

# DENTAL

*Club*

№4 (16) 2017 г.

**Эффективная профилактика  
периимплантита**

**Экстренная ситуация  
у пациента**

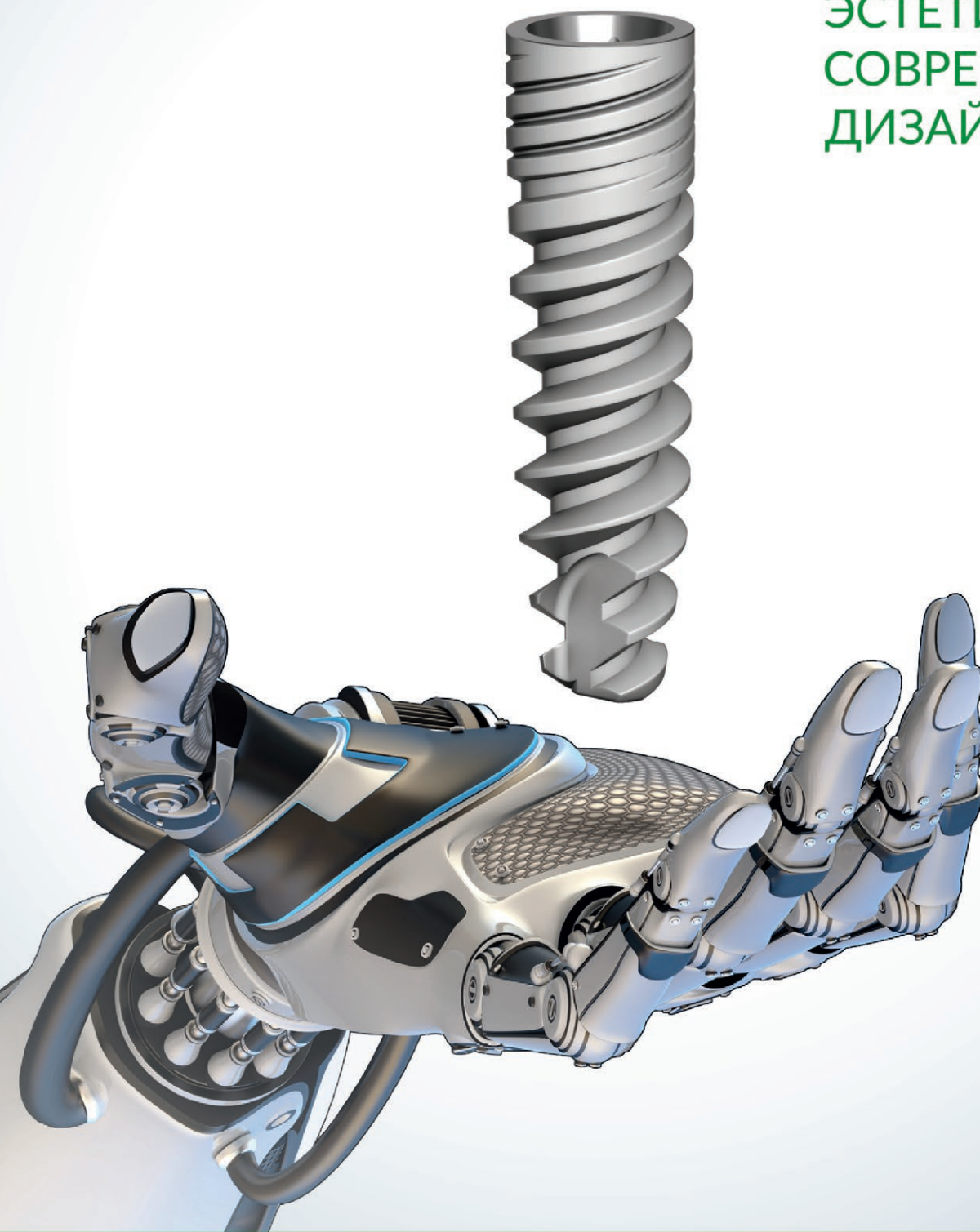
**ANTI-AGE стоматология**

**Павел Яковлев:**

**«В бизнесе, как и в жизни,  
важно делать добро...»**



БЕЗУПРЕЧНАЯ  
ЭСТЕТИКА.  
СОВРЕМЕННЫЙ  
ДИЗАЙН.



РЕКЛАМА

Москва

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

Санкт-Петербург

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

@AlphaBioTecRu





**NSK**



РЕКЛАМА

CREATE IT. \*


\*СОЗДАВАЙ ЭТО.

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.nsellaspb.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella





# 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 цветное покрытие (полученное методом анодирования)

---

Официальный эксклюзивный дистрибьютор в Северо-Западном федеральном округе компания Н.Селла  
Россия, 195197, г. Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 15, корп. 2, лит. 3, оф. 307. Тел./факс: +7 (812) 31-31-9-31



**5 Акцент** • От редактора журнала

## **6 Теория & Практика**

Клинические исследования, презентации, научные статьи

### **6 РАМИ БАЛАБАНОВСКИЙ**

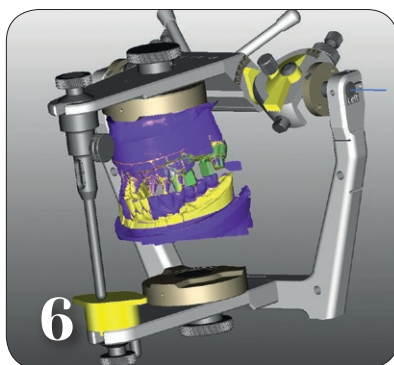
**Нюансы переноса параметров ортопедических конструкций при использовании методики перекрестного моделирования**

### **14 ДМИТРИЙ КРИМЕР**

**Некоторые аспекты изготовления литых культевых штифтовых вкладок**

### **16 МИХАИЛ ЧАЙКА, ЗИЛИЯ ЧАЙКА**

**Клинический опыт ампутации корня с последующим ортопедическим лечением: отдаленные результаты лечения**



### **20 КЛАУС УДО ФРИТЦМАЙЕР**

**Успешная профилактика периимплантита**

### **24 АЛЕКСАНДР ПАВЛОВ**

**Бинокюляры. Начинаем работать с увеличением**

### **28 ФИРУЗА МУСТАФИНА**

**Современные технологии: Anti-age-стоматология**

### **32 АЛЕКСАНДР САВИЦКИЙ**

**Дефибриллятор в стоматологической клинике. To be, or not to be?**

### **38 Де-юре** • Юридические консультации

### **38 ЕКАТЕРИНА САЛЫГИНА**

**Острая боль, экстренная ситуация у пациента: как вести себя врачу-стоматологу**

### **42 Лицо с обложки** •

### **42 ПАВЕЛ ЯКОВЛЕВ**

**«В бизнесе, как и в жизни, важно делать добро...»**

**Журнал Dental Club №4 (16) 2017**

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:  
Вероника АКИНФИЕВА, к.м.н.  
Татьяна НИКОЛЬСКАЯ, к.м.н.  
Елена ЛИПАТОВА  
Антонина ГЕЦМАН  
Алексей ЛЮТОВ  
Корректора: 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 № 2884  
Подписано в печать: 08.12.2017  
Тираж 7000 экз.  
Свободная цена.  
Для лиц старше 18 лет

На обложке: Павел Яковлев, владелец сети клиник «Прайм-стоматология», г. Рязань  
Автор фото: Сергей Левитин





**50** Клуб эффективных менеджеров •

**50** ТАТЬЯНА НИКОЛЬСКАЯ  
Эффективные менеджеры в стоматологии:  
встреча 11-я

**58** Люди & бизнес • Знаем как

**58** ИЛЬЯ ЗЛОТНИКОВ  
Антикризисные коммуникации, или Что делать,  
если в клинику нагрянул журналист

**62** КОНСТАНТИН МИЩЕНКО

Клиника от эскиза на салфетке... Сюжет второй: документальное оформление

**66** МАРИЯ ПОНОМАРЕНКО

Эффективный подбор персонала в стоматологическую клинику: где и как  
искать? Вторая часть

**70** Психология управления •

**70** ЕЛЕНА ОНЕГИНА

Почему мы горим на работе?

**74** ОЛЕСЯ ЛИСЕВСКАЯ

Эффективные техники противостояния стрессу на стоматологическом приеме

**80** Активность •

**80** АНТОНИНА ГЕЦМАН

Сантьяго. Международное погружение в детскую стоматологию

**84** Мир увлечений •

**84** ВЕРОНИКА АКИНФIEВА

Творчество рождает творца, или  
Самый простой путь к счастью

**88** Артефакты •

**88** ДМИТРИЙ ЖУРАВЛЕВ

Военные стоматологи на службе  
Российской империи: три столетия  
истории

(Часть 2. Стоматологи на фронтах Первой мировой войны)



**92** Стоматологические байки

# DENTAL *Club*

## Человек меняет пространство

На очередной Неделе Интернета в Москве одна из российских компаний представила любопытный проект в сфере технологий дополненной реальности. Выглядит это фантастически!

По задумке авторов, новая платформа X позволяет людям, находящимся в разных точках земного шара, «собраться вместе» и увидеть происходящее в 3D-реальности.

К примеру, студент мединститута надевает специальные очки и может «присутствовать» в любой операционной мира: следить за манипуляциями работающего хирурга через его очки, или виртуально учиться на лекции в любом университете.

Благодаря платформе можно собрать международный консилиум, чтобы обсудить сложный клинический случай, одновременно осматривая пациента, при этом перед участниками возникает его абсолютно точная цифровая копия...

Время меняется, ставит перед нами новые вызовы, и для их решения требуются новые подходы и иной образ мышления. Кто эти люди, способные созидать новую реальность?

Человек, который меняет пространство вокруг себя, всегда интересен окружающим, — он вдохновляет их своим энтузиазмом, уверенностью, давая понять, что каждый может последовать за ним.

Созидатели способны находить выход из любой ситуации — они обладают невероятной энергией и способны реализовывать задуманное на пределе своих возможностей.

Еще одной отличительной чертой людей, меняющих пространство, является их умение жить не мечтой, а делом. В эпоху перемен это качество просто необходимо, ибо идеи не превращаются в практические решения сами по себе — это делают люди. И таких людей вокруг нас очень много!

Все мы видели сюжеты кинофильмов, где главные герои спасают мир. Почему же с древнеримских мифов о Геракле эти сюжеты вызывают огромный интерес? Потому что в глубине души мы все хотим именно этого: изменять мир.

Каждый из нас живет в уникальной реальности и каждый из нас может взять на себя ответственность хотя бы за свой мир. *re*



Главный редактор **Елена Горчакова**,  
член Союза журналистов России  
[gorchakova-elena@inbox.ru](mailto:gorchakova-elena@inbox.ru)





3. Модели временных реставраций обеих челюстей.  
4. Рабочие модели обеих челюстей (рис. 3).

**Рассмотрим данную задачу на примере двух комплексных планов лечения.**

**В первом случае** пациентка обратилась с просьбой восстановить эстетику и функцию, по возможности сохранив все зубы (рис. 4, 5).

Клинико-рентгенологическое обследование проводили на 8 уровнях.

Первые четыре: уровень зуба, зубной дуги, уровень прикуса и уровень пародонта (рис. 6).

Вторые четыре уровня затрагивают геометрический анализ эстетики:

- уровень лица в фас и в профиль;
- уровень соотношения зубов и губ в покое, при разговоре и улыбке, включая фонетический анализ (рис. 7);
- уровни геометрии зуба и десневых контуров.

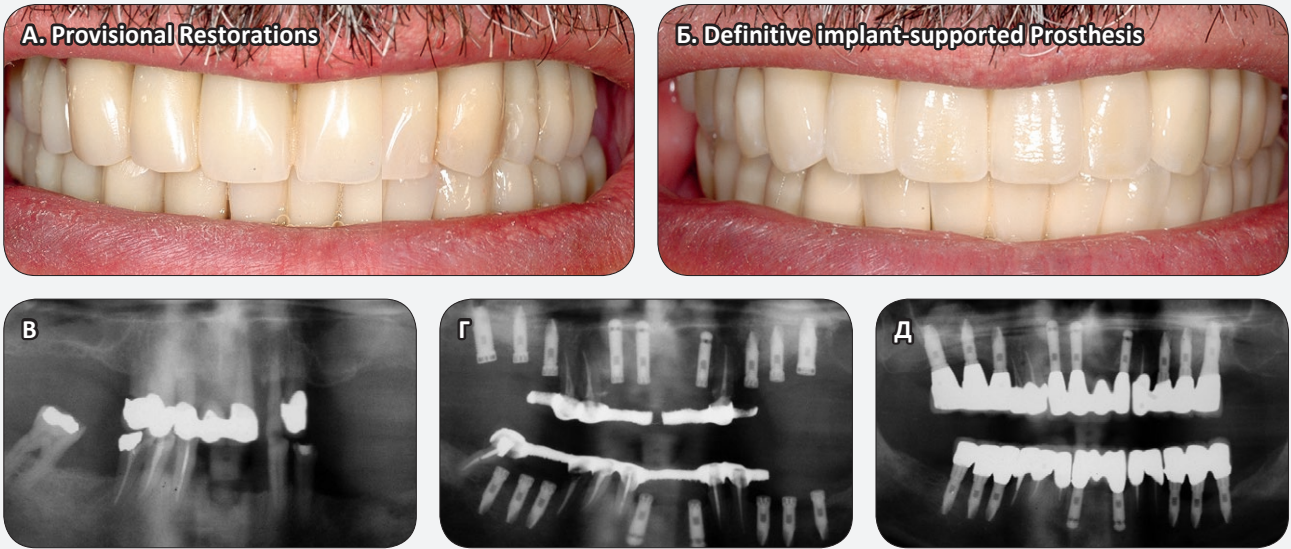


Рис. 1

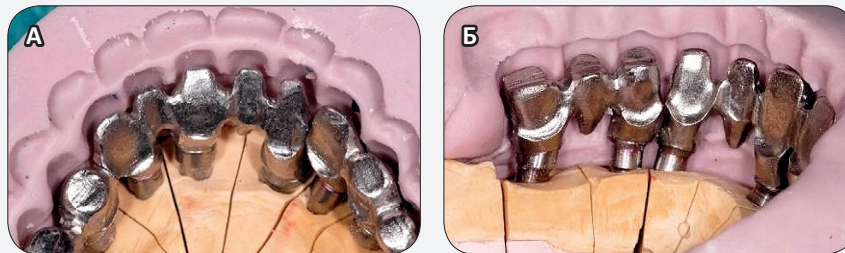


Рис. 2

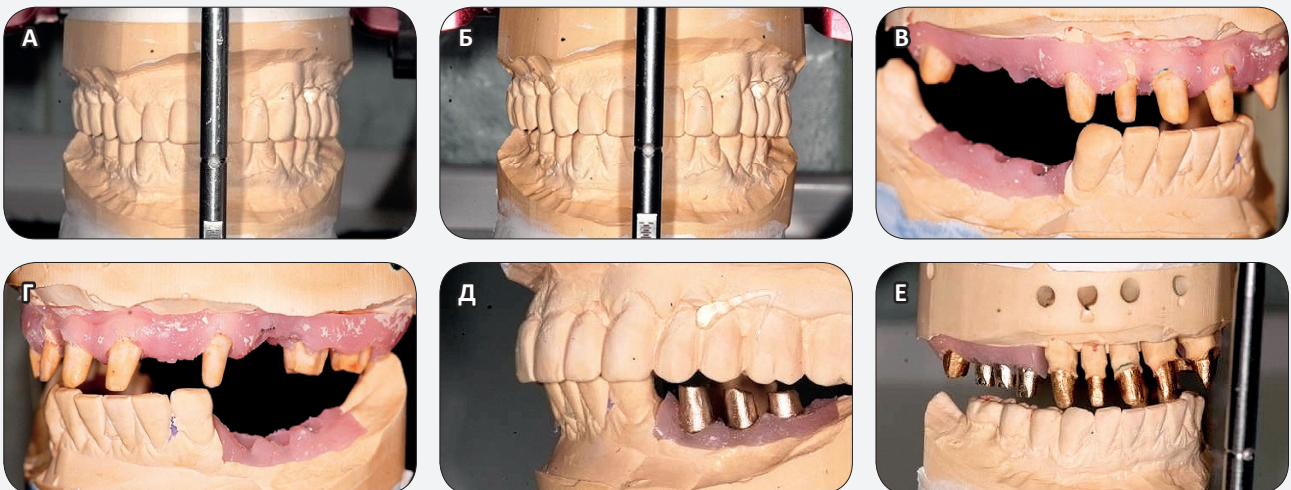


Рис. 3





Рис. 4

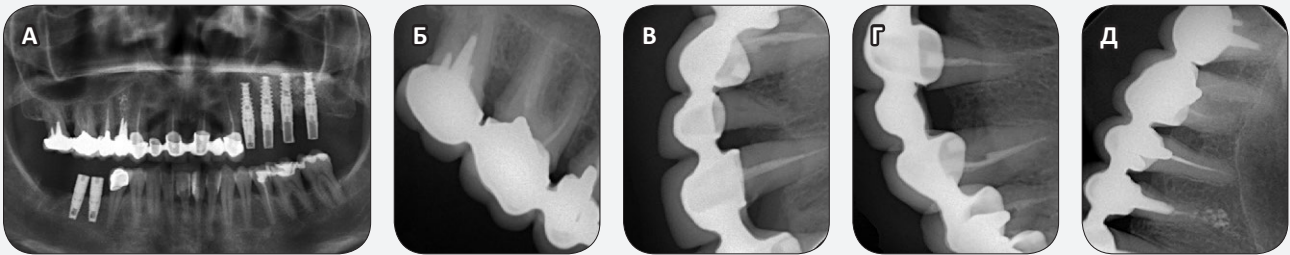


Рис. 5



Рис. 6

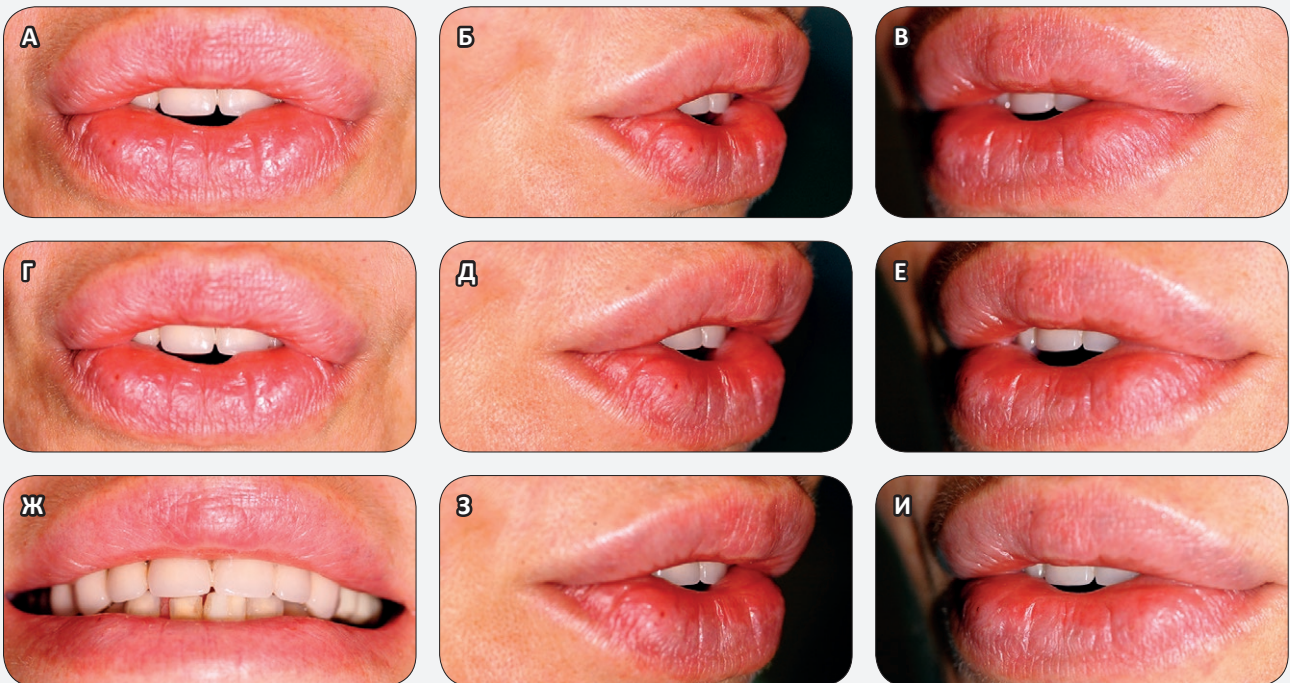


Рис. 7



После первичной подготовки и нового анализа было принято решение сохранить все зубы на обеих челюстях и выполнить фиксированную цементную конструкцию на имплантатах в области 24, 25, 26, 27, 36.

При получении рабочей модели Геллера (рис. 8) необходимо было перенести на единую модель, двухэтапно, информацию границ препарированных зу-

бов (используя А-силиконы — 1-й этап) и кратеров прорезывания в области имплантатов (используя гидрофильный тиксотропный импрегум — 2-й этап; рис. 9, 10).

Регистрацию прикуса (4 регистрата) выполняли с помощью зубных трансферов (рис. 11).

Используя 4 вышеизложенные модели и данные регистраты, проводили соответствующую загіпсов-

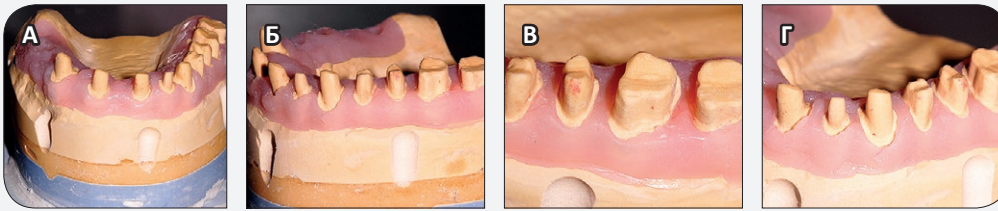


Рис. 8

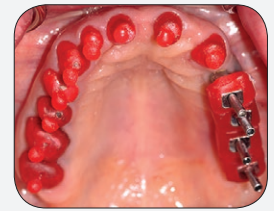


Рис. 9

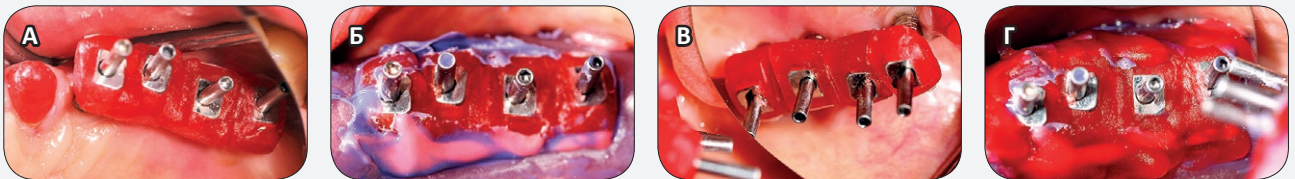


Рис. 10

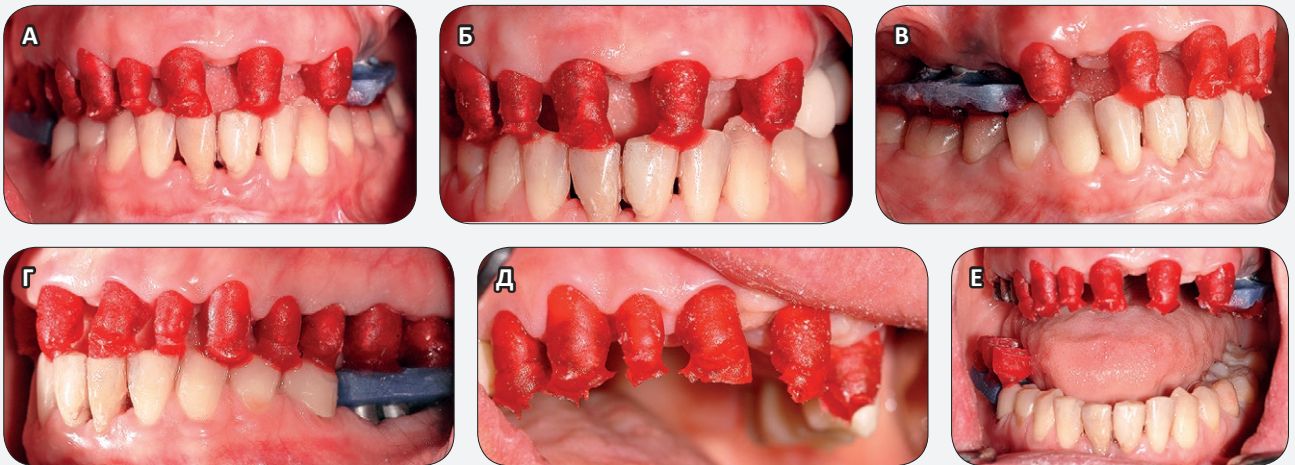


Рис. 11

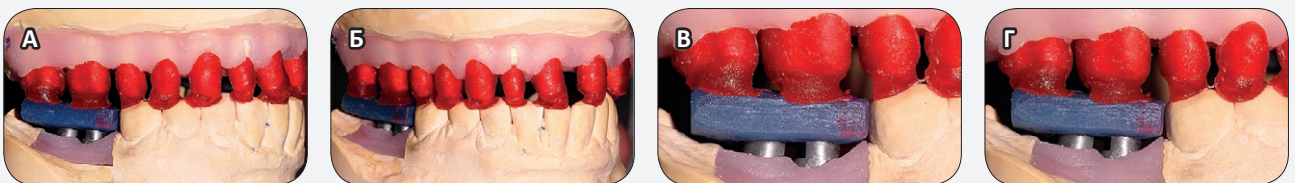


Рис. 12

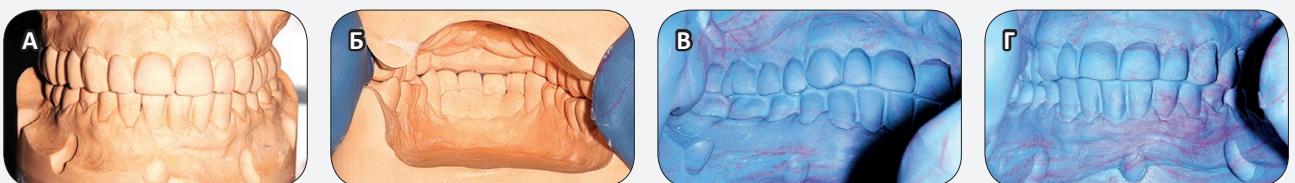


Рис. 13



ку моделей (рис. 12) и адаптацию буккального силиконового индекса, полученного по моделям провизорных реставраций (рис. 13), на рабочую модель верхней челюсти (рис. 14).

После получения единого силиконового индекса на полной рабочей модели верхней челюсти у зубного техника была полная информация, необходимая для одновременного моделирования индивидуаль-

ных абатментов для имплантатов, каркасов для зубов и завершения работы (рис. 15–18).

С активным внедрением цифровой стоматологии перекрестное моделирование моделей на компьютере значительно упрощает и уточняет планирование и выполнение комплексных планов лечения.

