматологического бизнеса (информацию, действительно способную помочь избежать ошибок при создании клиники, приходится собирать по крупицам) порой играет злую шутку с предпринимателями, решившими инвестировать в данную отрасль. Заработанные в других бизнес-сферах деньги идут на закупку дорогостоящего оборудования и евроремонт, но из-за дилетантского подхода и отсутствия профессионального планирования предприниматель терпит фиаско. И даже если удалось избежать разорения, любая ошибка на начальном этапе ощутимо бьет по его кошельку.

Лишь грамотное проектирование, организация и раскрутка клиники позволят рассчитывать на успех. При построении частного стоматологического бизнеса важно уделить особое внимание решению следующих ответственных вопросов:

- Выбор места расположения клиники: есть ли в этом районе клиенты; кто они, способны ли они оплатить ваше лечение.
- Анализ ближайших конкурентов: насколько они сильны; сможете ли вы, войдя на рынок, стянуть на себя одеяло, забрав у них часть сегодняшних пациентов, а значит, и часть доходов.
- Легенда, фирменный стиль, дизайн, программа маркетинга: как вы будете позиционировать себя на рынке; как, рекламируя свои услуги, будете формировать восприятие клиники; как будете привлекать клиентов и превращать первичных пациентов в постоянных.
- Технологии и специализация клиники, команда врачей.
- Управление бизнесом: как будут организованы учет, оплата налогов, разработаны схемы оптимизации и т.п.
- Система защиты и безопасности.

Каждый этап требует осмысления и детальной проработки — рентабельность стоматологического учреждения зависит от каждой позиции.

Особую ответственность на этапе проектирования накладывают серьезные требования надзорных органов, которые резонируют с экономическим расчетом, изначально стремящимся извлечь из каждого квадратного метра площади максимальную выручку.

Не будем забывать, что открытие клиники — процесс непростой, иногда занимающий много времени и требующий отрыва от основного вида деятельности. Для медицинского работника (стоматолога) ввиду его образования достаточно проблематично погрузиться в мутные воды новых знаний и сразу получить отличный результат.

Сегодняшнее время — это время профессионалов. И стоматологический рынок — не исключение. Успешные клиники создают профессионалы, имеющие опыт по открытию стоматологических учреждений, знающие все нюансы и подводные камни, предлагающие качественные услуги.

Концепция клиники

Детальная разработка концепции частной клиники очень важна. Это утверждение следует выделить двойным подчеркиванием. «Это несущественно», — часто машет рукой инвестор, дойдя до этапа проработки общей идеи. И совершает большую ошибку.

Потому что концепция — это суть бизнеса, его описание. Это руководящая идея, система, ключевая точка зрения. Это ответы на вопросы: что мы собираемся делать, как и почему; в чем наше конкурентное преимущество, за счет чего мы собираемся побеждать соперников на поле частной стоматологии.

Концепция — главный фактор успеха. Основной закон. Конституция клиники, определяющая успех бизнеса. Она включает самое важное: цельное позиционирование, фирменный стиль (изюминки в линейке услуг и клиентском сервисе), легенду, дизайн, финансово-экономические показатели (предполагаемые инвестиции и ожидаемые доходы), задачи клиентского сервиса, перечень оборудования, форму персонала и т.д.

В концепции должны быть емко изложены генеральные принципы организации и развития. Ее как основную идею бизнеса должны знать и понимать все вовлеченные в процесс создания клиники лица: владельцы, архитекторы, строители, дизайнеры, управляющий, администраторы, специалисты (от стоматолога до уборщицы). Если понадобится кредит, концепция позволит сотрудникам банков быстрее понять суть бизнеса и его экономики.

Концепция помогает определить факторы, использование которых позволит догнать и перегнать ближайших конкурентов. Она также является фундаментом для рекламной и маркетинговой программ, системы привлечения и удержания клиентов и многих других аспектов ведения бизнеса.

Над ее разработкой профессионалы трудятся несколько недель. Это ответственная задача, направленная на минимизацию рисков стартового периода. Это то, без чего нельзя приступать к технологическому проектированию клиники.

И помните: термин «концепция» произошел от латинского *conceptio*, что означает «система, понимание».

Выбор специализации, преимущества клиники

В стоматологическом бизнесе нельзя добиться успеха без учета двух специфических особенностей, отличающих рынок стоматологии от иных сфер услуг.

Первая отличительная черта обусловлена мотивацией пациента: в стоматологическую клинику идут не за удовольствием и радостью, а за избавлением от боли. Здесь не ищут красоты, эмоций или вкусного отдыха, как в салоне красоты, кинотеатре или ресторане. Здесь просят о помощи, о чуде — удрученно, без особой надежды.

Зубная боль, хоть и уступает по силе кластерной головной боли и боли при ожогах, окрашивает реальность в черные тона: воспалительный процесс и давящий на зубной нерв отек умножают страдания.

Цена избавления от боли?.. Кто думает об этом в такие моменты? Но многие думают и помнят о предстоящей спасение обстановке клиники.

Задача успешной клиники состоит в том, чтобы не просто освободить пациента от боли, но и снять психологическое напряжение, приятно удивить, незаметно переведя тумблер с сектора «негатив» в сектор «позитив». И такое чудо должно быть заложено в концепцию.

Вторая особенность стоматологического бизнеса связана с тем фактом, что пациенты не в состоянии объективно оценить качество оказанных ему услуг. Будь то филигранная работа истинного мастера или неумелое вмешательство неопытного врача, он оценивает лишь результат лечения, причем поверхностно, на уровне ощущений: «болит — не болит», «мешает жевать — не мешает» и т.п. Поэтому тщательно



Инновации и качество



РЕКЛАМА


Quality – made in Germany



взвешенное позиционирование клиники способно сработать на экономические результаты наряду с золотыми ручками мэтра стоматологии.

Привить клинике качества, способные в будущем обеспечить успех, — вот важная задача на этапе разработки концепции.

Конкурентным преимуществом станут необычные услуги, которыми не могут похвастаться соперники (например, широкий профиль эстетических услуг) или позиционирование клиники как семейного учреждения, где администратор и врач знают каждого пациента по имени и в лицо.

При возможности следует сделать акцент на аппаратном лечении с применением современного оборудования. Любое выгодное отличие от стандартов местного рынка привлечет новых пациентов из близлежащих районов, а также ослабит зависимость от персонала.

Популярностью пользуются универсальные стоматологические клиники, предлагающие максимально возможный набор услуг. Однако важен не только подбор, но и оптимальное соотношение видов услуг. Сложные планы лечения не должны перекрывать русло эффективных финансовых потоков.

Системный подход нужен не только к пациентам, но и к персоналу. Система управления должна обеспечивать перманентный контроль сотрудников (администраторов и врачей), а также их обучение заботливому, персонифицированному отношению к каждому пациенту. Для этого разрабатываются четкие должностные инструкции, моральный кодекс, мотивационная модель, вводится система штрафов и премий. Качество клиентского сервиса требует постоянного контроля.

Бизнес-план доходов и расходов клиники

В бизнесе, как и на войне, «не получается ничего, кроме того, что было заранее продумано и тщательно проработано» (Наполеон).

Без тщательного планирования любое начинание обречено на провал. Полагаться на удачу следует в казино или лотерее, но не в бизнесе, где должна главенствовать детальная проработка всех нюансов коммерческой операции.

Для реализации предпринимательского замысла нужен **бизнес-план** — документ, описывающий ключевые аспекты будущей деятельности, анализирующий возможные проблемы и обозначающий способы их решения. В нем излагается комплексная программа воплощения в жизнь задуманного, выделяются отдельные этапы ее осуществления, приводятся технические и организационные мероприятия, финансовые и иные расчеты.

Именно бизнес-план должен лежать в основе создания стоматологической клиники. Он представляет собой точное, краткое и доступное описание проекта, позволяющее увидеть наиболее перспективный результат, узнать сроки и средства для его достижения.



Основные задачи, которые решает бизнес-план:

1. Определение направлений деятельности и перспективного планирования, претворение в жизнь производственной стратегии.
2. Подтверждение выгодности инвестирования, гарантия возврата кредитных ресурсов.
3. Выбор инструментов внутреннего управления, контроля и оценки.

Бизнес-план содержит резюме, дающее возможность увидеть конкурентные преимущества и особенности проекта, описание компании и оценку текущего финансового положения, анализ отрасли, целевого рынка и конкуренции, оценку рисков, маркетинговый, технологический, организационный и финансовый план и др.

Бизнес-план должен давать как можно более точный прогноз будущих действий, направленных на реализацию проекта, позволять контролировать ход операций, регламентировать затраченные финансовые, трудовые и прочие ресурсы, для тщательного анализа своего замысла, проверки его на реалистичность и разумность.

Структура и состав бизнес-планов могут иметь существенные различия, однако содержательная сторона и логика построения остаются неизменными.

Организаторы медицинского бизнеса и внешние инвесторы обязаны иметь ответы на следующие вопросы: сколько понадобится денежных средств, на что они пойдут? сроки завершения подготовительной фазы? когда проект начнет приносить прибыль? Ответы дает бизнес-план, составление которого потребует проработки целого ряда вопросов управленческого, маркетингового, правового и финансового характера.

Соблюдение всех этих рекомендаций позволит уменьшить риск неудач и в короткие сроки вывести бизнес на проектную мощность. 

4 эффективных правила для поиска хороших сотрудников



Елена Шестопалова,
профессиональный рекрутер,
консультант по медицинскому рекрутингу,
управляющий партнер компании BE WINNER,
г. Санкт-Петербург
<http://bewinner.biz/>

За последние 5–7 лет проблема дефицита кадров затронула и государственные, и частные клиники. В борьбе за высококвалифицированных сотрудников владельцы бизнеса предлагают relocationные и расширенные социальные пакеты, заработные платы выше рыночного уровня. Но даже несмотря на это нанять приходится не лучших из хороших. Выбирает не только работодатель, но и соискатели, которых уже на этапе собеседования печально мало. Это касается как среднего персонала, так и врачей.

Большее всего медицинскому бизнесу не хватает топ-менеджеров (по данным портала vademec.ru). Дело не только в том, что руководитель медицинской клиники должен сочетать в себе отраслевую экспертизу и управленческие компетенции. Таких специалистов очень мало на открытом рынке, стоимость их компенсаций высока, и частные клиники не могут позволить их содержать в штате.

Отобрать же топ-менеджера с меньшим опытом работы, но высоким потенциалом невероятно сложно. При таком подборе нужно проводить расширенное собеседование, предлагать для решения кейсы и обязательно до начала работы разрабатывать программу ввода в должность с критериями оценки эффективности работы.

Демографический кризис, утечка квалифицированных специалистов за рубеж, особый менталитет нового поколения, низкий уровень выпускников вузов... Рассуждать о причинах интересно, но совсем не эффективно. Нужно учиться **работать** в новых реалиях.

Коммерческая медицина — это особый вид бизнеса. Это высокоинтеллектуальная сфера, сопряженная с рисками и сильнейшей эмоциональной отдачей. Состоявшие в профессии специалисты редко выходят на рынок труда, а если такие появляются — это большая удача. Самое главное заметить и мотивировать такого человека на работу в вашей компании.

Поэтому **правило номер 1: находиться в активном поиске и анализировать рынок труда нужно перманентно.**

Как организовать подбор персонала в ситуации, когда выбирать не приходится?

Правило номер 2. Рекрутинг не отделим от стратегии компании. Заниматься наймом должен человек, который понимает бизнес.

Подбор персонала должен соответствовать стратегии компании, должен быть спланирован и включен в годовой бюджет. Иногда управляющие клиник недоумевают, зачем нужно знать, что будет через год, если сотрудник нужен «здесь и сейчас»?

Проиллюстрирую правило кейсом из нашей практики.

Руководство стоматологической клиники приняло решение о переходе на комплексный подход ведения пациентов и отказе от врачей-генералистов. Большая часть сотрудников работала в клинике со дня ее основания, доктора могли выполнять любые стоматологические манипуляции, но менеджмент компании поставил задачу на внедрение новых правил в течение года.

Требовалось найти несколько докторов узких специализаций. Самым важным критерием при отборе был подтвержденный опыт по узкой специализации и понимание новым членом коллектива, что в этой компании он сможет выполнять только те манипуляции, на которые взят. Благодаря четкой формулировке задачи и фокусировке на ее выполнении клиника за короткий срок приняла в штат новых докторов и осуществила переход от генералистического подхода к командной работе.

Это пример рекрутинга, соответствующего стратегии компании. Если бы цели, которые стоят перед руководителем клиники, не были сформулированы и донесены до человека, ответственного за найм, на работу принимали бы таких же генералистов, опираясь на прошлый опыт и ориентируясь на стабильный коллектив.

Правило 3. Составляйте профиль кандидата.

Любой руководитель должен знать ответ на вопрос, каким должен быть сотрудник, приносящий пользу моему бизнесу?

