

DENTAL Club

№ 1/2 (25/26) 2020

Михаил Соломонов
Об остеонекрозе челюсти

Мы все ушли в сеть!

КОМПАНИЯ НОМЕРА:



БАЛЛЫ НМО:
РАЗБИРАЕМСЯ



12+

Отсрочка уплаты арендной
платы в текущих реалиях





Встречайте VarioSurg3!

ЭКСКЛЮЗИВНО
в Н.Селла

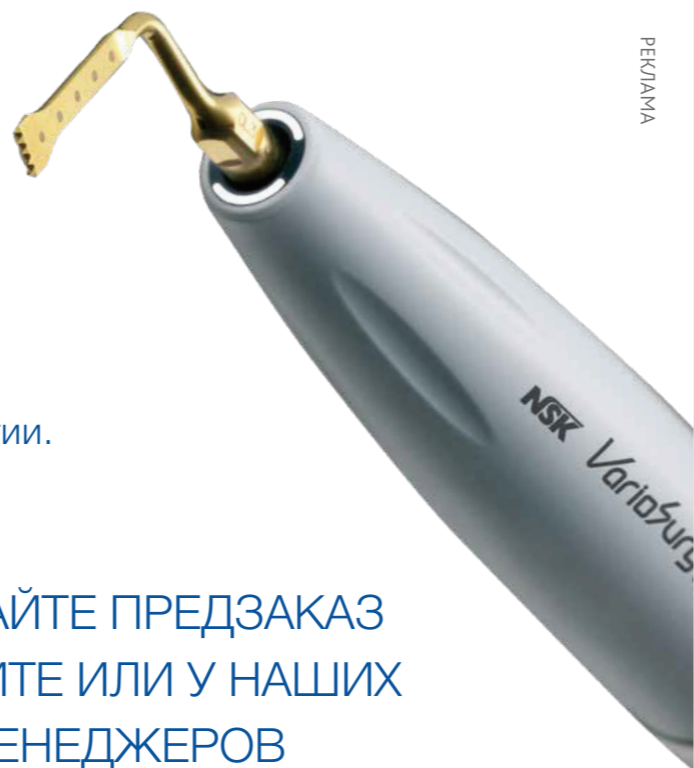
Ультразвуковая хирургическая система VarioSurg3
с оптикой LED в комплекте с наконечником
и 6-ю насадками

Что нового?

- Мощность VarioSurg3 увеличена на 50%*!!!
- Возможность подключиться к физиодиспенсеру Surgic Pro+ / Surgic Pro и управлять одной педалью
- Более легкий и компактный наконечник

Применяйте VarioSurg3 в костной хирургии, синус-лифтинге, пародонтологии и эндодонтии.

* сравнение с моделью VarioSurg



РЕКЛАМА

СДЕЛАЙТЕ ПРЕДЗАКАЗ
НА САЙТЕ ИЛИ У НАШИХ
МЕНЕДЖЕРОВ

А также:

- 3 режима (Surg – хирургический, Endo – эндодонтический, Perio – пародонтологический)
- Подключаемый импульсный режим
- 9 программ (Surg x 5, Endo x 2, Perio x 2)
- Настраиваемая интенсивность подсветки LED
- Режим автоматической очистки



Генеральный дистрибьютор и официальный сервисный центр продукции NSK

[f @nsella.ru](#) [@nsella.ru](#) [B vk.com/nsella](#)

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

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

Екатеринбург
Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



ЖУРНАЛ Dental Club №1/2 (25/26) 2020 г.

Информационное периодическое издание о стоматологии.

Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-57062 от 25.02.2014
Периодичность: 4 раза в год
Учредитель: ООО «Н.Селла»

Руководитель проекта:
Екатерина БЕССОНОВА

Медицинский редактор:
Илья ФРИДМАН

Дизайн и верстка:
Мария КУНИЦЫНА

Фотограф:
Вадим ДОРОХИН

Корректор:
Марина СМЕРНОВА

Адрес редакции:
111033, Волочаевская улица,
д. 12А, стр. 1.
Тел. +7 (495) 783-33-10
dc@nsella.ru
По вопросам сотрудничества
и размещения рекламы:
+7 (901) 751-49-29

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.

Образ на обложке разработан редакцией журнала Dental Club.