**Рассмотрим цифровое перекрестное моделирование на примере второго клинического случая.**

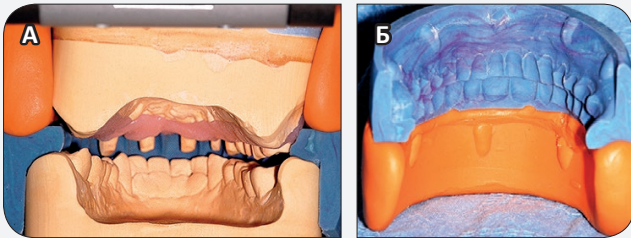


Рис. 14

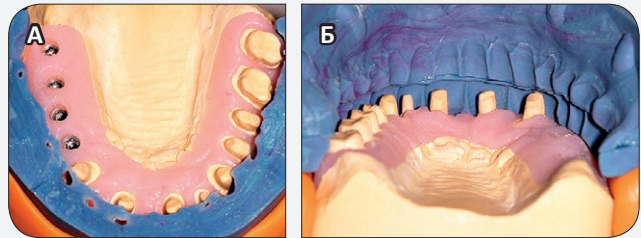


Рис. 15



Рис. 16

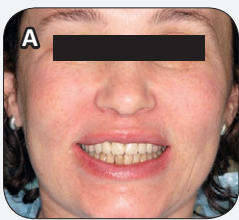


Рис. 17

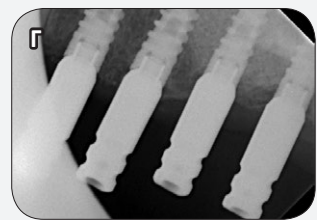
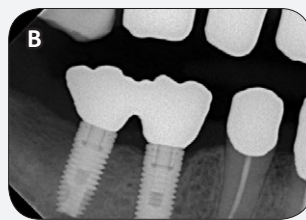
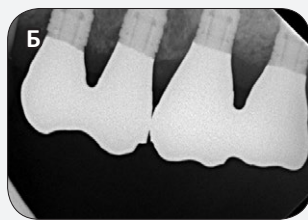


Рис. 18

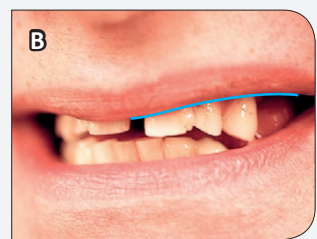
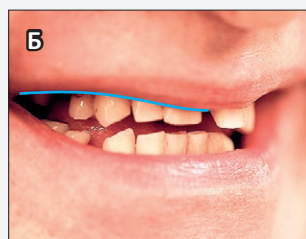
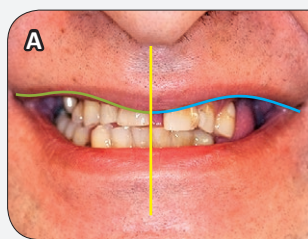
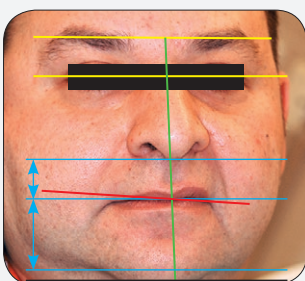


Рис. 20

Рис. 19. Facial Analysis. Frontal View. Asymmetry<3%. Tshape=harmony



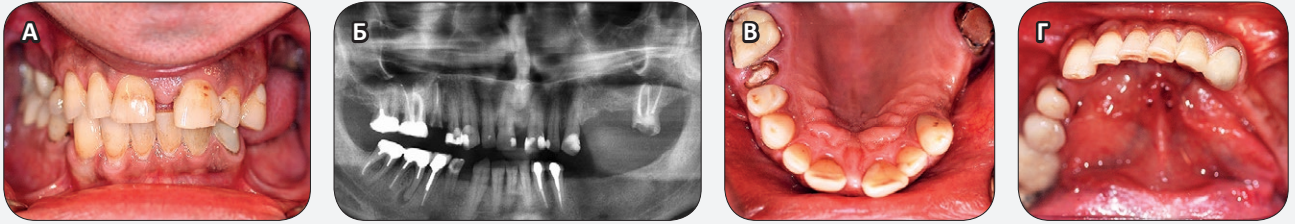


Рис. 21

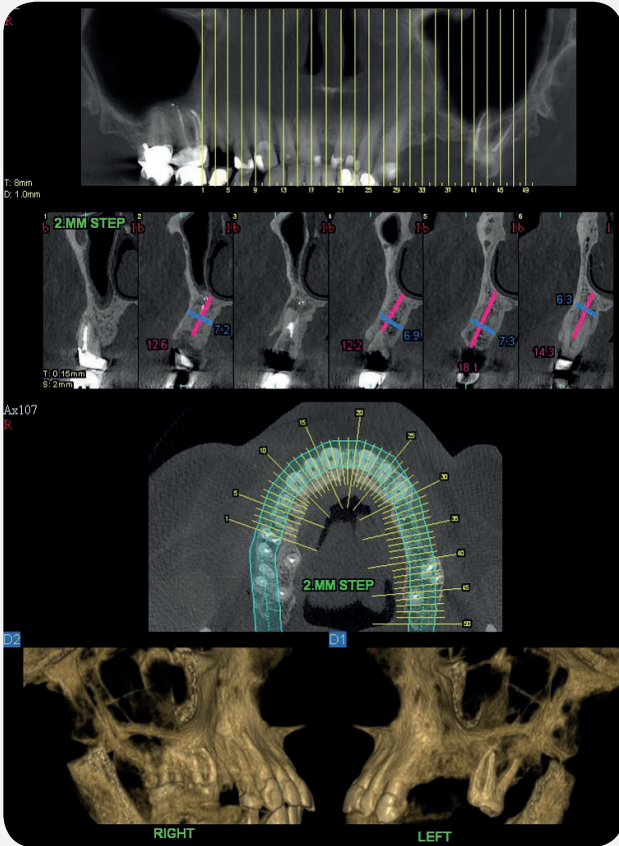


Рис. 22

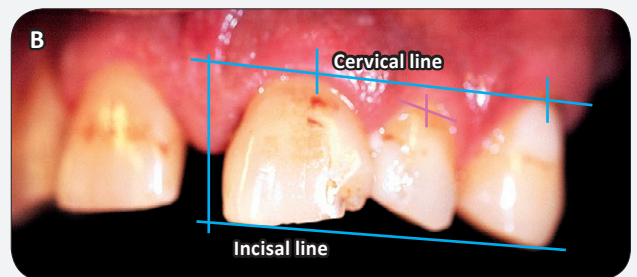
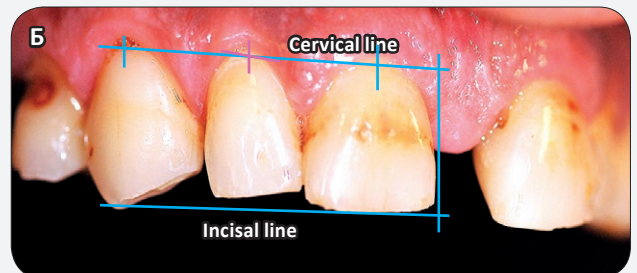
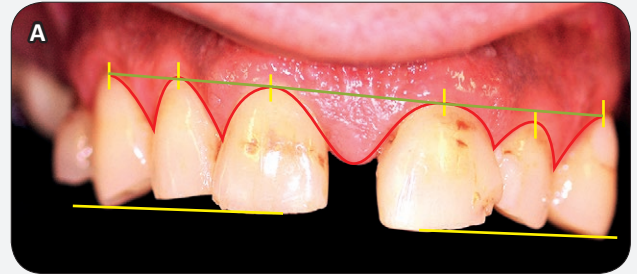


Рис. 23. Gingival analysis



Рис. 24

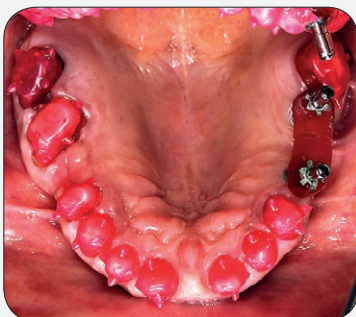


Рис. 25



Рис. 26А



Рис. 26Б



**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.nsellaspb.ru



РЕКЛАМА





Рис. 26В



Рис. 26Г

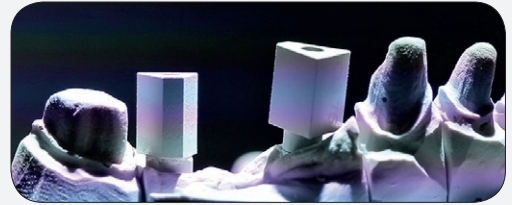


Рис. 27

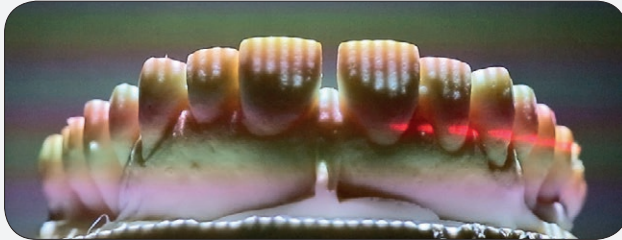


Рис. 28

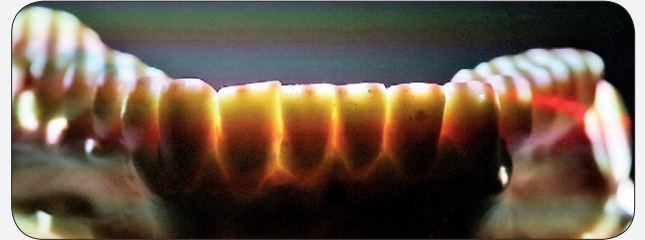


Рис. 29

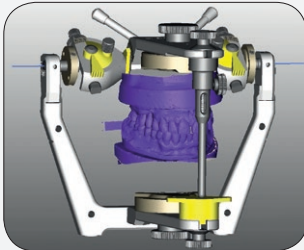


Рис. 30

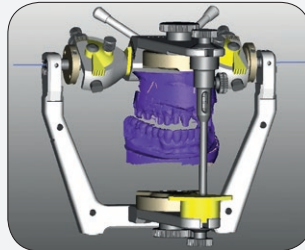


Рис. 31

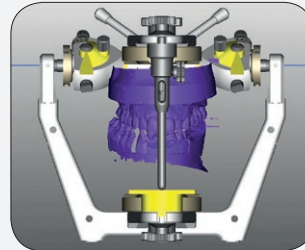


Рис. 32

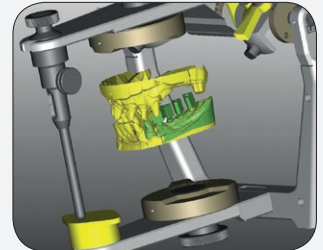


Рис. 33



Рис. 34



Рис. 35



После обследования пациента на 8 вышеизложенных уровнях (рис. 19–23), первичной подготовки обратимых прообразов — mock-up (рис. 24) (совместно с пациентом определили степень закрытия диастемы), комплексный план лечения включал:


1. Протезирование на имплантатах в области 24, 25, 26, 34, 35, 36, 37.
2. Циркониевые коронки 11, 12, 21, 22, 23.
3. Металлокерамические коронки 13, 14×16, 17, 32, 33, 43×44, 45, 46, 47.

Получение рабочих моделей, моделей временных реконструкций, регистрации прикуса получили по вышеизложенному протоколу (рис. 25, 26).

Далее приступили к сканированию данных моделей (рис. 27–29), а также к сканированию последних совместно с регистратами и перешли непосредствен-

но к дигитальному перекрестному моделированию (рис. 30–34).

**Таким образом, компьютерное перекрестное моделирование, выполняемое на дигитальных моделях, цифровое планирование и выполнение сложных комплексных планов лечения значительно упрощают, ускоряют и уточняют работу и дают возможность получать блестящие результаты (рис. 35).**

**Р.С.** Клинические случаи выполнены на базе Центра эксклюзивной стоматологии доктора Рами Балабановского Exclusive Dental Solution в Тель-Авиве и Немецкого Стоматологического Центра в Москве. Цифровое перекрестное моделирование проводили в отделения CAD/CAM компании Риком под руководством Дмитрия Филинова, зубного техника, руководителя и технического консультанта компании Zirkonzahn worldwide 



## Некоторые аспекты изготовления литых культевых штифтовых вкладок



Дмитрий Кример,  
врач стоматолог-ортопед,  
Немецкий Стоматологический Центр,  
г. Москва

*Изготовление литых культевых штифтовых вкладок (ЛКШВ) — рутинная и повседневная часть работы ортопеда-стоматолога.*

Их распространенное применение связано с необходимостью восстановления формы и геометрии культи зуба после эндодонтического лечения (рис. 1, 2).

Важность правильного выбора показаний и методики изготовления ЛКШВ трудно переоценить — от этого зачастую напрямую зависят результат и прогноз ортопедического лечения.

**Остановлюсь более подробно на некоторых аспектах выбора ЛКШВ как метода лечения.**

### Показания

Есть разные мнения о показаниях для изготовления ЛКШВ. Кто-то говорит, что любое эндолечение должно завершиться изготовлением ЛКШВ. Другие считают, что даже при полном отсутствии стенок после эндолечения культа может быть восстановлена при помощи методики build up.

Я придерживаюсь следующей позиции: когда утрачена одна или несколько стенок зуба, перед его покрытием коронкой необходимо изготовить ЛКШВ (рис. 3 А, Б).

Здесь требуется пояснение. Количество стенок, их толщину и высоту адекватно можно оценить только после диагностического препарирования, причем не только по наружному контуру (независимо от методики препарирования, будь то препарирование с уступом или vertiprep), но и по внутренней поверхности полости зуба. Это чрезвычайно важный аспект, так как часто доктор не может адекватно оценить, с чем он останется после окончательного препарирования культи под полную коронку.

В результате может оказаться, что оставшаяся толщина стенок зуба так мала, что в дальнейшем может произойти ее (стенки) отлом. По мнению разных авторов, толщина стенки после окончательного препарирования не может быть менее 2 мм (рис. 4А–В).

Важными показаниями являются устойчивость корня, качественное эндолечение и, как следствие, отсутствие периапикального и маргинального воспаления.

Как правило, я стараюсь выждать не менее 2-х недель после окончательного пломбирования каналов, для того чтобы убедиться в отсутствии осложнений.

Хочу особо подчеркнуть необходимость изготовления временной коронки после эндолечения, чтобы избежать повторного инфицирования каналов, смещения зуба, а также отлома стенки на период, необходимый для лабораторного изготовления вкладки.

В качестве временной коронки может быть использован так называемый зуб по Ричмонду или, если позволяет объем оставшихся тканей, временную коронку можно изготовить по силиконовому ключу на основе wax up.

Очень хорошо иногда работают стандартные временные коронки Protemp Crown (3М) (рис. 5А, 5Б).





Рис. 1

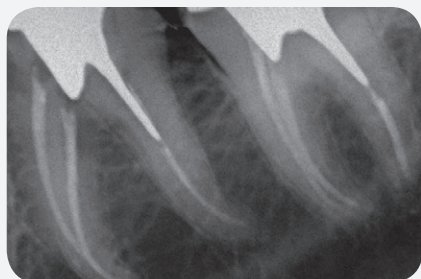


Рис. 2



Рис. 3А



Рис. 3Б

Очень важно учитывать Ferrule Effect (эффект обода) — наличие кругового участка тканей зуба, прилегающего к десне. Это необходимое условие для хорошего прогноза функции коронки, покрывающей зуб с ЛКШВ (рис. 6, 7).

### Что дает Ferrule Effect?

1. Равномерное распределение давления на ткани зуба.
2. Позволяет сохранить лучшее соединение между ЛКШВ и тканями зуба.
3. Уменьшает вероятность вторичного кариеса.
4. Уменьшает вероятность перелома корня.

Таким образом, соблюдение вышеуказанных правил при подготовке и принятии решения об использовании этого вида конструкции приводит к качественному исполнению и прогнозируемому результату.


В следующем номере журнала мы поговорим о длине и толщине штифтов вкладки, их количестве и материалах, используемых для изготовления ЛКШВ. 



Рис. 4



Рис. 5А



Рис. 5Б



Рис. 6



Рис. 7



## Клинический опыт ампутации корня с последующим ортопедическим лечением: отдаленные результаты лечения



Михаил Чайка, врач стоматолог-ортопед, хирург, главный врач стоматологической клиники «Олимпия», г. Екатеринбург



Зилия Чайка, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии общей практики, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург ziliyag@yandex.ru

*Прогрессирование кариозного процесса и, как следствие, патологических процессов в периапикальных тканях и тканях пародонта нередко приводит к удалению зуба. Для предупреждения нарушения целостности зубочелюстной системы широко применяют зубосохраняющие операции. Одной из них является ампутация одного из корней многокорневого зуба. Однако, несмотря на значительные успехи, достигнутые в стоматологии, и желание большинства пациентов сохранить зуб, такие операции проводятся крайне редко, возможно, из-за недостаточного опыта и отсутствия информации об отдаленных результатах лечения.*

**На конкретном клиническом примере мы покажем отдаленные результаты ампутации дистально-щечного корня верхнего моляра с последующим ортопедическим лечением.**

**Ключевые слова:** зубосохраняющие операции, ампутация корня, оптическая плотность костной ткани, локальный пародонтит, костный карман.

**Н**арушение целостности тканей коронковой части зуба, патологические процессы в периапикальных тканях и пародонте и, как следствие, удаление зуба приводят к деформации альвеолярного отростка, а также нарушают целостность зубочелюстной системы [1].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в эндодонтии, есть некоторый процент неудач лечения корневых каналов зуба. К тому же совершенствование методов, техник и материалов для прямых и непрямых реставраций зубов не исключает нависающие края пломб и нарушение прилегания искусственных коронок, что может послужить пусковым фактором в развитии локального пародонтита и привести к формированию пародонтального кармана [2].

Для предупреждения нарушения целостности зубочелюстной системы в настоящее время широко применяют зубосохраняющие операции: гемисекцию, ампутацию корня в многокорневых зубах, коронарорадикулярную сепарацию, резекцию верхушки корня. Исходя из анализа литературных источников и несмотря на все преимущества проведения зубосохраняющих операций, проводятся они редко, возможно, из-за неоднозначного отношения стоматологов к использованию таких методик.



### Клинический случай

Пациентка Р. обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на попадание пищи между зубами на верхней челюсти справа, между искусственной коронкой и стоящим за ним зубом, кровоточивость десны в межзубном промежутке, боль, отек.

Со слов пациентки, искусственная коронка изготовлена около 5 лет назад. Пища стала попадать практически сразу после установки коронки, а в последний месяц появилась боль в десне между коронкой и стоящим за ним зубом.

При осмотре пациентки внешний вид без особенностей, слизистая оболочка полости рта влажная, блестящая, бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений. Металлокерамическая коронка на зубе 1.6 в неудовлетворительном состоянии: отсутствует дистальный апроксимальный контакт, нарушено краевое прилегание коронки к тканям зуба.

Между зубами 1.6 и 1.7 видны остатки пищи, десневой сосочек отечный, гиперемированный, не заполняет межзубный промежуток. Сравнительная вертикальная перкуссия зуба 1.6 безболезненна. Зуб неподвижен. Глубина костного кармана с дистально-щечной поверхности составляет 10 мм, индекс кровоточивости по Muhlemann 3-й степени, фуркационный дефект альвеолярной кости 2-й степени.

Анализ радиовизиографического снимка 1.6 зуба показал, что нарушено краевое прилегание коронки к тканям зуба, зуб ранее был эндодонтически пролечен. Корневые каналы запломбированы гомогенно, конусно, на всем протяжении. Неравномерное расширение периодонтальной щели на верхушках корней. Радиолуцентный участок с дистальной поверхности на всем протяжении корня. Радиолуцентный участок в области верхушки медиально-щечного корня. Значение оптической денситометрии костной ткани по данным радиовизиографического снимка в очаге деструкции в области пародонтального (костного) кармана составило 87 у.е., в области очага деструкции костной ткани у верхушки корня медиального щечного корня — 77 у.е. (рис. 1).

**Диагноз:** хронический апикальный периодонтит зуба 1.6. Пародонтальный (костный) карман с дистально-щечной поверхности зуба 1.6.

### План лечения:

1. Снятие металлокерамической коронки.
2. Ревизия корневых каналов с восстановлением на стекловолоконном штифте.
3. Ампутация дистального корня.
4. Изготовление искусственной коронки на зуб 1.6.

### Этапы лечения

После снятия искусственной коронки проведена ревизия корневых каналов с восстановлением зуба на стекловолоконном штифте. Далее выполнены ампутация дистального щечного корня, кюретаж лунки, гемостаз, направляющие швы Викрил 5.0 (рис. 2).

Через 1 нед швы сняты, заживление вторичным натяжением, без особенностей. Изготовлена временная коронка из композитной двухкомпонентной пластмассы в картридже с автоматическим смешиванием Acrytemp (Zhermack S.p.A, Italy) (рис. 3).

Спустя 4 мес проведено протезирование зуба 1.6, в результате которого изготовлена искусственная коронка из керамики на основе диоксида циркония.

### Результаты осмотра через 1 год

Пациентка полностью удовлетворена результатом лечения, жалоб не предъявляет. При осмотре внешний вид без особенностей, слизистая оболочка полости рта влажная, блестящая, бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, состояние искусственной коронки на зубе 1.6 удовлетворительное, сохранены оптимальные дистальный и апроксимальный контакты, а также краевое прилегание искусственной коронки к тканям зуба. Десневой сосочек полностью заполняет промежуток между зубами 1.6 и 1.7 с небной стороны. Сравнительная вертикальная и горизонтальная перкуссия 1.6 зуба безболезненная. Пальпация вдоль корней 1.6 зуба безболезненна. Зуб неподвижен.

Анализ радиовизиографического снимка зуба 1.6 показал оптимальное прилегание краевой коронки к тканям зуба. Корневые каналы запломбированы гомогенно, конусно на всем протяжении. Периодонтальная щель равномерно расширена на всем протяжении. Значение оптической денситометрии костной ткани с использованием радиовизиографи-



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4





**NSK**

CREATE IT.



РЕКЛАМА



# NSK BEAUTY+\*

Технологии гигиены полости рта от NSK.

Новое поколение стоматологических услуг - лечение и профилактика.

Ведь улыбка - это главное.




**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.nsellaspb.ru

\*КРАСОТА+.

 @nsella.ru

 vk.com/nsella



ческого снимка в очаге деструкции в области пародонтального (костного) кармана составило 118 у.е., в области верхушки корня медиального щечного корня — 158 у.е. (рис. 4).

### Результаты осмотра через 3 года

Пациентка жалоб не предъявляет. Осмотр полости рта показал, что состояние искусственной коронки на зубе 1.6 удовлетворительное, сохранены оптимальные дистальный и апроксимальный контакты, краевое прилегание коронки к тканям зуба не нарушено.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка бледно-розового цвета, влажная, блестящая, без видимых патологических изменений. Десневой сосочек в межзубном промежутке бледно-розовый, влажный, заполняет межзубный промежуток, плотно прилегает к зубам (рис. 5, 6). Перкуссия зуба 1.6 безболезненна. Пальпация вдоль корней 1.6 зуба безболезненна. Зуб неподвижен. Глубина пародонтального кармана с дистально-щечной стороны зуба — 7 мм.

Анализ радиовизиографического снимка 1.6 зуба показал оптимальное краевое прилегание коронки к тканям зуба. Корневые каналы запломбированы гомогенно, конусно на всем протяжении. Пародонтальная щель равномерно расширена на всем протяжении. Значение оптической денситометрии костной ткани с использованием радиовизиографии в очаге деструкции в области пародонтального (костного) кармана составило 110 у.е. (рис. 7).

### Выводы

Результат зубосохраняющей операции, эндодонтического и ортопедического лечения можно считать успешным по следующим основаниям: пациентка полностью довольна результатом лечения, отсутствуют жалобы, зуб полноценно участвует в жевании.

При объективном осмотре после проведенного лечения и анализе отдаленных результатов значительно улучшилось состояние периапикальных тканей, слизистой оболочки альвеолярного отростка, устранены факторы, провоцирующие заболевания тканей пародонта.

Анализ радиовизиографических данных свидетельствует об увеличении оптической плотности костной ткани в области очагов деструкции. Однако анализ состояния тканей пародонта показал наличие пародонтального (костного) кармана с дистально-щечной стороны глубиной до 7 мм.

**Описывая** данное исследование, мы хотели продемонстрировать комплексный подход к диагностике и лечению с применением зубосохраняющей операции (ампутации дистального щечного корня) и последующим протезированием зуба для получения желаемого функционального результата.

Докторам часто приходится работать с зубами с патологическими изменениями в тканях пародонта. Возникает дилемма: либо полная экстракция зуба, либо проведение зубосохраняющих операций, которые сни-



Рис. 5




Рис. 6



Рис. 7

жают функциональность таких зубов [3], поскольку снижается запас прочности тканей пародонта при ампутации одного из корней многокорневого зуба. [5].

Однако нередко пациенты предпочитают сохранять зубы, несмотря на необходимость проведения зубосохраняющей операции [3]. Попытки сохранить зуб и восстановить его функцию приводят к поиску оптимальной тактики оперативного вмешательства и заместительных материалов для восстановления послеоперационного дефекта костной ткани [6].

Последние исследования свидетельствуют о значительной потере костной массы в результате резорбции костной ткани в послеоперационном периоде при заполнении образовавшегося костного дефекта только кровяным сгустком [4], поэтому **дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение возможности применения костнозамещающих материалов для заполнения образовавшегося дефекта кости при ампутации корня.** 

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ортопедическая стоматология: Учебник / Под ред. В.Н. Копенкина, М.З. Миргазизова. — Изд. 2-е, доп. — М.: Медицина, 2001. — 624 с.
2. Федя П., Вернино А., Грей Д. Пародонтологическая азбука. — М.: ИД «Азбука», 2003. — 296 с.
3. Измайлова З.М. Зубосохраняющие операции и определение нуждемости в них населения: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 138 с.
4. Столяров М.В., Любовцева Л.А., Кандейкина Н.В. Оценка восстановления челюстной кости после зубосохраняющих операций с организацией в ране кровяного сгустка // *Фундаментальные исследования*. — 2014. — № 10–10. — С. 1979–1983; URL: <https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36683>
5. Путалова И.Н., Семенюк В.М., Артюхов А.В. Динамика отношения площади корня к площади коронки при ампутации переднего корня нижних моляров // *Сибирский научный медицинский журнал*. — 2003. — № 1. — С. 73–75.
6. Патент РФ № 2006105143/14, 20.02.2006.



## УСПЕШНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИИМПЛАНТИТА

Одним из самых распространенных и ожидаемых осложнений в имплантологии является периимплантит, который, если его не лечить, обычно приводит к потере имплантата.

Быстродействующей терапии для лечения периимплантита пока не существует, поэтому сегодня решить проблему можно, только предотвращая развитие воспаления периимплантарных тканей.

Конечно, для такого многофакторного заболевания, как периимплантит, не может быть одной-единственной эффективной панацеи. Однако следует

устранять заведомо существующие зазоры и полости в имплантатах, чтобы предотвратить их колонизацию микробами из ротовой полости, последующей реинфекции и бактериальной оккупации вокруг имплантата.

О том, как предотвратить периимплантит, мы беседуем с Клаусом Удо Фритцмайером, профессором, доктором медицинских наук, г. Дюссельдорф, Германия.

— С начала появления дентальных имплантатов проводятся все новые клинические исследования на предмет зазоров, снова и снова улучшаются и меняются конструкция и структура. Почему же Вы до сих пор критично отзывались о герметичности составных имплантатов?

**Проф. Фритцмайер:** К сожалению, согласно принципам механики, составные имплантаты всегда будут иметь зазоры. Это системная проблема, потому как она:

1. Обусловлена конструкцией составных имплантатов. Между имплантатом и абатментом, как и по всей резьбе, остаются микрощели плюс сама шахта имплантата.

2. Даже при оптимальной обработке шероховатость поверхности любого материала, с точки зрения микробиологии, оставляет огромный потенциал для жизнедеятельности микроорганизмов. Доказано, что это касается и конических соединений (рис. 1, 2).

— Вы видите основную опасность в реинфекции из имплантата. Что это конкретно означает?

**Проф. Фритцмайер:** Бактерии из полости рта в кратчайшие сроки (буквально за полчаса после установки) через зазор между имплантатом и абатментом, а также через резьбу оккупируют полость составного имплантата. При этом капиллярные силы и микродвижения между компонентами имплантата способствуют передвижению микробов.

Так как шахта имплантата обеспечивает идеальный климат для развития микробов (оптимальная температура, влажность, благоприятная питательная среда в силу отсутствия подавляющего воздействия иммунной системы), микробы развиваются именно в ней, а затем по протоптанной дороге (ми-

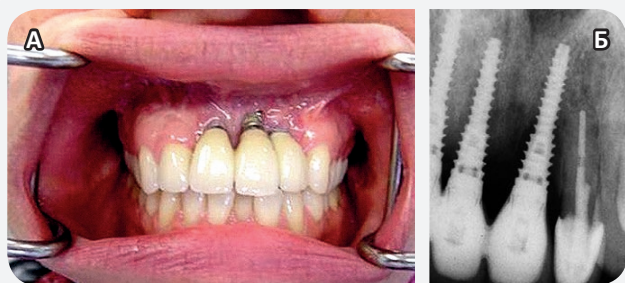


Рис. 1

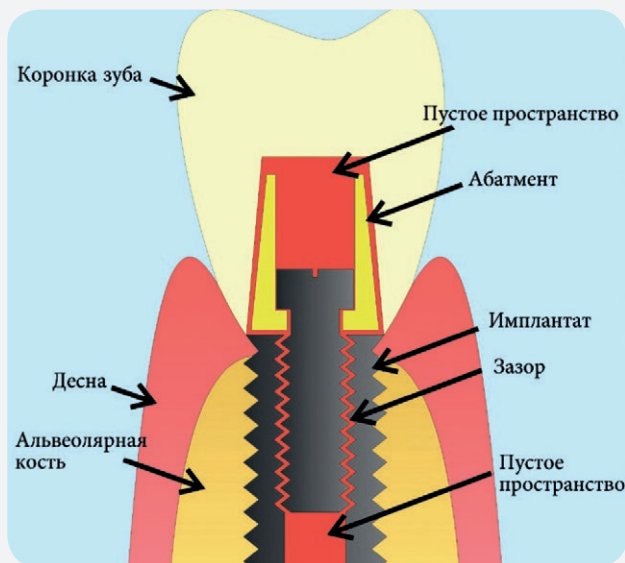


Рис. 2



крозазоры) покидают имплантат и заражают либо подпитывают периимплантит.

— *Исходя из этого в цельных имплантатах не должно быть воспалений периимплантарных тканей?*

**Проф. Фритцмайер:** Реинфекция — это только одна из причин заболевания. Классические причины периимплантитов заключаются в перегрузке имплантата, плохом состоянии мягких тканей и чрезмерной склонности к образованию налета. Эти причины актуальны и для цельных конструкций (рис. 3).

— *Вы могли бы более подробно описать действие GapSeal®?*

**Проф. Фритцмайер:** GapSeal® герметизирует зазоры и шахту составных имплантатов и предотвращает оккупацию микробов из полости рта в имплантат. Высоковязкая силиконовая матрица, которая десятилетиями используется в общей медицине, является основой надежной герметизации и предотвращает попадание микроорганизмов (рис. 4).

**В первую очередь материал действует по принципу «Занято!», т.е. там, где нет места и пищи для жизнедеятельности, не может прорасти ничего другого.** Следующие требования к подходящему материалу — его гидрофильность и устойчивость консистенции, чтобы она не вымывалась.

Кроме того, материал должен сохранять консистенцию: не высыхать, не давать усадку, чтобы не образовывались новые зазоры. Материал должен оставаться вязким, чтобы при необходимости его можно было легко заменить. Он обладает бактерицидным, фунгицидным и вирулицидным свойствами, для того чтобы не стать носителем инфекции (рис. 5).

Несмотря на то что материал вводят не в тело, а внутрь имплантатов, его огромное преимущество заключается в том, что он совершенно безвреден и не вызывает аллергических реакций, поэтому без всяких опасений безоговорочно может применяться у пациентов (рис. 6–9).