Не бывает универсальных профилей ассистентов врача, администраторов и даже бухгалтера. Человек, которого вы берете в штат компании внешне, ментально и эмоционально должен подходить вам как руководителю, поэтому бесполезно скачивать шаблоны документов в Интернете.

Составьте профиль кандидата, опишите важные компетенции, задачи, которые будет решать специалист, его личные качества. И шанс, что вы примете на работу подходящего человека значительно возрастет.

Итак, вы ответили на вопрос про стратегию, создали профиль кандидата, дали объявление в Интернете. К вам стали приходить соискатели.

Как провести интервью максимально эффективно?

Правило 4. Проводите структурированное интервью.

Любое интервью строится по принципу переговоров. Установление контакта, презентация компании, подробное интервью, завершение встречи.

Что оценивать во время рассказа собеседника о себе? Предлагаю воспользоваться матрицей собеседования АКСР:

А — это адекватность;

К — компетенции;

С — совместимость;

Р — репутация.

Адекватность. Что это такое в контексте подбора персонала? Хорошо, когда ваш собеседник объективно оценивает себя относительно рынка труда (претендует на заработную плату, соответствующую его опыту и региону), задает вопросы о вакансии и задачах, которые ему предстоит решать, выглядит подходяще для должности, на которую претендует. Сюда же нужно записать ваше первое впечатление о соискателе.

Плохо, если претендент говорит, что ожидает заработную плату в несколько раз выше, заявленной у вас в вакансии, рассказывает, что в других местах уровень оплаты значительно выше, не задает ни одного вопроса, ведет себя вызывающе и высокомерно.

В моей практике была ситуация, когда кандидат с великолепным опытом работы, раз за разом получал отказ, потому что озвучивал финансовые притязания, которые были в 3 раза выше рыночных.

Компетенции. Как ни странно, но именно наличие компетенций и профессионализм реже всего проверяют на собеседовании. Это связано с тем, что, с одной стороны, руководителю кажется, пока человек не приступит к работе, ничего не понятно, а с другой — с убеждением «Если он имел аналогичный опыт, не может же он ничего не уметь?».

Я же рекомендую, если вы уже оценили соискателя как адекватного, проверьте его профессиональные





We make it visible.

**Момент, когда вы видите скрытые детали, –
залог видимого успеха.**

Ради таких моментов мы и работаем.



РЕКЛАМА

Стоматологические микроскопы Carl Zeiss

Москва

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

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru



качества. Как это сделать? Собеседование с докторами должен проводить главный врач. Можно попросить составить план лечения на основании данных компьютерной томографии, запросить портфолио, подробно расспросить о принципах работы и опыте на предыдущем месте.

Если у вас собеседование с администратором, проверять нужно те качества, которые приоритетны для работы в вашей клинике. Грамотная речь и опыт продаж (если у администратора KPI по записи пациентов), внимательность и финансовая грамотность (если основная задача — кассовая дисциплина), коммуникабельность и проектное мышление (если это координатор лечения).

Не стесняйтесь предлагать простые профессиональные тесты. Обратитесь к экспертам для их создания. Бухгалтер, юрист, менеджер по кадрам, маркетолог, старшая медицинская сестра — знание всех этих специалистов прекрасно подтверждается тестированием.

Репутация. Я рекомендую проверять рекомендации, особенно если речь идет о топовых специалистах. Делать это нужно деликатно, не забывая о том, что плохие рекомендации могут быть даны обиженным руководителем, поэтому лучше пообщаться с несколькими работодателями.

Когда я говорю о репутации, подразумеваю не только отзывы работодателя, но и общий информационный фон вокруг соискателя.

Поделюсь примером из практики компании BE WINNER, когда проверка рекомендаций сыграла решающую роль при принятии решения о найме.

В многопрофильную клинику требовался исполнительный директор. Одним из важных критериев отбора был релевантный опыт антикризисного управления медицинским центром. Задача по подбору такого специалиста очень сложная.

Через 2,5 недели кандидат, полностью соответствующий требованиям, был найден. Он прошел интервью с рекрутером, тестирование и был представлен собственникам бизнеса, которые одобрили его кандидатуру с первой встречи. Предыдущим работодателем были даны отличные рекомендации. Но для полной картины я попросила собрать информацию в Интернете. Одна из ссылок вела на отзыв нашего кандидата, который обвинял бывшего работодателя в мошенничестве и грозил проверками трудовой инспекции. Причем этот работодатель не был отражен в резюме.

Такой отзыв заставил более тщательно отнестись к проверке рекомендаций и обратиться к другим работодателям соискателя, которые характеризовали нашего претендента как скандального и склочного. Чуть позже выяснилось, что руководитель, которая дала отличные рекомендации, была родственницей нашего кандидата. После этого предложение о работе было сделано другому претенденту.



Так как мы рекомендуем с самого начала сотрудничества придерживаться прозрачных отношений, спросите у соискателя, готов ли он предоставить рекомендации. Обычно все, кто прошел первый этап собеседования, реагируют на такие просьбы адекватно.

Совместимость. Как проверить совместимость и возможно ли это? Так же, как и в семейной жизни, гарантировать счастливую плодотворную работу на долгие годы не сможет никто. Но вы точно можете расспросить претендента о его ценностях, хобби, увлечениях, его ожиданиях о работе в вашей компании. Спросить, каким он видит руководителя и что не приемлемо для него в работе. Теперь делайте выводы.

Совместимость — это проверка мотивации кандидата на работу, его материальные и профессиональные ожидания от новой должности.

Обязательно уточняйте, что ждет человек от работы, какие прогнозы о своей загруженности он может сделать. Если у вас в компании принято задерживаться после работы, проговорите это на собеседовании. Если вы ждете активного участия в жизни клиники (совместные походы, праздники и продвижение через социальные сети), озвучьте свои пожелания. Это поможет избежать недовольства в процессе работы, когда ожидания работника и работодателя не совпали из-за недоговоренностей на этапе собеседования.

Вывод

...К сожалению, совсем избежать ошибок при подборе невозможно. Но мы точно можем внести в ежедневный рекрутинг системность, уважение к соискателям и осознанность, тогда решать проблемы с наймом вы будете намного легче и быстрее.

А если относиться к выбору сотрудников компании так же основательно и взвешенно, как к любому значимому для вас решению, команда мечты, созданная вашими руками, поможет вашему бизнесу выйти на новую высоту. 

Эффективный подбор персонала в стоматологическую клинику: адаптация сотрудника в новом коллективе. 6-я часть



Мария Пономаренко, менеджер по управлению персоналом, руководитель HR-проекта SmartPersonal, руководитель направления «Технологии управления персоналом» Института организационной психологии, г. Москва
<http://smartpersonal.ru>,
e-mail: main@smartpersonal.ru
+7 (985) 170 80 81

В предыдущих статьях (№ 3, 4 за 2017 г. и в № 1–3 за 2018 г.) мы рассмотрели такие важные этапы в практике подбора сотрудников, как составление и согласование профиля идеального кандидата, его поиск, заочная оценка соискателей на вакансию, очное интервью, закрытие вакансии. Но не менее важно помочь новому сотруднику адаптироваться в новом коллективе.

Руководители многих клиник стараются принимать на работу опытных специалистов (врачей, ассистентов, администраторов), полагая, что их уже не нужно ничему учить — они и так все знают. По мнению таких руководителей, придя на новое место, профессионал уже через несколько дней будет работать со 100-процентной отдачей и с той же эффективностью, а это значит, что он быстро начнет окупать затраты на его поиск и зарплату.

Действительно, в большинстве частных клиник выходящие на работу специалисты практически сразу становятся самостоятельными. Процесс адаптации отсутствует или носит формальный характер: для новичка организуют экскурсию по клинике, знакомят с коллегами, показывают рабочее место и кратко рассказывают о бытовых условиях. В большинстве случаев такую «адаптацию» проводит кто-то из коллег, и она занимает несколько часов.

Но нередко случается, что принятые на работу специалисты делают свою работу не так, не с тем результатом и не с той эффективностью, которых от них ожидали. И только что начавшееся сотрудничество, увы, заканчивается быстрым увольнением новичка. А ведь при условии эффективной адаптации и при правильном подборе кадров этого бы не произошло!

Как показывает практика, даже если вы приняли на работу опытного высококвалифицированного специалиста, он может быть неэффективен в новых условиях по ряду причин:

- не понимает своего места в структуре компании и своих задач;
- не понимает границ своей ответственности;
- не знает или неправильно понимает технологии своей работы;

...нередко случается, что принятые на работу специалисты делают свою работу не так, не с тем результатом и не с той эффективностью, которых от них ожидали. И только что начавшееся сотрудничество, увы, заканчивается быстрым увольнением новичка. А ведь при условии эффективной адаптации и при правильном подборе кадров этого бы не произошло!



- не знает правил взаимодействия с пациентами конкретно в вашей клинике.

Если нового сотрудника не посвятили в вопросы что, когда и как конкретно необходимо делать и, наоборот, что не делать, с большой вероятностью он будет делать так, как это было принято на его предыдущем месте работы или так, как он считает нужным.

Например, администратор не будет подтверждать запись к врачам, потому что он никогда ранее это не делал. Аналогично ассистент по той же причине будет достаточно активно общаться с пациентами, хотя в вашей клинике это не приветствуется.

Кроме того, придя в новый коллектив, сотрудник нуждается в адаптации к новым условиям труда, новому коллективу и быту. Очень важна и эмоциональная поддержка, так как смена работы — это стресс для любого человека.

В целом, независимо от должности, **правильно выстроенный процесс адаптации специалисту позволяет:**

- полно и четко понимать свои задачи, функции и ответственность, а также представлять ожидаемый от него результат;
- знать историю и структуру клиники, ее услуги, ценовую политику, достижения и конкурентные преимущества;
- понимать ваш лечебный процесс и стандарты лечения;
- выучить принятые стандарты взаимодействия с пациентами и документооборота;
- знать условия труда и правила внутреннего распорядка;
- выстроить отношения с руководством и коллегами, быстро и безболезненно войти в новый коллектив;
- чувствовать себя комфортно и уверенно

В свою очередь **эффективно выстроенный процесс адаптации руководству клиники дает возможность:**

- более полно и тщательно оценить знания и навыки нового сотрудника;
- при необходимости повысить квалификацию на важных участках в работе с конкретным оборудованием или инструментами;
- эффективно транслировать информацию о клинике и ее услугах, а также соблюдать стандарты во взаимодействии с пациентами;

- получить не просто нового сотрудника, а члена команды, который эффективно взаимодействует и выполняет свою роль в ней;

- приобрести приверженность нового специалиста;

- всегда быть в курсе его эмоционального состояния и при необходимости корректировать его поведение.

Правильно спланированный и реализованный процесс адаптации уменьшает риски увольнения нового сотрудника в течение испытательного срока и сокращает сроки его подготовки к самостоятельной работе.

Эффективная адаптация включает несколько этапов:

1. Подготовительный этап, который выстраивается еще до приема на работу нового специалиста.

В течение данного этапа необходимо определиться кто, какую информацию и в какой форме будет предоставлять новому сотруднику. Также важно обозначить сроки обучения и форму контроля.

Лучше всего прописать это в виде программы, которую при необходимости можно корректировать. По нашему опыту, эффективнее предоставить такую программу и самому специалисту, в этом случае и у него, и у ответственного за адаптацию будут четкий план действий и понимание ожидаемого результата.





ЭТИМ ВСЕ СКАЗАНО



РЕКЛАМА

Москва

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

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella

В рамках подготовительного этапа необходимо определить и **наставника**. В условиях небольшой клиники общее курирование и контроль адаптации новых сотрудников целесообразно проводит управляющему.

Если же клиника достаточно часто проводит найм новых специалистов, для каждой категории персонала (врачи, ассистенты, администраторы) целесообразно выделить своего **куратора**. Как правило, для врачей это главный врач, для ассистентов — старшая сестра, для администраторов — старший администратор.

Важно, чтобы наставник был не просто опытным специалистом, давно работающим в клинике, но и чтобы он разделял и транслировал ее ценности.

2. Знакомство с правилами и технологиями работы клиники.

Этот этап включает непосредственно ознакомление с данными. В каких-то случаях они могут быть изучены самостоятельно с пояснением необходимых вопросов. Например, во многих клиниках подробно описаны содержание оказываемых услуг и цены на них. Сюда же можно отнести правила внутреннего распорядка. Их можно освоить самостоятельно.

Но большая часть знаний, слабоформализованных и непрописанных, как правило, передается наставником или ответственным за обучение в устном виде. В таких случаях важно не просто один раз рассказать материал в виде монолога, а сделать это в виде обсуждения с возможным повтором и аргументацией.

3. Если мы не просто хотим передать информацию, а сформировать практические навыки работы:

- сначала нужно рассказать, показать и объяснить, как работает тот или иной процесс, например, запись пациентов на прием в программе;
- затем дать возможность новому сотруднику понаблюдать, как выполняет эту задачу опытный специалист в различных условиях, как минимум несколько раз;
- после этого несколько раз выполнить совместно;
- далее предоставить новому сотруднику возможность записать пациентов на прием при поддержке наставника;
- и только после того как на всех этапах материал будет усвоен, допустить к самостоятельной работе.