» СОДЕРЖАНИЕ

От редакции 2

КОМПАНИЯ НОМЕРА

Carl ZEISS
174 года истории качественного
увеличения! 4

НАУКА

*М. Соломонов, А. Львовский,
В. Каценель, Д. Бен Ицхак,
Е. Липатова, Й. Цадик*
**Остеонекроз челюсти,
вызванный приемом
медикаментов:**
С позиции эндодонтии..... 10

ОПЫТ И ПРАКТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
С. Кобзева
**Использование препаратов
гиалуроновой кислоты
«Ревидент»**
в практике стоматолога-хирурга 18

О. Чепуркова
**Резать нельзя ждать. Где поставить
заплату?**
статья о рецессии десны 24

В. Акинфиева
**Одонтопрепарирование в детской
практике**
традиции и альтернативы 30

З. Чайка
Реставрационный цикл зуба
на примере одного клинического
случая 38

А. Тумашевич
**Комплексное решение в
хирургической и нехирургической
эндодонтии** 42

ЛИДЕР МНЕНИЙ

А. Адамчик
**Способы лечения
деструктивных форм хронического
периодонтита** 48

ТРЕНДЫ

Д. Слуцкая
Принципы 5П-медицины
в стоматологии 54

ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА

КЛИНИКА
**Альфа-Вита: врачи с человеческим
лицом**
Интервью с владельцами
клиники 58

ОБУЧЕНИЕ

С. Галабурда
**Непрерывное медицинское
образование**
как обязательное условие
развития врача-стоматолога..... 66

МЕНЕДЖМЕНТ КЛИНИКИ

**ЮРИДИЧЕСКАЯ
КОНСУЛЬТАЦИЯ**
Е. Салыгина
Отказ клиники
от исполнения договора
с пациентом 70

РЕКЛАМА

Р. Шпак
Подводные камни
в рекламе стоматологических
услуг 74

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

О. Голикова
**Отсрочка уплаты арендной
платы:**
условия и порядок получения..... 80

ТЕХНОЛОГИИ И ИНТЕРНЕТ

Ю. Коскелайнен
Формула продающего контента
что и как публиковать в блоге
стоматолога? 84



От редактора

Пандемия коронавируса COVID-19 принесла хаос в жизни и экономики государств всего мира. С распространением этого недуга по всему земному шару многие из нас переходят на новый режим – от строгой изоляции до социального дистанцирования. Но давайте обратимся к истории – повсеместный мировой карантин, который мы сейчас наблюдаем во многих странах мира, не первый и не единственный случай введения тотального запрета на выход из дома и посещение массовых мероприятий.

В далеких 1665-1666 гг. Англию захватила одна из самых жутких вспышек бубонной чумы: она с огромной скоростью распространилась на территорию всей страны, Лондон потерял практически 15% своего населения. Именно тогда сельские жители деревеньки Эйям в Дербишире прославились своим героическим решением самоизолироваться от внешнего мира, чтобы остановить распространение недуга. Они стали первыми в истории, кто так сознательно подошел к вопросу о необходимости остановить передачу болезни крестьянам из других поселений.

В попытке убежать от чумы многие горожане в спешке покидали свои дома и отправлялись в сельскую местность, и среди них был Исаак Ньютон. Летом 1665 г. великий ученый оставил Кембридж, где преподавал в университете, и укрылся в маленьком поселении Вулсторп в Линкольншире. За два года, которые Ньютон провел в этом живописном месте в самоизоляции от бушевавшей эпидемии, он совершил прорыв в науке и сделал свои главные открытия. Именно там он написал свой труд по экономике, открыл закон земного притяжения, наблюдая за падением яблока (кстати, та самая яблоня до сих пор растет и радуется туристам), и описал законы оптики, которыми мы пользуемся и по сей день. (В этом номере мы уделили большое внимание компании ZEISS – лидеру по производству медицинской оптики высокого качества в мире).

По одной из теорий, Уильям Шекспир написал одну из самых гениальных своих пьес «Макбет» за несколько десятков лет до открытий Ньютона – и тоже во время затворничества из-за страшной эпидемии, поразившей большую часть Европы в то время. А летом 1816 г. несколь-

ко аристократов уединились в роскошной вилле на берегу Женевского озера и из-за постоянных проливных дождей практически не выходили на улицу. В результате их изоляции мир получил лучшие классические произведения лорда Байрона и Мэри и Перси Шелли.

Безусловно, то были темные времена Средневековья, они давно позади, и нам с вами выпала огромная удача жить в эпоху развития медицины и технологий. Давайте же обратимся к другой стороне происходящих событий. История может научить нас тому, как извлечь пользу даже из безнадежной на первый взгляд ситуации. Вынужденный простой в работе из-за самоизоляции и потеря в объеме дохода, конечно, являются не очень приятными событиями, но если посмотреть через призму оптимизма, то можно найти и неопровержимые плюсы. У многих из нас освободилось огромное количество времени. Ранее мы привыкли тратить его на рутину и бесконечную спешку, а теперь можем инвестировать его в саморазвитие, в изучение интересных клинических случаев из практики наших коллег, чтение специализированной литературы, подготовку собственных кейсов.