— *Насколько стабилен материал и как часто его нужно заменять?*

**Проф. Фритцмайер:** Прошло 20 лет с начала клинического исследования GapSeal®, и теперь мы с уверенностью можем сказать, что по истечению всего этого периода стабильность материала подтверждена! Так как при цементировании супраструктуры невозможно избежать воздушных дыр и зазоров, использование GapSeal® необходимо включить в протокол. При свинчиваемых конструкциях каждый раз при вскрытии желательно заменять или дополнять материал. При таких конструкциях герметизация зазоров не менее важна и преимущественна.

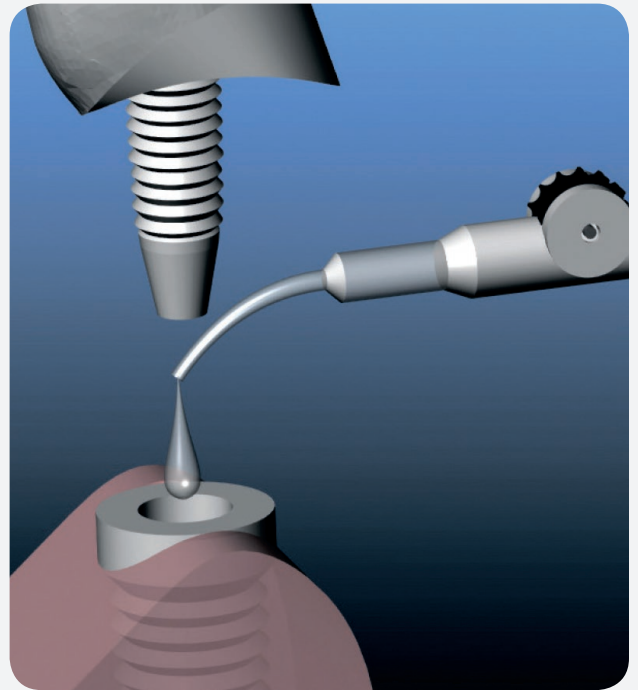


Рис. 3

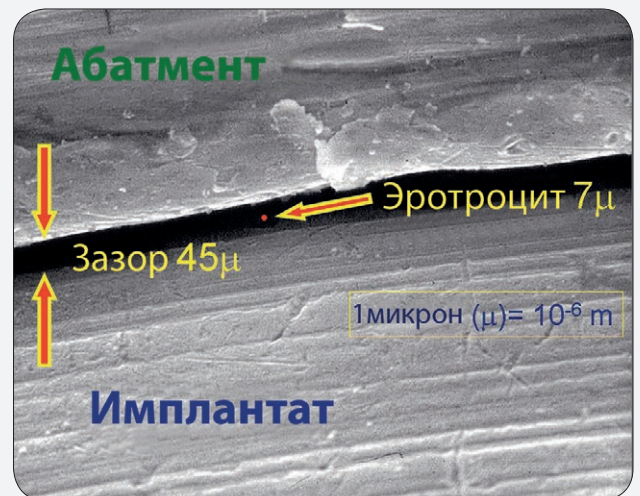


Рис. 4



Рис. 5



# GapSeal®

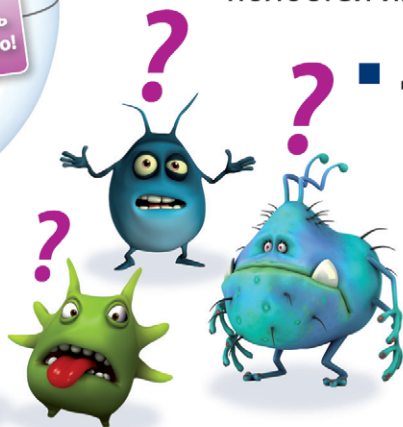
## Абсолютная защита периимплантных тканей от микробной контаминации



### 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.

Москва

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

Санкт-Петербург

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





На сегодняшний день индустрия добилась колоссальных успехов в отношении качества имплантатов, но ей никогда не удастся полностью исключить физические свойства элементов в части их проницаемости для микроорганизмов.

— Должны ли мы сегодня исходить из того, что данная процедура герметизации имплантата должна применяться всегда, или организм сможет сам вырабатывать защитные функции и избавлять себя от периимплантарных инфекций в дальнейшем?

**Проф. Фритцмайер:** На сегодняшний день индустрия добилась колоссальных успехов в отношении качества имплантатов, но ей никогда не удастся полностью исключить физические свойства элементов в части их проницаемости для микроорганизмов.

При первичном диагностировании удается вылечить периимплантит, но заново установленные имплантаты и супраконструкции обладают теми же незащищенными зазорами и шахтами, свободными для доступа бактерий, грибков и вирусов, и данная конструкция вновь становится потенциальным очагом развития периимплантита.

**Периимплантит** — это хроническое заболевание, поэтому защита должна быть непрерывной, с момента установки имплантата, так как, с точки зрения микробиологии, установка имплантата не может проходить стерильно. Если благодаря герметизации мы сократим хотя бы 30% случаев периимплантарных воспалений, мы очень далеко продвинемся в победе над периимплантитом.

*Большое спасибо за беседу, господин Фритцмайер. ☺*

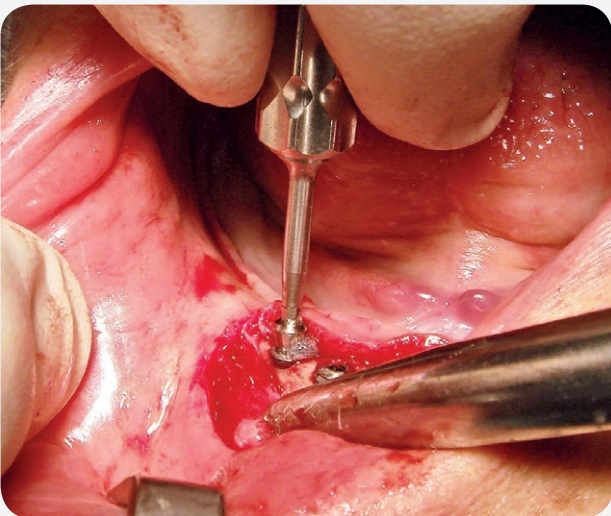


Рис. 6



Рис. 7

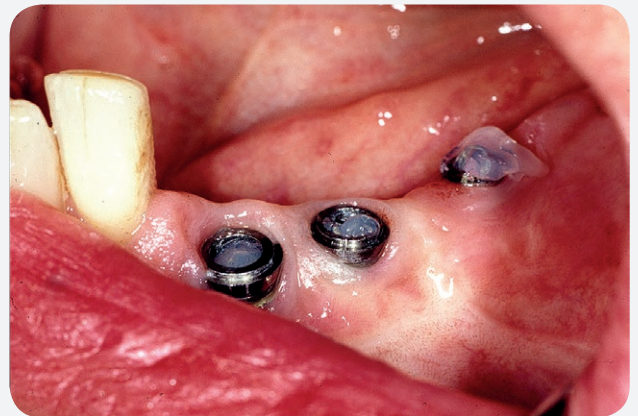


Рис. 8



Рис. 9



## БИНОКУЛЯРЫ. НАЧИНАЕМ РАБОТАТЬ С УВЕЛИЧЕНИЕМ



Александр Павлов, врач-стоматолог,  
лектор компании «Медикал Консалтинг Групп»  
(Россия),  
клиника «Эстетик Дент», г. Москва  
hello@drpavlov.pro

*Увеличение, от простейших бинокляров до хорошего микроскопа, — это философия стоматолога. В какой-то момент мы как специалисты ищем пути выхода на новый уровень...*

Можно постоянно посещать курсы, читать свежие статьи и книги, тренироваться на удаленных зубах и моделях. Но в какой-то момент все равно наступает стагнация. Реставрации не становятся лучше, сломанные инструменты в канале вызывают чуть ли не панику. Тогда основным, самым логичным шагом будет начать работать с увеличением. Мой путь в этом плане весьма показателен, так как я набил уйму шишек и съел всех собак, пройдя от самых простых луп до хорошего микроскопа. По сути, это путь абсолютного профана и дилетанта. Тем интереснее поделиться с вами своим опытом и выводами.

Почти 10 лет назад я посетил свой первый курс видного зарубежного специалиста Дугласа Терри. Он вел мастер-класс в биноклярах (теперь я могу добавить, что это были Zeiss eyemag pro). Среди всех моих знакомых на тот момент лишь один доктор работал в оптике. Микроскоп тогда звучал как космический корабль — нечто из другого мира. Дуглас рассказывал: еще когда он учился в университете, их преподаватель надевал лупы, чтобы оценивать их студенческие работы по препарированию.

Спустя несколько лет, окончив ординатуру и успешно строя карьеру врача-стоматолога, мне по воле случая попали простенькие бинокляры с двукратным увеличением. Это был интересный опыт. Затем эти бинокляры уступили место внешне практически таким же, но в них было уже более комфортно работать несколько часов подряд. Цена такой оптики была выше. И увеличение — 2,5× с комфортным рабочим расстоянием в 450–500 мм.

Еще запомнился эпизод, как на Youtube я смотрел видео от Максима Белограда про реставрацию по 2-му классу. Идут субтитры: «Создание фальца на придесневой стенке». Это выглядело нереально круто. Пройтись по границе полости эмалевым ножом — это еще ладно, как говорится: «Могу, умею, практикую». Но небольшим фиссурным бором сделать аккуратный фальц! Ох, как многому еще предстояло научиться. Затем к биноклярам добавился налобный осветитель — работать стало заметно проще.

И вот когда я уже собирался заказать себе индивидуальные бинокляры, в нашей клинике появился первый микроскоп. Недели две я опасался к нему даже подойти. Потом почитал руководство

...Если вы еще не работаете с увеличением, начните как можно скорее.

Для начала выберите бинокляры с небольшим увеличением.

Примерьте много разной оптики, чтобы подобрать самый удобный вариант.



и попросил коллегу научить. Оказалось, все очень просто.

После первого же рабочего дня с микроскопом меня мучил лишь один вопрос: «Почему мы не купили его раньше?». А дальше оптика перешла в разряд хобби.

На выставках я пробовал все имеющиеся микроскопы и бинокляры. Некоторые брал в клинику на тестирование. По крупницам собирал информацию в книгах и в Интернете. В гараже из бэушных деталей с eBay и Авито собрал старенький микроскоп Zeiss. Экспериментировал с камерами и источниками света. С помощью друзей с нуля сконструировал очень яркий светодиодный источник света для Zeiss.

**По прошествии 10 лет работы в клинике могу ответственно заявить: ничто другое не продвинет ваши работы на новый уровень так, как это сделает хорошее увеличение.**

**Давайте теперь разберемся с видами биноклярной оптики. Что и сколько стоит и в чем принципиальная разница?**

Биноклярные лупы, они же бинокляры или, на сленге, «бино», принципиально различаются по двум параметрам:

**1. По типу крепления:**

- а) стандартные откидные на оправе, или flip up (рис. 1);
- б) вклеенные в оправу, или TTL (through the lens — сквозь линзу) (рис. 2);
- в) на шлеме (рис. 3).

**2. По оптической схеме (рис. 4):**

- а) однолинзовая лупа;
- б) лупы Галилея;
- в) призматические лупы.

Чаще всего на пробу доктора берут именно простой вариант flip up и «галилеи» с 2–3-кратным увеличением. Это самый распространенный вариант. Цена такого решения в Интернете начинается буквально с 20 долларов. Естественно, ни о каком качестве говорить не приходится. От докторов, работающих с подобной оптикой, я слышу однотипные доводы против нее: усталость глаз, ухудшение зрения.

Flip-up — это шарнирный механизм подвижного крепления луп на оправе. Такие бинокляры можно подстроить под себя. Регулируются положение, оптическая ось, межзрачковое и, реже, фокусное расстояние. За счет возможности настройки такую оптику потом легко продать или просто отдать коллегам.

Крепиться она может к оправе, на клипсе к вашим очкам, на обруче и на шлеме.

В конструкции TTL лупа уже вклеена в оправу. Настроить такие бинокляры нельзя, поэтому обычно их делают по индивидуальному заказу либо подбирают из моделей, имеющих на складе. Для



Рис. 1. Стандартные откидные бинокляры Галилея фирмы Amtech

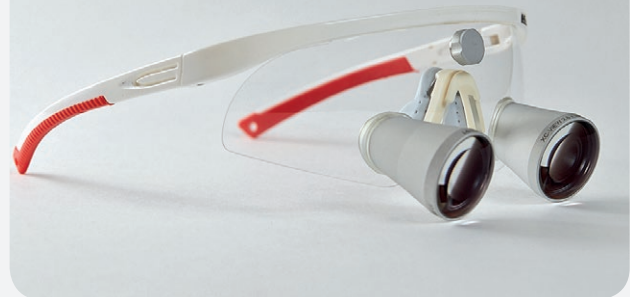


Рис. 2. TTL-бинокляры I.C. Lercher



Рис. 3. Призматические бинокляры Carl Zeiss на шлеме



### Оптические схемы

Одиночная линза практически не используется в стоматологии, так как дает очень небольшое увеличение либо существенно искажает картинку. Используется, как правило, в хирургии ради большого поля зрения и скорее как дополнение к хорошему налобному осветителю.

Система Галилея. Простая схема из 2 (реже 3) линз. Увеличение от 2 до 3,5 крат. Третья линза корректирует искажения и хроматические аберрации.

Система Кеплера или «призмы». Увеличение от 3 до 6 крат. Больше, крупнее и тяжелее предыдущих вариантов за счет сложности оптической схемы. При сопоставимом увеличении обеспечивает большее поле зрения.

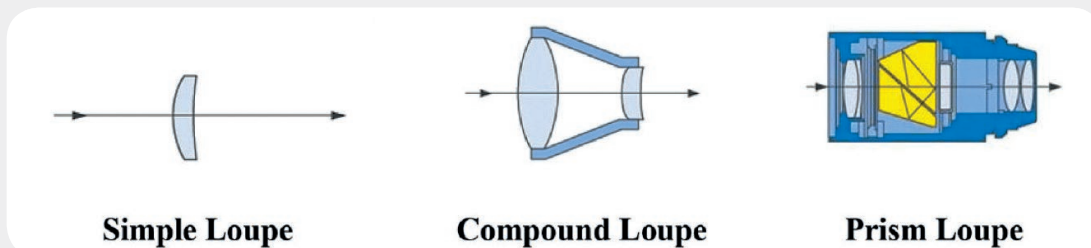


Рис. 4. Оптические схемы

этого специалист проверяет ваше зрение, измеряет межзрачковое расстояние, оценивает посадку перед пациентом и учитывает многие другие факторы (рис. 5).

Весь этот комплекс мероприятий позволит вам по-настоящему комфортно пользоваться своими биноклями. Лупа приближается к вашему глазу, а это дает большее поле зрения и глубину резкости.

Тут можно привести аналогию с замочной скважиной: чем ближе глаз, тем шире поле зрения. Если глаза симметрично посажены относительно переносицы, можно подобрать стандартные TTL; если нет — только индивидуальный заказ.

Еще одним параметром оптики, напрямую влияющим на визуальный комфорт, является глубина резкости изображаемого пространства (ГРИП). Этим термином обычно пользуются при фотографировании: прикрыл диафрагму — больше глубина резкости. У носимой оптики этот параметр тоже может отличаться от 2–3 см до 15 и даже 20 см. Чем больше этот параметр, тем менее критично статичное положение врача и пациента, тем легче глазам подстраивать резкость за счет аккомодации, тем комфортнее в биноклях.

Работая всю жизнь с такими мелкими деталями, далеко не каждый из нас может похвастаться идеальным зрением. Если для чтения или для работы вы используете линзы или очки, к биноклям предъявляются особые требования. Самый простой и качественный вариант — индивидуальный заказ TTL-бинокляров. Корректирующие линзы будут встроены в оправу для взгляда вдаль и в сами окуляры индивидуально для каждого глаза для работы. Помимо этого есть варианты оправ.

Если оправа стандартная металлическая или титановая, как у Zeiss eyetag, в обычном магазине оптики можно заменить стекла на подходящие вам.

Если оправа пластиковая спортивная, а такие оправы более распространены за счет их малого веса, к ним предусмотрены дополнительные корректирующие линзы: стандартные либо их подбирают по шаблону и заказывают в магазине оптики (рис. 6).

### Сколько же все это стоит?

Простые бинокляры могут стоить от 5000 рублей, но я настоятельно рекомендую не покупать такие даже на пробу. При работе с ними вас ждут очень большие искажения и, как следствие, усталость глаз.

Некий минимальный ценовой порог проходит около 20 000 рублей. В таких flip up-биноклях оптика намного качественнее. И с ними уже можно работать. Для начала выберите бинокляры с небольшим увеличением в 2–2,5×. Очень велик соблазн сразу взять побольше, но к большому увеличению сложнее привыкнуть. К тому же чем больше увеличение, тем качественнее должны быть сами линзы.

Стоит помнить, что многие офтальмологи не рекомендуют использовать носимое увеличение более 4×. Поработайте какое-то время с небольшим увеличением; если желание большего увеличения останется, вы уже сможете более обстоятельно подобрать себе свои «вторые» бино. В моем случае это TTL-бинокляры Amtech тоже с небольшим увеличением в 2,5× (рис. 7). Для больших увеличений используется операционный микроскоп. Топовые flip up-решения с линзами Галилея стоят около 70–100 тысяч рублей.

TTL-бинокляры всегда дороже: недорогими считаются варианты около 30 000 рублей. За эту сумму они обычно будут не по индивидуальному заказу, а из наличия. Более дешевые варианты лучше даже не рассматривать — они и вам долго не прослужат,

и не продашь их потом. Хорошие TTL стоят от 60 тысяч рублей до 140 тысяч, изготовленные по индивидуальному заказу. Из последних мне понравились новые на нашем рынке I.C. Lercher серии XC View с большим полем зрения и глубиной резкости около 20 см (рис. 2). Очень интересное решение для повседневной работы в ортопедии или реставрационной стоматологии.

**А во лбу звезда горит!** Света много не бывает. Оптика требует более качественного и яркого освещения. Лампа на установке светит под углом и не обеспечивает нам хорошего светлого рабочего поля, эффективность освещения падает за счет теней. Источник света, расположенный соосно с оптической осью, необходим (рис. 8).

Хочу процитировать своего коллегу: «С биноклями вдвое лучше, а бино со светом еще вдвое лучше». Свет может стоить от 1500 до 100 тысяч рублей. За 10–15 тысяч уже можно найти что-то более-менее приличное. Но в целом хорошие «фонарики» стоят от 40 000 р.

Как правило, дешевый свет построен на основе 1-ваттного светодиода, хорошие на основе 3–5-ваттного. При выборе света стоит обратить внимание на равномерность светового поля. Чем ровнее свет в поле зрения, тем лучше. Чем мощнее свет, тем больше он греется, тем тяжелее корпус.

Осветитель состоит из 2 частей: собственно свет и аккумуляторный блок, который крепится на ремень или убирается в карман. Блок мощных осветителей, как правило, имеет сменные аккумуляторы, чтобы можно было работать весь день. Цветовая температура тоже отличается: более теплый свет приятнее глазу — меньше устаешь. С таким светом удобно выполнять эндодонтическое лечение, препарировать зубы.

Более холодный свет хорош для хирургии. При работе со светоотверждаемыми композитными материалами яркость осветителя следует существенно убавлять либо прикрывать оранжевым фильтром. Следует обратить внимание на наличие последнего, если вы часто работаете с композитами (рис. 9).

Крепление осветителя может быть универсальным (прищепка к оправе) или специальным. Как правило, осветитель и бинокляры одной фирмы соединяются собственным креплением, несовместимым с другими.

И напоследок... Если вы еще не работаете с увеличением, начните как можно скорее. Для начала выберите бинокляры с небольшим увеличением. Примерьте много разной оптики, чтобы подобрать самый удобный вариант.

**Вывод: не экономьте на оптике — ваше зрение стоит дороже. Значительно дороже!**


*В этой статье мы практически не затронули операционные микроскопы, но это уже совсем другая история. *



Рис. 5. Определение межзрачкового расстояния

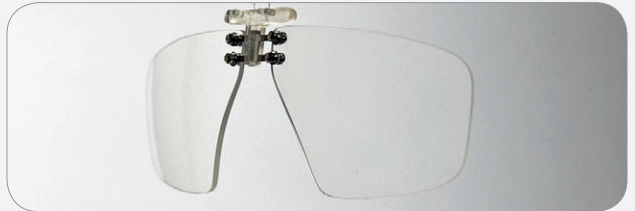


Рис. 6. Корректирующая линза



Рис. 7. TTL-бинокляры Amtech



Рис. 8. Источник света на биноклярах



Рис. 9



## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ANTI-AGE-СТОМАТОЛОГИЯ



Фируза Мустафина,  
к.м.н., старший научный сотрудник  
отделения функциональной диагностики  
Центрального НИИ стоматологии и челюстно-  
лицевой хирургии, эксперт портала детской  
челюстно-лицевой хирургии и стоматологии,  
действительный член Академии активного  
долголетия, г. Москва

**Ключевые слова:** *anti-age*-стоматология, компью-  
терная капилляроскопия, фотодинамическая тера-  
пия, метабиотики, цветоимпульсная терапия.

*Объединенные опыт и знания многих исследова-  
телей позволили мне по-иному взглянуть на ин-  
дустрию превентивной стоматологии и создать  
новую программу «ANTI-AGE-стоматология».*

*Anti-age (анти-эйдж) — это доказанный наукой  
и проверенный практикой путь, позволяющий че-  
ловеку любого возраста реально ощущать себя мо-  
лодым: быть активным, подвижным, достаточно  
сильным и, что важно, не терять высоких интеллек-  
туальных способностей.*

На сегодняшний день существует очень много эф-  
фективных методов лечения, а вот программ по пре-  
вентивной стоматологии мало. А ведь профилактика  
заболеваний полости рта крайне актуальна, так как  
зубочелюстная система задействована при выполне-  
нии таких основных функций организма, как дыха-  
ние, пищеварение, кислотно-щелочное равновесие,  
микробиота.

Активное старение населения развитых стран  
с конца XX столетия и увеличение доли пожилых  
людей послужили серьезным стимулом для иссле-  
дования причин и механизмов старения и поиска  
методов омоложения организма — очень многие  
заболевания являются возраст-ассоциированными.  
И часто то, что мы считаем воспалением микробного  
происхождения, на самом деле просто следствие ак-  
тивного старения клеток.

Однако старение организма нельзя свести только  
к вышеописанному — это более сложный процесс.  
Старые клетки есть и в молодом организме, но их  
мало! Но когда с возрастом сенесцентные клетки на-  
капливаются в тканях, начинаются дегенеративные  
процессы, которые приводят к возраст-зависимым  
заболеваниям. Один из факторов таких заболева-  
ний — так называемое старческое стерильное воспа-  
ление, связанное с экспрессией провоспалительных  
цитокинов старыми клетками [1, 2].

До настоящего времени профилактика стомато-  
логических заболеваний включала:

1. Первичную профилактику — устранение при-  
чин и условий возникновения стоматологических  
заболеваний (этиотропная и патогенетическая).

2. Вторичную профилактику — предотвращение  
рецидивов и осложнений заболеваний.

3. Третичную профилактику — реабилитация стоматологического статуса [3].

На базе этого мне удалось создать новую программу «ANTI-AGE-стоматология», соответствующую современным требованиям превентивной стоматологии. Она включает:

- диагностику с использованием компьютерной капилляроскопии;
- фотодинамическую терапию;
- использование метабитиков, антиоксидантов и цветоимпульсной терапии.

**Диагностика** задолго до появления болезни позволяет нам распознать дисфункцию, которая в дальнейшем приведет к развитию заболевания. Известно, что система микроциркуляции на любые изменения реагирует намного раньше появления клинических симптомов.

**Метод компьютерной капилляроскопии** — это современный метод диагностики, позволяющий оценить состояние системы микроциркуляции полости рта. В отличие от других методов он не является инвазивным, не несет лучевой нагрузки, не требует пребывания в стационаре и не имеет возрастных ограничений. Современный метод компьютерной капилляроскопии позволяет исследовать состояние капиллярного кровотока при высоком разрешении оптической системы с увеличением в 200–400 крат и по многим параметрам (рис. 1) [4–6].

На следующем этапе превентивной стоматологии присоединяются локально действующие доставляющие системы с высокими концентрациями компонентов и пролонгированным действием, которые могут сдерживать размножение пародонтопатогенной микрофлоры. В частности такой системой является фотодинамическая терапия [7, 8].

**Фотодинамическая терапия в стоматологии (ФДТ)** — инновационная технология, которая открыла новую эру в использовании оптического излучения видимого диапазона. Это двухкомпонентный метод, профилактики и лечения: одним компонентом служит фотосенсибилизатор, другим свет.

Фотодинамическая терапия — уникальный по степени избирательности метод лечения. В процессе лечения здоровые ткани не повреждаются в отличие от измененных сенситивных клеток, накопивших в себе повреждения. Метод основан на применении светодиодного красного излучения и веществ, называемых фотосенсибилизаторами, обладающих двумя основными свойствами.

Во-первых, фотосенсибилизаторы крайне чувствительны к свету с определенной длиной волны. При воздействии такого света происходит фотохимическая реакция — генерация высокоактивного синглетного кислорода, губительно действующая на патологические и старые клетки.

Во-вторых, фотосенсибилизаторы обладают способностью избирательно накапливаться только в патологических клетках.

В настоящее время применяется неинвазивная фотодинамическая ревитализация, которая проводится с помощью ФТД в сочетании с цветоимпульсной терапией. Они несут в себе профилактические, реабилитационные и *anti-age*-технологии и возможности.

В качестве аппарата светодиодного красного излучения используется АФС «Гармония», в качестве фотосенсибилизатора — препарат «Гелеофор». Последний изготовлен на основе натурального продукта — производного хлорофилла «Хлоринае б». Сырьем для производства «Гелеофора» является зеленая микроводоросль *Spirulina Platensis*. В состав геля входят витамины, минералы, аминокислоты и уникальный биостимулятор и антиоксидант фикоцианин [9].

Поглощение молекулами фотосенсибилизатора квантов света в присутствии кислорода приводит к фотохимической реакции, в результате которой

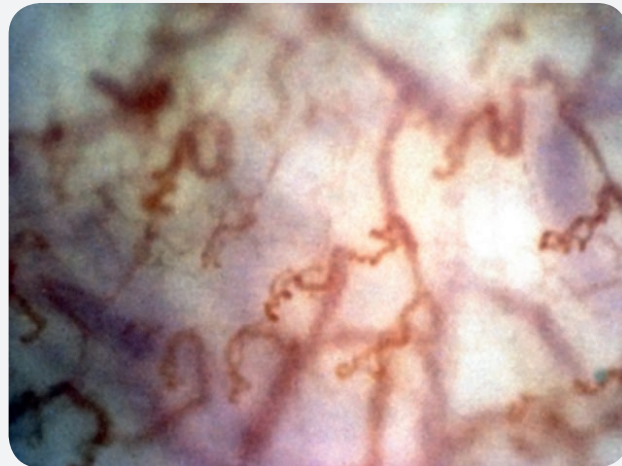


Рис. 1

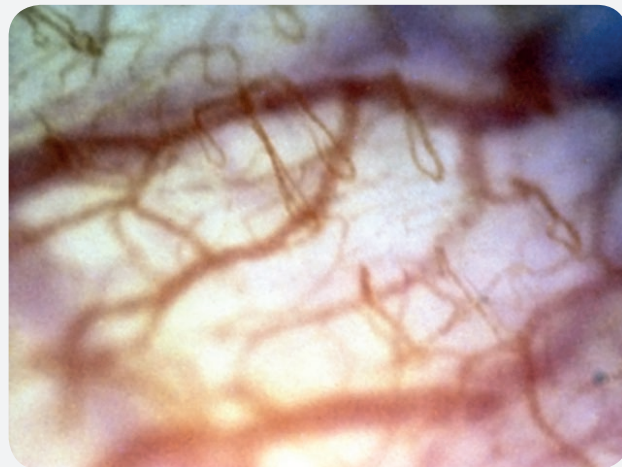


Рис. 2





**Активизируя на подсознательном уровне работу системы распознавания образов, можно снять многие симптомы утомления, стресса, неврозов и т.д. А так как эти симптомы сопровождают многие заболевания, их уменьшение способствует улучшению общего состояния и выздоровлению.**

молекулярный триплетный кислород превращается в синглетный, а также образуется большое количество высокоактивных радикалов.

Синглетный кислород и радикалы в патологических клетках вызывают апоптоз, а в нормальных клетках повышают антиоксидантную защиту, образование коллагена и эластина, увеличивают уровень увлажнения и скорости регенерации, повышают иммунную защиту, улучшают микроциркуляцию.

Организм является не только сложнейшим комплексом органов и систем, функционирующих в строгом взаимодействии, он одновременно служитместилищем более 1000 различных видов

микроорганизмов, сопровождающих человека от рождения до смерти [10].

Возникшее в процессе эволюции совместное существование человека и микроорганизмов в физиологических условиях не причиняет человеку никаких видимых неудобств. Установлено, что полезных микробов намного больше, чем патогенных. Поддержание нормального состава микрофлоры полости рта — одно из важнейших условий любой профилактики [10].

Препарат *daigo* — это смесь пептидов-биорегуляторов, полученных из бактериальных клеток 16 штаммов физиологических лактобактерий, колонизирующих кишечник здорового человека. В полученном экстракте отсутствуют живые микроорганизмы (не является пробиотиком). Экстракт не содержит питательную среду для микробов (не является пребиотиком).

**Цветоимпульсная терапия** проводится с помощью аппарата «АПК-01У», предназначенного для профилактики и лечения психоневрологических расстройств, психосоматических заболеваний, а также коррекции психоэмоционального состояния человека.

Воздействуя импульсами электромагнитного излучения в диапазоне видимого света (450–635 нм) на фотоэнергетическую систему мозга по оси гипоталамус–гипофиз–лимбическая система через зрительный анализатор, в соответствии со специально разработанными программами, определяющими цветность, яркость, ритм и форму световых импульсов, во многих случаях удается нормализовать биоритмы и ликвидировать или существенно уменьшить различные болезненные состояния, сопряженные с их нарушением.