4. Контроль усвоенных знаний и сформированных навыков



Форма контроля может быть разной. Если клиника небольшая, проверку знаний можно проводить в виде беседы по ключевым темам, а можно формализовать процесс и провести зачет.

Можно сделать это в письменной форме. Проверку навыков эффективнее проводить в реальных действиях — устное описание выполняемых функций и их фактическое исполнение могут значительно различаться. Любого руководителя больше интересуют истинные действия и поведение персонала, нежели рассказы о них.

Вывод

По нашему опыту, длительность эффективной адаптации специалистов уровня ассистента/администратора и выше не может быть меньше 1 месяца. В большинстве случаев для этого требуется 2–3 месяца. В некоторых клиниках премиум-сегмента с высоким уровнем требований к персоналу длительность полноценной адаптации до выхода специалиста на полноценную самостоятельную работу может продлиться до года.

Таким образом, еще раз подчеркнем значимость эффективного подбора и адаптации персонала. Их нужно рассматривать не как затраты времени и денег, а как инвестиции в сотрудников. И чем качественнее и эффективнее будут поставлены эти процессы, тем быстрее эти «капиталовложения» начнут приносить доход. 

« Проверку навыков эффективнее проводить в реальных действиях — устное описание выполняемых функций и их фактическое исполнение могут значительно различаться. Любого руководителя больше интересуют истинные действия и поведение персонала, нежели рассказы о них.

Команда стоматологической клиники: рецепты результативной игры



Эдгар Гигоян,
главный врач клиники реабилитационной
стоматологии на Остоженке,
г. Москва

edgarstom@gmail.com

На просторах нашей необъятной Родины ведут свою деятельность множество стоматологических клиник. Все они абсолютно разные по размерам, форме собственности, техническому оснащению и объему предоставляемых услуг, кадровому составу и профессиональному уровню специалистов, стоимости стоматологических услуг и по многим другим критериям. И каждая из них, будь она большая или маленькая, государственная или частная, многопрофильная или узкоспециализированная, имеет свой коллектив, от которого во многом зависит эффективность медицинского учреждения.

Коллектив (от лат. collectivus – собирательный) — группа, совокупность людей, объединенных совместной деятельностью в рамках какой-либо организации или цели.

Коллективы стоматологических клиник абсолютно разные. Принципы их создания также имеют свою специфику, и в рамках этой статьи невозможно разобрать все вариации. Лично у меня практически нет опыта работы в государственных клиниках, поэтому я даже не буду пытаться объяснять, как и кем формируются коллективы в таких организациях. С учетом достаточно громоздкой структуры управления и наличия нескольких центров принятия решений (Департамент здравоохранения, главный врач, заведующий отделением) могу лишь предположить, что построение эффективной команды в таких условиях — дело весьма сложное, если вообще возможное, все сводится к заполнению штатных единиц и соблюдению баланса интересов всех групп влияния.

В рамках этой статьи мне хотелось бы представить свое скромное мнение и свой взгляд на то, как формировать коллектив стоматологических клиник на 3–5 кресел (коих, по статистике, в России подавляющее большинство) и как из этого коллектива сформировать команду, способную привести клинику к успеху.

Для начала уточним критерии успеха. Если за успех принимать исключительно **финансовые показатели и выручку клиники**, должен сразу

сказать и, может быть, расстроить многих своих коллег: иногда хорошие финансовые показатели совершенно не связаны с эффективным управлением или с качеством лечения. Иногда это всего лишь результат повышенного спроса на стоматологические услуги в конкретном месте в данный промежуток времени, не более того. Такое финансовое благополучие может длиться несколько лет, но если рано или поздно не начать эффективно управлять клиникой, оно сойдет на нет.

Если же критерием успешности стоматологической клиники считать не только финансовые показатели, но и более универсальные: **динамичное развитие, постоянное расширение базы пациентов, увеличение спектра оказываемых услуг** (вплоть до замкнутого цикла лечения, когда все этапы диагностики и лечения проводятся в стенах одной клиники), стабильность кадров, отсутствие судебных исков и досудебных разбирательств, — все это без эффективных управленцев и профессиональной команды просто невозможно.

Чтобы не отвлекаться на «нечеловеческие» факторы, возьмем за аксиому утопичную ситуацию, когда большинство клиник имеют приблизительно равные возможности и характеристики: отличную техническую оснащенность диагностическим и медицинским оборудованием, полный спектр оказываемых услуг, персонал представлен исключительно высокопрофессиональными и талантливыми врачами, приблизительно одинаковый уровень цен.

Как конкурировать при таких равных условиях? **Ценовой демпинг** как конкурентное преимущество мы даже не рассматриваем, потому что минимизация стоимости неизбежно приводит к снижению стандартов и качества лечения.

Задача руководства клиники — организовать процессы таким образом, чтобы максимально дистанцироваться от ценовой конкуренции и сформировать особый набор отличительных преимуществ, главным из которых может стать команда клиники.

Кадры — это наше все. Главной задачей менеджмента клиники является не только поиск и подбор ключевых специалистов, их мотивация и удержание, но и построение из них мощной команды единомышленников, способной решать самые амбициозные задачи. При этом очень важно понимать, что эффективность коллектива заключается не в отдельно взятых профессиональных и талантливых сотруд-



никах, а в совместимости всех без исключения и в их суммарном командном потенциале.

В России в подавляющем большинстве стоматологических клиник собственником и руководителем является практикующий врач-стоматолог. С учетом того, что в медицинских вузах не дают знаний о том, как организовать стоматологическую практику как бизнес, познания врача как управленца достаточно скромны.

О создании команды клиники, ее будущем позиционировании в том или ином сегменте бизнеса (ведь от этого часто зависит месторасположение, размер и характеристики помещения, объем инвестиций в ремонт помещения и в покупку стоматологического и диагностического оборудования) нужно задумываться на самом начальном этапе, еще на стадии ее планирования.

И если большую часть организационных, административных, производственных и хозяйственных задач можно делегировать грамотному управляющему, **созданием стоматологической команды однозначно должен заниматься главный врач.**

Он должен обладать выраженными лидерскими качествами, быть авторитетом среди профессионалов и уважаемой личностью в коллективе, человеком, способным принимать на себя ответственность за принятие решений в значимых и критических ситуациях, четко представлять конечную цель и обладать всем арсеналом знаний для создания успешной команды и ее эффективной и слаженной работы. А это сложнейшая задача, потому как врачам-стома-

При подборе сотрудников одним из основных условий должно быть создание позитивной психологической атмосферы в коллективе, исходя из их индивидуальных личностных и человеческих качеств, жизненных ценностей и установок.



тологам свойственна склонность к профессиональному соперничеству и они изначально мотивированы на индивидуальный труд.

При подборе сотрудников одним из основных условий должно быть создание позитивной психологической атмосферы в коллективе, исходя из их индивидуальных личностных и человеческих качеств, жизненных ценностей и установок. **Психологическая атмосфера очень тонко улавливается пациентами** — она, хоть и неосвязаема практически, витает и висит в воздухе, создавая ощущение тепла, комфорта, внимания и доброты либо, наоборот, холодности, скрытого напряжения, дискомфорта и, как следствие, сознательного или подсознательного нежелания пациента возвращаться в клинику вновь и вновь.

На эффективность командной работы значительно влияет **степень доверия сотрудников друг другу**, основанная на убежденности в том, что все коллеги, главный врач, ассистенты и администраторы способны четко и безупречно выполнять свои служебные обязанности, при условии, что каждый должен осознавать границы собственной компетентности и нести персональную ответственность за свой фронт работы.

В коллективах с высоким уровнем взаимодоверия гораздо легче преодолеваются стрессовые ситуации, резко снижается конфликтность, растет готовность к взаимопомощи, профессиональная конкуренция и соперничество становятся менее острыми, увеличивается взаимный обмен знаниями и опытом.

При отсутствии доверия друг к другу доктор лишней раз постесняется спросить совета или обратиться за поддержкой к коллеге, рискуя показаться некомпетентным или неуверенным в себе специалистом, а любая попытка разобраться в той или иной возникшей проблеме будет восприниматься как конфликтная ситуация. Поэтому еще раз повторю свое мнение: упор на психологическую совместимость и создание высокого уровня доверия в коллективе иногда гораздо важнее, чем подбор кадров только по профессиональным качествам.

Не менее важным фактором для успешной командной работы является **привлечение всех участников коллектива к выработке и принятию важных решений**.

Понятно, что соблюдение субординации необходимо, но при решении важных внутриорганизмических вопросов очень важны взгляды и позиция всех сотрудников. Совместное обсуждение очень позитивно отражается на качестве и эффективности деятельности, ведь каждый член команды считает принятое решение собственным, а это повышает личную ответственность за исполнение и реализацию задач и стимулирует к более активным индивидуальным действиям для достижения поставленных целей.



При этом речь не идет об абсолютной демократии, коллектив обсуждает вопросы и проблемы, предлагает различные варианты их реализации, но окончательное слово остается за главным врачом, лидером, поскольку его полномочия и, соответственно, риски гораздо выше, чем у других. Лидер — это тоже член команды, но за ним должно признаваться безоговорочное право принятия ответственных решений.

Если главный врач не будет целенаправленно работать над созданием команды единомышленников, в коллективе обязательно появится стихийная неформальная группа или даже нескольких групп, которые объединятся вокруг других ярких личностей или каких-то интересов, не имеющих отношения к профессиональной деятельности.

В образовавшихся группах могут возникнуть цели и интересы, совершенно не совпадающие с задачами клиники и ее руководства, и в конечном итоге они приведут к конфликтам и нанесут вред.

Конфликты — это обязательная составляющая любой группы людей, они являются индикаторами психологического климата и выявляют проблемные места во взаимоотношениях в коллективе.

Определение причин конфликта помогает руководителю вовремя выявить слабые места в командной работе и оперативно их устранить. Отсутствие видимого и явного конфликта говорит о том, что либо все прекрасно и наступило всеобщее счастье и любовь (так не бывает никогда, к сожалению), либо о том, что конфликт скрытый, тщательно скрываемый. Существовая длительное время, он отравляет жизнь сотрудников, участвующих в нем или причастных к нему, снижает их мотивацию к работе и ее эффективность. Поэтому еще раз обращаю внимание на то, сколь важно главному врачу быть не формальным руководителем, а сильным и уверенным лидером, способным создать команду и направить ее энергию

в позитивное и созидательное русло, но эта тема заслуживает отдельной статьи.

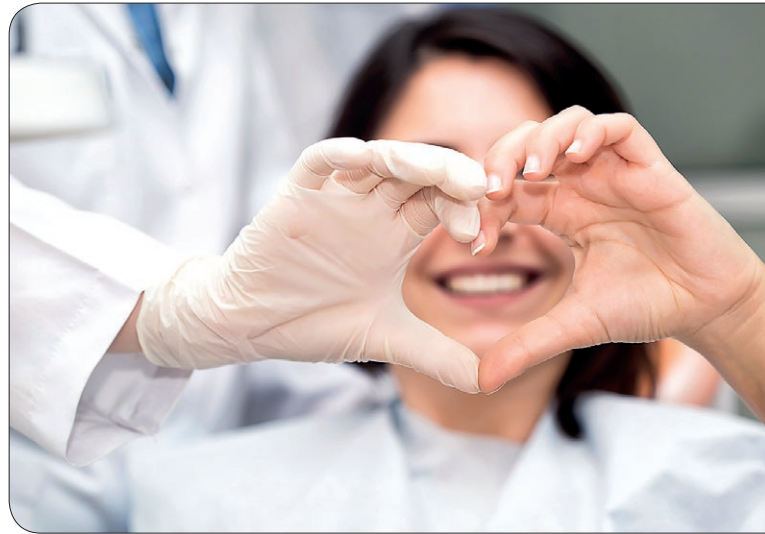
Итак, предположим, что коллектив врачей сформирован исходя из вышеперечисленных критериев максимального профессионализма и психологической совместимости. С не меньшей тщательностью подбирается весь остальной персонал, ведь без него невозможно себе представить функционирование клиники.

Очень важно правильно определиться с **кандидатурой старшей медицинской сестры (старшего ассистента)**, которая отвечает за объемный фронт работ. Она вместе с главным врачом и с докторами должна принимать участие в подборе команды ассистентов, а эта обычно самая многочисленная группа сотрудников с самым высоким конфликтным потенциалом. Последний успешно нивелируется корректным подбором пар «врач-ассистент», составлением правильного графика работы и отпусков и очень четким распределением должностных обязанностей, не позволяющим двояко трактовать свою зону ответственности и сваливать вину друг на друга.

Часто формированию команды ассистентов руководители уделяют второстепенное внимание, и я считаю это одной из главных ошибок, потому что уверен: неправильный подбор и организация работы ассистентов способны осложнить жизнь любой врачебной команды и всей клиники.