К этому номеру мы подходили осознанно и сделали все возможное, чтобы вы смогли найти на наших страницах пищу для ума и что-то новое и интересное для своей профессиональной деятельности. Чтобы как-то развлечь наших читателей во время самоизоляции, на своих страницах в соцсетях мы запустили интересный и уникальный проект – Марафон клинических случаев, в рамках которого врачи-стоматологи различных специальностей могут поделиться историями из своей практики, простыми и сложными, интересными и уникальными. Кстати, в качестве полезных знаний в области развития собственных интернет-страниц в этом номере мы публикуем для вас занимательную статью о развитии бренда врача-стоматолога с реальными практическими советами по публикации контента. У вас как раз будет время внимательно изучить все тонкости, набить руку и выйти из карантина с бесценными навыками, которые вы сможете сразу же применить в своей практике!

Конечно, на пути к стабилизации ситуации нам всем придется пройти через горнило последствий как социальных, так и экономических. Однако даже в таком упадке есть направления, которые развиваются семимильными шагами и выводят нас на новый уровень. Например, сейчас самый настоящий подъем происходит в индустрии онлайн-обучения: лекторы уходят в сеть, осваивают специальные программы для вебинаров и конференций, а слушатели «пробуют на вкус» новые форматы и получают уникальные навыки, не тратя лишнего времени на дорогу до учебного центра. И хоть в наших краях проведение семинаров через интернет является вещью еще относительно молодой и многим неведомой, в западном мире уже давно успешно работают платформы дистанционного образования – они даже выдают соответствующие сертификаты о прохождении курсов, которые котируются не ниже уровня вузов из топ-100. Карантины и пандемии пройдут, а знания останутся с вами навсегда!

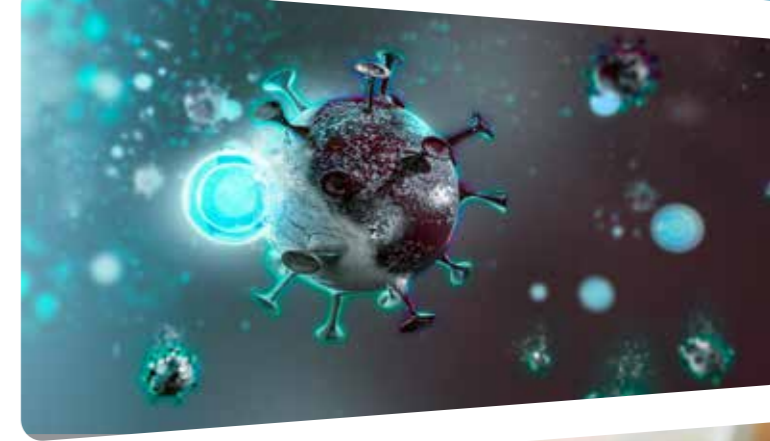
Напоследок хотелось бы пожелать читателям сохранять бодрость духа! Да, сейчас много нестабильности, которой никто не ожидал. Но есть и неизменные вещи – такие как любовь к близким, уважение к окружающим и незыблемые духовные ценности. Как символ постоянства, мы решили выпустить данный журнал вовремя, пусть даже в электронном формате.

Со времени объявления всеобщей изоляции ученые-сейсмологи зафиксировали рекордное снижение сейсмического шума, что является результатом остановки транспортного сообщения и прочих человеческих активностей. Ученые утверждают, что это может пойти на пользу науке и данный перерыв в активности может снизить скорость движения земной коры, что в конечном итоге способно сократить количество и интенсивность землетрясений. Астронавты же, работающие на космических станциях на орбите, отмечают, что с момента остановки всех крупных производств в Азии воздух стал настолько прозрачным и чистым, что многие города, прежде скрытые под пеленой смога, теперь можно рассмотреть невооруженным глазом. Как планета очистилась, так и мы все вернемся в старое русло новыми, полными сил, энтузиазма и новых знаний и умений!

Берегите себя и близких!

С любовью,

Екатерина БЕССОНОВА,
руководитель проекта Dental Club





Carl Zeiss

174 года истории качественного увеличения!