Активизируя на подсознательном уровне работу системы распознавания образов, можно снять многие симптомы утомления, стресса, неврозов и т.д. А так как эти симптомы сопровождают многие заболевания, их уменьшение способствует улучшению общего состояния и выздоровлению.

К тому же цветоимпульсная терапия помогает бороться с симптомами дентофобии (паническая тревога, отказ контактировать с врачом).

#### Клинический случай

Пациентка П., 23 года, обратилась для осмотра и проведения профилактических процедур. Пациентке были проведены компьютерная капилляроскопия в области переходной складки, профессиональная чистка, 2 сеанса ФДТ и лечение 16 зуба по поводу кариеса.

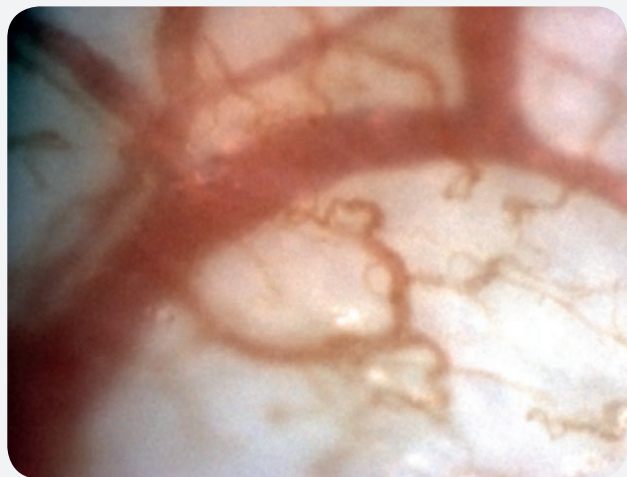


Рис. 3

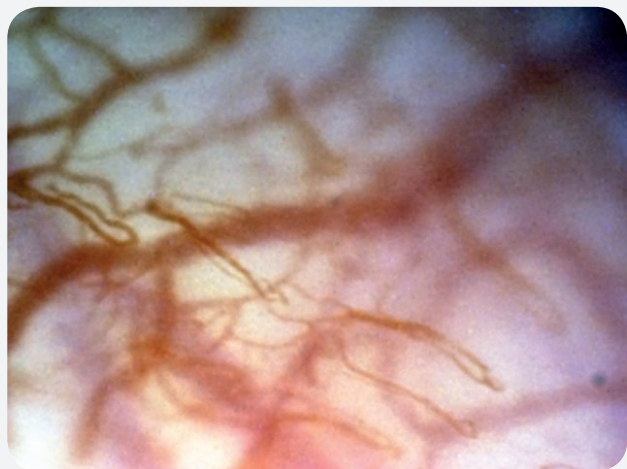


Рис. 4




На момент исследования было обнаружено снижение плотности функционирующих капилляров, микрососуды извиты (что свидетельствует о гипоксии тканей), артериовенозное соотношение смещено в сторону венозного компонента (что свидетельствует о венозном застое), интерстиций мутный (рис. 1, 3).

После проведения двух сеансов ФДТ выполнена компьютерная капилляроскопия в области переходной складки.

### Заключение

Превентивная стоматология включает технологии, применяемые стоматологом для поддержания здоровья зубочелюстной системы.

Упомянутые выше технологии позволяют своевременно предупреждать заболевания полости рта, противостоять раннему старению клеток и их накоплению в тканях, восстанавливать естественную микрофлору, тем самым оздоравливая весь организм в целом. 

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Campisi J., Andersen J. K., Kapahi P., Melov S. Cellular senescence: a link between cancer and age-related degenerative disease? // *Seminars in cancer biology*. — 2011. — Vol. 21, N 6. — P. 354–359.
2. Campisi J., d'Adda di Fagagna F. Cellular senescence: when bad things happen to good cells. // *Nature reviews. Molecular cell biology*. — 2007. — Vol. 8, N 9. — P. 729–740.
3. Орехова Л.Ю., Улитковский С.Б., Кудрявцева Т.В., Кучумова Е.Д., Порхун Т.В., Мустафина Ф.К., Кречина Е.К. Метод капилляроскопии в оценке состояния микроциркуляции в тканях десны интактного пародонта // *Стоматология*. — 2010. — № 4. — С. 28–30.
4. Мустафина Ф.К., Кречина Е.К. Материалы I научно-практической конференции молодых ученых «Инновационная наука — эффективная практика». — М., 2010. — С. 52.
5. Мустафина Ф.К. и др. Применение метода компьютерной капилляроскопии для оценки состояния микроциркуляции при воспалительных заболеваниях пародонта // Материалы IV Всероссийской научной конференции «Микроциркуляция в клинической практике». — М., 2012. — С. 9.
6. Мустафина Ф.К., Кречина Е.К., Рогинский В.В. и др. Некоторые аспекты патогенеза сосудистых поражений челюстно-лицевой области у детей по данным компьютерной капилляроскопии и морфологии // *Стоматология*. — 2012. — Спецвыпуск. — С. 27–30.
7. Ефремова Н.В., Дмитриева Н.А., Мустафина Ф.К. Способ лечения пародонтита // Патент РФ № 2522209. Опубликовано: 10.07.2014. Бюл. № 19.
8. Ефремова Н.В., Дмитриева Н.А., Мустафина Ф.К. Способ лечения пародонтита // Патент РФ № 2522211. Опубликовано: 10.07.2014. Бюл. № 19.
9. Мустафина Ф.К., Ефремова Н.В. и др. Метод фотодинамической терапии воспалительных заболеваний пародонта с применением геля-фотосенсибилизатора «Гелеофор» и аппарата фототерапевтического светодиодного «Спектр»: Методические рекомендации. — М., 2016. — С. 2–4.
10. Ролик И.С., Лаптев В.П. Биотерапия рака и предрака: Руководство. — М.: РАЕН, 2016. — С. 210.



# Дефибриллятор в стоматологической клинике To be, or not to be?



Александр Савицкий, врач —  
анестезиолог-реаниматолог, г. Екатеринбург,  
лектор компании «Медикал Консалтинг Групп»  
alexzander.lab@mail.ru

*В последнее время мне все чаще стали спрашивать: «Нужен ли в стоматологической клинике дефибриллятор, и если нужен, то какой?» Этот вопрос волнует не только руководителей, но и рядовых врачей. В этой статье мы обсудим необходимость наличия дефибриллятора в стоматологии и поговорим о том, какой аппарат лучше выбрать.*

Для начала — впечатляющая статистика. По данным Всемирной организации здравоохранения, одной из ведущих причин смертности в экономически развитых странах мира являются болезни системы кровообращения. Ежегодно от них умирает 17,5 млн человек.

По данным Минздрава России, смертность от заболеваний системы кровообращения в 2016 г. составила 622 на 100 тыс., что меньше на 6,5% по сравнению с 2015 г. [1]. Несмотря на снижение смертности, этот показатель остается достаточно высоким.

В свою очередь, среди болезней системы кровообращения выделяют наиболее частую причину смерти — внезапную остановку кровообращения (ВОК). Ежегодно ВОК становится причиной смерти 250–300 тыс. россиян [2]. В 75–80% случаев у пациентов с ВОК регистрируется фибрилляция желудочков.

По данным Американской ассоциации сердца (2016 г.), ежегодно развивается 209 тыс. остановок кровообращения [3]. А ведь граждане США куда серьезнее россиян относятся к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

У 5–10% пациентов, умерших от ВОК, отсутствовали проявления коронарной патологии [2]. А это значит, что у каждого 10-го пациента стоматологической клиники может возникнуть ВОК.

**Что же еще может спровоцировать ВОК у пациентов стоматологической клиники?**

Применение местных анестетиков, особенно в комбинации с эпинефрином, который может спровоцировать нарушение сердечного ритма.

Лечение в условиях общего обезболивания с использованием ингаляционных анестетиков, обладающих кардиотоксическим действием.

К тому же эмоциональный стресс способен вызвать декомпенсацию хронической коронарной патологии.

Учитывая все эти факторы, мы понимаем, что вероятность встречи стоматолога и пациента, у которого возникла ВОК, на стоматологическом приеме, достаточно высока.

По данным Национального совета по реанимации [2], **всего 4 мероприятия увеличивают процент выживаемости пациентов, перенесших ВОК:**

1. Раннее распознавание ВОК и вызов помощи.

2. Немедленное начало компрессий грудной клетки.
3. Немедленная дефибрилляция.
4. Совокупность мероприятий в постреанимационном периоде.

Если опираться на образовательные стандарты и учебные программы, все врачи и специалисты со средним медицинским образованием обладают навыком проведения базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР).

Как показывает практика, подавляющее большинство сотрудников медицинских организаций, работающих на амбулаторном приеме, удачно справляются с распознаванием ВОК и вызовом помощи.

Компрессии грудной клетки, или непрямой массаж сердца (НМС), как ее принято называть, задача более сложная. Большинство медицинских работников проводили компрессию грудной клетки лишь во время учебы, да и то только на фантомах. Чтобы качественно проводить НМС, нужна регулярная практика. С этим могут помочь различные учебные центры и регулярное обучение персонала базовой СЛР.

Немного забежим вперед и поговорим о совокупности мероприятий в постреанимационном периоде. Все эти мероприятия проводятся в отделениях реанимации и интенсивной терапии стационаров, куда выжившего пациента доставляет служба скорой медицинской помощи (СМП). Ключевое слово — выжившего. Выживание пациента до приезда бригады СМП напрямую зависит от спасателей, начавших оказывать помощь первыми.

Наиболее важным фактором, влияющим на успех проводимых реанимационных мероприятий, а значит, и на выживаемость как в раннем, так и в позднем постреанимационном периоде, является время проведения дефибрилляции [4]. Каждая минута задержки дефибрилляции снижает вероятность выживания на 10–15% [2].

Дефибрилляция необходима при фибрилляции желудочков и противопоказана при асистолии или электромеханической диссоциации.

**Если в стоматологической клинике есть обученный персонал и дефибриллятор, шансы на выживание у пациента с возникшей ВОК повышаются.**

Думаю, это весомый аргумент, свидетельствующий о необходимости дефибриллятора в стоматологической клинике.

Наличие дефибриллятора в стоматологической клинике регламентировано законодательством в единственном случае: если клиника лицензирована по анестезиологии и реаниматологии. Приказы МЗ РФ от 12.11.2012 № 909н (для взрослых) и от 15.11.2012 № 919н (для детей) обязывают любую медицинскую организацию, осуществляющую лечение в условиях общего обезболивания, иметь в наличии дефибриллятор. В остальных случаях приобретение данного аппарата остается на усмотрение администрации клиники.

Если вопрос с приобретением дефибриллятора в клинику решился положительно, теперь вам предстоит выбрать аппарат. Дело это не только сложное, но и ответственное.

Современные производители медицинского оборудования предлагают нам огромное количество вариантов мониторов-дефибрилляторов (МД) и автоматических наружных дефибрилляторов (АНД).

Впервые АНД стали применять в США в 1979 г. Это небольшой простой в управлении прибор, позволяющий достаточно точно анализировать сердечный ритм, принимающий решение о необходимости произвести электрический разряд, дающий инструкции спасателю по проведению СЛР.

АНД могут пользоваться как медицинские работники, так и сотрудники без медицинского образования. АНД предпочтительно использовать при проведении реанимационных мероприятий медицинским работником, испытывающим затруднение в анализе сердечного ритма. Как часто врач-стоматолог анализирует электрокардиограммы? Скажем больше, даже некоторые сотрудники СМП испытывают подобные затруднения.

В настоящее время на рынке можно найти приборы иностранного и отечественного производства. Благодаря организации производства АНД в РФ вопрос использования этих приборов в России стал обсуждаться в законодательных органах.

АНД могут быть взрослые (от 8 лет), детские (от 1 года до 8 лет) и комбинированные. У последних есть функция переключения с детского режима на взрослый. К тому же существуют обслуживаемые и необслуживаемые модели. У первых есть функция зарядки от сети, у вторых количество разрядов ограничено емкостью аккумулятора.

О качестве приборов зарубежного и отечественного производства на данный момент судить сложно. Виной этому опять же ограниченное применение АНД в России.

**Если вы решили приобретать АНД в клинику, необходимо обучить всех сотрудников работе с прибором.**

МД — более сложный в использовании прибор. Выбор этого аппарата еще более труден. Производят их также за рубежом и в России. По собственному опыту могу сказать, что приборы западного и европейского производства более надежны и долговечны в использовании, но есть достойные модели российского и китайского производства.

*Какими характеристиками должен обладать надежный МД?*

**1. Он должен сочетать в себе большое количество функций:**

- кардиомонитор;
- дефибриллятор;
- электрокардиограф;
- пульсоксиметр;
- тонометр.



Эксклюзивно в Н.Селла

# DynaLED

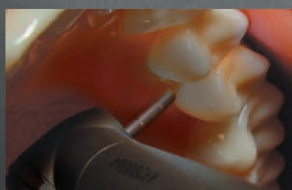
## Автономная подсветка LED

### 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

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.nsellaspb.ru

**NSK**

Такое сочетание функций минимизирует количество оборудования, используемого при оказании неотложной помощи, а это значит, что все необходимые приборы оказываются на месте одновременно. К тому же один прибор будет занимать меньше места, чем 5. Управление одним прибором более оперативно, чем несколькими.

К тому же мне известны случаи, когда лицензирующие органы разрешали приобрести один МД при прохождении процедуры лицензирования по анестезиологии-реаниматологии, освобождая клинику от приобретения отдельных приборов (монитор пациента, пульсоксиметр, тонометр, дефибриллятор), что ко всему прочему сэкономило средства.

Сочетание всех этих функций позволяет не только одновременно мониторировать жизненно важные показатели, но и регистрировать на бумаге (распечатка электрокардиограммы) проводимые реанимационные мероприятия (введение адреналина, НМС, дефибрилляция).

## 2. Устройство от перезарядки аккумулятора.

Это устройство позволяет МД постоянно быть включенным в сеть, сохраняя ресурс аккумулятора. Таким образом, МД всегда будет заряжен, а вы всегда будете уверены в том, что при отключении от электрической сети прибор продолжит работать в автономном режиме необходимое время.

## 3. Интуитивно простой интерфейс.

Он позволит медицинскому персоналу быстрее сориентироваться и более оперативно управлять процессом мониторингования и проведения реанимационных мероприятий.

МД можно использовать для анализа ритма как с электродов, так и с помощью кардиоотведений. При использовании этого типа дефибриллятора анализ сердечного ритма проводится врачом, а не прибором. Реанимирующий должен сам принять решение о необходимости произвести электрический разряд, а также выбрать энергию разряда. Это ограничивает использование МД непрофессиональными реаниматорами.

Как правило, этим видом дефибрилляторов умеют пользоваться только врачи анестезиологи-реаниматологи, врачи-кардиологи кардиологических отделений (инфарктных блоков) и врачи экстренных служб (СМП, медицина катастроф).



## Выводы

1. Чем больше пациентов посещает стоматологическую клинику, чем чаще проводятся местные и общие анестезии, тем выше вероятность возникновения внезапной остановки сердца на амбулаторном стоматологическом приеме.
2. Раннее начало СЛР и дефибрилляции значительно повышает выживаемость пациентов с ВОК.
3. Не всегда и не весь персонал стоматологической клиники готов к проведению базовой сердечно-легочной реанимации.
4. Не все врачи стоматологической клиники могут проанализировать сердечный ритм и решить вопрос о необходимости дефибрилляции.
5. АНД — оптимальное решение для стоматологических клиник, не лицензированных по анестезиологии-реаниматологии, в штате которых нет анестезиолога-реаниматолога.
6. МД — оптимальный вариант при использовании анестезиологом-реаниматологом.
7. Наличие любого типа дефибриллятора в стоматологической клинике требует обучения персонала работе с прибором.

Надеюсь, информация, которой я с вами поделился, поможет вам принять правильное решение при приобретении дефибриллятора для стоматологической клиники. ☞

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вестник Росздрава. — 2015. — № 5.
2. Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Кузовлев А.Н., Перепелица С.А., Смелая Т.В., Спиридонова Е.А., Тишков Е.А. Сердечно-легочная реанимация. — М.: ФНКЦ РР, МГМСУ, НИИОР, 2017. — 68 с.
3. Кузовлев А.Н. Расширенные реанимационные мероприятия при остановке кровообращения: современные рекомендации и перспективные исследования // Вестник интенсивной терапии. — 2017. — № 3.
4. Востриков В.А. Электрическая дефибрилляция при внезапной остановке сердца на догоспитальном этапе // Общая реаниматология. — 2005. — Т. 1, № 3. — С. 41–45.



# CAD/CAM и inLab

Теперь у вас есть свобода выбора при сканировании, моделировании и производстве реставраций, а ваша зуботехническая лаборатория полностью укомплектована новыми высокопроизводительными inLab-компонентами. Сканеры, программное обеспечение и станки оптимально взаимодействуют друг с другом, учитывают все требования, предъявляемые к зуботехническим работам и предоставляют возможность использования большого выбора материалов и дружественного программного обеспечения для решения самого широкого спектра задач.

**Программное обеспечение inLab БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, БОЛЬШЕ СВОБОДЫ**  
Используя программное обеспечение inLab, вы сможете управлять всем процессом изготовления реставрации: от создания модели, сканирования, получения виртуальных оттисков и моделирования реставрации до фрезерования и шлифования. Это просто, инновационно и очень удобно.



**inEos X5 САМЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ СКАНЕР**  
Революционный экстраоральный сканер с инновационной 5-осевой технологией сканирования – незаменимый аппарат для решения любых задач по оцифровке визуальных данных, отличающийся исключительной точностью, гибким управлением, быстрым сканированием и имеющий чрезвычайно широкий спектр применения. Данные сканирования можно экспортировать в другие CAD/CAM-системы через встроенный STL-интерфейс.

**inLab MC X5 ЛЮБЫЕ ФУНКЦИИ. НИКАКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ**  
inLab MC X5 предлагает вам новый уровень свободы выбора при работе с CAD/CAM-системой. 5-осевой шлифовально-фрезерный станок использует влажное шлифование и сухое фрезерование практически всех материалов, существующих на рынке. Также в аппарат можно легко загружать данные о реставрации из других CAD-систем. Проще говоря, вы становитесь полностью независимы в своей работе.



**inLab MC XL  
МНОЖЕСТВО ТАЛАНТОВ – ВОВРЕМЯ!**  
Кроме других своих впечатляющих характеристик, inLab MC XL в состоянии быстро и точно справиться и с отдельными фрезеровальными и шлифовальными задачами, особенно с влажной обработкой стекло-керамики. Благодаря большому выбору материалов аппарат предлагает вам широкий спектр вариантов его использования в лаборатории.

**inFire HTC speed  
САМАЯ БЫСТРАЯ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНАЯ ПЕЧЬ**  
В этой высокотемпературной печи вы можете синтеризовать материалы, используемые в производстве реставраций и обрабатываемые в системе inLab. Программы для скоростного обжига, а также позволяют синтеризовать реставрации из недорогих металлов в одной камере печи.



РЕКЛАМА



## Острая боль, экстренная ситуация у пациента: как вести себя врачу-стоматологу



Екатерина Салыгина,  
кандидат юридических наук,  
член Ассоциации юристов России,  
руководитель Юридической мастерской  
по сопровождению деятельности частных  
медицинских организаций,  
лектор компании «Медикал Консалтинг  
Групп» (Россия)

Контакты:  
esalygina@gmail.com, www.salygina.ru

*Почти на каждом семинаре врачи задают такой вопрос. Во-первых, потому что всем в институтах говорили: человеку с острой болью нельзя отказывать в медицинской помощи. А во-вторых, потому что существует неразбериха в том, а что собственно врач-стоматолог может сделать, не имея соответствующей специализации на оказание скорой медицинской помощи и не закончится ли добровольный подвиг объяснениями в судебном процессе, зачем вообще ты прикоснулся к пациенту?*

Попробуем кратко разобраться в этом вопросе.

Первое, что нужно понять: острая боль — это не юридический, а медицинский термин. Есть острая и хроническая боль. **Само по себе наличие острой боли не означает, что жизни пациента угрожает опасность** (может, и угрожает, но не обязательно).

Вместе с тем, в соответствии со ст. 11 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», медицинская организация и медицинский работник **обязаны оказать медицинскую помощь бесплатно и безотлагательно, только если имеет место экстренная ситуация** (т.е. ситуация, угрожающая жизни<sup>1</sup>).

Далее... В нашем законодательстве разделены понятия «медицинская помощь» и «первая помощь». Согласно ч. 1 ст. 31 ФЗ-323, «первая помощь ДО оказания медицинской помощи оказывается...». Не думаю, что можно их так четко разделить, поскольку, для того чтобы оказывать первую помощь, также нужны знания и умения в области медицины (искусственное дыхание, наложение повязки, выдвижение челюсти, фиксация шейного отдела позвоночника, прямое давление на рану и прочие манипуляции человек, не обладающий специальными знаниями, сделать не сможет). К слову, до 2011 г. первая помощь была подвидом скорой помощи.

<sup>1</sup> В соответствии с Приказом Минздрава России № 388н от 20.06.2013 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» медицинская помощь в экстренной форме оказывается в том числе при наличии внезапного болевого синдрома, представляющего угрозу для жизни. Если речь идет о стоматологической помощи, пока ни один врач не привел мне примеры таких ситуаций.

Согласно ч. 1 ст. 31 ФЗ-323, первая помощь оказывается:

- отрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, а также иными лицами, в чьи обязанности это входит в соответствии с федеральными законами;

- водители, если у них имеются соответствующие знания и навыки;

- лицами, в чьи обязанности входит оказание первой помощи на основании **специального правила**. К последнему относят **клятву врача**: согласно ст. 71 ФЗ-323, врач должен «быть всегда готов оказать медицинскую помощь».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» определяет:

- во-первых, **в каких случаях оказывается первая помощь**: отсутствие сознания, остановка дыхания и кровообращения, наружные кровотечения, инородные тела верхних дыхательных путей, травмы различных областей тела, ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения, отморожение и другие эффекты воздействия низких температур, отравления;

- во-вторых, в приказе определен достаточно большой **перечень мер** по оказанию первой помощи; ознакомиться с ним можно, набрав в поисковой строке реквизиты приказа, в Справочных правовых системах «Гарант» и «КонсультантПлюс».

До 2012 г. (до введения в действие ФЗ-323) в законодательстве было указано, что скорую медицинскую помощь оказывают **медицинские работники** (ст. 39 Основ законодательства об охране здоровья граждан). Сейчас закон указывает, что скорую медицинскую помощь оказывают **медицинские организации** (ч. 1 ст. 35 ФЗ-323).

Иными словами, скорую помощь в неотложных и экстренных ситуациях оказывают соответствующие медицинские организации, имеющие лицензию на ее оказание. Соответственно, даже если медработник имеет все необходимые сертификаты, он скорую помощь может оказать, только находясь на рабочем месте. Как только он вышел с работы и его рабочий день закончился, он оказывает только первую помощь.

Студенты-медики (ваши возможные стажеры), пенсионеры — бывшие медицинские работники, у которых закончилось действие сертификата, **первую помощь не оказывают**, они лишь могут вызвать бригаду скорой помощи.

Врачи часто ссылаются на возможность привлечения их к уголовной ответственности по ст. 124 УК РФ

«Неоказание помощи больному». Здесь важно понимать два момента.

Первое: для врачей всех специальностей, не имеющих права оказывать скорую специализированную медицинскую помощь, ответственность может наступить только за **неоказание первой помощи**.


Второе: ответственность может наступить, только если имела место экстренная ситуация для жизни пациента (не острая зубная боль).

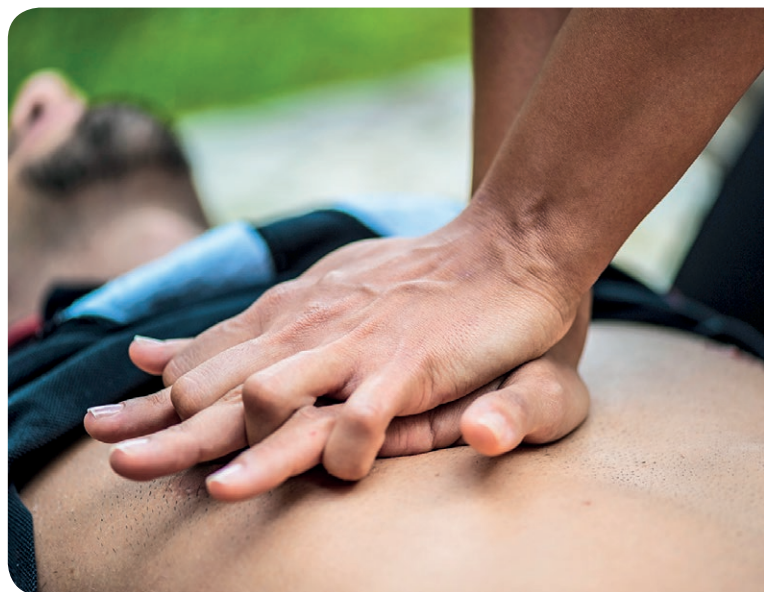
### Выводы

Если в клинику приходит пациент, который не был записан на прием с жалобами на острую боль, его нужно хотя бы на 5 минут принять, провести осмотр, оформить медкарту, где должна появиться запись «Экстренная ситуация отсутствует».

Дальше: если у вас есть время, работайте с этим пациентом, если времени нет — в карте отмечаем, что пациент уведомлен о необходимости получения медицинской помощи такого-то врача в течение 24 ч, медицинская помощь может быть получена в плановом порядке. Можно дать обезболивающую таблетку или список медицинских организаций, частных и государственных (муниципальных), которые находятся рядом с вами.

Если в клинику заходит пациент и, для примера, держится за ребра, говорит, что у него резкая боль за грудиной, либо просто садится и теряет сознание, задача первая — **оказать ему первую помощь** в соответствии с требованиями приказа № 477н, вторая — **вызвать скорую**.

Я бы даже вызвала частную скорую, если она есть в вашем городе, взяв на себя расходы по транспортировке пациента. В этом случае вы действительно проявите добросовестность и сделаете все возможное для того, чтобы предотвратить негативные последствия экстренной ситуации. 

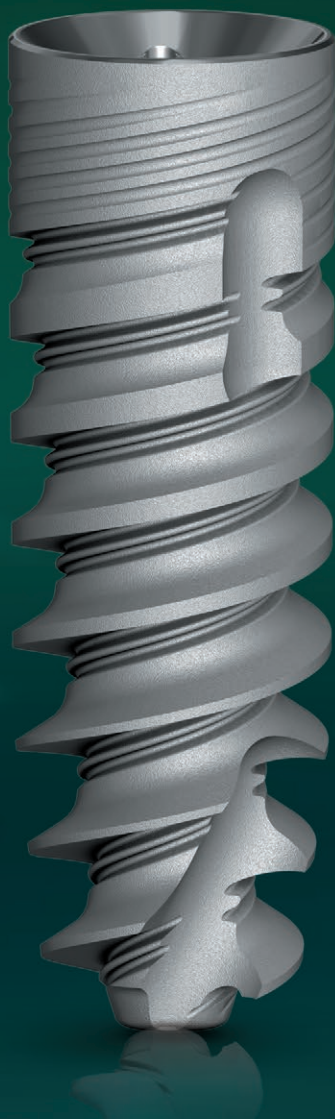






# ГАРМОНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

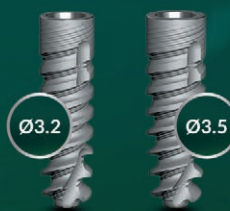
от Alpha-Bio Tec.



## УПАКОВКА ИМПЛАНТАТА



Коническое шестигранное  
соединение СНС



# НОВИНКИ 2017

# AlphaBio<sup>TEC</sup> Simplantology

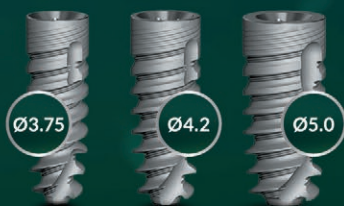
ЕДИНЫЙ НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ВСЕХ СИСТЕМ  
ИМПЛАНТАТОВ



ПРЯМЫЕ И СТУПЕНЧАТЫЕ СВЕРЛА  
С УГЛЕРОДНО-ТИТАНОВЫМ  
ПОКРЫТИЕМ DNT<sup>2</sup>



Соединение с внутренним  
шестигранником IH



НОВЫЕ ИМПЛАНТОВОДЫ  
С ЗАХВАТОМ



РЕКЛАМА





**Павел Яковлев:**

**«В бизнесе, как и в жизни,  
важно делать добро...»**



Прошли времена, когда во главе стоматологических клиник стояли люди исключительно с медицинским образованием. Сегодня мы наблюдаем, как появляется новое поколение руководителей, которое успешно ведет медицинский бизнес с дипломом менеджера.

Представляем гостя нашего журнала — Павла Яковлева, владельца сети клиник «Прайм-стоматология» в Рязани, председателя президиума Ассоциации молодых предпринимателей Рязанской области, старшего преподавателя РГРТУ, магистра менеджмента, слушателя программы EMBA РАНХиГС.

**— Насколько тесно Ваша судьба связана со стоматологией?**

— С появлением человека на свет его судьба неразрывно связана со стоматологией. Как в известном анекдоте: «С рождения нам дано несколько отверстий и за каждое отвечает свой специалист». А если серьезно, в моей семье примерно поровну медицинских работников и управленцев. Мой дядя — врач. Прадед был известным в городе врачом и участвовал в двух мировых войнах, бабушка во время войны училась и стала зубным врачом в далеком 1946 году, когда это еще не было мейнстримом.