Очень важной частью коллектива являются администраторы.

Часто можно услышать, что «администратор — лицо и голос клиники», «клиника начинается с администратора», «администратор — главный человек в клинике» и т.п. Я не совсем согласен с этими утверждениями, но уверен, что от них зависит очень многое. Речь идет о приеме телефонных звонков, об информировании пациентов (а не о консультировании!), о напоминании предстоящих визитов, о пра-



вильном оформлении документации в рамках своей компетенции, об обеспечении комфорта пациентов, ожидающих приема врача, о расчетах с пациентами и о многом-многом другом.

Современные реалии таковы, что пациенты весьма требовательны не только к качеству лечения, но и к уровню обслуживания и сервиса в клиниках, и в этом аспекте работа администраторов имеет огромное значение.

Стоматологическое лечение у большинства людей все еще вызывает если не стресс, то напряженное состояние, и грамотное поведение администраторов (вежливость, приветливость, тактичность в общении) способны снять часть этой напряженности.

Итак, мы перечислили основных участников стоматологического коллектива: главный врач, врачи-стоматологи, команда ассистентов и администраторов. Нисколько не умаляя заслуги других представителей коллектива, рискну предположить, что их влияние на работу стоматологической клиники в глазах пациентов менее заметно, чем у вышеперечисленной группы специалистов.

Врачи, ассистенты и администраторы находятся в постоянном контакте с пациентами, и от их слаженной, качественной и четкой работы зависит удовлетворенность пациента от процесса лечения в клинике.

Да-да, пациенты оценивают качество лечения совершенно иначе, нежели врачи. Стоматолог знает или по крайней мере догадывается о качестве проведенного им лечения с медицинской точки зрения, тогда как пациент зачастую воспринимает и оценивает качество лечения субъективно на уровне «нравится — не нравится», и комфортность самого процесса лечения играет очень важную, если не сказать решающую роль. Именно поэтому одной из основных функций главного врача является **постоянный контроль качества лечения, проводимого специалистами**, ведь в случае возникновения проблемных



Эксклюзивно в Н.Селла

DynaLED

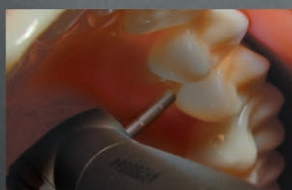
Автономная подсветка LED

Микрогенератор от NSK – высокая эффективность и долговечность

- Использование последних технологий и материалов для достижения высокой эффективности и надежности генератора.
- Повышенная точность работы генератора для эффективной подачи напряжения.
- Генератор не снижает производительность наконечника при препарировании.



Оптика LED от NSK



Без оптики



РЕКЛАМА

NSK

Москва

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

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru

ситуаций на первый план выйдет именно медицинская составляющая, а не уровень сервиса в клинике. На этом в завершающей части статьи я остановлюсь чуть подробнее.

У нас есть прекрасный и высокопрофессиональный персонал, это — оркестр, есть отличный главный врач — дирижер, и наша основная задача, чтобы из невероятно многообразной какофонии звуков, издаваемых каждым отдельным музыкальным инструментом (врачом), получить прекрасное и мелодичное музыкальное произведение, которое приведет в восторг наших благодарных слушателей — пациентов клиники. Сделать это очень непросто, но если этого не делать, все усилия пойдут насмарку.

Одной из самых главных задач при обращении пациента в клинику является **четкое понимание причин, которые привели пациента к стоматологу**. От этого зависит алгоритм действий персонала, для каждого пациента он индивидуален, но есть несколько факторов, которые позволяют разбить эти алгоритмы на несколько групп.

Если человек обратился с острой болью или травмой — это только симптоматическое лечение, направленное на максимально быстрое и эффективное снятие болевого синдрома.

В такой ситуации все попытки рассказать пациенту обо всех остальных его проблемах и вариантах лечения встретят как минимум непонимание, а то и раздражение. То же самое касается тех, кто пришел лишь «почистить зубы»: осмотр и при отсутствии противопоказаний профессиональная гигиена. Все разговоры о выявленных заболеваниях — только после удовлетворения первопричины обращения.

Если пациент получил то, что хотел, он с пониманием отнесется к возможной дополнительной диагностике и к продолжению лечения, если это было предложено в корректной и ненавязчивой форме. Это первый этап начала командной работы, если, конечно, привлечение смежных специалистов оправдано с медицинской точки зрения.

Совершенно другой алгоритм действует в работе с пациентами, которые не имеют острой ситуации, но они осознанно обратились к стоматологу, так как проблемы уже накопились. Здесь слаженная командная работа необходима, при этом очень важно грамотно распределить роли.

План лечения при комплексной реабилитации пациента составляется при участии всех специалистов, привлекаемых к лечению, однако обязательно должен быть врач, который берет на себя ответственность за итоговую реализацию плана, — чаще всего это стоматолог-ортопед.

При составлении плана лечения ни в коем случае нельзя пренебрегать очень важным правилом: консилиум с одновременным участием специалистов разных профилей (терапевт, эндодонтист, пародонтолог, имплантолог, ортодонт и т.д.) нельзя подме-



нять отдельными направлениями к коллегам разных профилей (это может занять несколько дней, а то и неделю). Совместное обсуждение лечения в присутствии пациента экономит его время, придает больше уверенности в правильности выбранной тактики.

При обсуждении все специалисты должны внимательно выслушивать и вникать в предложения коллег, аргументированно излагать свою точку, уважать мнение друг друга, сдерживать излишние эмоции, минимизировать использование профессиональных терминов, непонятных пациенту, и обязательно вовлечь в обсуждение самого пациента как равного участника консилиума.

Главный врач должен утвердить план лечения, даже если он не будет принимать непосредственного участия в процессе лечения. Прекрасно, если в клинике есть кураторы, которые берут на себя организацию и сопровождение этого процесса, координируя этапы и сроки лечения у специалистов всех смежных профилей, четкий контроль реализации плана лечения, устранение всех неизбежно возникающих шероховатостей и обязательная обратная связь с пациентами даже после завершения всех работ.

При таком подходе к организации лечебного процесса даже самые взыскательные и конфликтные пациенты остаются довольны процессом и результатом, ведь они сами были активными участниками и одним из центров принятия решения. А довольный пациент — это лучшее и самое надежное сарафанное радио.

Этот процесс будет перманентным до тех пор, пока клиника будет поддерживать самые современные и безупречные протоколы лечения, высокие стандарты качества стоматологической помощи, пока в клинике будет работать мощная и сплоченная команда единомышленников, девизом которой могла бы стать фраза: «Каждый из нас может многое, вместе мы можем **всё**!»

Тактика эффективной аргументации при обосновании пациенту комплексного плана лечения



Владимир Якуба, предприниматель, бизнес-тренер в сфере продаж и лидерства, специалист по хедхантингу, по работе с персоналом; автор книг, статей и обучающих фильмов по лидерству, продажам, преподаватель МВА, г. Сочи

<http://vladimiryakuba.ru/>

В предыдущей статье, опубликованной в № 3 (19) за 2018 г., мы подробно обсудили, как грамотно презентовать пациенту комплексный план лечения, разобрались, насколько связаны медицина и маркетинг. Нашли ответы на вопросы нужно ли врачу становиться продавцом своих услуг и как правильно разговаривать с пациентом о финансах, если предстоит сделать большой объем работы? Теперь предлагаю разобраться, как эффективно аргументировать пациенту предлагаемый комплексный план лечения.

Медицинский маркетинг

Какова основная задача любого врача? Так или иначе избавить пациента от проблем со здоровьем. А цель маркетолога? Продать продукт с выгодой для компании. Но это справедливо лишь в теории.

Представим ситуацию: человек приходит к стоматологу с жалобами на сильную боль в зубе. Дантист осматривает полость рта и обнаруживает массу других проблем, которые нужно срочно исправлять.

Как должен поступить хороший врач? Аргументированно объяснить пациенту, чем чревата его проблема, и составить комплексный план лечения. Как к этому отнесется вечно занятой, всезнающий и экономящий на своем здоровье пациент? В 90% случаев врач услышит массу возражений: дорого, долго, много, не считаю обязательным, не хочу портить здоровье таблетками... И как убедить пациента соблюдать все рекомендации?

Вот здесь-то и вступают в силу законы маркетинга. Врач выступает в роли маркетолога, который должен провести объективную оценку ситуации и аргументировать необходимость лечения, а по сути представить и продать его пациенту. Услугой является собственно план, а выгода организации заключается в том, что услуга будет реализована именно в ней. Как же обосновать пациенту необходимость комплексного лечения?

Тактика эффективной аргументации

Во-первых, важно уметь применять правильную тактику аргументирования. В целом под термином «тактика» понимают способность выбирать наиболее психологически действенные и логичные аргументы. Вот ее основные аспекты.

1. Аргументация.

Данную стадию нужно начинать без колебаний, уверенно. Самые основополагающие аргументы лучше каждый раз излагать, насколько это возможно, в новом стиле. И, само собой, при любом удобном случае!

2. Техника и ее выбор.

В зависимости от психологического состояния вашего пациента методы аргументирования могут различаться. Об этом я расскажу чуть ниже.

3. Недопустимость обострений.

Критические вопросы лучше рассматривать в начале или в самом конце обсуждения. Это поможет избежать недопониманий и конфликтов.

4. Применение двусторонней аргументации.

Эффективна в том случае, если мнение пациента противоречит вашему. Постарайтесь указать как на преимущества, так и на недостатки предлагаемого плана. Конечно, первых должно быть больше, но и о вторых стоит упомянуть: если пациент узнает о возможных минусах от вас, его доверие возрастет в разы.

5. Метод сэндвича.

Чередуйте плюсы и минусы плана. Сперва озвучьте выгоду от процедуры, затем — ее недостаток (например, стоимость) и после — вновь какой-либо плюс. Наш мозг анализирует только первую и последнюю фразу, а промежуточные воспринимает как само собой разумеющееся.

6. «Стимулирование аппетита».

Вначале описывайте текущее состояние, затем возможные негативные последствия и только потом предлагайте решение в виде комплексного плана лечения, подробно говоря обо всех его преимуществах.

7. Признание персонального мнения.

В ходе диалога постарайтесь определить позицию вашего пациента и используйте ее в аргументации. В таком случае он увидит, что на его точку зрения обратили внимание, и будет принимать ваши доводы с намного меньшим сопротивлением.

8. Выводы и обобщения.

Вы можете великолепно аргументировать, но не достичь необходимого эффекта. Чтобы этого не допустить, нужно придать словам убедительность, обобщив предлагаемые сведения и подведя итог. Ведь факты далеко не всегда говорят сами за себя!

9. Самопроверка.

Проанализируйте свою речь: нет ли в ней приемов контраргументации? Для этого подумайте над следующими вопросами:

Можно ли выявить какие-либо противоречия?

Истинны ли приведенные суждения?

Есть ли не увязанные между собой факты?

Все ли выводы верны и точны?

Только при правильном применении техники аргументирования ваши действия обречены на успех.

Методы аргументации

Во-вторых, используйте основные методы, которые можно очень эффективно применять, для того чтобы качественно аргументировать обоснование пациенту комплексного плана лечения. Расскажу о них более подробно.

1. Фундаментальный.

В его основе лежат факты, приводимые в разговоре с пациентом. Именно на них должны опираться ваши доводы. Идеально, если вы сможете привести статистику и цифровые данные, подтверждающие выдвигаемые тезисы, — так аргументация будет более убедительной и объективной.

2. Сравнение.

Правильно подобранные сравнения придадут вашей речи намного более сильное внушающее действие. Главное — проводить не сложные медицинские аналогии, а говорить о том, что хорошо известно каждому человеку.

3. Да, но...

Эффективный метод для такой ситуации, когда пациент не согласен. Последовательно дополняйте его одностороннюю картину с новой точки зрения. Данный способ позволяет максимально полно рассмотреть все варианты решения проблем.

4. Дробление на части.

Разделите свой монолог на значимые части. Что в нем точно, что сомнительно, а что явно ошибочно? Старайтесь чередовать эти куски; уверенное наступление с вашей стороны способно переубедить пациента.

5. Видимая поддержка.

Не противоречьте и не возражайте доводам пациента. Приводите свои доводы о пользе и необходимости лечения в качестве контраргумента, обязательно опираясь на факты.

Психология доверия

В-третьих, помните о том, что перед вами живой человек. Он может быть расстроен и напуган вашими историями, и ваша задача — установить с ним доверительный контакт. Это не так сложно!

1. С самой первой встречи запомните имя или имя и отчество (в зависимости от возраста и предпочтений) пациента и обращайтесь к нему только так. Известно, когда человек слышит свое имя, он испытывает положительные эмоции.

2. Забудьте об обращении «пациент» и уж тем более «больной». Не нужно лишний раз напоминать человеку о его проблемах: этим вы показываете свою некомпетентность.

3. Не сидите через стол от пациента. Особенно, если на вашем рабочем месте царит творческий беспорядок, лежит куча страшных медицинских приборов и мигает компьютер.