Когда говорят о медицинской оптике от компании Carl Zeiss, то первые ассоциации, которые возникают в уме, – это отменное качество и невероятно долгий срок службы. Стоматологические микроскопы настолько долговечны, что зачастую переходят от отца к сыну и поколениями служат целым династиям врачей-стоматологов. Это именно тот случай, когда можно сказать об уникальных ценностях, измеримых не только в валютном эквиваленте. Во всем мире оптика ZEISS является признанным гарантом качества и отличной инвестицией.

О компании

История компании Carl Zeiss началась в 1846 году в Йене и насчитывает уже более 170 лет, за которые маленькая мастерская точной механики и оптики всего на несколько человек разрослась до огромного концерна, включающего в себя целый комплекс компаний и производств. Интересно, что практически с самого основания компания начала производить медицинские микроскопы, которые завоевали огромную славу среди врачей и являются эталоном по сей день.

В России торговое представительство было открыто во времена царской империи – в далеком 1903 году в Санкт-Петербурге при правлении Николая II. Следующий пик роста ZEISS в нашей стране произошел уже в годы новейшей истории – начиная с 2000 года, компания осознала большой потенциал региона и стала постепенно увеличивать зоны своего присутствия, открыв филиалы и представительства в других городах РФ и странах СНГ. Так, за последние 20 лет были открыты региональные офисы по всей России: в Краснодаре, Владивостоке, Екатеринбурге, Новосибирске. И данная география с годами все только расширяется. Это символ того, что компания прочно укрепилась на рынке благодаря отменному качеству произведенного товара и снискала любовь покупателей.

На данный момент ZEISS Russia & CIS — поставщик высокотехнологичного оборудования и комплексных решений для науки, образования, промышленности и здравоохранения, а также является частью концерна ZEISS Group. Штат компании в России насчитывает более 200 сотрудников.

Инновации

Компания Carl Zeiss является разработчиком множества инноваций в оптическом дизайне и инженерии каждого из направлений ее производств. В том числе она стала одним из первых производителей оптических микроскопов (электронных и ионных), повсеместно используемых в медицине в наши дни. Также компа-



ния прочно занимает первенство в создании ранних хирургических и офтальмологических микроскопов. Кроме того, многие годы ZEISS был лидером по количеству инноваций в таких сферах, как астрономические телескопы, фотографические и синематические линзы.

Именно череда принятых правильных кадровых решений привела компанию на передовую позицию в создании и развитии оптических технологий. Так, чтобы компания стала чем-то большим, чем просто мастерской, Карл Цейсс нанял Эрнста Аббе. Который, в свою очередь, осознал, что необходимо исключить стигматизм из микроскопов за счет улучшения качества оптического стекла, что и привело к сотрудничеству с Доктором Отто Шоттом.

Стоматологическое направление

Стоматология – одно из самых динамично развивающихся направлений компании Carl Zeiss в России. Оно начало работу в 2012 году в виде подразделения из двух человек и выросло в департамент

из 12 сотрудников к сегодняшнему дню.

Почему увеличение так актуально в стоматологической практике? Потому что довольно сложно лечить то, что не видно



«Руководство глобального концерна ZEISS продолжает видеть большие перспективы развития в России. Мы планируем и далее оставаться надежным партнером для наших коллег и заказчиков, участвовать в развитии российской науки и образования, промышленности и здравоохранения».

Дмитрий Сенин,
генеральный директор
ООО «Карл Цейсс»



«Компания Carl Zeiss считает своим высоким долгом оставаться пионером в развитии медицинских технологий и создавать инновационные продукты и решения, чтобы быть надежным помощником докторов в их ответственной работе. Оборудование ZEISS в медицинских центрах – показатель высокотехнологичности, золотых стандартов и принципов в подходе к лечению».

Артур Саакян,
директор департамента
микрохирургии
ООО «Карл Цейсс»

или сложно разглядеть. Команда разработчиков микроскопов ZEISS находится в процессе беспрестанного анализа, чтобы удовлетворить даже самые изыскательные пожелания своих клиентов. Огромное внимание здесь уделяется не только размеру увеличения, но и его вариативности, а также дополнительному освещению рабочего поля, высокой точности при манипуляциях и снижению степени нагрузки на

глаза и эргономичному и комфортному положению доктора во время работы, что очень важно для практикующего врача-стоматолога, которому часто приходится лечить пациентов в оптических биноклях.