**— Почему Вы не выбрали профессию врача-стоматолога, ведь большинство руководителей клиник вышли именно из этой специальности?**

— Сегодня быть руководителем — это тоже профессия. В моей семье дед был директором завода, отец Алексей Николаевич до сих пор возглавляет производственное предприятие. Я уверен, что основная задача руководителей медицинского учреждения — собрать хорошую команду. В наших клиниках есть главный врач и его замы, а также заведующие отделениями. Именно в их компетенции находится оперативное управление лечебным процессом медицинского учреждения.

**— У каждой стоматологической клиники есть свои «фишечки». Какие они у «Прайм-стоматологии»?**

— Уникальный коллектив из почти 200 сотрудников — вот наша главная фишка. Мы вкладываем душу в свое дело, и это не остается незамеченным.

У нас в клинике есть свой мини-океанариум: 20 аквариумов, и самый большой из них вместимостью свыше 20 тонн воды с уже крупными акулами,

скатами, муренами и т.д. И взрослым, и маленьким пациентам это очень нравится.

Еще одна фишка — наш талисман: бобер Стомми. Я про него даже сказку написал для детей. Одна из наших клиник площадью 1500 м<sup>2</sup> вручную оформлена по ее мотивам. Стомми — символ дружелюбия и трудолюбия, а его крепкие зубы напрямую ассоциируются со стоматологическим здоровьем. Стомми — участник наших праздников и акций.

**— Когда бизнес создан и работоспособен, как понять, что необходимо нанимать управляющего, а не быть им самому. В какой момент это следует делать?**

— Для руководителя — собственника бизнеса считаю необходимым отладить бизнес-процессы, прописать регламенты и максимально делегировать свои функции. Стратегическое развитие компании возможно только в том случае, когда у генерального директора есть на это время.

Если есть обученный человек на функцию управляющего, можно брать сразу: пусть занимается рутинной документацией, общается с контролирующими органами и т.д. Даже небольшая клиника может нанять маркетолога из студентов профильной специальности. Такой молодой специалист с огромным рвением и за небольшую заработную плату может принести много пользы. Если такого человека нет, нужно распределять задачи и решать их поэтапно.

**— В стоматологии достаточно сильна конкуренция. Как Вы к ней относитесь, приходилось ли сталкиваться с ее проявлениями?**

— Здоровая конкуренция — это благо. Как для спортсмена участие в соревнованиях отличается от одиночного тренировочного процесса. Нам важно видеть спину лидера в яркой майке, которого нужно догнать, затылком чувствуя дыхание близкого соперника. Конкуренция не позволяет нам «разжиреть», стать медлительными «аристократами», остановиться в развитии. В конечном итоге это подстегивает всю нашу команду расти дальше, делать свою работу еще лучше. Благодаря ей мы движемся вперед, а в конечном итоге выигрывает пациент.

Конечно, мы сталкивались и с недобросовестной конкуренцией в виде лживых заказных статей в прессе, липовых отзывов в социальных сетях и т.п. Важно уметь отделять конструктивную критику от несправедливых нападок. В первом случае — принимать решения, во втором — игнорировать.

**По-настоящему талантливых докторов немного, но они, подобно локомотиву, тянут за собой весь коллектив. Для руководства клиники важно найти одаренных врачей, можно искать их среди студентов, давая им возможность расти профессионально.**





**Имплантация**



— Мы приняли уже более 120 000 пациентов и скоро запускаем третью крупную клинику на 11 стоматологических кресел.

В клинике будет специализированное отделение по лечению зубов под общим наркозом и еще много всего интересного и нового.

В своей работе мы всегда стремимся делать что-то уникальное для региона, изучать и внедрять лучшие российские и зарубежные практики. В свое время мы одни из первых установили дентальные томографы и операционные микроскопы в стоматологии, первые стали лечить зубы под седацией.

Есть планы по развитию медицинского бизнеса за пределами стоматологии.

**— Бизнес — это спорт, работа или удовольствие?**

— Клиники и люди, которыми я руковожу, для меня не просто любимая работа. Это часть моей жизни — я получаю удовольствие и драйв от того, что мы делаем. Это своего рода спорт с присущим ему азартом и энергией соперничества.

Считаю, когда бизнес — это твоя жизнь, хобби и увлечение, он не делается только ради денег, они лишь условный показатель эффективности, а живость проекту придает душа предпринимателя.

**— Почему москвичи лечат зубы в... Рязани?**

— В Рязани по сравнению с московским регионом ниже средняя заработная плата, дешевле аренда на нежилые помещения, меньше накладные расходы. Рыночные механизмы и высокая конкуренция делают стоимость стоматологических услуг в Рязани в 2–3 раза ниже московских. При этом доктора используют те же материалы и оборудование, что и их коллеги в столице, и, конечно, посещают одни и те же обучающие семинары и мастер-классы. Дорога на комфортабельном поезде из Москвы занимает всего 2 часа, поэтому пациенты могут приезжать в Рязань так часто, как это требуется.

Хочу отметить: столичных пациентов пока не более 15% от общего количества, в первую очередь мы работаем для населения нашего региона.

**— В каком направлении планируете развивать бизнес дальше?**

**— Расходы на обучение персонала Ваших клиник превышают 3 млн в год. Почему выгодно инвестировать в сотрудников? Не опасаетесь, что они уйдут в конкурирующие компании?**

— Главное достояние медицинского учреждения — не оборудование, не ремонт и не красивая вывеска, а люди! Поэтому инвестиции в образование докторов — это наращивание конкурентного преимущества. Что притягивает талантливого специалиста? Возможность расти профессионально!

По-настоящему талантливых докторов немного, но они, подобно локомотиву, тянут за собой весь коллектив. Для руководства клиники важно найти одаренных врачей, можно искать их среди студентов, давая им возможность расти профессионально.

Вероятность перехода грамотного доктора к конкурентам всегда существует, но это тоже подстегивает



**Лечение под микроскопом**



**Проблемы и кризисы — обычное явление не только в бизнесе, но и в нашей повседневной жизни. Нередко они выбивают нас из равновесия, выводят из зоны комфорта, но в конечном итоге приносят пользу, запуская механизмы, заставляющие нас работать еще эффективнее.**



клинику и руководство не тормозить. Кроме того, никто не запрещает подписать договор на обучение.

В конечном итоге инвестиции в людей — самые эффективные.

*— Восьмой год Вы преподаете в ведущем вузе Рязанской области как старший преподаватель кафедры менеджмента, учите бизнесу и финансам студентов. С каких азов начинаете обучение? Какие главные принципы должны усвоить будущие бизнесмены?*

— Первая рекомендация студентам: создаваемый бизнес должен открывать для людей дополнительные возможности, а не ограничивать их.

Приведу простой пример. Платная парковка или пляж, когда предприниматель просто отгораживает участок реки (дороги), ничего не инвестирует, делает платный вход. Это может быть прибыльный бизнес, но он ограничивает возможности людей. Другой пример: частный детский сад, школа, медицинская клиника и т.п. — правильный бизнес, создающий возможности.

Вторая рекомендация: правильная идея, лежащая в основе каждого успешного бизнеса. Она должна быть конкурентной, инновационной, а главное — востребованной.

На свои лекции я всегда приглашаю практиков — известных предпринимателей Рязанской области, которые делятся практическим опытом, заряжая молодежь особой энергетикой.

*— На базе «Прайм-стоматологии» ведется активная научная работа, функционирует собственный лицензированный учебный центр. Как мотивировать сотрудников на ведение такой работы?*

— Когда коллектив докторов растет и развивается, важно не допускать конфликтов, создавать комфортную командную среду и здоровую конкуренцию среди специалистов. При этом нужно помнить, что каждый доктор должен чем-то выделяться.

Научная работа позволяет реализовать амбиции. Наши сотрудники получили несколько патентов на способы лечения и полезные модели (ортодон-

Врачи клиники





**Главное достояние медицинского учреждения — не оборудование, не ремонт и не красивая вывеска, а люди! Поэтому инвестиции в образование докторов — это наращивание конкурентного преимущества. Что притягивает талантливого специалиста? Возможность расти профессионально!**

тические аппараты), пишут статьи и защищают диссертации, разрабатывают авторские обучающие курсы.

В наш учебный центр приезжают лучшие практикующие стоматологи со всей России — это своего рода центр обмена научным опытом.

*— Расскажите о системе наставничества, которая успешно работает у вас уже седьмой год.*

— Система наставничества в клиниках «Прайм-стоматология» — это механизм передачи компетенций опытными докторами начинающим и основной источник пополнения нашей команды молодыми специалистами.

Немного о том, как это работает:

1. Несколько наших докторов преподают в профильном вузе — РязГМУ, они рекомендуют нам талантливых студентов 3–4-х курсов (обычно 1–3 человека на 100 человек в потоке).

2. Мы приглашаем таких студентов на работу ассистентами стоматолога.

3. Во время работы в клиниках «Прайм-стоматология» и учебы в РязГМУ студенты ассистируют лучшим докторам, бесплатно посещают все дополнительные семинары в нашем учебном центре.

4. После получения диплома и прохождения ординатуры они 1–2 года ведут учебный прием в клиниках «Прайм-стоматология»: сначала на фантомах, затем лечат родственников и друзей сотрудников на бесплатной основе, работают гигиенистами. За каждым молодым специалистом закрепляется наставник — главный врач, заведующий отделением или ведущий специалист.

5. Аттестационная комиссия в составе главного врача и заведующих отделениями постоянно оценивает навыки и компетенции молодого доктора.

6. И только после сдачи всех внутренних экзаменов молодой доктор допускается до работы с пациентами.

Учебный центр «ПРАЙМ»





В результате за 4–5 лет работы и развития внутри коллектива мы получаем талантливую, преданную команду, опытного доктора. Молодой специалист, помимо учебной программы вуза и ординатуры, за 2–3 года работы ассистентом и 2 года учебного приема уже обладает всеми необходимыми компетенциями и продолжает развиваться.

Наша выверенная годами система наставничества обеспечивает клинику грамотными специалистами и гарантирует качественное лечение пациентов.

— *Как Вы попали на учебу в Кембридж и чему англичане учат российских бизнесменов?*

— Обучение в Кембридже — зарубежный модуль программы EMBA в РАНХиГС при Президенте РФ. Зарубежные преподаватели обучали нас стратегическому мышлению и лидерству. Безусловно, их знания и опыт интересны, но для меня гораздо важнее та информация и те идеи, которые я получаю от своих одногруппников — успешных предпринимателей со всей России.

— *Благотворительность, социальные проекты — это состояние души?*

— Малый бизнес тоже может и должен быть социально ответственным. Это подразумевает заботу о сотрудниках, их здоровье и профессиональном развитии, а также поддержку культуры, спорта и благотворительность. Кроме того, поддержка волонтеров, культурных и спортивных мероприятий — это дополнительная реклама и правильное позиционирование бизнеса.

Отдельные наши социальные проекты, например «Уроки здоровья», не только решают проблему профилактики заболеваний, но и приводят к реальному росту пациентов в клинике.

Нужно помогать тем, кто остро нуждается — сиротам, инвалидам и пожилым людям. Не только общество смотрит на социально ответственный бизнес по-другому, но и сами сотрудники ценят работодателя, помогающего, например, восстанавливать храмы.

— *Почему заниматься благими делами нужно каждому человеку?*



— Стараться нужно каждому, но не через силу и против воли, а по велению сердца. Благие дела спускают нас на землю, заставляют о многом задуматься. Своих докторов мы часто отправляем с миссией в детские интернаты, в дома для детей-инвалидов. Они возвращаются одухотворенными...

— *Как Вы все успеваете в жизни? Поделитесь опытом планирования рабочего времени?*

**Считаю, когда бизнес — это твоя жизнь, хобби и увлечение, он не делается только ради денег, они лишь условный показатель эффективности, а живость проекту придает душа предпринимателя.**



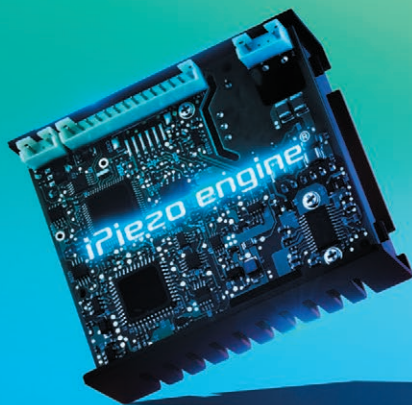


Эксклюзивно в Н.Селла

# 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  
spb@nsella.ru www.nsellaspb.ru



РЕКЛАМА



День Бобра – ежегодный праздник



— Успеваю далеко не все, что хочется сделать. Расставляю приоритеты, многое делегирую своей команде. Что касается самого процесса планирования, для себя и своих сотрудников я нашел хороший программный продукт — облачный сервис Битрикс-24.

Конечно, для высокой работоспособности требуется много энергии, поэтому важны активный отдых, интересные путешествия и хобби. А еще общение с умными и целеустремленными людьми, ведь нас формирует наше окружение.

— Если бы удалось начать жизнь заново, что бы Вы хотели в ней изменить?

— Больше бы ценил время и тратил бы его эффективнее. Например, в школьные годы можно было обойтись без компьютерных игр — столько времени на них потрачено...

— Какая неприятность «пригодилась» (принесла пользу) больше всего?

— Проблемы и кризисы — обычное явление не только в бизнесе, но и в нашей повседневной жизни. Нередко они выбивают нас из равновесия, выводят из зоны комфорта, но в конечном итоге приносят пользу, запуская механизмы, заставляющие нас работать еще эффективнее.

— Что для Вас важнее бизнеса?

— Важнее бизнеса всегда будет Человек, моя семья и близкие.

— Спасибо за интересную беседу! 🐻







## Эффективные менеджеры в стоматологии: встреча 11-я

Татьяна Никольская,  
кандидат медицинских наук,  
врач стоматолог-хирург клиники «Шенон», г. Москва

В последних числах октября 2017 г. в Москве состоялась очередная XI конференция «Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии и эстетической медицине». Высокий уровень конференции обеспечили харизматичные спикеры во главе с лидером КЭМа Ильей Фридманом и их актуальные содержательные доклады...

### День первый. Мы меняем мир

Первый учебный день открыл врач-стоматолог и магистр бизнес-администрирования **Влад Двойрис**, официальный спикер компаний Dentsply Sirona, GlaxoSmithKline и израильский представитель-консультант компании Chrisad (США).

В своей презентации о гигиеническом сервисе он поделился 35-летним опытом американских коллег, рассказал о рецептах привлечения пациентов в клинику с помощью рутинных профосмотров и гигиенических процедур. На основе статистических данных и на конкретных примерах он доказал экономиче-



скую целесообразность оригинального построения расписания специалистов, описал особенности американского стоматологического маркетинга.

Наши специалисты-стоматологи в свою очередь пригласили лектора посетить несколько топовых стоматологических клиник в России для обмена опытом.

Постоянный спикер КЭМ **Александр Семенов**, управляющий партнер компании «Бизнес-медицина», бизнес-консультант топ стоматологических клиник в 16 регионах РФ, предложил нашему вниманию следующую тему: *«Увеличение финансовых и качественных показателей клиники с помощью совершенствования системы контроля и поощрений в работе с персоналом»*.

Александр рассказал о светлых и темных сторонах контроля, подробно пояснил 5 ключевых правил его построения, обращая внимание на специфику регулирования работы разных групп сотрудников (врачей, администраторов, среднего медицинского персонала и др.), поделился опытом, наработанным за время использования различных систем контроля в клиниках-партнерах, и на примерах пояснил, к чему может привести его отсутствие.

С докладом *«Строим систему “продаж на троих”, не позволяющую терять пациентов и поднимающую результативность медицинского бизнеса»* выступил известный в деловом мире бизнес-консультант, титулованный бизнес-тренер **Борис Жалило**.

Спикер начал свой доклад с вопросов к аудитории. Он пояснил, что инструменты из других бизнесов, безусловно, применимы и к стоматологическому, подробно рассказал, как следует управлять ожиданиями и впечатлениями пациента, о системе «продаж на троих»: врача, маркетолога и администратора, — их ролях, задачах, KPI каждого участника.

На примере позитивных видеороликов показал основные распространенные ошибки или заблуждения, мешающие бизнесу, и предложил пути их решения.

Борис дал понятие такому важному показателю, как LTV пациента (*lifetime value*), который показывает совокупную прибыль клиники, получаемую от одного пациента за все время сотрудничества (для тех, кто забыл, этот показатель рассчитывается по формуле:  $LTV = \text{Нлет} \times \text{Усделок} \times \text{средняя сделка}$ ), предложил дифференцированный инструментарий для управления пациентами и достижений целей как стоматологической клиники, так и пациента.

А потом нас ожидало интересное выступление **Александра Шиманского**, соучредителя стоматологической клиники «МедиЛайн», эксперта в разработке стоматологических сайтов и основателя digital-агентства «PRO100». Тема звучала так: *«Повышение эффективности стоматологического сайта: специализированные навыки»*.

Учитывая основную задачу сайта — привлечение новых пациентов, спикер объяснил, что такое гибридный сайт, лендинг, подробно рассказал о биз-

нес-логике эффективного сайта, каким должна быть его древовидная структура и чем она отличается от линейной. Спикер продемонстрировал, как можно измерить эффективность сайта, проанализировать активность посетителей страниц и конверсии обращений реальных пациентов с сайта в клинику.

Александр рекомендовал всем эффективным менеджерам разработать мобильные версии сайтов и пожелал привлечения как можно большего количества комплексных пациентов, уточнив, что конверсия эффективного сайта должна превышать 5%.

Следующий доклад активного наставника эффективных менеджеров, двигателя инстаграмотности







среди стоматологов и косметологов, медицинского советника в эстетической медицине и стоматологии, доктора **Алексея Гребнева** был на тему *«Современные коммуникационные решения для достижения коммерческого успеха в медицинском бизнесе»*.

Доклад начался с объяснения, что такое хэштеги и для чего они нужны. Все шло планомерно, размеренно, спокойно и аудитория уже готовилась воспринимать очередную порцию информации про Инстаграм... Но! Алексей запустил видеопрезентацию (которую лучше 1 раз увидеть, чем 100 раз услышать пересказ о ней), и многие одноклубники поменяли свой взгляд. А кульминацией стало появление на сцене #героев видеороликов — скрипача Анара Юсифова и иллюзиониста Максима Максимова.

Энергичный спикер-экстраверт, эксперт по развитию лидеров и команд **Вячеслав Таранов** предложил тему *«Эмоциональный интеллект — компетенция профессионала № 1»*. Он буквально заставил присутствующих заглянуть внутрь себя. Но мало себя знать, надо уметь управлять собой!

Мы узнали, что такое эмоциональный интеллект (EQ) и зачем он нужен руководителю, как мы можем управлять своими эмоциями и эмоциями коллег, пациентов, как использовать свое ресурсное состояние (понять себя, контроль и саморазвитие личности) и выстроить доверительные отношения (создать позитивный эмоциональный фон в коллективе). Для достижения успеха в командной работе важен EQ, а низкая адаптивность к изменениям и низкий уровень эмоционального интеллекта могут привести к неудачам в работе и карьере, и для достижения успеха их нужно совершенствовать.

Апофеозом презентаций первого дня конференции стал яркий доклад человека-бренда, одного из первых долларовых миллионеров **Владимира Довганя**.

Он подробно разобрал, как работать с мечтой, и не просто с мечтой, а со сверхидеей, показав это на примере из жизни Мартина Лютера Кинга.

Владимир убежден, лидерство начинается с мечты, она — источник энергии, возможностей, вдохновения, и, постоянно идя к цели, можно прожить яркую, успешную жизнь.

Довгань дал нам установку: всегда искать новые пути, быть новаторами, поскольку каждый человек обладает способностями; чтобы стать лидером, нужно жить не одним днем, а мыслить стратегически.

Для вдохновения автор посоветовал посещать «места силы»: музей-квартиру К.С. Станиславского, музей С.П. Королева. Изучать биографии гениев: А. Тарасова (создание мощнейшей команды, своей игрой «улучшающей мир») и С. Джобса (с его «гаражным» девизом «мы меняем мир»).

«Сверхидея — это идея, опережающая время. Это то, что наполняет важным смыслом жизнь, это источник энергии для вас и ваших последователей, и вы должны идти к ней. Будьте необычными, дей-



ствуйте и думайте по-другому... Большие идеи реализовывать намного легче... Мы — наследники Мечникова, Королева, Павлова... Мы — лидеры... Не будьте шахматистами, будьте изобретателями шахмат!» — провозглашал с трибуны Владимир Довгань.

Настоящим интеллектуальным подарком первого дня стало появление на сцене народного и заслуженного артиста России, «Аполлона», председателя и президента, правоведа, людоведа и правдолюбца, актера от Бога, гениального поэта и артиста **Валентина Иосифовича Гафта**. Его появление вызвало восторг аудитории — любимого Гафта приветствовали стоя. У нас была исключительная возможность увидеть и послушать блистательные мысли великого Артиста.

### День второй. Выход из юридического тупика

Этот день был полностью посвящен сложным правовым вопросам.

Открыл программу второго дня доклад «*Потребительский экстремизм в стоматологии и эстетической медицине*» **Вадима Черкашенина**, постоянного лектора КЭМ, высококлассного практикующего юриста, адвоката на стороне врачей.

Вадим рассказал о видах экстремизма, условиях его возникновения, целях экстремистов, остановился на порядке выдачи медицинской документации, способах правовой защиты, согласно гражданскому кодексу.

С темой «*Правовое оформление отношений с пациентом в эстетической медицине и стоматологии*» впервые на сцене КЭМ выступила **Джевгерат Гамзаева**, экономист, советник юстиции I класса (полковник юстиции), управляющая клиникой эстетической медицины. Она рассказала об особенностях и важности заполнения медицинской документации, проверках, правильном и своевременном реагировании на них.

**Алексей Краснов**, главный врач стоматологической клиники «Голливуд Дентал» из Новосибирска, поделился своим опытом: в течение 2-х лет он противостоит необоснованным претензиям налоговой службы, возникших в результате *выездной налоговой проверки*, инициированной недовольной законно уволенной сотрудницей. Проанализировать сложившуюся ситуацию взялась эксперт, бывший налоговый консультант и аудитор **Екатерина Пономарева**. Ее комментарии оказались очень актуальными, их с огромным вниманием слушали стоматологи, внимали рекомендациям, активно задавали вопросы участникам доклада, понимая, что это может коснуться каждого присутствующего, и лучше эту ситуацию предвосхитить, чем оказаться участником судебного разбирательства.

С докладом «*Менеджмент комплексного лечения в стоматологии. История одного пациента*» выступили **Елизавета Черновол**, исполнительный директор стоматологического центра «Стомус», **Екатерина Антипова**, главный врач ЕВА-стоматология, и **Александр Семенов**, наш постоянный спикер и эксперт.







В видеопрезентации они показали путь пациента, пришедшего на комплексное стоматологическое лечение, включающее имплантацию, от порога до кабинета, работу всех специалистов и сотрудников, особенности обязательного оформления документации.

Заключительная часть дня началась с коллективной работы известных бод-спикеров — адвоката **Алены Барсовой** и эксперта по правовым вопросам доктора **Владислава Аносова**.

Выступление было посвящено всестороннему юридическому анализу трагической ситуации, произошедшей в начале июня 2017 г. в стоматологической «Клинике доктора Лившиц» в Санкт-Петербурге, где в ходе операции скончался пациент.

В середине доклада к спикерам присоединилась и сама **Татьяна Лившиц**, руководитель клиники, со словами благодарности юристам, коллегам, участникам КЭМ за юридическую и правовую поддержку.

Татьяна затронула такой важный вопрос, как организация анестезиологической службы в стоматологической клинике, вызвав активные прения, а вице-президент СТАР, главный внештатный специалист-стоматолог и президент Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга профессор Андрей Яременко дал свои комментарии и рекомендации.

В начале своего доклада «Саморегуляция — путь выхода из тупика. Краткосрочные и перспективные





планы развития стоматологов сообщества КЭМ»  
 board-спикеры **Илья Фридман**, лидер Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии, и **Лиана Давидян**, руководитель клиники «Аврора», озвучили тревожные сигналы, касающиеся стоматологического сообщества: агрессивную информационную политику СМИ, ужесточение тактики проверяющих инстанций и контролирующих органов, а также небывалый всплеск потребительского экстремизма.

Они призвали объединить усилия и вступить во вновь созданную саморегулирующую организацию (СРО «Лига»), чтобы помогать коллегам в сложных юридических ситуациях, а также планомерно влиять на ситуацию в сообществе. Инициативу участники конференции поддержали — у выхода из конференц-зала можно было наблюдать, как заполняют анкеты о вступлении в СРО «Лига»...

Финальным аккордом XI конференции «Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии» стала лекция-концерт невероятного скрипача, лектора-музыковеда, искусствоведа, педагога, культуролога, писателя-публициста, поэта и просто гениального человека **Михаила Казиника** и пианиста нового поколения, концертмейстера **Надежды Котновой**.

Зал рукоплескал маэстро Казинику — это было действительно щедрое, душевное и эмоциональное знакомство.

Руководитель клиники израильской стоматологии «Шенон» Дмитрий Голубчик подарил Михаилу Казинику, своему уважаемому и горячо любимому пациенту, картину художника Елены Флеровой.

XI конференция «Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии» прошла на одном дыхании. Во время таких встреч всегда происходит обмен опытом, знакомство с новыми людьми, обсуждение проблем и поиск консолидированных решений. Все участники благодарили команду организаторов во главе с Илей Фридманом за этот поистине уникальный формат встреч и невероятно высокий уровень проведения мероприятия. 📌







Медицинская оптика



Предложим  
множество моделей  
бинокляров  
ведущих мировых  
производителей



Расскажем о том, что  
действительно важно  
при выборе медицинской  
оптики, а что нет

РЕКЛАМА

Дадим возможность  
протестировать  
понравившуюся  
модель



Подберем бинокляры  
под индивидуальные  
требования и задачи

 @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.nsellaspb.ru



## Антикризисные коммуникации, или Что делать, если в клинику нагрязнул журналист



Илья Злотников,  
стоматологический консультант, автор  
проекта «Стоматологика», Портленд, США

*Прежде всего я надеюсь, что вам никогда не придется пользоваться информацией, приведенной в этой статье, но в случае «непредвиденных» обстоятельств она может оказаться чрезвычайно полезной. Слово «непредвиденных» в предыдущем предложении недаром заключено в кавычки. Я надеюсь, что эта статья поможет стоматологам научиться предвосхищать и правильно реагировать на нападки со стороны представителей прессы.*

Речь пойдет о выработке плана действий на тот случай, если на пороге вашей клиники появится журналист, одолеваемый желанием написать разгромную статью.

Причин для такого случая может быть много: это и «наводка» одного из неудовлетворенных пациентов клиники или конкурента, и желание привязать общенациональную «новость» об очередной опасности, подстерегающей пациентов в кабинете стоматолога, к интересам читателей местной газеты, и многое другое.

Этот план действий, который правильнее называть планом антикризисных коммуникаций, для клиники должен иметь не меньшее значение, чем план эвакуации сотрудников в случае пожара, так как и тот и другой предназначен для защиты незаменимого: в одном случае — человеческих жизней, в другом — вашей репутации.

**Репутация клиники является одним из ее основных активов, своего рода стержнем, на котором держится вся работа учреждения.**

Оснащенность клиники, ее месторасположение и опыт работающих в ней врачей без отличной репутации не имеют никакого значения. Пациенты могут до нее просто не дойти. Таким образом, защита репутации клиники и ее сотрудников должна иметь первостепенное значение.

Давайте рассмотрим, как следует поступать, если репутацию вашей клиники представители СМИ ставят под вопрос.

**Каждому стоматологу известно, что профилактика заболевания всегда эффективнее его лечения. Иными словами, с журналистами лучше дружить, а не воевать.**

**Каким образом стоматолог может наладить дружеские связи со СМИ?**

Во-первых, воздерживаться от высказывания на публике своего негативного мнения о журналистах или СМИ, которое они представляют: «В нашем городе нет ни одной нормальной газеты!» или «Не люблю журналистов — каждый раз, когда они про меня (мою клинику) пишут, обязательно все исказят».

Во-вторых, избегать снисходительного или безразличного отношения: «Если вам надо, приходите, конечно...» или «Пишите, я особенно не возражаю».

В-третьих, по возможности выступайте в качестве эксперта в своей области, т.е. человека, к которому журналист может обратиться за пояснениями или за самой свежей информацией о новых технологиях и тенденциях.

В-четвертых, запоминайте знаменательные даты (юбилеи авторитетных СМИ, День журналиста и т.д.) и посылайте в редакцию поздравительные открытки: «От всей души поздравляем коллектив N с профессиональным праздником и благодарим вас за ту заботу, с которой вы уже в течение M лет освещаете жизнь нашего города. Желаем вам творческих успехов и хорошего настроения! Сотрудники стоматологической клиники D».

В-пятых, находить время благодарить отдельных журналистов (опять же, по возможности) за интересные материалы. Очень вероятно, что вы можете быть единственным, кто это сделал:

«Уважаемый ...! Я с большим интересом посмотрел сюжет, в котором Вы, на мой взгляд, представили самый объективный обзор сложившейся ситуации на рынке недвижимости.

Как предпринимателю мне самому приходится сталкиваться с проблемами дороговизны аренды помещений, и я рад, что Вы в своей статье затронули этот вопрос. Еще раз спасибо за Вашу работу!

С уважением, директор клиники D».

В-шестых, предложить работникам местных СМИ специальные цены (заметьте, не скидки!) на определенные процедуры, например на услуги гигиениста.

Среди российских журналистов очень много курьеров, но им по долгу службы постоянно приходится быть на людях. Профессиональная чистка и снятие зубных отложений им, конечно же, не мешают, а побывав у вас в качестве пациента и испытав на себе ту заботу, с которой вы относитесь к людям, они, скорее всего, будут избегать необоснованных нападок на вашу клинику.