4. Говорите спокойно, в меру тихо, демонстрируя искреннее стремление помочь и поддержать.

5. Используйте мимику для выражения эмоций.

6. Не озвучивайте пациенту подробный план на первом приеме. Дайте ему время подготовиться.

7. Рассказывайте все максимально подробно. Ваша главная задача — забота о пациенте и его здоровье.

И в заключение хочу дать всем, и врачам, и пациентам, лишь один совет: следите за своим здоровьем. Соблюдайте предписания и рекомендации, не переносите заболевания на ногах и не недооценивайте важность регулярных профилактических осмотров. Ведь даже здоровый нищий счастливее больного короля! 

Как из команды звезд создать звездную команду, или Правило трех «В»



*Слова «команда» и «лидерство» стали маркерами новой корпоративной культуры: об этом стало модно говорить, их повторяют, как мантру, в надежде найти путь к эффективности. А нужна ли команда и, если да, как ее построить в медицинском бизнесе? Об этом мы рассуждаем с **Вячеславом Тарановым**, известным бизнес-тренером, коучем, фасилитатором из Москвы.*

www.thecarpediem.ru

— Вячеслав, в чем специфика медицинского бизнеса?

— Когда мы произносим словосочетание «медицинский бизнес», у многих врачей это вызывает отторжение. Они сразу же возражают: «Мы — врачи. Мы давали клятву Гиппократу. Наше дело — лечить людей...». Но если речь идет о частном стоматологическом бизнесе, у владельца клиники есть четкая установка — получение прибыли. Иногда это входит в противоречие с убеждениями сотрудников, иногда нет.

В любом бизнесе, взаимодействующем с клиентами, говорят о клиентоориентированности. Но при этом мы знаем, что **медицинские центры условно делятся на две категории:**

1. В первой команде дают установку: мы исходим из интересов предприятия и должны зарабатывать, продавая пациентам дополнительные услуги. Насколько они действительно необходимы пациенту, спорный вопрос — он может обойтись и без этой процедуры или услуги, но хуже от этого ему не станет.

2. Другая категория медицинских учреждений во главу угла ставит интересы пациента и не пытается раскрутить его на огромный бюджет, как делают многие клиники, предлагающие немедленно взять кредит.

Иными словами, присутствуют два абсолютно разных бизнес-подхода! Если исходить из ценностной категории, второй подход, на мой взгляд, продуктивнее, справедливее и человечнее. Он объединяет людей, для которых работа — это не просто зарабатыванием денег, а призвание.

Но оба типа клиник работают в рамках закона, и никто не наносит ущерб пациенту. Так поступают в любом бизнесе. Но! Когда продавец убеждает вас не покупать вещь, которая вам не подходит, или в ресторане официант советует не брать так много еды, потому что вы это не съедите, **я становлюсь лояльным** к этому магазину или к этому ресторану.

Задача команды — объединять людей с общими подходами и общими ценностями.

— В любом бизнесе, в том числе в медицинском, проблема заключается в том, что об общих подходах и ценностях говорят крайне редко. Поэтому возникают непонятные взаимные ожидания. Нет ясного ответа на вопросы: как это будет?

как мы будем взаимодействовать с пациентом? что является нашими истинными ценностями?

— В Массачусетском технологическом университете проводили исследования в различных компаниях, в том числе в медицинских. И выяснили, что в большинстве компаний обсуждают бизнес-планы, стратегию, операционные вещи, но только в некоторых говорят о взаимодействии в команде. Вторая группа компаний эффективнее в бизнесе, потому что там действует синергетический эффект.

Когда врач, владелец бизнеса, управляющий ставит задачу создать команду или развить командный потенциал, это может привести к большому успеху. И каждый врач, работая в команде, может сделать больше, чем отдельно взятый.

— Надо ли выращивать звезд в коллективе? Насколько они способны работать в команде? С одной стороны — команда и синергия между членами коллектива, а с другой — яркий индивидуализм. Можно ли совместить это в одной клинике?

— Все зависит от стратегии. Каждый владелец стоматологической клиники и главный врач хотел бы иметь в своем штате звездного врача, потому что в первую очередь это квалифицированный специалист.

Если вы сознательно раскручиваете какое-то имя, вы должны быть готовы к тому, что однажды он уйдет. Нужно понимать и принимать все риски. Да, мы заработаем дополнительные деньги на имени титулованного доктора, но вскоре мы будем во многом зависеть от него. Сколько продлится этот период — вопрос контракта и договоренностей.

Давайте сравним эту ситуацию с футболом или хоккеем: есть звезды, которые играют за себя, а бывает игроки, которые дают друг другу пас. Сделать из команды звезд звездную команду — одна из основных функций руководителя. Талантливый руководитель объединяет людей, великих и гениальных врачей, в общую команду для достижения общей цели.

В сотрудниках необходимо развивать профессионализм и давать им возможность развиваться. Однажды Стива Джобса спросили: «Вы учите людей. А вы не боитесь, что они всему научатся, а потом уйдут от вас?». Он ответил: «Я боюсь другого: что люди ничему не научатся и останутся».

— Всегда ли руководителю стоматологической клиники нужно создавать команду?

— Двум художникам не всегда нужно объединяться в артель. Два писателя не всегда смогут работать вместе. Если синергии нет, команду не создать. В этом случае лучше открыть 10 отдельных кабинетов и сдавать их в аренду.

На самом деле команда не всегда нужна, и не все люди способны работать вместе. При формировании команды наша задача — понять, где синергия, а где просто дружный коллектив. Это разные вещи.

Если врачи, ассистенты и администраторы по пятницам вместе поют в караоке, это замечательно, но это не имеет никакого отношения к команде.

— Как главный врач может построить команду? Как понять, что есть все предпосылки для ее создания?

— Необходимо проанализировать командное взаимодействие, понять, как врачи передают друг другу пациентов, насколько поддерживают обратную связь друг с другом.

Итак, что объединяет команду:

1. Общность целей, подходов, ценностей.

Сотрудники должны понимать задачи корпоративной культуры, знать четкие ответы на вопросы: зачем мы здесь собрались? какие у нас ценности? какие у нас подходы?

2. Ощущение принадлежности команде.

Насколько я являюсь членом команды и насколько мне это комфортно. И здесь бывают большие проблемы: например, набрали звездных врачей, но трудно быть изюминкой в ящике изюма. Ассистенты и администраторы начинают ощущать себя инородным телом. Команда отвергает тех, кто идет с ней не в ногу. Мы знаем, когда начинается процесс отторжения, поднимается температура, и в этот процесс втягиваются все. Чтобы подобное не происходило, необходимы мероприятия, в том числе неформальное общение. Люди должны научиться высказываться, больше узнавать друг о друге.

3. Взаимодополняющие навыки.

Медицина объединяет разных специалистов, каждый выполняет свою роль, но в коллективе должен быть человек, который имеет право авторитетно оценивать результат в целом и критиковать.

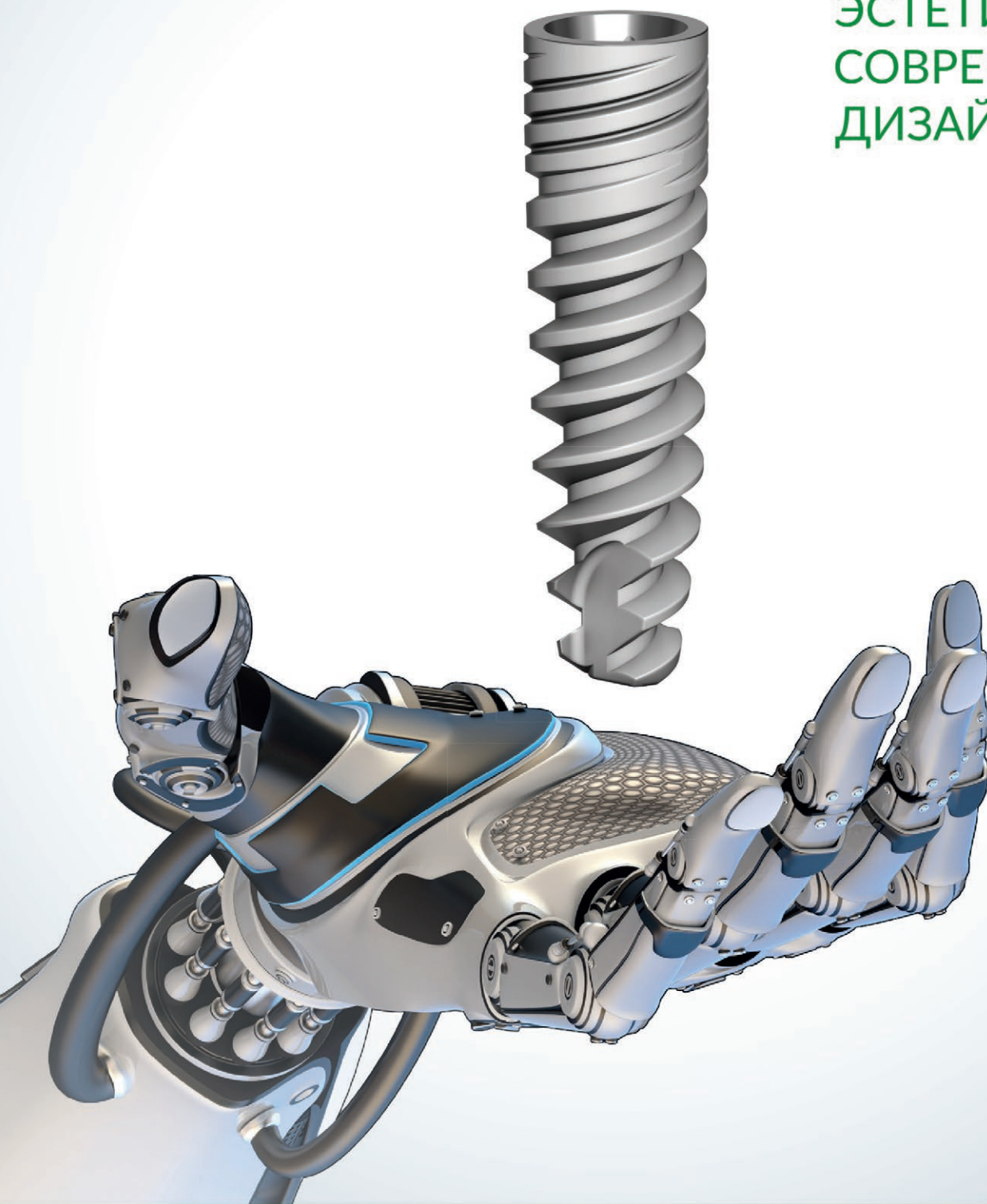
4. Общая ответственность за результат.

Врачи, как правило, являются узкими специалистами, многие их компетенции находятся на границе специализаций. И ответственность не только в том, что я хорошо делаю свою работу, но и в том, что я не имею права молчать, если вижу, что другой специалист, выполнявший манипуляцию до меня, сделал ее некачественно. Я должен дать обратную связь ему, вмешаться, привлечь администрацию, потому что все отвечают за всё!

Обязательна обратная связь с администратором, которая болтает по телефону с подружкой, не замечая, что в кресле переживает пациент, ожидающий приема. Нужно **всем** следить, есть ли вода в кулере, журналы для чтения, карандаши и раскраски, если это детский прием. **Каждый** в ответе за то, что в туалете нет зубных щеток или что в корзине закончились бахилы. Нужно видеть переполненную урну на входе в клинику. Это и есть общая ответственность за всё, что происходит в ней. Это ключевые моменты.

Мы готовы поддерживать друг друга, но при этом мы должны быть требовательны друг к другу. Мы можем

БЕЗУПРЕЧНАЯ
ЭСТЕТИКА.
СОВРЕМЕННЫЙ
ДИЗАЙН.



РЕКЛАМА

Москва

Телефон / факс: +7 (495) 783-33-10
manager@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru, www.nsella.ru



@AlphaBioTecRu



@alphabiotecru



AlphaBioTecRu

собираться и обсуждать, что не делают другие члены команды, говорить о синергии, о том, как передаем друг другу наших клиентов. Именно в этот момент пациент понимает, что мы печемся об общем деле!

— **Команда строится раз и навсегда или это процесс постоянный? Что нужно делать, для того чтобы командный дух присутствовал всегда?**

— Это постоянный труд. Для достижения эффекта нужно формировать командную корпоративную культуру. Возьмем, к примеру, экипаж воздушного лайнера. Пилоты и стюардессы все время меняются, они не работают одним постоянным составом, они приходят на борт и знакомятся за два часа до рейса. Но работают как команда, и нам, пассажирам, это очень важно.

Авиакомпания создает такую структуру, где каждый сотрудник понимает свою роль, нормы поведения и готов помочь друг другу. Никто не будет делить обязанность, кому разносить кофе или чай, что делать, если кому-то стало плохо или капризничает ребенок, они не выясняют это при пассажирах. Можно лишь заметить, как они обмениваются взглядами и понимают друг друга. Это результат большой каждодневной работы руководителя компании.