Образовательная МИССИЯ

Компания очень ценит профессиональные знания и признает важность повышения квалификации врача-стоматолога. В связи с этим ZEISS регулярно принимает участие в мероприятиях, организованных для обмена опытом между стоматологами. В 2018 г. это были крупные отраслевые выставки в России и СНГ, а также более 20 различных конгрессов и конференций по всей России. В 2019 г. наиболее значимыми мероприятиями стали «ZEISS Dental Club CIS» и «Междисциплинарный стоматологический конгресс ZEISS» в Минске.

Компания сотрудничает с крупнейшими учебными центрами и вузами. В настоящее время благодаря преподавателям на кафедрах, которые понимают важность обучения студентов основам увеличения в стоматологии, удается внедрить вне учебной программы небольшие факультативные программы для старших курсов.

Компания уделяет огромное внимание не только качеству самих микроскопов, но и тем, кто собирает и монтирует такие конструкции. В Оберкохене, в штаб-квартире ZEISS, есть специальные, оборудованные по последнему слову техники учебные классы, где проходит инженер-

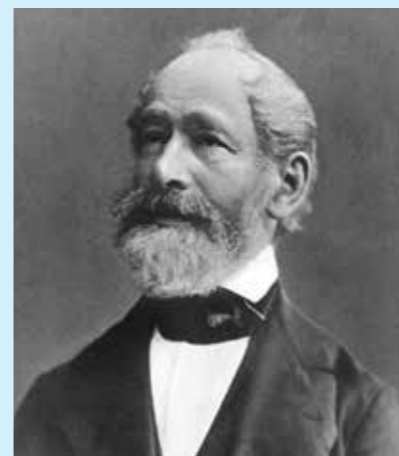
ное обучение для торговых представителей из разных стран. По окончании данного курса каждый успешно прошедший специализированное обучение получает соответствующий сертификат. Примечательно, что только человек с данным сертификатом имеет право подключать стоматологические микроскопы – таким образом компания заботится о своих клиентах и не допускает людей без специализированной квалификации монтировать сложное и дорогостоящее оборудование.

Первоклассное обслуживание

Одним из идеологических столпов ZEISS является огромное внимание к своим клиентам, за что оборудование компании ценится среди врачей-стоматологов по всему миру. Вместе с приобретением продукции доктор получает пожизненное гарантированное обслуживание. Даже если что-то случится с дорогостоящим микроскопом, специально обученный представитель ZEISS не заставит себя долго ждать – приедет в клинику и позаботится о том, чтобы вернуть оборудование к работе.

Таким образом, ZEISS уже многие десятки лет является образцом стабильности и инноваций, применимых в реальной жизни врача-стоматолога. И нет никаких сомнений, что лучшие времена компании еще впереди – за счет уважения к клиентам, отменного качества своей продукции и непрерывного следования в ногу со временем в вопросе развития науки!

ИСТОРИЯ



Карл Цейсс

- 1846** Карл Цейсс открыл оптическую мастерскую в Йене.
- 1847** К концу года мастерская произвела свой первый микроскоп.
- 1852** В этом году численность работников мастерской составила 10 человек.
- 1861** Мастерская Zeiss считается одним из лучших производств научного оборудования в Германии. На этот момент в компании трудятся 20 человек.
- 1866** Компания продает свой тысячный микроскоп. Карл Цейсс приглашает к сотрудничеству небезызвестного профессора физики Эрнста Аббе.
- 1881** Для улучшения качества стекла на работу был приглашен химик Отто Шот.

- 1884** Карл Цейсс открывает стекольный завод Шотт.
- 1888** Умирает Карл Цейсс, и на этот момент в мастерской уже работают 327 человек.
- 1921** Впервые был использован операционный микроскоп норвежским врачом-отоларингологом Карлом-Олофом Сиггграм Нюленом.
- 1925** Немецкий гинеколог Ганс Гинсельманн адаптировал стереомикроскоп на напольную стойку и назвал кольпоскопом.
- 1945** После II Мировой войны часть производства была вывезена из Йены в Западную Германию из-за оккупации Йены советскими войсками.
- 1946** Начинает свою работу завод Zeiss-Opton в Оберкохене.



Др. Ноа Чивиян



Др. Ганс Литтманн



- 1953** Доктор Ганс Литтманн с командой техников завода Zeiss-Opton в Оберкохене разработал первый операционный микроскоп Carl Zeiss на мобильном штативе, с выбором фокусных расстояний, степенями увеличения и коаксиальным освещением.
- 1981** Выпущен первый стоматологический микроскоп, разработчиком которого стал доктор Ноа Чивиян.
- 2006** Компания открывает новое производство на 2500 человек в промышленной зоне Оберкохен-Кёнигсбронн.
- 2013** Компания укорачивает свое название до простого и лаконичного – ZEISS, которое сейчас известно по всему миру.