Обратите внимание, ни один вышеупомянутый пункт не идет вразрез с журналистской этикой и не предполагает подкуп журналиста.

### Теперь давайте рассмотрим другой сценарий.

В данном случае речь идет о журналисте, который заведомо негативно настроен к вам и вашей работе либо в результате поступившего в редакцию сигнала от обиженного на клинику пациента, либо вследствие полученного от редактора задания провести расследование и вывести на чистую воду нерадивых стоматологов.

Обычно, придя в клинику, иногда без предварительного предупреждения, такой журналист находит одного из сотрудников, далеко не всегда занимающего руководящий пост и владеющего необходимой информацией, и обрушивает на него шквал заранее подготовленных вопросов.

В ответ на такой натиск сотрудник либо несвязно говорит первое, что ему приходит в голову, либо пытается скрыться от неожиданных нападков, подливая масла в огонь и создавая впечатление, что клинике действительно есть что скрывать.

В США описанный маневр в последние годы был доведен до совершенства Майклом Муром (Michael Moore), автором горячо любимого в России фильма «Фаренгейт 911».

Сквозной линией через все фильмы господина Мура проходят представители различных компаний и министерств, либо компрометирующие себя и свое начальство, не имея возможности собраться с мыслями, либо закрывающие рукой кинокамеру и свирепо приказывающие всем немедленно удалиться. И то и другое одинаково плохо для репутации как самого человека, так и организации, которую он представляет.

Дело дошло до того, что на проходных многих крупных американских корпораций теперь можно найти инструкции о том, что делать, если придет Майкл Мур.

Майклов Муров местного значения в России тоже хватает. Именно поэтому в вашей клинике должен быть заранее разработан план действий на случай их появления.

Прежде чем приступить к созданию самого плана, **необходимо выявить самые вероятные причины для неожиданного визита журналистов.**

1. Жалоба со стороны пациента или сотрудника клиники. Наиболее частой причиной обращений и тех и других с жалобами в СМИ являются непонимание и невнимание со стороны врача или руководства клиники, хотя у каждой категории есть свои особенности.

#### Сотрудники

Большинству сотрудников вряд ли придет в голову при первом же конфликте с руководителем клиники писать на него донос в СМИ. Для того чтобы это произошло, существуют веские обстоятель-





ства, и основное из них — полное расхождение этических принципов руководства клиники и самого сотрудника.

Поставьте себя на место совестливого трудоголика, который чуть ли не каждый день наблюдает за тем, что врач приходит на прием навеселе, директор клиники использует общую кассу в качестве личного кармана, а из сумки главного администратора время от времени выпадают сильнодействующие рецептурные препараты, место которым под замком в сейфе. При этом у сотрудника нет никакой возможности что-либо изменить.

Приводя этот пример, я ни в коем случае не имею в виду вашу клинику, но описанная выше ситуация встречается гораздо чаще, чем многие предполагают, в том числе и в США.

Для предотвращения даже малейшего подозрения со стороны сотрудников правила и требования в клинике должны распространяться на всех, включая высшее руководство. Более того, в клинике должна существовать политика открытых дверей, в ходе которой любой сотрудник может напрямую обратиться не только к своему непосредственному начальнику, но и к директору клиники, не боясь отместки за высказанное подозрение или замечание.

#### *Пациенты*

Основными причинами жалоб со стороны пациентов являются подозрения, вызванные непониманием действий врача. Именно поэтому с пациентами важно найти общий язык и завоевать их доверие.

Как уже отмечалось в предыдущей статье, лояльные пациенты, доверяющие клинике, в меньшей степени склонны обращать внимание на мелкие недочеты в ее работе.

Даже сами журналисты осознают, что письма с жалобами в СМИ нормальные люди не пишут, если, конечно, не довести их до белого каления. А ненормальные, склонные к выяснению отношений и постоянным придирикам пациенты, как мы с вами уже

решили, — это не ваш профиль. Пусть их обслуживают ваши конкуренты.

Следует отдавать себе отчет в том, что журналисты, как и пациенты, ничего не понимают в стоматологии и будут придираться к качеству обслуживания, санитарному контролю и безопасности пациентов и работников клиники, ссылаясь на материалы из другого издания или на результаты где-то опубликованного исследования. К этому нужно быть готовым.

#### **1. Как должен выглядеть план антикризисных коммуникаций.**

В нем должно быть указаны имя, фамилия и координаты представителя клиники, выступающего в роли пресс-атташе (название условное).

Эту роль может выполнять директор клиники или главный администратор. Конечно же, это не отдельная должность, а дополнительная нагрузка, которую должен взять на себя один из представителей клиники. Этот человек должен быть всегда доступен и, даже находясь за пределами клиники, готов в нее приехать по первому вызову.

Такой человек должен обладать высоким уровнем образования, хорошо поставленной речью, харизмой, способностью, не повышая голоса, убедить других в своей правоте и умением держать себя в руках в стрессовой ситуации. Ведь именно ему придется броситься на амбразуру в случае атаки со стороны журналистов.

Желательно, чтобы у этого человека был заместитель, способный сменить основного пресс-атташе в период его отсутствия.

#### **2. Инструкции для пресс-атташе.**

а) Пресс-атташе в своей беседе с журналистами должен употреблять **следующие ключевые фразы**: «Внутренние стандарты нашей клиники не только полностью соответствуют государственным, но и во многом превышают их».

«Мы считаем, что полагаться только на проверки со стороны внешних инстанций недостаточно. В нашей клинике существуют внезапные внутренние проверки качества уборки помещения и стерилизации».

«Только справочник сотрудника клиники у нас состоит более чем из n страниц. Это не только список должностных обязанностей, наличие которого обязательно, но и детальное описание тех действий, которые сотрудники клиники должны предпринять, для того чтобы обеспечить каждому пациенту максимальный комфорт и безопасность. Это наша инициатива, на внедрение которой мы потратили огромное количество времени и денег, и совершенно не жалеем об этом».

«Я не вправе отвечать за всех стоматологов, но, учитывая то время, которое наши врачи вкладывают в самообразование, причем зачастую по собственной инициативе, смело могу назвать их специалистами своего дела. Я бы без сомнения сел(а) в кресло любого из них, что делал(а) уже неоднократно».



б) Пресс-атташе должен уметь переложить бремя доказательства верности результатов исследований, на которые ссылается журналист, на самого журналиста:

«Ни в одном известном нам научном источнике мы не смогли найти подтверждения данных о вреде стоматологического отбеливания. Более того, отбеливание уже в течение многих лет является самой популярной косметической процедурой. Я хотел бы знать, была ли у вас возможность прочитать исследование, на которое вы ссылаетесь, от начала до конца. Если вам не трудно, назовите, пожалуйста, его авторов и первоисточник информации. Я с удовольствием с ним ознакомлюсь и передам эту информацию врачам нашей клиники. Я же в свою очередь готов(а) предоставить вам распечатки статей, авторы которых придерживаются обратной точки зрения...».

в) Пресс-атташе всегда должен ссылаться на статистические данные:

«За последние 10 лет наша клиника обслужила более 5000 жителей нашего города. С того момента, как мы начали заниматься имплантацией, нашими хирургами поставлено более 2000 имплантатов. Доля отторжений в нашей клинике на 20% ниже среднего по стране, и последние результаты опроса пациентов, которым в нашей клинике были поставлены имплантаты, указывают на то, что 98,9% из них порекомендовали бы эту процедуру другим.

Мы считаем, что это хороший результат, но останавливаться на нем не намерены. Наша цель — максимально приблизиться к 100-процентному уровню удовлетворенности пациентов. Нам еще есть над чем работать».

### 3. Инструкции для сотрудников.

а) Любой сотрудник клиники должен быть оповещен о том, что, как бы он сам или вся клиника не были заняты и как бы враждебно не были настроены пришедшие в клинику журналисты, он(а) не имеет права их выпроваживать. Задача любого сотрудника, как можно более вежливо попросить журналиста подождать и сразу же связаться с пресс-атташе.

Клиника должна проводить в жизнь политику открытости и показывать, что ей нечего скрывать (в разумных рамках).

б) Говоря о разумных рамках: ни сотрудники, ни пресс-атташе не имеют права предоставлять журналистам информацию о пациенте клиники без предварительного письменного согласия последнего или требования суда.

Полная конфиденциальность медицинской информации о пациентах — одна из основных задач клиники: «Да, такой пациент у нас лечился. К сожалению, я не вправе оглашать более подробную информацию о процессе лечения без его согласия, так как это может быть рассмотрено как нарушение врачебной тайны».

в) Каждый сотрудник клиники должен оповещать пресс-атташе о замеченной в том или ином СМИ ин-



формации, которая может негативно сказаться на отношении населения к стоматологам или стоматологии, давая таким образом ему(ей) возможность выработать официальную точку зрения на этот вопрос и заранее подготовиться к потенциальному появлению журналистов.

Следует отметить, что нападки на стоматологов не отличаются разнообразием и, как правило, выливаются в очередную волну обсуждения опасности фторизации воды, отбеливания и т.д.

«Вчера опять по телевизору в программе К кто-то доказывал, что отбеливание вредно».

«Спасибо. Буду готов. Осталось только найти соответствующую папку...»

### 4. Инструкции по проведению ролевых игр для сотрудников и пресс-атташе, способных подготовить их к реальной встрече с журналистами.

Подобного рода игры могут проводиться во время «летучек». Они могут выглядеть как пресс-конференция, в ходе которой пресс-атташе должен суметь отразить натиск сотрудников, изображающих журналистов или, наоборот, пресс-атташе в роли журналиста может проверить реакцию сотрудников на свое появление.

Еще лучше если подобного рода учения записываются на видеокамеру, так как взгляд на свое поведение в стрессовой ситуации со стороны поможет сотрудникам клиники устранить выявленные недочеты.

### Вывод

Конечно же, представленный план — это только основа, к которой можно и нужно добавлять дополнительные пункты. Чем лучше вы будете подготовлены к приходу журналистов, тем меньше вероятность того, что ваша клиника попадет в непредвиденную ситуацию, разыгрывающуюся перед телекамерой и способную за один выпуск местных новостей нанести непоправимый вред репутации, заработанной годами. *И*



## Клиника от эскиза на салфетке... Сюжет второй: документальное оформление



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

*Вы решили открыть свою стоматологическую клинику и уже выбрали помещение (в № 3 за 2017 г. мы рассказали, как это лучше сделать и на что обратить особое внимание). Сегодня мы остановимся на следующем очень важном этапе организации нашего будущего бизнеса — на документальном оформлении.*

*Театр, как известно, начинается с вешалки, а наша клиника — с проекта. До того как закончится ремонт, будет установлено оборудование и клиника начнет работать и приносить доход, пройдет не менее полугода. И все это время вам придется заниматься одновременно ремонтными работами, оформлением документов, рекламной кампанией и набором персонала. Но обо всем по порядку...*

### Часть первая. Проектная база

Осуществлять ее должна лицензированная архитектурная организация, желательно знакомая с проектированием именно медицинских учреждений, имеющих много специфических особенностей. Стоит проектная база из нескольких частей.

*Техническое заключение на помещение.* Многие его не делают, но если возникнет необходимость, а она, как правило, возникает при оформлении в БТИ нового ТЗ для согласования перепланировки в случае, если будут затронуты несущие конструкции.

*Архитектурно-строительный проект* отображает будущую планировку помещения, зонирование клиники, назначение кабинетов и является одной из составных частей технологического проекта клиники, с которым мы идем в Роспотребнадзор для получения лицензии.

На этом этапе важно четко определиться, какие именно услуги будет предоставлять ваша клиника и каким оборудованием она будет оснащена. Это важно, потому что каждый кабинет, согласно регламентирующим документам, должен иметь четкий метраж: например, терапевтический — 14 м<sup>2</sup>, операционная — 22 и т.д. А еще надо предусмотреть место для стерилизационной, комнаты для отходов и пр.

Если вы решили заниматься имплантологией, вам нужен будет целый операционный блок, с пред- и послеоперационной; если у вас будет детская стоматология, придется предусмотреть отдельный вход для малышей, отдельную раздевалку и игровую комнату.

Выбор рентген-оборудования тоже надо сделать заранее: если будет стоять один визиограф, достаточно помещения в 6 м<sup>2</sup>, а если будет добавлен ортопантомограф, площадь должна увеличиться до 12 м.

Желательно, чтобы параллельно на этом этапе работал и дизайнер: во-первых, вы наглядно, в 3D-формате, сможете увидеть свою клинику (какие будут

**Вопреки расхожему мнению, компании, которые специализируются на клиниках «под ключ», за свои услуги много не берут, особенно сегодня, в кризис. В любом случае все эти затраты окупаются: если вы самостоятельно занимаетесь документальным оформлением, то помещение, уже полностью готовое, как минимум полгода простаивает...**



обои и плитка, где будут размещены установки и пр.), а во-вторых, строители будут четко понимать, что должно получиться.

Теперь несем наш проект в Роспотребнадзор для получения разрешения на размещение в данном помещении.

*Вентиляция и кондиционирование* также являются составными частями технологического проекта, пожалуй, важнейшими. Многие новые клиники по России сыпятся именно на вентиляции. Есть очень жесткие регламентирующие нормы: кратность воздухообмена, организация притока и вытяжки.

*Водоснабжение и канализация.* Если поднять полы в любой стоматологической клинике, вы увидите сложное переплетение коммуникаций. Только к одной стоматологической установке подводятся канализация, магистрали холодной воды, сжатого воздуха, вакуума, электричество и пр. Это сложный технологический процесс, и выполнять его должны грамотные специалисты.

Согласовывают этот проект, как правило, с товариществом собственников жилья (ТСЖ) или управляющей компанией, но могут потребоваться согласования и в других инстанциях.

*Отопление.* Чтобы избежать лишних расходов, на этапе проектирования и согласования можно поменять трубы, радиаторы, но лучше сохранить существующие схему и потребляемые объемы.

*Электрооборудование.* В целях экономии желательно, чтобы проект совпадал с выделенными мощностями, и есть определенные мероприятия, позволяющие сэкономить электроэнергию. Но если невозможно уложиться в выделенный объем, эксперты дадут свою оценку, сколько киловатт нужно докупить. Желательно включить в проект и слаботочное оборудование (ТВ, интернет, телефония).

Будьте готовы к тому, что согласование с Энергонадзором будет длительным.

Помимо вышеперечисленных есть дополнительные проекты, которые тоже нужно будет согласовать: охранно-пожарная сигнализация, рентген-кабинет и вывеска.

Проект рентген-кабинета — это отдельная песня; его делают только лицензированные организации, имеющие право работать с источниками ионизирующего излучения (ИИИ). Они знают, где не может располагаться кабинет; знают, какие меры радиационной безопасности применяются (освинцованная

дверь, специальная штукатурка или свинцовые листы по всему периметру) и пр.

Согласовывается этот проект в НПЦ «Мосрадиология» и Роспотребнадзоре, на этапе лицензирования будет проводиться масса измерений и проверок, и если, не дай бог, где-то что-то пробивает, уже сделанный ремонт можно смело начинать сначала.

### Часть вторая. Согласование

Итак, все проекты составлены. Дальше начнется их согласование, долгое, с боем и валерьянкой, если вы занимаетесь этим сами. Сюда входит согласование перепланировки или переоборудования помещения.

Понятия «перепланировка» и «переоборудование» существенно различаются, это разъясняется в Законе г. Москвы от 29.09.1999 №37 «О порядке переустройства помещений в жилых домах на территории г. Москвы», постановлении Правительства г. Москвы от 08.02.2005 № 73ПП. Если помещение нежилое или здание стоит отдельно, читайте московский закон №38 от 03.07.2002.

Разрешение выдают главы районных управ и префектур, но до них еще дойти надо. А пока вы берете все документы: от БТИ, от управляющей компании, заключаете договор страхования гражданской ответственности и т.д. (в количестве 14 штук) и начинаете ходить по инстанциям: Роспотребнадзор, Госпожнадзор, Мосгаз, Мосводоканал, Мосэнерго, Архитектурно-планировочное объединение, Мосжилинспекция, Москомрегистрация...

Результатом всех этих хождений, которые занимают до полугода **(в 2-3 месяца может уложиться только**





ПРОФЕССИОНАЛИЗМ  
ОПЫТ КАЧЕСТВО

# СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР

РЕМОНТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ  
ЛЮБОГО НАЗНАЧЕНИЯ

ПУСТЬ ДРУГИЕ ПОКУПАЮТ ТО,  
ЧТО МОЖНО ПОЧИНИТЬ



Москва, Волочаевская улица, дом 12А, строение 1  
Телефон / факс: +7 (495) 771-75-39. [info@nsella.ru](mailto:info@nsella.ru) [www.nsella.ru](http://www.nsella.ru)



**компания, которая специализируется на сопровождении клиники с нуля),** должно стать разрешение на перепланировку и проведение ремонтных работ.

В идеале хорошо бы совместить стояние в очередях к чиновникам с началом ремонта, но в Москве, например, управляющие организации или ТСЖ просят сначала предоставить согласованную документацию. Удастся ли договориться — опять же это вопрос личных отношений.

И вот — о счастье! — все этапы согласования пройдены. И если ваша мечта о собственной стоматологии не потускнела, можно переходить к следующей главе.

### Часть третья. Ремонт, монтаж оборудования

Как известно, ремонт или переезд можно приравнять к пожару. Нас это не пугает, как и перечень документов, которые надо предоставить в управляющую компанию.

Вообще, **по деньгам и сложности ремонт клиники можно сравнить с ремонтом квартиры как минимум бизнес-класса.**

Сам ремонт стоит доверить строительной компании, специализирующейся на медицинских учреждениях и имеющей все необходимые лицензии и допуски. Обратите на это особое внимание.

В процессе работы вам надо поэтапно принимать выполненную часть в присутствии представителей службы технического и авторского надзора, строительной организации, подписывать акты освидетельствования скрытых или иных работ. Они вам еще пригодятся.

Все когда-то заканчивается. И ремонт тоже, после него можно монтировать оборудование и проводить пуско-наладочные работы. Делают это сертифицированные специалисты. Монтаж подкрепляется актами о проведении пуско-наладочных работ. Рентгеновское оборудование устанавливают другие специалисты, у них свои лицензии.

И вот наконец ремонт закончен, оборудование запущено, все готово к приему пациентов. Но остался самый последний и тяжелый этап.

### Часть четвертая. Лицензирование

Процесс этот долгий, занимает от 3 до 6 месяцев, и, как мы уже предупреждали, его лучше начинать вместе с ремонтом. Например, закончили с электрооборудованием, приглашаем лабораторию, которая проводит замеры заземления. Сделали рентген-кабинет — то же самое. И так по каждому пункту. Все эти услуги платные, решения могут приниматься долго, цены на них разнятся, поэтому лучше все уточнять на месте.

Документы, сертификаты, удостоверение Минздрава, если нужно, должны иметься на каждый гвоздь.

Вообще, чем раньше вы познакомитесь со специалистами из Роспотребнадзора, тем проще будет протекать работа в дальнейшем.




**Получение лицензии состоит из двух частей,** по сути, из двух основных составляющих (санитарно-эпидемиологических заключений, СЭЗ): первая — на осуществление деятельности в области ИИИ, вторая — на осуществление медицинской деятельности. В российском законодательстве есть один нюанс: эти два СЭЗ нельзя получать одновременно. Сначала — первую, а потом — вторую, все по тому же кругу, но с бóльшим количеством бумаг.

**Помимо указанных документов необходимо заключить ряд договоров:**

- программа производственного контроля;
- журнал учета дезинфекционных средств;
- договор на лампы;
- договор на медотходы класса Г;
- договор на вывоз ТБО;
- договор на медотходы класса Б;
- договор на очистку и дезинфекцию вентиляции;
- договор на дезинфекцию, дератизацию, дезинсекцию помещения клиники;
- договор на лабораторные исследования (микроклимат, шум, освещенность);
- договор на смывы БГКП, инструменты, поверхности, руки;
- договор на стирку спецодежды;
- договор на периодические медосмотры сотрудников.

Все эти хождения занимают очень много времени и нервов, гораздо удобнее поручить все это специалистам, которые знают, где, что, когда и почему.

Вопреки расхожему мнению, компании, которые специализируются на клиниках «под ключ», за свои услуги много не берут, особенно сегодня, в кризис. В любом случае все эти затраты окупаются: если вы самостоятельно занимаетесь документальным оформлением, то помещение, уже полностью готовое, как минимум полгода простаивает, а аренда идет, и коммунальные платежи тоже...

А вот чем вам лучше заняться самостоятельно, так это набирать персонал и проводить обучение. Но это уже совсем другая история... 



## Эффективный подбор персонала в стоматологическую клинику: где и как искать? Вторая 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](mailto:main@smartpersonal.ru)  
+7 (985) 170 80 81

*В предыдущей статье (№ 3 за 2017 г.) мы рассмотрели один из самых важных и первый по порядку этап, который очень часто опускают в практике подбора персонала. Это постановка задачи на подбор, т.е. определение, кого мы хотим найти, — составление и согласование профиля идеального кандидата.*

*Профиль включает не только требования к кандидату, но и разделы, определяющие данные требования: задачи данной должности, выполняемые функции, условия, предлагаемые соискателю. Следующий этап, который мы рассмотрим — собственно поиск специалиста: как и где искать.*

Одна из ключевых причин, снижающих эффективность подбора сотрудников в небольших и средних клиниках, — слабое управление процессом подбора. В небольших коллективах нет отдельной должности специалиста по персоналу, поэтому часто функция подбора и дальнейшей адаптации кандидатов как бы повисает в воздухе, т.е. за поиск персонала никто конкретно не отвечает. При этом в процессе подбора и принятия решения даже на среднюю позицию могут принимать участие несколько человек, что также снижает качество и скорость поиска претендентов.

Руководству клиники целесообразно самостоятельно вести данный процесс, так как это требует управленческого опыта, навыков оценки и подбора персонала и полномочий по принятию решений о приеме сотрудников. В некоторых случаях часть простых задач можно поручить одному из подчиненных, но при этом управление всем процессом необходимо оставить за собой, а помощника обучить необходимым навыкам, т.е. все описанные ниже этапы эффективнее выполнять самостоятельно или с делегированием некоторых простых участков подготовленному подчиненному.

Итак, мы создали профиль идеального кандидата, т.е. образец, который мы ищем среди имеющихся на рынке труда. Надо иметь в виду, что в реальной жизни специалистов с описанными нами компетенциями может быть немного. В этом случае мы рискуем искать потенциального сотрудника очень долго, большинство работодателей это не устраивает. Поэтому, **когда мы начинаем поиск, важно объективно оценивать емкость рынка кандидатов. Если их будет мало, имеет смысл пересмотреть требования и расширить выборку за счет дополнительных сегментов, которые мы изначально не рассматривали.**

Например, если мы сделаем выборку стоматологических ассистентов в Москве глубиной в месяц на популярном ресурсе hh.ru в возрастном диапазоне 25–40 лет и готовностью к полной занятости,

**Если вы правильно оценили рынок, выбрали эффективные каналы привлечения кандидатов и составили привлекательный для целевой аудитории текст объявления, больше всего резюме на вакансии специалистов поступит в первую-вторую неделю.**



по данным октября 2017 г. у нас получится 56 кандидатов (41 женщина и 15 мужчин). В их число входят и студенты стоматологических вузов, и нерезиденты РФ. Если снять возрастные ограничения, мы расширим выборку до 132 кандидатов. Если рассматривать соискателей с готовностью к неполной занятости, их количество возрастет до 152. Естественно, приведенный пример не показывает реальное количество специалистов на рынке, но он демонстрирует, как их мало и как можно увеличить их количество.

Действительно, 50–60 кандидатов за месяц — это очень мало для закрытия вакансии. И, к сожалению, с каждым годом количество претендентов на должность ассистента уменьшается.

Например, весной 2016 г. выборка с такими параметрами составляла порядка 180 соискателей. Как показывает практика, если работодатель предъявляет серьезные требования к профессиональным и личностным компетенциям кандидатов, нужно проработать минимум несколько десятков (не меньше 60–80) кандидатов с этапа телефонного интервью, чтобы нужный нам сотрудник приступил к работе. Это значит, что мы должны найти такое же, а лучше больше, количество резюме, соответствующих формальным требованиям.

Наблюдения за рынком кандидатов и вышеприведенная статистика показывают, что соотношение спроса и предложения на данных специалистов постоянно растет в сторону спроса, поэтому основной стратегией для закрытия данных вакансий будет выращивание своих профессионалов из выпускников медицинских колледжей без опыта работы, переквалификация из среднего медицинского персонала других специализаций и повышение уровня их дохода.

**Следующий этап подбора — привлечение кандидатов.**

Для этого используются различные каналы: Интернет, газеты, личные контакты. **Наиболее эффективны среди интернет-ресурсов специализированные сайты по поиску работы с федеральным охватом, например, headhunter.ru, superjob.ru, rabota.ru.**

Как правило, с их помощью легко создать кандидатский поток на большинство немедицинских вакансий. Если же нам нужно найти ассистентов, в дополнении к специализированным «работным» сайтам можно использовать общие сайты объявле-

ний, как местные, так и федеральные. В большинстве из них, как правило, есть рубрики, посвященные работе. Пожалуй, самый известный из них — avito.ru.

**В последние годы для привлечения кандидатов активно используются социальные сети.**

При работе с социальными сетями необходимо помнить о значительных различиях в их пользовательской аудитории. Так, с большой вероятностью нужного врача легче найти в профессиональных группах в «Facebook», а ассистента — «ВКонтакте», при поиске в крупных региональных городах можно воспользоваться «Одноклассниками». Специализированная профессиональная социальная сеть «LinkedIn» в большинстве случаев малоэффективна для поиска медицинского персонала из-за его малой представленности на ресурсе.

Если мы ищем взрослых опытных специалистов в региональных центрах, наряду с интернет-ресурсами стоит **разместить объявления в местных газетах.** Если же нам нужно найти сотрудников в небольших населенных пунктах, из-за маленькой емкости рынка самыми результативными будут рекомендации или прямое обращение к кандидатам, особенно медицинского персонала.

При большом количестве кандидатов с целевым профилем **можно разместить соответствующее объявление на hh.ru и/или superjob.ru и просто обрабатывать поток поступающих резюме.**

Если же претендентов мало или у вас серьезные требования к ним, **результативнее не только размещать вакансии, но и предлагать вакансию соискателям по найденным вами резюме** — боль-







шинство интернет-ресурсов предоставляют такой сервис. В этом случае для рассылки целесообразно составить письмо с описанием или ссылкой на вакансию и указанием конкурентных преимуществ вашей вакансии в соответствии с основными мотивами кандидатов на данную должность.

Также в случае дефицита требуемых специалистов эффективнее задействовать не один, а все возможные каналы поиска.

В таблице приведены данные об эффективности основных каналов привлечения кандидатов для клиник. Она составлена по результатам собственной практики.

Кроме того, **есть еще несколько приемов, как можно максимизировать количество целевых кандидатов:**

1. Активность поиска работы со стороны претендентов имеет свою годовую цикличность — резкое снижение с 20-х чисел декабря до конца январских каникул, с 20-х чисел апреля до середины мая, с середины-конца июня до середины сентября. Если у вас серьезные требования к кандидатам, поиск может занять от одного до нескольких месяцев, поэтому малоэффективно начинать поиск за 1–2 недели до наступления данных спадов. В противном случае вам придется начать все сначала по окончании данного периода.

2. Кроме годовой цикличность в подборе персонала существует в течение недели и дня, поэтому результативнее размещать вакансии в начале недели (можно продублировать еще раз в середине) и в начале-середине рабочего дня. Если аналогичных вакансий много, целесообразно постоянно поднимать вакансию вверх в выдаче, т.е. обновлять ее, чтобы она попадала в первые несколько сотен вакансий.

3. В интернет-ресурсах стоит задействовать как можно больше рубрик и подрубрик, где кандидаты могут увидеть вакансию или разместить свое резюме, так как часто одну и ту же вакансию или резюме можно отнести к разным рубрикам/подрубрикам.

Например, если вы не требуете от кандидата обязательного опыта работы администратором в стоматологической клинике, а основной упор делаете на

### Эффективность каналов привлечения кандидатов

Канал привлечения	Администраторы (крупные города)	Ассистенты (крупные города)	Врачи (крупные города)	Областные центры	Небольшие населенные пункты
Резюме	Есть	Не всегда	Есть	Не всегда	Нет
hh.ru	+++	+	+++	++	-
superjob.ru	++	+	++	+	-
rabota.ru	++	+	++	+	-
Другие сайты о работе	+	-	+	-	-
Avito	+	+	+	+	-
Facebook	-	-	++	+	-
Вконтакте	-	+	+	+	-
Одноклассники	-	-	-	+	-
LinkedIn	-	-	+	-	-
Сайт клиники	-	+/-	++	++	-
Рекомендации	+	++	+++	+++	++
Прямой поиск	-	-	+++	++	++

личностные компетенции и рассматриваете соискателей из сегментов услуг, вам могут быть интересны администраторы из ресторанного и гостиничного бизнеса, квалифицированные секретари, менеджеры по работе с клиентами из оптовых компаний и т.д.

4. Из-за значительного дефицита ассистентов в вакансиях на данную позицию целесообразно указать номер телефона и удобное время для связи — многие из данных кандидатов не имеют резюме, но при этом вполне могут соответствовать вашему профилю.

5. В объявлении эффективнее предоставить подробную и достоверную информацию о вакансии, подчеркивая ее основные мотивирующие характеристики. Что подчеркнуть в тексте, зависит от размещаемой должности, но в целом больший отклик получают клиники, которые публикуют свое название, четко перечисляют основные выполняемые обязанности, требования к кандидатам и подробно описывают условия работы.

**Для среднего персонала** особенно важно указать уровень и структуру зарплаты, объем и график работы, месторасположение клиники с указанием времени на дорогу от основных транспортных узлов, оформление трудовых отношений, соблюдение социальных гарантий и социальный пакет (скидки на услуги, питание и т.д.), если он есть.