Как-то один мой знакомый, который открыл в Москве стоматологический центр, посетовал, что ему достались классные врачи, много звезд, но как коллектив они не состоялись. Я ему ответил: «Это то же самое, что жаловаться на невоспитанных детей».

Во-первых, ты сам отбираешь людей. Во-вторых, ты сам поощряешь проявление командной работы. Это как в хоккее: я ударю по воротам или дам пас (шансов забить больше).

Нужно определить, что для себя важнее: медицинский центр или успешный звездный врач. Если важна звездность, жди удара по воротам, если важнее успех всего предприятия, я передам пас (пациента).

Мы все понимаем, что у каждого пациента есть бюджет на лечение и что он конечен. И вот здесь встает дилемма: я выгребу все себе, сделав ему вины, или предложу более важные вещи, которые будет делать другой специалист. Это важно, так как каждый заинтересован в получении дохода, но если работает команда, пациенты понимают это.

Между врачами не должно быть внутренней конкуренции. Да, в здоровом коллективе такое бывает редко, все сейчас клиентоориентированы, любят пациентов, соблюдают клятву Гиппократата. Но в реальной жизни часто все по-другому.

— **На какие ключевые моменты должен обращать внимание руководитель клиники?**

— На правило трех «В».

Первая «В» — видение. Необходимо четко понимать, как будет выглядеть наша компания через какое-то время, куда мы идем и какими хотим быть,

как мы сформируем наш бренд. Да-да, не наемные маркетологи и тренд-менеджеры (их консультации, конечно же, необходимы), а в первую очередь врачи, администраторы, ассистенты, руководители определяют и формируют бренд. Потому что бренд — это не то, что написано о нас в буклете, а то, что о нас говорят наши пациенты.

Вы можете разработать с маркетологом кучу акций, мобильных приложений, уйти в диджитал-технологии, но если пациент пришел и сотрудник на входе ему не улыбается, — это один бренд. А если я захожу и ко мне обращаются по имени, — это совсем другой.

Я хожу с детьми в одну из стоматологических клиник, вижу, как с ними разговаривает врач. Он дает им в руки звуковую игрушку, когда больно, они могут сигнализировать. Он включает их любимые мультики. Поэтому когда дети спрашивают: «Папа, а когда мы еще туда пойдем?», я понимаю — это бренд.

Вторая «В» — это взаимодействие. Насколько четко идут процессы, как передается запись, не теряем ли мы что-то и где-то. Не заставляем ли делать людей лишние телодвижения? Не мучаем ли врачей лишними бумагами? Насколько мы эффективны в плане взаимодействия. Насколько ушли в диджитал? Мы пишем друг другу сообщения в мессенджерах или умеем разговаривать друг с другом?

Третья «В» — это вовлеченность. Насколько люди привержены тем ценностям, которые мы декларируем? Например, мы поставили своей целью сделать самую лучшую детскую стоматологическую клинику в нашем городе. И все вроде бы не против, все скажут да, но один подумает: «Я действительно хочу этим гордиться», а другой: «Буду рад, если у вас это получится». Не все могут быть увлечены одной идеей — это же не секта.

Если я — просто ремесленник: работаю у кресла, делаю свою работу, и меня ничего больше не волнует, — это тоже нормальный подход. Но в этом случае надо взять в аренду кабинет на одно кресло, нанять ассистентов, заплатить аренду, купить расходники и работать. Для оказания определенных услуг команда врачу-универсалу не нужна.

А если ты работаешь в команде, ты должен быть привержен общим целям и увлечен тем, что делаешь. Безразличие губит любой коллектив.

— **Что сегодня является главным преимуществом в медицинском бизнесе?**

— Сегодня мало кого удивит цейсовскими микроскопами или модными креслами — в них пациенты мало что понимают. И лечение без боли сегодня тоже не является конкурентным преимуществом — анестезия сделала огромный прорыв в стоматологической сфере.

Герман Греф говорит: прошло время конкуренции товаров и услуг, пришло время конкуренции методов управления и корпоративной культуры. Как мы



- Полностью автоматический
- Интерактивное функционирование, простота в использовании
- Встроенный режим демонстрации
- Удобный для пользователя интерфейс
- Функция ВИРТУАЛЬНЫЙ АПЕКС
- Звуковые сигналы с регулировкой громкости
- Встроенная функция самотестирования и защиты
- Автоматическое отключение
- Заряжаемый аккумулятор

Апекслокатор BINGO PRO

**Больше никаких
неопределенностей в работе**

РЕКЛАМА

Москва

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

Санкт-Петербург

 @nsella.ru  vk.com/nsella

Телефон / факс: +7 (812) 313-19-31
sp@nsella.ru www.nsella.ru

между собой взаимодействуем? Какие мы как команда? Это очень важно.

Мы вкладываем бешеные деньги в оборудование, и это необходимо. Но нельзя гордиться хорошим креслом, этим сложно конкурировать. Вопрос в другом: как нас воспринимают люди. Вопрос того имиджа, который мы выстраиваем себе, насколько вовлечены сотрудники в процесс, а может быть, им все равно.

Приведу пример: на одной улице две стоматологии с одинаковым оборудованием, расходниками, квалифицированными врачами, которые постоянно учатся. Но в одной уделяют внимание только своей специализации, а в другой учатся общаться с пациентами, развивать эмпатию, вести сложные переговоры с клиентом.

Лояльность нужно завоевывать: кроме положительного отношения к бренду, это и частота повторной покупки/визита, и нечувствительность к действиям конкурентов. Если я лоялен клинике, которая называется «Белая роза», мне все равно, что происходит в клинике «Красная роза». Даже если они мне сделают 30-процентную скидку на гигиеническую чистку зубов, я туда не пойду! Вот такая лояльность — высший пилотаж. Она определяется не оборудованием, а личными взаимоотношениями с лечащим врачом и с командой в целом.

Мне неприятно, когда я вижу текучесть кадров в клинике. Я обращаю внимание, как, уважительно или нелюбезно, говорят одни врачи о других, как обращаются с другими членами команды. Все это вызывает либо уважение, либо недоверие к клинике в целом.

— *Существует ли рецепт построения сильной команды?*

— Есть только один способ построить команду — говорить с коллективом, обсуждать на планерках не только планы лечения, но и как мы видим друг друга, как взаимодействуем. Иначе произойдет как в плохой семье: не обсуждали, молчали, а потом сложили чемоданы и разбежались.

Многие люди, которые работают в компаниях, не удовлетворены тем, что они делают, но ради денег, которые получают, готовы многое терпеть. При этом им безразлично, что делают другие врачи. Не обращая на это внимание, мы теряем синергетический эффект, а значит, теряем конкурентное преимущество.

Почему большие корпорации сегодня вкладывают деньги в командную работу? Они понимают, что эффективность зависит от того, как работает команда.

— *Как влияет субординация на построение команды?*

— Субординация команде не мешает. Вспомним слова Григория Ивановича Щедрина, капитана легендарной подводной лодки времен Великой Отечественной войны: «Победа — это результат твор-



чества, и не одного человека на корабле, а всего экипажа». Во время войны с субординацией все было в порядке, тем более на подводном флоте.

Очень много командной работы в силовых органах: в полиции, в МЧС. В условиях субординации работают пожарные расчеты, экипажи воздушного судна.

Все разговоры о специфике командной работы, конечно же, имеют право на существование, но зачастую они преувеличены. Без сомнения, в каждой сфере есть свои особенности, но есть и общая закономерность: и там, и там люди выполняют определенные задачи.

— *Есть ли какие-то маркеры, которые показывают руководителю, что в команде происходят негативные изменения?*

— Первый маркер — это конфликтная обстановка. Интриги, расследования, отвлекающие от работы разговоры, обсуждение в кулуарах, настраивание одних против других.

Второй маркер — люди не откликаются на просьбу руководителя сделать что-то еще.

И третий — текучка персонала.

Руководитель должен чувствовать общую атмосферу в коллективе, потому что деньги не мотивируют, а являются удерживающим фактором. Мотивирующий фактор — это степень свободы, это ответственность, которую я чувствую сам, это признание и уважение, которое я получаю, возможность личного и профессионального роста, возможность обучаться новым технологиям и передовым методам лечения. Когда я несу ответственность за то, что я делаю, и когда мне говорят спасибо, дают премию, дают возможность делиться опытом с другими, преподавать. Все это — мотивирующие факторы, они очень важны для людей.

Дам совет руководителю: говорите с людьми, интересуйтесь, насколько они увлечены, для этого есть определенные анонимные методы опроса, эти замеры дадут четкий ответ, есть в клинике команда или нет. 

Бизнес-мышление и развивающаяся клиника, или Почему нельзя выиграть битву за клиента?



Александр Адамчик,
тренер по управлению проектами,
консультант в области корпоративных
систем управления, консалтинговая
компания In.Praktika, г. Санкт-Петербург
Тимофей Левицкий,
консультант по управлению
(стратегия, управление персоналом,
информационные системы,
организационное развитие), бизнес-тренер,
руководитель проектов

<http://inpraktika.ru/>

Мы живем в условиях беспрецедентного изобилия. В этом есть свои плюсы и минусы. Например, явным недостатком является реклама. Навязчивое «Купи!» преследует нас на каждом сайте, на каждой странице журнала, на каждой улице. И все потому, что мы практически живем на поле битвы — поле битвы за клиента.

Уставшему потребителю в этих условиях нужно научиться фильтровать информацию, а бедному предпринимателю каким-то образом сформировать устойчивый поток клиентов. Ни тот, ни другой, как правило, не представляют, как этого достичь.

С чего начинают многие владельцы бизнеса? Они готовятся к битве. Как Рэмбо в одноименном фильме настраивает себя перед схваткой, так и предприниматели вооружаются знаниями из умных книжек и лекций гуру маркетинга. Последние в свою очередь всегда говорят об одном: главное в сражении — это внимание клиента. Если ты завладел вниманием, считай, победил. А как им завладеть? Использовать больше рекламы! Ах, если бы все было так просто! Через какое-то время приходит понимание, что объемом не взять. Это война на истощение, и в ней выигрывает тот, у кого больше ресурсов.

Тогда многие от массированных бомбардировок переходят к точечным ударам. Из здесь на сцену выходит его величество Директ. Иногда это помогает, но чаще всего ведет к удорожанию лида. Ведь чем точнее, тем дороже. Велико кладбище погибших на этом поле битвы за клиента.

Но что делать, если ресурсы ограничены, да и воевать не хочется? Тут всплывает фраза, приписываемая Джону Леннону: «Make Love, not war» («Люби, а не воюй»). Сильнее пули только чувство. Чтобы клиент пришел к тебе да не один раз, нужно, чтобы он почувствовал к тебе доверие, а лучше, как говорил CEO Microsoft Сатья Наделла, чтобы клиент полюбил твой продукт. Однажды он чисто-сердечно признался: «Цель Microsoft — заставить людей полюбить продукты и сервисы, а не просто нуждаться в них. Microsoft Windows и Office есть повсюду в мире, и многим нравится ими пользоваться, но их не любят так, как любят iPhone или MacBook».

Доверие формируется через надежность, а надежность формируется через качество. В каких случаях

вы не сможете сделать плохо? Сможете ли вы сделать плохо, если любите свое дело? Все знают выражение «Сделано с любовью». Оно как раз про те продукты или услуги, к которым хочется возвращаться. Оказывается, рецепт формирования устойчивого потока лояльных клиентов прост. В этом рецепте есть только один ингредиент — и это Любовь.

Как это работает? Любовь к своему делу и клиентам, для которых ты делаешь свой продукт, формирует высокое качество обслуживания. Качество формирует надежность. Надежность формирует доверие. Доверие через мотивацию ответной благодарности создает информационный поток. Информационный поток благодарности создает пространство внимания и генерирует поток новых клиентов и денег. Для этого не надо больших рекламных бюджетов и крутых маркетологов, нужны только искренность и открытое сердце. А еще умение ждать и верить.

Концепция «Люби, а не воюй» идеально вписывается в принцип сарафанного радио. Когда мы имеем дело с острой болью, столь привычной в мире стоматологии, фактор доверия играет ведущую роль, а доверие формируется на основе рекомендаций. Даже паблисити не так работает, как друзья и знакомые.

Существует множество способов, которые ускоряют **сарафанное радио**. Можно, например, после приема всем пациентам давать флаер: «Сделай репост нашей клиники в своей ленте “ВКонтакте” и получи 10%-ную скидку на следующее посещение», а также любые другие акции вроде «Приведи друга и получи бонус». Наконец большой объем отзывов в Интернете или на вашем сайте сформирует необходимый уровень доверия. Конечно, в жизни может случиться всякое, и часть отзывов могут оказаться негативными. Но главное, чтобы на каждый из них вы ответили, проявив внимание и заботу, независимо от реакции посетителя. А чтобы отзывы все же в своем большинстве были положительными, вам на помощь вновь придет Любовь.