Оберкохен – классический немецкий завод-городок между Штутгартном и Мюнхеном, находящийся в районе Баден-Вюртемберг. Его история насчитывает почти тысячу лет. После Второй мировой войны население этого города увеличилось в четыре раза – до 8000 человек, и все благодаря расширению производства ZEISS. Интересно, что практически все население Оберкохена работает на заводах компании, что делает его градообразующим предприятием.



Альберт Аракелян,
стоматолог-ортопед,
действующий член ЕАЭС и
член International Team for
Implantology, г. Москва

С момента знакомства с биноклярами Carl Zeiss началась моя новая история! Невероятно качественное стереоизображение, к которому быстро привыкаешь. Оно позволяет с легкостью увидеть детали, которые незаметны невооруженным взглядом. При использовании большого увеличения (4,3 на 400 мм) нужно отметить удивительно сильную глубину резкости и широкое поле зрения, что не сковывает в ориентации в пространстве. Ты сливаешься воедино с биноклярами, так как обзор периферических зон сохраняет качество видения. С начала использования у меня повысилась работоспособность и нет напряжения глаз, теперь не нужно наклоняться, чтобы видеть; спина ровная и отсутствует вечный стресс в пояснице. Очень часто в работе нужно фотографировать, что легко сделать без снятия бинокляров: их можно поднять и вернуть в рабочее положение без нарушения индивидуальных настроек. Оправа комфортная и не натирает в течение длительного времени использования. Это хорошее решение для клиник, где есть потребность в увеличении индивидуально для нескольких врачей, так как каждому очень просто настроить бинокляры под себя.

Благодаря продукции ZEISS мне стало намного легче работать, а также повысилось качество выполняемой работы!



Алексей Сошников,
врач стоматолог-терапевт-ортопед-хирург, основатель и главный врач стоматологии «Маэстро», г. Курск

Впервые о применении микроскопа в стоматологии я узнал, по-моему, в 2008-2009 гг. на семинаре в г. Полтава. Тогда я определился, что микроскоп необходим в моей практике. Долгие годы ушли на воплощение моей мечты в реальность, и вот в 2014 г. я приобрел первый микроскоп Zeiss в Курске. Тогда это был прорыв и для меня, и для всего зубоорудования моего региона.

Выбор марки был коротким. Так как я всегда стараюсь выбирать только самое лучшее, то проанализировал только ведущие фирмы оптики. И личное знакомство с Артуром Саакяном (директор департамента микрохирургии ООО «Карл Цейсс» – прим. ред.) стало определяющим в данном вопросе. На сегодняшний день, помимо микроскопа, у меня в клинике два шлема с биноклярами 4,3, и я планирую приобретение самой модной модели – Zeiss Extaro.



Святослав Коба,
стоматолог-терапевт-ортопед,
главный врач Belgravia Dental Studio и «Дентал Фэнтези», действующий член ЕАЭС, г. Москва

Вот уже более 10 лет я лечу пациентов с применением операционного микроскопа. Никогда особого значения не придавал марке, дополнительным опциям и возможностям этого инструмента. В прошлом году по рекомендации коллег попробовал Zeiss. Это впечатления, которые сложно передать словами! Глубина резкости и освещение, которые не теряются на любой кратности увеличения. Эргономика, продуманная астетика и интерфейс мора – все это привело меня к приобретению Extaro. Теперь у меня нет сомнений в том, что операционные стоматологические микроскопы Zeiss – это премиум, который стоит вне конкуренции.



Дмитрий Ильягуев,
руководитель отдела продаж
медицинской оптики компании
ООО «Н.Селла», г. Москва

Мечтой каждого руководителя отдела продаж, равно как и специалиста по продажам, является нахождение в его портфеле бренда с долгой историей и безупречной репутацией, который выступает гарантом качества, и уже одно упоминание о нем в беседе вызывает у людей ассоциацию с чем-то монументальным и качественным. Задачей же, на мой взгляд, является трансляция ценностей при помощи этого бренда, которые несет компания, где трудится команда продавцов.

В начале 2018 г., после того, как компанией «Н. Селла» был продемонстрирован экспоненциальный рост в объемах продаж биноклярных луп Zeiss, нам посчастливилось стать генеральным дилером Zeiss по данному продукту, и мы знаем, что это событие стало отправной точкой в большой миссии компании «Н. Селла» по повышению уровня культуры использования медицинской оптики в повседневной практике врача-стоматолога.