**Для кандидатов на должность врача** более актуальна возможность обучения и профессионального развития: учиться у более опытных и именитых коллег, осваивать смежные специализации. Так как для большинства специалистов важна стабильность как самой клиники, так и их потенциальной работы в ней, дополнительным плюсом будет указание длительного срока ее работы на рынке.

Большой масштаб клиники может быть как преимуществом (возможный признак стабильности), так и недостатком (низкий ценовой сегмент, большое количество пациентов, высокая нагрузка, одновременный прием с несколькими врачами и т.д.) в глазах претендента на вакансию ассистента.

Если вы правильно оценили рынок, выбрали эффективные каналы привлечения кандидатов и составили привлекательный для целевой аудитории текст объ-




явления, больше всего резюме на вакансии специалистов поступит в первую-вторую неделю.

Если поток очень маленький по сравнению с количеством целевых кандидатов на рынке, необходимо скорректировать объявление и/или каналы поиска сотрудников. При этом подразумевается, что ваша клиника предлагает соискателям условия не ниже среднерыночных.

Наряду с сайтами о поиске работы **одним из наиболее популярных каналов привлечения медицинского персонала являются рекомендации.** В последние годы он получил дополнительное развитие из-за активного использования социальных сетей и создания профессиональных сообществ.

Это большое преимущество, когда для получения контактов нужных профессионалов достаточно просто обратиться к коллегам в виртуальном сообществе. Но по опыту работы, своему и своих коллег, я советую относиться к данным рекомендациям всего лишь как к источнику информации о наличии такого кандидата и его контактах. Для этого есть несколько причин, основная — рекомендуемый вам претендент может не соответствовать требованиям вашего профиля. Такие характеристики со стороны рекомендателя, как профессиональный, опытный, адекватный и т.д., слишком общие, чтобы соответствовать вашим требованиям. Да и уровень профессионализма в различных клиниках может быть разным.

Еще меньше однозначности в оценке личностных качеств рекомендуемых кандидатов — в большинстве случаев ее просто нет, а если есть, она очень субъективная. Очень часто рекомендатели сами не подозревают о тех или иных личностных особенностях своих сотрудников, так как не умеют оценить их объективно.

*Итак, мы сформировали профиль идеального кандидата, оценили рынок потенциальных сотрудников и организовали их привлечение. Следующий этап — оценка соискателей, и ему будет посвящена следующая статья. *





## ПОЧЕМУ МЫ ГОРИМ НА РАБОТЕ?



Елена Онегина,  
кандидат медицинских наук,  
врач-психиатр, психотерапевт Центра  
душевного здоровья «Альтер», г. Москва

<https://cdz-alter.ru/>

*Большинству моих коллег хорошо известна фраза доктора Федора Петровича Гааза, «тюремного доктора», как называли его современники: «Светя другим, сгораю сам». На протяжении долгих лет это высказывание отражало суть врачебного подвига, было нравственным заветом врачам, но в последние годы мы все чаще сталкиваемся с обратной стороной беззаветной преданности профессии. Что же происходит?*

*Об* эмоциональном выгорании как о состоянии безразличия к пациентам и коллегам, об ощущении собственной малоценности и профессиональной несостоятельности, отвращении к работе, переживаемом специалистами, стали говорить с легкой руки американского психиатра Герберта Фройденберга (1974).

Ряд авторитетных зарубежных источников заявляет, что в медицинской среде наблюдается значительно больший уровень самоубийств, чем среди остального населения. Неутешительные данные свидетельствуют: самоубийства среди докторов-мужчин совершаются на 40% чаще, а среди женщин — на 130% чаще, чем среди лиц, не имеющих медицинского образования. И попытки самоубийства врачи, как правило, доводят до исполнения.

Интересно, что среди представителей врачебных профессий самый высокий риск суицида у онкологов, стоматологов и психиатров.

**Одна из теорий, объясняющих уязвимость стоматологов, заключается в особенности их взаимодействия с пациентом.**

Принято считать, что пациент в кресле стоматолога испытывает сильный дискомфорт из-за вторжения доктора в его интимное пространство (вспомните расстояние между пациентом и врачом во время манипуляций). Но почему-то мы забываем о докторе, который ежедневно на протяжении всего рабочего дня находится в тесном контакте с пациентом, впускает его в свое интимное пространство, понимает, что медицинские манипуляции причиняют пациенту боль и всматривается в лицо больного, чтобы оценить правильность своих действий, т.е. контактирует с болью и страданием все свое рабочее время?

К сожалению, даже обсуждение визита к стоматологу у большинства пациентов вызывает негативный отклик, а художественная литература и кинематограф лишь демонизируют дантиста. Вспомните «Записки юного врача» М.А. Булгакова, переживания и муки молодого доктора, когда ему грезится суд из-за якобы сломанной челюсти. Из позитивных образов вспоминаются лишь доктор Айболит, который лечит зубы разбойникам, и птичка Тари, спасающая крокодила.

Тревога пациента только усиливает дискомфорт врача, создает дополнительное напряжение, по-

сколько тревожный пациент ведет себя импульсивно и неадекватно, доктор на протяжении всего приема должен быть готов к любым реакциям пациента, а это чрезвычайно энергозатратно.

**Парадоксально, но эмоциональное выгорание не связано с объемом работы.**

Чем более эмпатичен и сострадателен специалист, чем больше он перфекционист в работе и жизни, тем скорее наступит выгорание — вследствие высокой ответственности за здоровье и жизнь людей, как результат воздействия продолжительного профессионального стресса.

Тогда эмоциональное выгорание становится психологической защитой от профессиональной деформации. Слишком сложно всегда сочувствовать и сопереживать, одновременно соответствуя повышенным требованиям руководителя и пациента к врачу и реальными возможностями последнего, а отсутствие вознаграждения за работу переживается как профессиональная дискредитация: появляется чувство несправедливости, пропадает желание участвовать в совместных проектах, совершенствоваться, не нужен профессиональный рост, обесцениваются достижения.

Симптомы, которые должны натолкнуть специалиста на мысль о профессиональном выгорании, заставить задуматься, что что-то не так, крайне разнообразны: прогрессирующая усталость, снижение работоспособности, плохая переносимость ранее привычных нагрузок, мышечная слабость, расстройства сна, головные боли, забывчивость, раздражительность, снижение концентрации внимания и работоспособности.

**Синдром эмоционального выгорания не появляется за один день.** Сначала специалист полностью поглощен работой, увлечен ею настолько, что отказывает себе в отдыхе и досуге, из-за чего и наступает истощение. Появляется ощущение перенапряжения и истощения эмоциональных и физических сил, не удается восстановиться ни после ночного сна, ни после выходных.

Постепенно нарастает отстраненность — кажется, что так легче справиться со своим состраданием пациенту. Но постепенно эмоциональный отклик перестают вызывать любые события: не только неудачи, но и профессиональные победы. Само присутствие пациента начинает вызывать раздражение.

Наконец появляется ощущение собственной не состоятельности, падает самооценка, специалист перестает получать удовлетворение от работы,



утрачивает веру в свои профессиональные возможности.

Обсуждение своего состояния с коллегами часто представляет сложность из-за страха быть осмеянным, порицаемым, о переживаниях удастся говорить лишь с иронией, засмеивая и обесценивая их самому. Получается, что запрос на поддержку в профессиональной среде остается не высказан.

Таким образом, в какой-то момент утрачивается сам смысл профессиональной жизни, потому что все, что делается, вызывает лишь раздражение и ощущение пустоты.

**Что делать, как выбраться из этого опасного и разрушительного состояния?**

Во-первых, уменьшить цейтнот, передать часть обязанностей, с которыми может справиться коллега или помощник, разделить ответственность с кем-то, кому доверяешь. Но часто даже это становится непреодолимым препятствие — кажется, что никому невозможно доверить свою работу. Процесс выздоровления стоит попробовать начать с поиска нового смысла в том, что мы делаем, ради чего живем, что для нас действительно важно. Возможно, на это потребуется какое-то время. Почему бы нет?

Вернуться в родной город или съездить в путешествие, несколько дней провести дома... Но проблема заключается в том, что многие люди с синдромом выгорания не разрешают себе это. Такие специалисты, даже находясь на больничном или в отпуске, продолжают рулить процессом и предъявлять к себе

**К сожалению, даже обсуждение визита к стоматологу у большинства пациентов вызывает негативный отклик, а художественная литература и кинематограф лишь демонизируют дантиста.**





## БЕСКОМПРОМИССНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ТОНКИХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГРЕБНЕЙ

# NICE

**НОВИНКА**

- ⊕ Прогрессивный ТОНКИЙ имплантат диаметром 3.2 мм
- ⊙ Оптимальное коническое соединение с внутренним шестигранником 2.1 мм
- ⊙ Подлинное переключение протетической платформы 0.35 мм
- ⊙ Уникальный дизайн ортопедических компонентов



РЕКЛАМА

Москва

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

Санкт-Петербург

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

@AlphaBioTecRu



« Чем более эмпатичен и сострадателен специалист, чем больше он перфекционист в работе и жизни, тем скорее наступит выгорание — вследствие высокой ответственности за здоровье и жизнь людей, как результат воздействия продолжительного профессионального стресса.

высокие требования. И тогда выгорание только усиливается. Необходимо вспомнить о том, что всегда приносило удовольствие: спорт, хобби, поездки за город, может быть, просто хорошая книга в одиночестве, — и найти время для себя.

Иногда кратковременно помогают медикаменты, но без полноценного отдыха подобная гиперстимуляция не принесет пользы.

Следует признать, что врачи реже обращаются за профессиональной помощью, и даже когда это происходит, крайне высок риск недооценки тяжести состояния: поскольку пациент-медик сообщает лишь те симптомы, которые сам считает важными и тут же дает их трактовку: у меня такой характер, неприятности на работе, хроническое соматическое заболевание...

Эмоциональное выгорание чрезвычайно тесно связано с депрессией, часто симптомы переплетаются настолько, что справиться самостоятельно специалист уже не в силах.

**Таким образом, борьба с эмоциональным выгоранием представляет целый комплекс действий, и выделить важность одного из них невозможно:**

1. Отдых. Необходимо достигнуть баланса между работой и досугом, выстроить границы, которые будут разделять личную и профессиональную жизнь.
2. Физические упражнения, во время которых необходимо сосредоточиться на телесных ощущениях



и физической усталости. Иногда полезно устать настолько, чтобы не было сил ни о чем думать.


3. Нормализация сна, в том числе с помощью медикаментов.

4. Организация рабочего пространства: планирование и структурирование дел, взаимодействие с коллегами, разделение ответственности с начальством.

5. Обсуждение сложных диагностических случаев с коллегами, получение поддержки в профессиональной среде; балинтовские группы как возможность обсудить не только профессиональные аспекты, но и эмоциональную составляющую взаимодействия «врач-пациент».

6. Психотерапевтическая поддержка: личная и групповая терапия.

7. Профилактика и лечение состояний, коморбидных синдрому эмоционального выгорания: депрессии, генерализованного тревожного расстройства, соматоформных расстройств, заболеваний, имеющих психосоматическую природу (язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и др.).

**Все-таки наша жизнь не ограничивается работой и профессиональными достижениями. Кроме потребностей и нужд наших пациентов, есть еще наши проблемы, чаяния и желания. Есть близкие люди, которым мы нужны гораздо больше, чем нашим пациентам...** 





## Эффективные техники противостояния стрессу на стоматологическом приеме



Олеся Лисевская,  
генеральный директор компании  
«Национальная академия управления  
стрессом», ведущий эксперт, старший тренер,  
г. Москва

[www.antistressacademy.ru](http://www.antistressacademy.ru)

*Нередко наш день начинается со стрессовых ситуаций, он бывает наполнен ими до самого вечера, ночью мы не можем уснуть, сон беспокойный и короткий, а поутру мы разбиты, психологически нестабильны, раздражены. И так по замкнутому кругу...*

**П**оявлению стресса способствует целый ряд причин. Основные — ускорение темпа жизни и увеличение количества задач, решаемых в единицу времени, динамичное развитие всех направлений деятельности, что вынуждает нас постоянно догонять и соответствовать новым высоким стандартам. И все это неизбежно повышает уровень психофизиологического напряжения.

Из вышесказанного возникает коммуникационная причина стресса: растет количество конфликтных ситуаций, снижаются толерантность и терпимость.

Ну, и конечно, причиной стрессов служат социально-экономические процессы в стране и в мире — они не дают нам чувствовать себя в безопасности. Нарушение этой базовой потребности еще более стимулирует дополнительный рост психофизиологического напряжения.

В ходе эволюции сложилось так, что для выживания в сложных ситуациях, будь то добывание пищи или борьба за существование, нервная система человека активизировала процессы возбуждения и выработки адреналина, давая организму дополнительные ресурсы. Так это и закрепилось: на надпороговый стрессоген выделялся дополнительный ресурс, по завершении ситуации процессы в нервной системе нормализовывались, очаги чрезмерного возбуждения затухали, восстанавливалось здоровое равновесие. Так было раньше, но, увы, не сейчас...

В современных условиях жизни стрессогенные ситуации возникают практически в режиме нон-стоп, не давая организму время включить тормозные реакции. Конечно, ресурсы человека велики, но не безграничны.

Раз за разом, увеличивая снижающуюся от усталости активность, организм подключает все более мощные источники, которые начинают перегревать нервную систему человека, и рано или поздно мозг запускает одну из своих функций — охранительную. То есть **независимо от воли человека запускаются процессы экстренного торможения, и тогда мы оказываемся в критических состояниях.**

### Немного научных сведений о стрессе и дистрессе

**Стресс** (от английского *stress* — напряжение) — это совокупность защитных и повреждающих ре-

акций организма, которые возникают в результате нейроэндокринных и метаболических сдвигов в ответ на действие чрезвычайных или патологических факторов, проявляющихся адаптационным синдромом.

Или, по мнению П.Д. Горизонтова и соавт. (1983), стресс представляет «ту форму проявления адаптивных реакций, которая связана с включением нейроэндокринного звена, вызывающего мобилизацию всех систем организма как выражение крайнего напряжения защитных сил».

**Адаптация** — сохранение жизненно важных параметров гомеостаза или внутренней среды в условиях стрессорных воздействий, обеспечивающих организму благоприятное существование (Аршавский И.А., 1976).

За реакцией тревоги (в зависимости от силы и продолжительности действия раздражителя при условии, что они не превышают компенсаторных возможностей организма) может наступить **стадия резистентности, или устойчивости, организма**. Для нее характерно повышение устойчивости организма к патогенным воздействиям. Нейроэндокринная система не претерпевает таких значительных изменений, как в первой стадии.

Но **что такое дистресс?** В результате действия сильного или часто повторяющегося раздражителя происходит истощение компенсаторных возможностей организма. Вследствие этого реакция тревоги, или следующая стадия резистентности, переходит в фазу истощения.

По данным Л.Х. Гаркави и соавт. (1979), реакция эндокринных желез близка той, которая наблюдается в первой стадии стресса: глюкокортикоиды преобладают над минералокортикоидами, снижена активность щитовидной и половых желез, угнетены тимико-лимфатическая система, система соединительной ткани, иммунитет.

Однако в отличие от первой стадии стресса количество кортикотропина и глюкокортикоидов начинает снижаться. Для стадии истощения характерно нарушение приспособляемости организма к условиям существования и устойчивости к сильным раздражителям.

## Стадии стресса и изменения в организме

### 1. Стадия тревоги. Первая фаза

В настоящее время доказано, что в стадии тревоги наряду с симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системами активизируется островковый аппарат поджелудочной железы, что проявляется в резком повышении инкреции инсулина в результате гипергликемии.

Таким образом, при реакции тревоги образуется избыточное количество катехоламинов, глюкокортикоидов и инсулина и тормозятся секреции других гормонов: гормона роста, половых и щитовидной желез.



### 2. Стадия тревоги. Вторая фаза

Для нее характерна длительная и устойчивая активация симпатoadреналовой системы с повышенным выделением в кровь адреналина и снижением его в надпочечниках. Норадреналин поступает в кровь из окончаний симпатических нервов. Одновременно усиливается его синтез из предшественников. Адреналин накапливается в гипоталамусе и коре мозга, печени.

Доказано, что в условиях стресса содержание в крови катехоламинов и глюкокортикоидов становится максимальным, а инсулин инкретируется в минимальных количествах.

### 3. Стадия истощения, или дистресс

Эта фаза характеризуется ослаблением и истощением симпатoadреналовой системы. Содержание адреналина в надпочечниках и поступление его в кровь снижаются. Во всех тканях уменьшается уровень предшественников катехоламинов (дофамина и ДОФА). Снижается уровень норадреналина в сердце и гипоталамусе, а содержание адреналина возрастает во всех отделах мозга, что связывают с повышенной проницаемостью гематоэнцефалического барьера.

По мнению Л.Е. Панина (1983), в фазе истощения происходит срыв адаптивных регуляторных механизмов, и организм гибнет вследствие невозможности адекватного энергообеспечения адаптационных процессов.

В мозговых структурах нарастает оборот норадреналина, что проявляется не только в увеличении его синтеза, но и в утилизации. Полагают (Вальдман А.В. с соавт., 1979), что скорость оборота норадреналина регулируется через М- и Н-холинорецепторы ацетилхолином, а также кортикотропином и кортикостероидами за счет усиления синтеза и регуляции ЦАМФ.

В настоящее время установлено, что дистресс сопровождается функциональными (нейроэндокринными, обменными) и морфологическими изменениями.



## Страхи и общепринятые стереотипы о болезненности стоматологических манипуляций (дентофобия — боязнь стоматологических процедур и всего, что с ними связано) — наполняют сознание разнообразными отрицательными эмоциями, и это может приводить к крайне серьезным последствиям в процессе лечения.



ми. Доказана его роль как главного этиологического фактора язвенных поражений слизистой желудка, гипертонической болезни, атеросклероза, нарушений структуры и функции сердца, формирования иммунодефицитных состояний и злокачественных опухолей, нарушений обмена веществ.

### Как это происходит в сфере стоматологии?

Врач-стоматолог — профессия с высоким уровнем ответственности и напряжения, при этом стоматологический пациент, как правило, находится в нестабильном психологическом состоянии, в ожидании боли на физическом уровне.

Страхи и общепринятые стереотипы о болезненности стоматологических манипуляций (дентофобия — боязнь стоматологических процедур и всего, что с ними связано) — наполняют сознание разнообразными отрицательными эмоциями, и это может приводить к крайне серьезным последствиям в процессе лечения.

### Как держать стресс под контролем?

Избежать стрессоров или стрессогенных ситуаций невозможно, но есть различные способы и техники удержания его под контролем.

### Медикаментозный метод

Очень широко в стрессовых ситуациях и для их профилактики используются транквилизаторы, особенно производные бензодиазепаина (седуксен, элениум и др.). После введения их в организм уменьшается содержание адреналина в гипоталамусе и степень выраженности его нарастания в крови. Как известно, адреналин стимулирует формирование таких состояний, как агрессия, тревога, страх, гнев.

Но, во-первых, мы не можем использовать данные методы повсеместно, а во-вторых, есть методы более экологичные и эффективные.

### Дыхательные техники

*Техники:* диафрагмальное дыхание, техника дыхания на 6 счетов, техника быстрых вдохов, — рекомендуются для пациентов от 3-х лет и для врачей (ограничение: для пожилых пациентов использовать только в кресле, ни в коем случае не использовать в положении стоя).

Они помогают предупредить и снять излишнее напряжение, проявление фобий и страхов в процес-

се стоматологического лечения, панические атаки (критические психологические проявления на физическом плане), нормализуют психологическое состояние пациента.

### Техника контроля внутреннего ритма

У каждого человека есть свой внутренний ритм: биение сердца, частота пульса, звуки окружающего мира... Некоторые ритмы нас тревожат, а есть такие, которые успокаивают и мотивируют. В нейролингвистическом программировании феномен внутреннего темпоритма человека используется как важный ресурс.

Одна клиентка рассказала, что когда была ребенком, всегда чувствовала себя уверенно и спокойно, сидя возле бабушки, пока та шила на швейной машинке. Ритм машинки буквально гипнотизировал ее!

Техника контроля внутреннего ритма применима для пациентов от 2,5 лет, врачей, администраторов в процессе подготовки к лечению, когда пациент уже в кресле или непосредственно в процессе лечения.

Предварительно, перед тем как предлагать эту технику пациентам, желательно опробовать ее на себе!

### Вариант для врачей и администраторов

#### Упражнение 1. Определение ритма

Попробуйте определить собственный ритм. Для этого ритмично постукивайте ладонью или пальцем, меняя ритм, пока не почувствуете, что это ритм вашего состояния, и не войдете с ним в резонанс.

#### Упражнение 2. Соответствие ритма состоянию

Составьте список нескольких привычных для вас состояний. После этого попробуйте определить внутренний ритм каждого состояния и записать его<sup>1</sup>.

#### Упражнение 3. Управление собственным состоянием

Вы можете управлять собственным состоянием, изменяя внутренний ритм. Пройдите по всей гамме чувств, и для каждого значения запишите соответствующее состояние.

<sup>1</sup> Обычно для этого требуется секундомер, а ритм записывается как пульс — по количеству тактов в минуту. Например: грусть — 45, спокойствие — 34, раздражение — 62, радость — 54, удивление — 67.

Учтите, что ритм характеризуется не только частотой, поэтому одно и то же значение ритма может определять несколько разных состояний.

У вас могут быть и промежуточные значения в гамме (42, 37, 66...):

- 30 — расслабленность, депрессия;
- 35 — спокойствие;
- 37 — после пробуждения по утрам... и т.д.

### Задание для пациентов

1. Найдите свой ритм на данный момент, тот, который резонирует вашему состоянию.
2. Начните плавно замедлять темп постукиваний.
3. Доведите до 1 удара в 2 секунды.
4. В течение 2-х минут держите такой темп.
5. Как только вы почувствуете тревогу или напряжение, начните это упражнение.

### Техники на основе переключения каналов восприятия

Применимы для пациентов с 12 лет, для врачей, администраторов в целях расслабления и снятия напряжения в любое свободное время.

1. Закройте глаза, прислушайтесь к происходящему вокруг (к шуму машин на улице или голосам из приемной, можно выбрать любой звук из имеющихся в данный момент), теперь послушайте звуки с правой стороны, а затем — звуки с левой стороны. Хорошо!

2. Не открывая глаз, переместите свое внимание на кончик своего носа, как будто на носу нарисована точка. Проверьте результат, получилось ли у вас или у пациента сосредоточиться на этой точке. Теперь таким же образом перенесите «точку» на колено и сосредоточьтесь на этой зоне в течение 15 с. Далее переносите эту «точку» с одной зоны тела на другую (палец, подбородок, ухо и т.д.).

3. Откройте глаза, посмотрите на любой предмет в кабинете, сфокусируйте внимание на нем (рассмотрите его). Теперь переведите взгляд на другой предмет (задержите внимание на предмете не менее 10 с). Таким образом надо рассмотреть 5 предметов, желательно находящихся в крайних точках возможного охвата бокового зрения.

4. Это финальный вариант данного упражнения. Просим клиента объединить все вышеперечисленные манипуляции в следующем порядке: слушаем, смотрим, переносим «точку».

В усложненном варианте, для опытных пользователей, каналы восприятия можно менять в произвольном порядке.

### Техника деконцентрации внимания

Для пациентов старше 16 лет, врачей, администраторов. Пациенты применяют данную технику перед началом лечебных манипуляций (в кресле), непосредственно в процессе лечения. Врачи, администраторы — в любое удобное или свободное время.



*Задание:* попытайтесь охватить взглядом все углы потолка (чтобы в поле зрения были все 4 угла потолка). Теперь постепенно переводите взгляд в центр потолка, одновременно удерживая внимание на углах.

В результате получившийся «экран» должен превратиться в сплошной размытый серый фон, удерживайте этот фон максимальное время.

**Все эти техники, несмотря на свою простоту, влияют на мозговую деятельность в большей мере, чем нам кажется! Применяя их в работе с пациентами, мы можем формировать новый тип построения коммуникации.**

*В чем плюсы?*

Подсознательно клиент приходит к доктору психологически беззащитным, т.е. часто при первичном приеме у него нарушено чувство безопасности, и когда вы в процессе процедур проявляете не только свой профессионализм, но и заботу о пациенте, поверьте — они это оценят. А описанные техники — это способ проявления заботы!

Применение данных техник позволит вам выполнять все манипуляции в спокойном режиме, а клиенту обеспечит необходимый уровень комфорта и доверия.

Применение этих техник в игровой форме при работе с детьми сильно облегчает непосредственное выполнение манипуляций.

Использование упражнений для себя и своих близких улучшит общее психоэмоциональное и физическое состояние.

При регулярном применении данные методики улучшают функциональные свойства каждой зоны мозга более чем на 20%. Они дают результаты в любом возрасте и значительно улучшают качество жизни в целом.


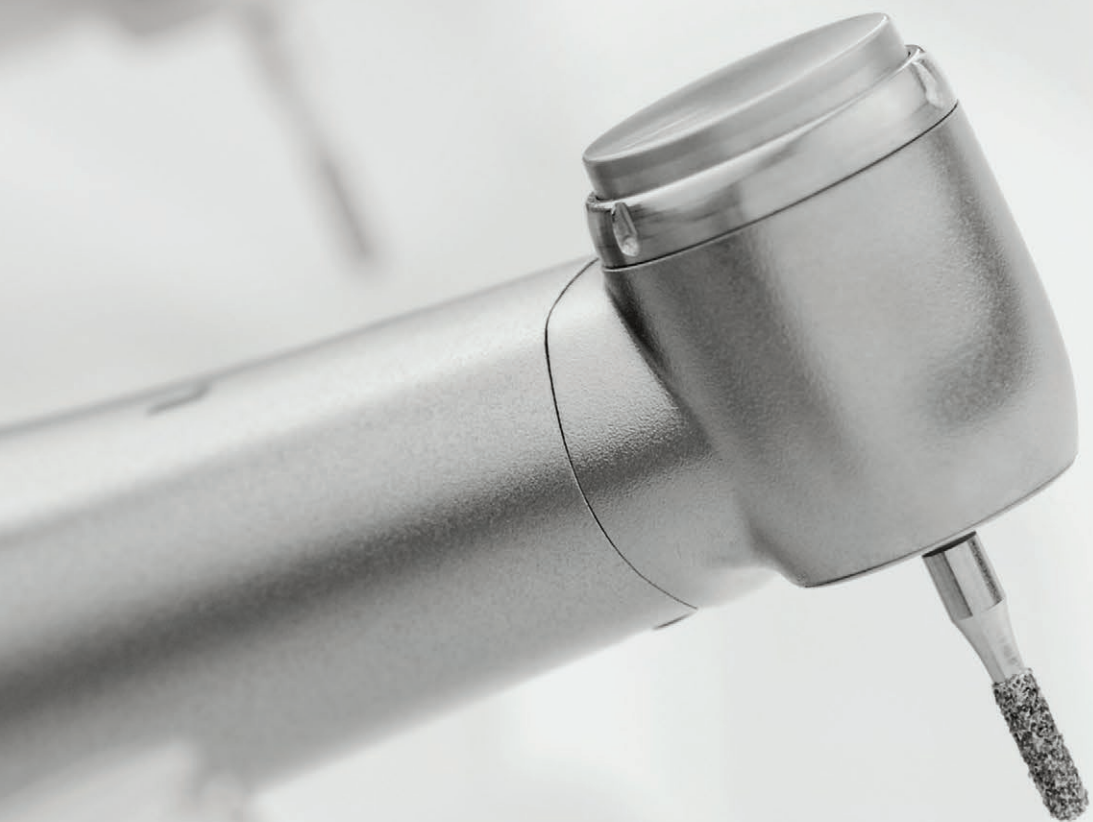
*Теперь, понимая происхождение, течение и последствия стресса и его крайнего проявления — дистресса, мы можем эффективно применять техники и методики для профилактики стресса. ☞*





Dentsply  
Sirona

СДЕЛАНО  
В ГЕРМАНИИ



ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ  
В ВАШИХ РУКАХ

## Титановые угловые наконечники с внутренним спреем

РЕКЛАМА



Модель	Цвет индикатора передачи	Передача	Скорость, об/мин	Бор	Освещение	Цена, в евро*
T2 LINE A 6 L	■	6:1	до 6000	2,35 WB	с подсветкой	<b>299</b>
T2 LINE A 40 L	■	1:1	до 40000	2,35 WB	с подсветкой	<b>280</b>
T2 LINE A 200 L	■	1:5	до 200000	1,6 FG	с подсветкой	<b>350</b>
T3 LINE E 6	■	6:1	до 6000	2,35 WB	без подсветки	<b>257</b>
T3 LINE E 40	■	1:1	до 40000	2,35 WB	без подсветки	<b>240</b>
T3 LINE E 200	■	1:5	до 200000	1,6 FG	без подсветки	<b>297</b>

\* Цена указана на момент выхода номера в печать. Актуальные цены уточняйте у менеджеров.







## Сантьяго. Международное погружение в детскую стоматологию

Антонина Гецман, главный врач стоматологической клиники «Дентал Фэнтези», лектор компании «Медикал Консалтинг Групп» (Россия) г. Москва

В начале октября 2017 г. в Сантьяго (Чили) состоялся 26-й конгресс Международной ассоциации детских стоматологов (IAPD — Internation Assosiation of Peadiatric Dentistry). Так как встреча IAPD–2017 проходила на другом континенте и не все желающие из России смогли приехать, хочу поделиться своими впечатлениями о поездке.

Обучение по детской стоматологии — большая редкость. В поисках актуальной информации приходится устраивать своего рода охоту, посещая даже неспецифические семинары, например, курсы для стоматологов-терапевтов. Участвовать в подобных мероприятиях интересно, но им не хватает духа нашей специализации. Меня поймут только те врачи, которые работают с маленькими пациентами и постоянно сталкиваются с особенностями их поведения, настроения, к тому же часто мы ограничены малой продолжительностью визита (ведь время концентрации внимания у детей намного меньше, чем у взрослых)...