Второй фактор, который омрачает будни стоматологической клиники, — это **работа с входящими обращениями**. Часто возникает проблема с высокой долей тех, кто записывается на прием, но не приходит. Одно из решений — небольшая скидка при предварительной оплате процедуры. Это позволит не только привлечь новых пациентов, но и не беспокоиться о том, что пациенты пропустят прием, поскольку он уже оплачен.

Но главный секрет сокращения «недоходов» будет, конечно же, Любовь. Если вы искренне хотите помочь клиенту, если любите его, у него появится ощущение надежности и безопасности. Чувство тревоги блокируется, и ничто больше не препятствует ему дойти до доктора.

Но вдруг возникает вопрос: **нужно ли ставить знак равенства между «любить» и «уступать»?** Или можно ли любить клиента, но при этом продолжать отстаивать свои интересы?

Этот вопрос имеет большее значение, чем кажется на первый взгляд. Собственник может оказаться в пренеприятной ситуации, когда он просит своих сотрудников любить посетителей, а они воспринимают это буквально. Всякий раз идут на поводу любых прихотей и капризов последних, даже когда посетитель говорит: «Я не буду подписывать никакие договоры» или «Я не буду оплачивать прием, потому что я недоволен результатом. Мне не нравится та коронка, которую вы изготовили. Это же некрасиво!». Они уступают во всем во имя клиентоориентированности, сдают все переговорные позиции, а компания перестает зарабатывать деньги вообще. В итоге от такой большой любви собственник может обанкротиться. И как тогда быть?

Любить клиента во всем — это своеобразная концептуальная рамка, которая не должна нарушать основные процессы бизнеса, в том числе получение прибыли. В клинике должны быть выработаны конкретные механизмы и инструкции, поддерживающие людей, которые работают с клиентами и должны с них брать деньги. Одно из них — **подробное информирование клиента**.

В стоматологическом бизнесе оно особенно эффективно при решении многочисленных проблем. Мы любим клиента, поэтому предупреждаем обо всех рисках, которые могут негативно повлиять на его впечатление от будущего результата. Пациент и доктор вместе должны хорошо понимать конечный результат. Например, перед установкой брекетов стоит предупредить клиента о том, что ему будет в разы сложнее поддерживать гигиену полости рта, а это увеличит вероятность возникновения кариеса и т.д.

Кроме того, **подробное информирование** повышает уровень доверия клиента — он видит, что о нем заботятся, дают полную информацию, ничего не утаивают в корыстных целях. Это важно не только с эмоциональной точки зрения, но и с материальной: если вы сформировали определенные ожидания и что-то происходит в соответствии с ними, шанс, что кто-то откажется платить за услугу, резко снижается. Кстати, как результат, претензий к качеству стоматологического лечения тоже станет меньше.

Итак, почему нельзя выиграть битву за клиента? Потому что даже если эта битва и существует, она больше похожа на игру в поддавки. Хотите выиграть — выставляйте белый флаг. Не покоряйте их, а сами покоритесь им.

В этом весь секрет: научиться любить каждого клиента и не думать о деньгах во время обслуживания. Если вы сумели этого добиться, будет и то, и другое. 

3 важных условия для привлечения первого клиента



Юрий Судаков, маркетолог компании
In.Praktika, г. Санкт-Петербург
<http://inpraktika.ru/>

Привлечение первых клиентов — сложный процесс, потому что каждый посетитель, который приходит к вам впервые, в потенциале вернется еще не раз. Казалось бы, это очень удобно и выгодно, если бы только привлечение клиента в первый раз не стоило так дорого. Другая сложность — непонятно, какую именно рекламу использовать, с чего начать, какой бюджет закладывать и т.д. Учитывая, как много различных рекламных каналов сегодня существует, понятна растерянность владельцев стоматологических клиник, когда перед ними становится задача создать с нуля или расширить свою клиентскую базу.

Есть три наиважнейших элемента, которые необходимо учитывать, чтобы достигнуть максимального эффекта от маркетинга. В отличие от устоявшегося мнения, выбор рекламного канала занимает в нем далеко не первое место. Так происходит из-за того, что реклама — это лишь способ донесения некоего сообщения до потенциального клиента, а ее результативность непосредственно будет зависеть от содержания. Даже самый эффективный канал не сработает, если вы не выразили ясно и интересно ответ на ключевой вопрос «Почему я должен к вам прийти? Чем вы лучше других?». Ваше сообщение должно отразить ценность, которую клиент получит, придя к вам в первый раз.

Именно поэтому **первое условие для привлечения клиента** — это содержание. Большинство усилий надо потратить именно на то, чтобы придумать уникальный, качественно проработанный и выверенный в соответствии с целевой аудиторией ценностный посыл.

Может быть, для человека будет крайне выгодно прийти к вам — он получит бесплатную услугу или вы пообещаете ему решить старую проблему. В этом случае мы можем использовать зарекомендовавшие себя тактики: акции, скидки, специальные предложения, бонусы и бесплатные опции. Спектр самих услуг тоже ничем не ограничивается: можно осмотреть старую пломбу, отбелить зубы, пройти профилактический визит у стоматолога и т.д.

Как проверить, что вы успешно справились с этим этапом? Ваш ответ не должен вызывать у людей дополнительных вопросов. Иными словами, если вы скажете любому человеку на улице, например, приходите к нам — у нас бесплатное обследование, он без труда поймет вашу ценность и согласится.

Следующий вопрос, который мы должны тщательно рассмотреть, прежде чем начать активно зазывать клиентов, — это **стратегия того, как мы будем мотивировать их вернуться**.

Для нас это стратегически важная задача, потому что стоимость привлечения клиента в первый раз будет достаточно большой — несколько тысяч рублей, в то время как средний чек визита, скорее всего, будет ниже этой суммы. Если вы не уверены, что клиент к вам придет во второй раз, его привлечение — это деньги на ветер. Именно поэтому этот элемент является самым главным во всей кампании — ради него весь маркетинг и затевается. Если задача по возвращению клиента не решена, заниматься привлечением новых клиентов не имеет смысла.

Допустим, благодаря определенному рекламному каналу к нам пришли 50 новых клиентов. Они воспользовались какой-то акцией, получили услугу, заплатили за нее, собственник вложил в рекламный бюджет, но если эти 50 человек не вернуться, это все обернется слухами о плохой репутации клиники.

Мало того, что люди воспользуются акцией, они потом расскажут своим родственникам и соседям, почему ходили именно в вашу клинику и почему больше не хотят туда ходить. Поэтому всегда начинайте свою деятельность с проверки того, возвращаются клиенты или нет.

И только, после того как мы разобрались с этими двумя элементами: составили несколько предложений и убедились, что клиенты довольны и возвращаются, — мы можем непосредственно приступать к **поиску подходящих каналов рекламирования**.

Прежде чем бежать в соцсети и поисковики, попробуйте возможности, которые вам предлагает офлайн-среда.

Реклама клиники — это история с географией; ее расположение в большей степени влияет на решение людей прийти к вам в первый раз. Когда человек уже полюбил какую-то клинику, ему все равно, как далеко она от дома, — он готов в нее ехать. Но когда речь идет о первом визите, очень важно, чтобы прийти посетителю было не слишком сложно.

Или ценность предложения, которое клиника предлагает, должна перевешивать негатив и сложность, связанные со временем, проведенным в дороге до нее. Но в общем смысле гораздо легче привлечь в вашу стоматологию человека, который живет на соседней улице, чем человека с другого конца города.

Итак, теперь мы **можем составить список различных рекламных каналов и начать их тестировать**.

На данный момент самыми популярным офлайн-каналом являются всем известные **флаеры**. Они гарантируют получение той ценности, которую вы придумали на первой стадии — скидку или бонус. Чтобы флаеры не превратились в макулатуру, а ваш призыв к действию дошел до аудитории, можно пойти на ряд хитростей. Одна из них — приложить к флаеру пластинку жвачки. Ее легко найти в любом магазине, стоимость затрат будет невелика, а привлекательность вашей акции возрастет в разы.

Например, если вы на улице даете флаер с подарком маме с ребенком, скорее всего она его возьмет, чтобы отдать жвачку ребенку, а после, в благодарность, внимательно прочтает, что на нем написано. Естественно, нужно контролировать, чтобы люди, раздающие флаеры, не забрали все жвачки себе.

Другой способ — **распространить ваши рекламные сообщения по почтовым ящикам**.

Но опять же важно проявить креативность, чтобы письма и листовки автоматически не отправились в увлекательно путешествие по мусоропроводу. В последнее время появился новый тренд оставлять белые конверты, внутрь которых помещают письмо или листовку с приглашением, а также карту с указа-

нием пути до клиники от конкретного дома. То, что конверт не имеет опознавательных знаков, порождает любопытство у получателя, поэтому он более склонен к тому, чтобы открыть его и внимательно прочесть содержимое. Статистика показывает хорошую открываемость таких писем. При правильно составленном послании доходимость этих писем до потенциальных клиентов значительно выше, чем если вы просто раскидаете флаеры по почтовым ящикам.

Несмотря на высокую привлекательность офлайна, не стоит забывать про **возможности Интернета**.

Контекстная реклама тоже может сработать, особенно если вы правильно настроили ваш таргетинг (вновь уделите особое внимание географической локации). Самыми популярными онлайн-каналами являются контекстная реклама в социальных сетях и поисковых системах (Яндекс, Google).

Независимо от того, какой канал вы выбрали, нужно вести статистику его эффективности. Внутри каждого канала вы рассчитываете, сколько будет стоить создание рекламы, какой потребуется бюджет, какую версию вашего предложения будете продвигать. После этого каждый канал тестируется отдельно или одновременно. На помощь в этом вам придет анкетирование клиентов с включением вопроса «Откуда вы узнали о нас?».

Важно понимать, когда вы запускаете рекламу сразу в нескольких местах, в вашей статистике появится погрешность. Например, человек сначала получил флаер на улице, потом заметил контекстную рекламу в Интернете и после этого решил, что должен к вам прийти. При этом вы отметите его как пришедшего по социальным сетям, хотя на самом деле первым он отметил флаер.

Не рассчитывайте, что ваши рекламные кампании будут отбиваться с первого клиента. Зачастую это только ограничивает вас в принятии решений. Расчет должен строиться на том, что ваши рекламные затраты окупятся на втором или даже на третьем визите этого человека.

Вывод

Итак, как выглядит алгоритм ваших действий по привлечению первых клиентов?

Во-первых, составьте призыв к действию и обеспечьте условия, чтобы люди хотели к вам вернуться.

Выберите рекламные каналы, предварительно написав как можно больше приемлемых для создания рекламы.

Оцените предварительный бюджет и начинайте их тестировать.

Обязательно измеряйте результативность каждого канала.

Через несколько месяцев работы можно подвести итог, какой результат дала ваша реклама. Те каналы, которые хорошо работают, нужно расширять, остальные закрыть, а дальше уже вести полноценную работу по улучшению или по добавлению новых рекламных возможностей. 

Опыт автоматизации записи на прием без потери времени и денег клиники. Эффективное управление временем на примере клиники «МедиЛайн»



Александр Шиманский,
соучредитель стоматологической клиники
«МедиЛайн»,
основатель digital-агентства «PRO100»,
г. Ульяновск

shimansky@bk.ru
pro100agency.ru

Один из самых ценных ресурсов в бизнесе — это время. И, конечно же, деньги. Эти аспекты взаимосвязаны. Если научиться правильно управлять временем, можно существенно повысить окупаемость стоматологии.

Особенность стоматологического бизнеса заключается в том, что регулярно приходится работать с большим потоком пациентов. Точнее грамотно рулить процессом записи на прием и оптимально составлять расписание. А это возможно лишь в том случае, если администратору известна продолжительность каждой процедуры.

Можно ли выстроить систему посещений пациентов так, чтобы ни одно из них не пересекалось с другим? И есть ли формула, которая позволяет точно рассчитать длительность приема? Единой формулы нет. Но есть определенные программы, в которых заложено множество формул, и они помогают расставить все по местам в вашей стоматологии.

Основные проблемы при работе с расписанием

В стоматологии есть два типа приемов: консультативный и лечебный. Если с расчетом времени на консультацию все более-менее прозрачно и адекватно оценить временные затраты можно, то с лечебным процессом ситуация сложнее.

Какие подводные камни здесь встречаются?

- Администратор записал пациента и запланировал его визит на 20 минут, а может оказаться, что врачу для работы нужно 1,5 часа. Следующий пациент уже на подходе, и в результате мы получаем конфликт.
- Пациента записали с большим запасом, зарезервировав 2 часа, но через 15 минут он уже вышел из кабинета. Чем будет занят врач оставшееся время? Получаем потерю денег.

В общем, всегда есть риск неэффективно спланировать работу персонала, и это большая проблема.

Для решения проблемы необходимо замерить фактическую продолжительность каждой реальной услуги. Записывая пациента, администратор уже должен владеть информацией о том, какие процедуры понадобятся и сколько времени займет каждая из них.