НОВАЯ ЭРА

В ТЕХНОЛОГИИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ



с микроскопами
ZEISS EXTARO 300



РЕКЛАМА



Москва

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

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



Остеонекроз челюсти, вызванный приемом медикаментов: с позиции эндодонтии



Michael Solomonov DMD,
Alex Lvovsky DMD,
Vered Katzenell DMD,
Joe Ben Itzhak DMD,
Elena Lipatova,
Yehuda Zadik DMD, MHA

Остеонекроз челюсти, вызванный приемом медикаментов (MRONJ)¹, – это развивающееся направление в эндодонтической практике. Статья кратко рассматривает доступную на текущий момент литературу по данной теме, собирает текущий список средств лечения, которые приводят к MRONJ, и предлагает практикующим стоматологам-эндодонтистам принцип выявления факторов предрасположенности пациентов к MRONJ.

¹ Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws (MRONJ).

Вступление

Со времени первого описанного случая Marx в 2003 г. [1], остеонекроз челюсти является причиной больших беспокойств среди практикующих стоматологов и их пациентов. За последние десять лет угроза MRONJ изменила курс привычного стоматологического лечения, включая эндодонтию, восстановительную стоматологию и протезирование, пародонтологию, ортодонтию и оральную и челюстно-лицевую хирургию [2].

Вопреки важности данного феномена в эндодонтической практике, в эндодонтической литературе этой теме уделяется очень мало внимания [3–8]. Sarathy и соавт. [4] описывают два случая, когда пациенты были направлены на эндодонтическое лечение в связи с симптомами, сходными с остеонекрозом челюсти. Авторы рекомендуют проводить своевременную консультацию с челюстно-лицевым хирургом и с онкологом пациента. Кац [3] описал три случая, в которых пациенты страдали от MRONJ после удаления зубов; в этих случаях не было никаких последствий с точки зрения эндодонтии. Kyrgidis и соавт. [5] сделали обзор соответствующей литературы и отметил, что эндодонтическое вмешательство может отсрочить или даже исключить необходимость удаления безнадежных зубов у пациентов на бифосфонатах. Moinzadeh и соавт. [6] рассмотрели клинические последствия остеонекроза челюсти в эндодонтии и предложили несколько стратегий предотвращения развития MRONJ во время эндодонтического (нехирургического) вмешательства. Wigler и соавт. [7] описали случай MRONJ у 75-летней женщины, проходящей внутривенную терапию pamidronate и zoledronic от мета-

стазирующего рака груди после удаления нижнего моляра с вертикальным переломом корня; остеонекроз челюсти в данном случае начал развиваться после удаления зуба, но не был спровоцирован эндодонтической процедурой или самой патологией (хотя решение об удалении было принято врачом стоматологом-эндодонтистом из-за вертикальной трещины корня). Авторы пришли к заключению, что правильно поставленный диагноз может предотвратить ненужную и неэффективную терапию антибиотиками и хирургическое вмешательство для пациентов, проходящих терапию бифосфонатами внутривенно [7]. Alsalleeh и соавт. описал случай остеонекроза челюсти после удаления зуба у пациента, подверженного лечению alendronate и methotrexate от остеопороза и ревматоидного артрита. Авторы заключили, что все пациенты должны проходить тщательный осмотр ротовой полости перед началом терапии бифосфонатами [8].

Следовательно, целью данной статьи является краткий обзор существующих на данный момент знаний относительно MRONJ, связанного с медикацией пациента, и представить клинические эндодонтические размышления, отражающие собранный опыт.

Остеонекроз челюсти

MRONJ определен Американской ассоциацией оральной и челюстно-лицевой хирургии (the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons – AAOMFS) [9] и Американским обществом костных и минеральных исследований (the American Society for Bone and Mineral Research) [10] как зона оголенной кости (или оголенная кость, или кость, которая может быть зондирована через

внутриротовой или внеротовой свищ [9] в челюстно-лицевой области, который не заживает в течение 8 недель после обнаружения медицинским работником [10], у пациента, который получал или был подвержен анти-резорбтивной (или анти-ангиогенной [9]) медикации и который не получил радиационную терапию в черепно-лицевой зоне (или при очевидном поражении челюсти метастазами [9]). Эти организации разработали поэтапные системы для MRONJ с предложенными методами лечения на каждом этапе:

– Стадия 0: нет оголенной кости и на рентгене не обнаружено омертвевших участков. Назначить лечение в зависимости от симптомов и контроля локальных факторов;

– Стадия 1: оголенная кость или свищ, ведущий к кости, но без признаков инфекции. Должны лечиться полосканием полости рта антисептическими растворами (например хлоргексидина биглюконатом), хирургическое вмешательство не показано;