**День первый. Pre-congress.**

**Погружение в тему «Травмы и коронки»**

Всего 1,5 часа было у профессора Marie Therese Flores (соавтора гидов и рекомендаций по лечению детей с травмами зубов Международной ассоциации дентальной травматологии), чтобы рассказать о **тактике лечения постоянных несформированных зубов с переломами корней.**

Лектор демонстрировала клинические кейсы и делала акцент на то, что **детский стоматолог должен сделать все, чтобы сохранить пульпу живой. Говорила, что гиды по оказанию помощи после травм зубов должны и будут меняться в сторону более консервативного зубо- и пульпосохраняющего подхода.**

На следующий день Marie Therese Flores читала еще одну лекцию, посвященную травмам молочных зубов и показывала отдаленные результаты выживаемости пульпы, которые вопреки всем ожиданиям составили не пару лет, а весь срок службы временных зубов до их смены на постоянные.

Вторую половину моего дня занял **мастер-класс по использованию циркониевых коронок для временных зубов.** Два замечательных лектора — Jorge Casián и Sung-Ki Kim — демонстрировали методику шаг за шагом, на фото- и видеопримерах. Зачем я пошла на этот мастер-класс? Ведь я сама уже много лет ставлю коронки и учу этому своих коллег. Ответ прост: чем больше мы учимся, тем интереснее узнавать нюансы в работе, авторские фишки, tips&tricks. И я их нашла!

Около 40 минут у меня ушло на то, чтобы припасовать 4 коронки, а еще осталось время для бесед с лекторами и их помощниками.

Обсудили лечение через циркониевые коронки, которое может потребоваться, если был покрыт витальный зуб, погибший в результате травмы, случившейся уже после установки коронки, возможную коррекцию коронок при ортодонтических аномалиях (в том числе при перекрестном прикусе), уменьшение расстояния между молочными молярами (в силу длительно существующего разрушения контактных поверхностей), применение данных коронок для восстановления постоянных зубов с гипоплазией эмали и многое другое.

**День второй. Начало конгресса**

Все началось с обсуждения тенденций, диагностики и эффективных стратегий лечения раннего детского кариеса.

Профессор Svante Twetman прочитал потрясающую лекцию о факторах риска и борьбе с ними со ссылками на статьи и исследования, с акцентом на индивидуальный подход к каждому пациенту.

В полном восторге я была и от лекции профессора Margherita Fontana о **стратегиях профилактики и лечения кариеса.** Это то, что я называю опираться

на доказательную медицину. Каждое слово, каждый вывод были подтверждены статьями и исследованиями. Правда, осталось много открытых вопросов, касающихся реминерализующей терапии, и очень обрадовал подход к герметизации и молочных, и постоянных зубов.

Продолжение дня было посвящено **лечению кариеса в молочных и постоянных зубах у детей:** обсуждали селективные и традиционные методы лечения.

Эта сессия заставила серьезно задуматься. Частичное удаление кариеса при лечении зубов у детей поначалу вызвало ассоциации с лечением кариеса в два посещения — то, что закрепилось в нашей голове со студенческой скамьи как отсроченное пломбирование. Как бы не так! Сначала очень логичные и понятные рассуждения о дентине (CID и CAD), а затем спорные, рискованные и, я бы сказала, героические случаи, которые заставляли замирать во время демонстрации слайдов, а порой даже вызывали протест. Хотя не могу сказать, что была не согласна абсолютно со всем. И посыл щадящего отношения к пульпе все-таки обоснован...

После ланча у бассейна я отправилась на свою любимую сессию CAMBRA (Caries management by risk assessment).

Вот уже несколько лет я читаю лекции о лечении кариеса у детей, согласно данной концепции, но мне по-прежнему интересны опыт других врачей и нюансы, о которых могут рассказать лекторы. На этой сессии все внимание было приковано к вопросам питания детей и подростков. В частности активно обсуждалось грудное вскармливание.

Доклад профессора Taku Fujiwara посвященный тому, **действительно ли лактоза грудного молока вызывает бутылочный кариес,** был сугубо





научным. В своей презентации он ссылаясь на исследования, демонстрировал структуру и рост зубной бляшки в разных средах и доказывал, что лучше всего с бляшкой по-прежнему борется зубная щетка. И конечно, был отдельный вывод о том, как влияет длительное грудное вскармливание на развитие кариеса.

Завершить свой день я решила посещением докладов **о менеджменте поведения в детской стоматологии.**

Лекции доктора Zoe Marshman и профессора Helen Rodd о немедикаментозном управлении поведением подростков, их реакции на стоматологическое лечение, как всегда выше всяких похвал.

Основная цель докладов — донести мысль о том, что мы давно не ставим себе задачу просто лечить зубы нашим пациентам. Речь идет о подходе, где в центре внимания находится психологическое состояние ребенка (child-centred approach).

В своих докладах они приводили примеры, как повлиял на детей предыдущий негативный стоматологический опыт, цитировали действительно страшные слова детей, описывающих свои чувства и страхи. И, конечно, давали рекомендации к подходам и действию при лечении детей с фобиями.

### День третий. Актуальные темы

День начался с обсуждения травм — «**Дентальная травматология: настоящее и будущее**». И вновь основные темы — подход и современные материалы. Обсуждалось лечение молочных зубов после травм. На самом деле это не такая уж частая тема, потому что, например, провести качественное лечение у детей в возрасте 1,5 лет в клинике без безопасной седации очень сложно, а зачастую даже невозможно. Поэтому были представлены нетрадиционные под-

ходы и компромиссные варианты лечения, проиллюстрированные клиническими случаями с отдаленными результатами.

Длительное время будет актуальной тема **седации в детской стоматологии.** Многим врачам сложно применять эту методику в своей практике, так как требуются дополнительное оборудование, навыки и умения, а самое главное — нужно обеспечить безопасность.

Много комплиментов было сказано в адрес мидозалама, но при этом сделан акцент, что данный способ седации все реже применяется в детской стоматологии в силу возможного угнетения дыхания. Анестезиолог-реаниматолог неотрывно должен находиться рядом с пациентом. Стоматологи всего мира все чаще предпочитают закисть азота-кислородную седацию по причине ее управляемости, безопасности и работе на минимально возможных концентрациях. И конечно, был сделан самый главный вывод: седация — это только часть работы, немедикаментозный менеджмент поведения должен идти с седацией рука об руку.

Отличный доклад о работе в большей степени с поведением родителей представила профессор Margarita Silva. Она показала, как можно отвлечь родителей от тревог и забот, если они присутствуют в стоматологическом кабинете при лечении их ребенка. Доктор Romeo Patini продемонстрировал **серьезный подход к проведению лечения в условиях общего обезболивания:** какими должны быть современные оборудование и операционная, как важно планировать комплексное лечение пациента. Продемонстрировал проведение совместных ЛОР-операций и стоматологического лечения, хирургических операций в челюстно-лицевой области и лечение зубов. На примерах показал как можно планировать лечение в условиях современной клиники.

Очень актуальной была тема **молярно-резцовой гипоминерализации:** как лечить, как принимать решение, какие альтернативы хороши в конкретных ситуациях. Приятно было видеть сравнительный анализ прямых и непрямых реставраций.

Как всегда многих интересовали вопросы выбора материалов для пломбирования, и лекторы показывали, как использовать стеклоиономерные цементы и композитные материалы (независимо от степени формирования корня, а в зависимости от поведения пациента и возможной изоляции зуба). Были продемонстрированы научные достижения для выявления данной патологии. Жаль, что до сих пор предугадать подобные нарушения у пациентов невозможно. Когда-нибудь все изменится.



**Целая серия докладов была посвящена лечению особых детей (с ментальными расстройствами и нарушением общего состояния здоровья).**

Презентации докторов Wendy Bellis и Susan Kramer была на голубых слайдах, стены зала осветили голубые прожекторы — в знак поддержки детей с аутизмом.

Оба лектора предложили конкретные протоколы действий, планирования и коммуникации с особыми детьми и их семьями. И конечно, был сделан единый вывод: мы лечим пациента, а не зубы! Мы должны тщательно собирать анамнез, составлять индивидуальные планы лечения и профилактики, а также выстраивать взаимоотношения с пациентом с учетом его индивидуальных особенностей. А родители — самые главные помощники детских стоматологов.

### День четвертый. Последний день конференции

С большим нетерпением я ждала темы «**Детский бруксизм!**» И уже первый доклад был полезен. Мне повезло: 5 лет своей жизни я собиралась стать ортопедом и уже была знакома с трудами профессоров Р. Славичека и С. Сато, — поэтому информация воспринималась легко. А вот второй доклад вызвал у меня восторг. Он был представлен в моем любимом стиле изложения: «Давайте вспомним, что люди говорят, и разберемся, что из этого правда».

Доктор Claudia Restrepo в презентации прошла по всем когда-либо существовавшим гипотезам о детском бруксизме, продемонстрировала статьи, которые есть в мире, подтверждая или опровергая их. Конечно, эта тема требует тщательного изучения, и в ближайшие годы, я уверена, будет появляться все больше и больше информации. Сейчас вопросов значительно больше, чем ответов. Нет гидов, утвержденных протоколов и рекомендаций. Но есть однозначное понимание, что это междисциплинарная проблема, которую детским стоматологам не решить в одиночку.

**Серия докладов, посвященных применению конусно-лучевой компьютерной томографии у детей**, еще раз подтвердила, что мы движемся в правильном направлении.

Особую роль в медицине играет диагностика — слишком много зависит от правильно поставленного диагноза. Доклады слушались легко, я узнавала знакомые срезы, ситуации и испытывала гордость за то, что в нашей клинике данное ноу-хау превратилось в понятную и легко применимую рутинную процедуру. Никогда не лишне убедиться, что в клинике, где ты работаешь, все как надо!

А еще нас ждали речи президентов различных международных ассоциаций, обсуждение уровня детской стоматологии во всем мире и пути дальнейшего развития, вручение призов и подарков, церемония закрытия и официальное приглашение всех желающих на IAPD-2019 в Мехико.



А вечером состоялась прощальная вечеринка. Настоящая сказка для детских врачей — маскарад! Обсуждение конференции, знакомство с теми, с кем не успели за предыдущие три дня увидеться и переброситься парой слов, долгие диалоги и профессиональные споры...


### Сантьяго

Так как я приехала всего за сутки до конференции, посмотреть близлежащие достопримечательности мне не удалось. Но к моему счастью совсем недалеко от нашей гостиницы оказался Parque Metropolitano de Santiago, а я очень люблю парки!

Я спланировала маршрут на целый день: подъем на фуникулере до вершины холма святого Кристобала (с выходом на всех возможных уровнях), передышка у статуи Непорочной девы Марии — покровительницы Сантьяго, спуск на менее современном фуникулере типа «вагонетка на рельсах», пешая прогулка по богемному району Беллависта, осмотр достопримечательностей, пеший подъем на холм Санта-Лусия с осмотром замка Идалго.

Благодаря солнечной погоде удалось полюбоваться и окрестностями города, и горными хребтами. Говорят, это редкость — часто наслаждаться красивыми видами мешает смог. Свежий воздух, горы, потрясающая музыка на вершине холма святого Кристобала придали сил и настроения.

Это были неповторимые дни, полные впечатлений и эмоций, они останутся в моем сердце навсегда. Дело за малым — претворить в жизнь то важное и новое, ради чего затеялось такое длинное и незабываемое путешествие!

**P.S.** Детальями конгресса со ссылками на лекторов и литературу я поделюсь на своих семинарах, а для тех, кто посетил весь цикл моих лекций по детской стоматологии, один раз в 2 года будет проходить курс с новой информацией «Работа над ошибками». 



*Творчество рождает творца,  
или Самый простой путь  
к счастью*

Вероника Акинфиева,  
врач-стоматолог,  
к.м.н., г. Москва  
[www.veronikadent.ru](http://www.veronikadent.ru)

*Стоматология — это не только медицинская наука, но и высокотехнологичный ремесленный труд, требующий от исполнителя глубоких знаний по материаловедению, техники, точных движений, аккуратности и творческого подхода, мастерства, сродни ювелирному. Все это и подтолкнуло меня к необычному хобби...*





Мое новое увлечение появилось после потрясающего путешествия по побережью Атлантического океана, по дорогам Испании и Португалии. Магия нетронутых ландшафтов природных заповедников притягивала, широчайшие пляжи с мощью и силой бурлящей чистой воды океана — отличное место для релакса, восходы и закаты — всегда разные, но невероятно красивые.

Прогулки по побережью в ранние утренние часы... Еще прохладно, океан тих во время отлива, воздух насыщен горьким йодным запахом, а солнце неторопливо поднимается над водой оранжево-багряным шаром, в свете которого светится и бликует перламутр раковин... Уникальное время для вдохновения...

Во время таких прогулок я собирала перламутр и раковины необычной формы. Привезла в Москву морскую добычу, думая украсить новый аквариум для рептилий, но родилась совсем другая идея...

Из этого перламутра я стала создавать броши, пряжки, кольца и кулоны — оказывается, стоматологические полиры и фрезы отлично обрабатывают перламутр! Для этого хобби пригодились и пластмасса, и адгезивы, и оптика.

Так появилась моя коллекция Atlantic. Изделия из нее предназначались моим друзьям, родственникам, соседям и давним верным пациентам вместо традиционных подарков стоматолога в виде зубных щеток и ершиков.

Мои друзья и знакомые очень ценят подарки, созданные своими руками: мои гости часто приносят собственноручно сделанный чизкейк или штрудель, кальвадос или «клюковку». Окружающие приняли мои изделия с большим интересом и энтузиазмом, их стали даже заказывать!

Создаю я их с удовольствием, отдыхая душой. Раковины еще пахнут морем, их цвет напоминает о солнце, которое медленно и нехотя уходит за горизонт, окрашивая окружающий ландшафт в багряные тона, завораживает, как огонь уютного камина, поражая твое воображение.





**NSK**



# Varioburg **LED**

**Мощный и надежный**

Мощная ультразвуковая хирургическая система с оптикой LED



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.nsellaspb.ru


 @nsella.ru

 vk.com/nsella



Это хобби привело меня на handmade-ярмарки и выставки «Формула рукоделия» и «Самоцветы» в поисках новых знаний и возможностей для реализации своих идей. Эти выставки — приятные встречи и знакомства, полезные мастер-классы, а главное — возможность побаловать себя уникальными авторскими работами.

Нередко засматриваюсь на работы других мастеров, восхищаясь ими, получаю огромный заряд позитива, новое вдохновение, рождаются творческие замыслы. Ведь эти работы — не только труд и время, но и таинство рождения и частичка души, которую мастер вкладывает в свое творчество.

По мнению психологов, хобби — один из способов самореализации и неотъемлемый признак гармонии личности. В пирамиде известного психолога Абрахама Маслоу высшей ступенью является стремление реализовать возможности и способности к развитию собственной индивидуальности. А для меня это еще отличный способ психологической разгрузки, самовыражения и самый простой путь к счастью. 





## Военные стоматологи на службе Российской империи: три столетия истории (Часть 2. Стоматологи на фронтах Первой мировой войны)



Дмитрий Журавлев,  
кандидат исторических наук,  
заместитель директора  
Военно-медицинского музея,  
руководитель Клуба любителей истории  
медицины «Хроники. Истории про врачей,  
пациентов, фармацию и медицинскую науку»,  
Санкт-Петербург  
<http://hroniki.org>

*Первая мировая война 1914–1918 годов стала не только состязанием ведущих мировых держав в области вооружения, но и науки, которую вперед двигала необходимость быть первым в разных направлениях. Активно развивались медицинская наука и практика, особенно много материала было у хирургов, но и стоматологи в период боевых действий приобрели большой опыт.*

**В** годы Первой мировой войны впервые произошло сближение хирургов и зубных врачей по оказанию помощи и лечению бойцов с лицевыми и челюстными ранениями. Это, в свою очередь, содействовало обогащению знаний и опыта, а также улучшению постановки лечебного дела.

Во время боевых действий воины с челюстно-лицевыми ранениями поступали в общехирургические госпитали, где хирурги в основном ограничивались восстановлением мягких тканей и недооценивали значение правильного закрепления костных отломков и реконструкции лицевого скелета. После этого в тыловых госпиталях раненые проходили дальнейший курс лечения.

В сентябре 1914 года для оказания медицинской помощи военнослужащим с челюстно-лицевыми ранениями Главным военно-санитарным управлением при помощи общественных организаций в Петрограде был открыт первый в России одонтологический кабинет. Постепенно они образуются повсеместно, одонтологические кабинеты можно считать предшественниками современных стоматологических отделений многопрофильных военных госпиталей. Подобные кабинеты создавались для оказания медицинской помощи военнослужащим с челюстно-лицевыми ранениями. В конце 1916 года на фронтах действовало 254 зубоврачебных кабинета.

В ходе боевых действий 1914–1918 годов челюстные отделения в госпиталях, а затем самостоятельные госпитали и лазареты стали возникать по инициативе снизу.

Первый из них был открыт 1 ноября 1914 года в Петрограде при Свято-Троицкой общине Красного Кре-

ста на средства Санкт-Петербургского одонтологического общества.

Второй челюстной лазарет № 246 в Петрограде был открыт на 450 мест. Его возглавлял профессор Ф.А. Звержховский. Хирургом-консультантом госпиталя был профессор Императорской военно-медицинской академии Р.Р. Вреден. Кроме того, в нем работали основатели челюстно-лицевой хирургии в нашей стране П.П. Львов, А.А. Лимберг, Д.А. Энтин и другие.

Большую помощь в формировании и успешном функционировании этих госпиталей внесли общественные организации Союз городов и Красный Крест.

На общественные деньги были открыты госпитали в крупных российских городах: в Петрограде, Москве, Варшаве, Харькове, Вильно, Риге, Тбилиси и др. В них работали известные хирурги и зубные врачи К.П. Тарасов, Д.П. Сабанеев, П.А. Глушанов, Г.З. Вильга, В.Н. Розанов, С.Я. Чистович, С.С. Тигершtedт и другие.

Во время Первой мировой войны в Петрограде, Москве, Харькове, Екатеринославле, Курске и Орле также на общественные нужды были открыты амбулатории для безвозмездного оказания зубоврачебной помощи раненым в челюстно-лицевую область.

С 10 октября 1915 года часть помещений Зимнего дворца была передана для размещения общехирургического госпиталя, названного в честь наследника престола Алексея Николаевича. В Николаевском зале, вмещавшем 200 коек, лежали раненые в голову, отдельно — с ранениями в челюсть. Челюстным отделением заведовал зубной врач Д.А. Энтин.

В 1917 году были предприняты очередные шаги по организации стоматологической помощи военнослужащим. Не в последнюю очередь на это повлияла плачевная обстановка в действующей армии.



Зубной кабинет Семеновского Александровского военного госпиталя



Полевой зубоврачебный кабинет при 1-м лазарете 27-й пехотной дивизии

По данным центрального органа управления военно-медицинским делом в стране — Главного военно-санитарного управления (ГВСУ), на осень 1917 года 90% солдат имели испорченные зубы. При этом особо отмечалось: «Такое широкое распространение порчи зубов у солдат при особо тягостных в гигиеническом отношении условий походной хирургии влечет за собой массовые за-

**В годы Первой мировой войны впервые произошло сближение хирургов и зубных врачей по оказанию помощи и лечению бойцов с лицевыми и челюстными ранениями.**





**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.nsellaspb.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella



По данным центрального органа управления военно-медицинским делом в стране — Главного военно-санитарного управления (ГВСУ), на осень 1917 года 90% солдат имели испорченные зубы.

болевания зубов, что непосредственно отражается на общем состоянии зубо врача и понижает бое- способность армии».

В «Плане подачи зубо- лечебной помощи в дей- ствующей армии» преду- сматривалось откры- тие зубо-лечебных ка- бинетов при пере- вязочных отрядах и на- значение для их об- служивания зубных вра- чей из числа отбывающих воин- скую повинность с пре- доставлением им прав чиновников во- енного времени.

Незадолго до этого, 28 марта 1917 года, в соответствии с положением Военного совета было установлено звание «военный зубной врач». Оно присваивалось зубным врачам и дантистам, призванным на действительную военную службу.

Подводя итог деятельности военных стоматологов в период Первой мировой войны, стоит отметить, что многое из предусмотренного на практике осуществить не удалось, — на это указывает высокий процент смертельных случаев и инвалидизации челюстно-лицевых раненых.

Вместе с тем военная стоматология активно развивалась, был получен богатейший опыт практической работы. К концу Первой мировой войны в стране сформировалась ядро челюстно-лицевых хирургов и ортопедов, способных обеспечить рациональную помощь раненым.

1917 год принес с собой серьезные потрясения для России. После октября 1917 года возникла новая страна, в ней были свои армия и флот. Но избавить военнослужащих от зубной боли новый режим не мог, и советской власти пришлось создавать собственную систему оказания стоматологической помощи в вооруженных силах. Но об этом в следующих статьях нашей рубрики.

*P.S. Проект hroniki.org реализован при поддержке компании Euromed Group*



Медицинский персонал госпиталя в Зимнем дворце (из фондов ВММ МО РФ)

**ПРИКАЗЪ**  
Командующаго Флотомъ Балтійскаго моря.  
Посыльное судно „Кречеть“.  
20-го Октября 1915 года № 1124

При семъ объявляю по вѣренному мнѣ флоту копію приказа Главнокомандующаго арміями Сѣвернаго фронта отъ 14-го сего Октября за № 191.

Вице-Адмиралъ Канинъ.

к о п и я.

**П Р И К А З Ъ**

ФЛОТУ БАЛТІЙСКАГО МОРЯ

Дѣйствующая армія.

Октября 14-го дня 1915 года № 191.

За продолжительную, безвозмездную, весьма полезную дѣятельность по леченію зубныхъ заболеванийъ у нижнихъ чиновъ Артиллеріи Сухопутнаго фронта Морской крѣпости Императора Петра Великаго, награждаю золотой медалью на Аннинской лентѣ, для ношенія на груди, зубного врача жѣну штабсъ-капитана Анфису Никольскую.

Основаніе: Ст. 25 книги X Свода Морскихъ Постановленій и представленіе Начальника Штаба Командующаго флотомъ Балтійскаго моря отъ 8-го сего Октября за № 11083.

Подписалъ: Главнокомандующій,  
Генералъ-Адъютантъ Рузскій.

В ѣ р н о: Начальникъ Штаба,  
Контръ-Адмиралъ Григоровъ.

Приказ 191 командующего флотом Балтийского моря вице-адмирала Канина 1915 г.



Сегодня мне предстоит удалить зуб, но я ужасно боюсь — даже водки выпил для храбрости... И зачем только я пошел в стоматолога?..

Ирис «Крепыш» — запишись к стоматологу заранее!

Дизайнеры очень завидуют стоматологам — их клиенты сидят молча.

Очередь к стоматологу. Мама пытается успокоить плачущего сына:  
— Не плачь, ты же мужчина!  
— Мама, я — тряпка, только уведи меня отсюда.

Разговаривают двое новых русских:  
— Недавно я своему крокодилу золотые зубы вставил и теперь не знаю чем его кормить.  
— А чо?  
— Да пока ему зубы вставляли, он так привык к стоматологам...

Вчера выхожу от стоматолога: сказать «спасибо» язык не поворачивается, сказать «до свидания» страшно.

Специалисты генной инженерии нашли немало способов запустить у человека существующий у акул механизм восстановления зубов. Выкупленные патенты надежно хранятся в засекреченных архивах ассоциации врачей-стоматологов.

— Доктор, здравствуйте! Я — мотылек!  
— Ооо, голубчик... Это вам к психиатру надо, а я — стоматолог.  
— Я и летел к психиатру, просто у вас в кабинете свет горел!

В кабинете стоматолога:  
— Но, доктор, разве гелий устранил боль?  
— Нет, но кричать вы будете ржачно!

Диалог у кресла стоматолога:  
— Доктор, бона, бона!  
— Намана, намана!

Приходит Изя к стоматологу и говорит:  
— Абраша, меня шо-то беспокоят мои зубы.  
— Садись, Изя, в кресло — я погляжу...  
Смотрит, а там все зубы алмазные, а пломбы — платиновые...  
— Изя, у тебя все в порядке. Шо у тебя болит?  
— Да ничего не болит... Я бы хотел поставить сигнализацию.

— Дети, какая ваша любимая зубная паста?  
— «Колгейт»!  
— А какую пасту рекомендуют стоматологи во всем мире?  
— «Колгейт»!  
— А сколько будет дважды два?  
— «Колгейт»!  
— До свидания, дети!  
— «Колгейт»!

Одесская стоматологическая клиника. Световое табло на дверях хирургии: «Ша! Все притихли! Идет операция!».

В кабинете частного одесского стоматолога.  
— Ой, Семен Маркович, шо вы так кричите? Пожалуйста мне нервы! Я еще даже не дотронулся до вашего зуба!  
— Да, Борис Наумович, но вы таки наступили мне на мозоль!..

# Инновации и качество



РЕКЛАМА

  
Quality – made in Germany





# Где и как получить журнал «Dental Club»?

1. Наш журнал в онлайн-доступе на сайтах:

[http://www.medical-cg.ru/dental\\_club/](http://www.medical-cg.ru/dental_club/)

[http://www.nsella.ru/dental\\_club/](http://www.nsella.ru/dental_club/)

<http://nsellaspb.ru/magazine/>

[http://www.al-bis.ru/training\\_center/dental/](http://www.al-bis.ru/training_center/dental/)

2. Можно скачать мобильное приложение журнала в Google Play и AppleStore и прочитать все номера журнала на телефоне или на планшете, а также в числе первых получать свежий номер

В Google Play для Андроидов

и в App Store для iPad и iPhone



3. Печатная версия новых номеров журнала есть в офисах компании «Н.Селла» в Москве и в Санкт-Петербурге <http://www.nsella.ru/> и <http://nsellaspb.ru/>

4. На обучающих семинарах и мастер-классах для стоматологов компании «Медикал Консалтинг Групп» <http://www.medical-cg.ru/>

Спрашивайте журнал у менеджеров по телефонам:

Москва +7 (495) 771-75-39, +7 (495) 775 82 25

Санкт-Петербург +7 (812) 31-31-9-31

Спасибо за внимание к нашему журналу!



МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
КОНСУЛЬТАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
ЦЕНТР СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**MEDICAL**  
consulting group

#учимсяулучших

[www.medical-cg.ru](http://www.medical-cg.ru)

эндодонтия

ортопедия

имплантология

пародонтология

эффективное управление

ортодонтия



**Москва**

Телефон / факс: +7 (495) 775-82-25,  
+7 (910) 442-07-94, +7 (910) 442-03-47  
[info@medical-cg.ru](mailto:info@medical-cg.ru)

**Санкт-Петербург**

Телефон / факс: +7 (812) 31-31-9-31  
(добавочный 203), +7 (911) 827-61-00  
[lugovkina@nsella.ru](mailto:lugovkina@nsella.ru)



# MEDICAL

consulting group

## представляет команду «ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»



### Антонина Гецман & Александр и Александра Савицкие проведут для Вас серию семинаров:

**Детская стоматология – 1.** Менеджмент поведения в детской стоматологии. Этапы, визиты, план действий от простого к сложному. Действия каждого члена команды и родителей.

**Детская стоматология – 2.** Место седации и общего обезболивания в современной детской стоматологии.

**Детская стоматология – 3.** Кариозные поражения временных и постоянных несформированных зубов. Профилактика: CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment) подход.

**Детская стоматология – 4.** Лечение пульпитов и периодонтитов в детской стоматологии. Острая боль в детской стоматологии.

**Детская стоматология – 5.** «Дентальная травматология» в детской стоматологии или травмы временных зубов. Восстановление временных зубов коронками.

**Детская стоматология – 6.** Управление детской стоматологической клиникой.

**Детская стоматология – 7.** Реалии нашего времени: седация и наркоз в детской стоматологии.

**Мастер-класс – 1.** Диагностика, лечение и профилактика кариеса.

**Мастер-класс – 2.** Лечение пульпитов, периодонтитов, временных и постоянных зубов у детей.

**Мастер-класс – 3.** Восстановление молочных зубов стандартными коронками.

**Микроскоп стоматологический.** Микроскоп для стоматологов-терапевтов и стоматологов общей практики.

Микроскоп в стоматологии: начните работать с увеличением и Вы не сможете остановиться!

Москва

Телефон / факс: +7 (495) 775-82-25,  
+7 (910) 442-07-94, +7 (910) 442-03-47  
info@medical-cg.ru

Санкт-Петербург

Телефон / факс: +7 (812) 31-31-9-31  
(добавочный 203), +7 (911) 827-61-00  
lugovkina@nsella.ru





Московский  
Государственный  
Медико-  
Стоматологический  
Университет



12-14  
ФЕВРАЛЯ  
2018

**DENTALEXPO®**



15-й Всероссийский стоматологический форум и выставка-ярмарка

# ДЕНТАЛ-РЕВЮ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. НАУКА. ПРАКТИКА

Москва  
МВЦ "Крокус Экспо"  
павильон 2, зал 6  
м. Мякинино

На правах рекламы



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



*Добрый Новый год... Как же мы ждем этот праздник!*

*По Восточному календарю 2018-й – год Собаки, а она всегда является символом честности, благородства, дружелюбия.*

*Пусть новый год будет щедрым на знаковые события, вдохновит на новые планы, идеи и успехи.*

*Пусть под бой курантов непременно сбудутся все пожелания близких и друзей.*

*Пусть новый год принесет стабильность в бизнесе, гармонию, материальный достаток и благополучие.*

*Встречайте 2018 год с улыбкой, и тогда он наполнится радостными событиями и добрыми эмоциями!*

*С наилучшими пожеланиями, коллектив компании «Н.Селла»*