Чем определяется время лечебного приема?

Во-первых, характером услуги. Если на лечение обычного кариеса уходит от 40 до 50 минут, то один из этапов протезирования может занимать целых 2 часа. И сразу становятся понятны дальнейшие действия: необходимо вычислить примерное время, затрачиваемое на каждую процедуру.

Во-вторых, личными навыками врача. У докторов разный опыт и темп работы, поэтому время лечения у них может отличаться. Это тоже нужно учитывать и фиксировать.

Пошаговый механизм оптимизации времени

Шаг 1. Собираем статистику

Все лечебные карты у нас переведены в цифровой формат. Причем пациент заполняет анкету на планшете, после чего сразу же автоматически распечатывается согласие на медицинское вмешательство. Почему это удобно? Не нужно тратить время на поиски карты, все находится в компьютере — доступность за пару кликов.

Удобно, что для ведения карты врачом в системе есть определенные шаблоны. Если случай пациента стандартный, карта заполняется всего за 15 секунд.

Чтобы максимально точно замерять время приема, у нас есть специальный инструмент: небольшие пластиковые карты со штрихкодом — «бегунок». Карта закрепляется за пациентом, как только он пришел в клинику, т.е. пластиковая карта привязывается к его лечебной карте на то время, пока он находится в стенах стоматологии. «Бегунок» перемещается по клинике вместе с пациентом — менеджер передает карту ассистенту врача.

Что нам это дает? Мы всегда знаем, в каком кабинете находится наш пациент. Самое главное, что параллельно замеряется время приема.

Когда пациент заходит в кабинет, ассистент сразу сканирует «бегунок», т.е. фиксирует время. И врач тут же получает всю информацию о пациенте: текущее состояние, какие процедуры были проведены и какие предстоят.

Шаг 2. Управление хаосом

На первом приеме после консультации и диагностики врач составляет план лечения: перечень процедур с указанием времени. Благодаря тому, что все сотрудники клиники находятся в едином информационном пространстве, менеджер сразу получает готовый детальный план от врача.

Заранее расписанный ход лечения позволяет менеджеру:

- Подобрать удобное время приема для пациента, причем сделать это грамотно, с учетом занятости врача и обеспечив полную загрузку пациентами на весь рабочий день.
- Самостоятельно спланировать график посещений, не отвлекая врача от работы вопросами, сколько займет времени та или иная процедура.
- Действовать максимально мобильно, т.е. время приема сразу согласовывается с пациентом, менеджер видит всю картину по загруженности врача и риск наложения одного посещения на другое полностью исключается.

Оценка эффективности врачей

Существует два похожих термина — «продуктивность» и «эффективность». Но все же между ними есть разница. Ваш доктор может продуктивно работать в течение дня: провести ряд сложных операций или принять достаточно много пациентов. Это будет продуктивно. Но потом оказывается, что многие пациенты этого врача возвращаются с осложнениями. Хорошо ли это для клиники? Конечно же, нет. Это неэффективно!



Важно, не только организовать стабильный приток пациентов, но и контролировать качество проделанной работы. Эффективность в стоматологии — это достижение успешного результата с наименьшими затратами времени и усилий.

Как отследить показатель эффективности каждого врача? И в этом помогает автоматизация процессов. Система формирует отчет о работе врача, в котором отражается:

- как быстро он справляется со своей задачей;
- успешно ли завершается лечение;
- сколько у него постоянных пациентов;
- количество пациентов, которые после консультации приходят на лечение.

Таким образом, легко обнаружить проблемы, которые препятствуют повышению прибыли клиники, и своевременно принять меры.

Выигрываем время

Вся информация о текущих приемах формируется в виде интерактивной таблицы. Как только доктор освобождается, система сигнализирует об этом администратору. Появляется возможность провести «быструю продажу» и занять время.

Это тоже полезная функция, в том числе для коммуникации между врачами. Например, имплантолог может пригласить освободившегося ортопеда для совместной консультации.

Какие плюсы получает клиника после оптимизации всех процессов?

- Рабочее время каждого врача расписано на весь день — обеспечена полная загрузка. Даже если пациент не пришел или доктор освободился раньше, администратор всегда может оперативно найти пациента.
- У каждого сотрудника есть простой и понятный алгоритм, которому ему нужно следовать. Мы постарались свести человеческий фактор к минимуму, чтобы даже в суеде насыщенного рабочего дня администратор ничего не пропустил — система напоминает о дополнительном обзвоне пациентов.
- Деятельность всех сотрудников организована максимально эффективно, что позволяет клинике увеличивать свою прибыль и минимизировать риск денежных потерь. 

Новогодние стоматологические зарисовки

Вот и наступает любимая с детства пора ожидания самого семейного праздника — Нового года. И хотя по восточному календарю год Кабана наступит лишь в феврале, мы заранее интересуемся символом грядущего года. Какие зубы покажет нам Желтая Земляная Свинья или Кабан в наступающем 2019-м? Чем отличилось в стоматологическом смысле это привычное домашнее животное?

Отношение к свиньям и кабанам у разных народов было неоднозначным — от признания полной никчемности и присваивания ярлыка «грязного животного» до обожествления и последующего возведения в ранг очаровательного соседа человека.

В мифологии разных народов свинья являлась символом надежности, основательности. Жители индонезийских островов полагали, что земля покоится на громадной свинье, которая иногда движется, что и влечет за собой землетрясения и прочие бедствия. Желтый цвет сближает животное года с огненной стихией. Недаром в русском языке бытовала загадка про огонь: «Дрожит свинка, острая щетинка».

А теперь посмотрим на представителей наступающего года с точки зрения стоматологов.

Количеством зубов свинья опережает человека, но это только в начале жизни. Затем из 44 зубов (их составляют острые резцы, длинные клыки, премоляры, нижние и верхние моляры) остается все меньше... Зубы у свиней короткокоронковые, с бугорчатой трущейся поверхностью.

Зубная боль сопровождает бедных свинок в той же степени, что и человека. Стоматит знаком этим очаровательным обладателям розовых пятчиков, и причин тому немало.

Нередко свиньи скрипят зубами; довольно часто это свидетельствует о проблемах с пищеварительной системой животного. Часто для борьбы с подобной напастью зубы свиньям попросту вырывают.

Сегодня появляется все больше счастливых обладателей мини-пигов, ставших домашними питомцами для многих тысяч жителей нашей планеты. В то же время традиционные взгляды на свиней сохраняются: как и встарь, свиньи составляют значительную часть продовольственной программы многих стран.

Для коренных жителей Новой Гвинеи свиньи являются единственными домашними животными.

Особенно ценятся хрюкающие четвероногие с завышающимися клыками. Для этого у поросят удаляют верхние зубы, и со временем нижние клыки начинают расти и загигаться. Впоследствии они идут на украшения, подтверждая высокий статус их владельца.

Мифологические сюжеты дали основания для создания различных оберегов, символов, рецептов, связанных со свиньями. Так, в грузинских жилищах была традиция вешать зубы свиньи на аквани, деревянную люльку, — это служило защитой от темных сил.

Есть и шокирующий совет, истоки которого, судя по всему, идут из традиционной практики: для профилактики заболеваний зубов и их укрепления советовали принимать муку из зубов свиньи...

Наши предки были уверены, что зубная боль не обходит стороной животный мир, потому-то в ходу были заговоры, которые отводили зубную боль от человека и направляли ее на неповинное животное, в том числе на свинью.

Вот примеры таких заговоров:

«Марфа, Мария и Пелагея, три сестры Лазаревы, подите к своему брату Лазарю, спросите у своего брата Лазаря: “Не болят ли у тебя зубы? Не ломают ли у тебя кости?” “Нет, сестрицы! Не болят у меня зубы, не ломают у меня кости”.

Заговариваю я раба, имярек, чтобы у него не болели кости, не ломили зубы, по сей час, по сей день, по всю жизнь.

Чуда водяной! Возьми зуб ломовой у раба, имярек. Не болят у раба такого-то зубы; болят зубы у кошки, у собаки, у лисицы, у волка, у зайца, у кролика, у быка, у коровы, у свиньи, у лошади, у козла, у барана, у овцы, по вся дни, по все часы, по всю их жизнь, злым мученьем и сокрушеньем».

К счастью, современная стоматология предоставляет такой широкий спектр методик лечения и профилактики заболеваний полости рта, что подобные заговоры нашим пациентам вряд ли им пригодятся, а знать их просто любопытно...

Материал подготовил Дмитрий Журавлев, кандидат исторических наук, заместитель директора Военно-медицинского музея, руководитель Клуба любителей истории медицины «Хроники. Истории про врачей, пациентов, фармацию и медицинскую науку», г. Санкт-Петербург
<http://hroniki.org>



MEDICAL

consulting group

Сертификат

подтверждает право

Ф.И.О.

посетить в 2018-2019 году теоретический семинар
Медикал Консалтинг Групп

со скидкой 10%

Условия:

обязательным условием предоставления скидки является наличие данного сертификата и предварительная запись!

Для того, чтобы воспользоваться данным сертификатом:

- о Выбираете интересующий семинар на сайте www.medical-cg.ru.
- о Консультируетесь с нашими менеджерами о наличии мест, предупреждаете о наличии сертификата из журнала Dental Club.
- о Предъявляете менеджеру ваш сертификат и получаете скидку!
- о Скидка предоставляется единоразово на один теоретический семинар при наличии мест.
- о Срок действия сертификата до 31.12.2019 г.

Наши контакты: телефон/факс: +7 (495) 775-82-25, моб. телефон: +7 (910) 442-07-94,
e-mail: info@medical-cg.ru, www.medical-cg.ru



Как повысить уровень здравоохранения в России? Просто: пусть выпускники медакадемий первые 3 года лечат своих преподавателей.

Опечатка на плакате при входе в городскую поликлинику: «Само лечение опасно для вашего здоровья!».

— Доктор, я только что узнал: меня будет оперировать практикант Сидоров.

— Да, операция завтра.

— Так ведь зарежет!

— А мы ему двоечку поставим.

В России доступно два вида бесплатной медицинской помощи: целебное голодание и уринотерапия.

Акция в поликлинике: пройдите без бахил и получите от охранника направление к стоматологу без очереди.

Наркоз дают, чтобы во время операции больные не дрались с хирургами.

Врач советует больному:

— Я считаю, что вам все-таки стоит согласиться на операцию.

— Никогда! Лучше умереть!

— Ну, так одно другому не мешает...

Врач осматривает пострадавшего:

— Так, кости все на месте. Разве что порядок другой...

На музыкальном конкурсе в медицинском институте.

Песню «Лучше нету того свету» представила кафедра патологической анатомии.

Песню «Вон кто-то с горочки спустился» представила кафедра травматологии и ортопедии.

Песню «Тихо сам с собою я веду беседу» представила кафедра психиатрии.

Песню «Я тобой переболею, ненаглядный мой» представила кафедра кожных и венерических заболеваний.

Песню «Мне бы только забежать за поворот» представила кафедра урологии.

Песню «Сладку ягоду рвали вместе, горьку ягоду я одна» представила кафедра акушерства и гинекологии.

Песню «Кто ни разу не был в дупле» из фильма «День выборов» представил стоматологический факультет.

— Здесь у вас будет мост... И здесь будет мост. И тут, думаю, тоже... Как в Венеции!

Что делают люди, когда врач говорит, что им осталось жить 2 недели? Американцы закрывают свой бизнес, французы без остановки занимаются любовью, русские все пропивают, а евреи... идут к другому врачу.

— Спасибо, доктор, что вы вылечили меня от мании величия. Теперь я человек совершенно непревзойденной, фантастической, можно сказать, феноменальной скромности.

— Я превращу твою жизнь в ад! Я отниму все, что ты любишь!

— Да-да, мне рассказывали, что вы — хороший диетолог.



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

DENTALEXPO®

**11-13
ФЕВРАЛЯ
2019**



16-й Всероссийский стоматологический форум и выставка-ярмарка

ДЕНТАЛ-РЕВЮ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. НАУКА. ПРАКТИКА

Москва

МВЦ «Крокус Экспо»
павильон 2, зал 6

На правах рекламы, 6+



Оргкомитет
конференции:

☎ 8-926-996-34-95
@ Адрес для отправки
работ для публикации:
Klinskaya@inbox.ru
www.msmsu.ru

Оргкомитет
выставки:

☎ (+7 499) 707-23-07
@ info@dental-expo.com
www.dental-expo.com



Дорогие друзья!
Примите наши искренние поздравления
с Новым 2019-м годом!

*Мы желаем вам в новом году крепкого здоровья,
успехов, благополучия, удивительных встреч
и счастливых событий. Пусть новый год принесет
только приятные эмоции и радость каждого дня!*

*Пусть сбудутся все желания и будут
реализованы все планы!*

*И пускай 2019 год станет для вас по-настоящему
особенным! Удачного Нового года!*



*С наилучшими пожеланиями,
коллектив компании «Н.Селла»*