– Стадия 2: оголенная кость или свищ, ведущий к кости, с признаками инфекции (обычно с симптомами). Необходима тера-»



Рисунок 1. 3 стадия остеонекротического поражения у 65-летнего пациента при антирезорбтивном лечении. Некротическое поражение кости с окружающим воспалением

пия антимикробными полосканиями полости рта и системным приемом антибиотиков (например пеницилина);

– Стадия 3: оголенная кость с осложнениями, такими как патологические переломы, ороантральная коммуникация или дополнительные ротовые свищи. Могут быть пролечены хирургическим вмешательством, в том числе резекцией в комбинации с приемом антибиотиков [9, 10]. (рис. 1).

Список медикаментов, способных вызвать остеонекроз челюсти

Список лекарств, способных вызывать MRONJ, был сформирован,

собранны доказательства и отчеты, и теперь известно, что все больше небисфосфонатных препаратов связано с ним либо сами по себе, либо путем повышения риска, связанного с бисфосфонатом MRONJ; таким образом, некоторые медикаменты не вызывают MRONJ, если они не назначаются вместе с бисфосфонатами, и тогда пациент подвергается более высокому риску развития остеонекроза челюсти в сравнении с пациентами, которые принимают только бисфосфонат.

Помимо бисфосфонатов, в список подобных медикаментов включены *denosumab, bevacizumab, sunitinib*. Случаи MRONJ также были связаны с приемом следующих медикаментов: *aflibercept,*

azacitidine everolimus, imatinib, pazopanib, sorafenib, tocilizumab и trastuzumab и описаны (табл. 1) [9, 11–19]. Следовательно, AAOMFS изменила термин этого феномена с бисфосфонатно-зависимого на *медикаментозно-зависимый MRONJ* [9].

Выявление пациентов группы риска

Выявление стоматологического пациента из группы риска достигается путем тщательного изучения медицинской истории, использования структурированного опросника, интервью с пациентом и тесного взаимодействия с предыдущими лечащими врачами пациента по вопросу наличия

текущих заболеваний и приема медикаментов на постоянной основе [20]. Хотя, поскольку бисфосфонаты могут быть назначены не на ежедневной основе (например еженедельно, дважды в месяц или ежемесячно, или внутривенно раз в год), сам пациент и даже его лечащий врач-терапевт могли не рассматривать данные медикаменты как «лекарства постоянного приема» [21, 22]. Даже более того, те пациенты, которые больше не принимают бисфосфонаты, все еще находятся под угрозой развития остеонекроза челюсти [9], но они не упомянут о данном препарате в графе принимаемых лекарств, только если врач-стоматолог не попросит пациента о препаратах, которые принимались ранее [22]. Следовательно, факт приема этих препаратов может быть упущен из виду и пациент из группы риска не будет выявлен. Выявлены ситуации, когда пациент не помнит названия ранее принимаемых медикаментов, особенно если их было несколько, а также онкологические пациенты, которым было назначено множество медицинских протоколов за прошедшие годы. Врач-стоматолог должен быть знаком с показаниями к применению данных медикаментов и искать в надежных источниках информацию о предшествующем приеме медикаментов (например больничные карты), особенно с пациентами, которые страдают от следующих заболеваний: множественная миелома, связанная с метастатическими или остеолитическими поражениями, злокачественные опухоли (такие как рак груди, простаты или легких), связанная с раком гиперкальцемия, остеопороз, остеопения, хронические введения кортикостероидов, болезнь Педжета, несовершенный остеогенез, ювенильный остеопороз, фиброзная дисплазия и болезнь Гоше [23].

Другая возможная причина невыявления пациента из группы риска – это безбисфосфонатные препараты, связанные с развитием MRONJ. Даже те врачи-стоматологи, которые знакомы с вредным воздействием бисфосфонатов, могут не знать о данных медикаментах. Таким образом, стоматологи могут упустить этих пациентов, даже если человек или его лечащий врач предоставили полную медицинскую историю [20]. Следовательно, врач-стоматолог должен иметь представление о возрастающем риске развития остеонекроза челюсти, связанным с вышеупомянутыми препаратами, а также быть в курсе последних исследований на данную тему, поскольку, вероятно, в будущем к этому списку вызывающих MRONJ препаратов добавятся новые.

План лечения пациента из группы риска

У пациентов, в прошлом принимавших бисфосфонаты или другие упомянутые медикаменты, MRONJ может проявиться после хирургических процедур в ротовой полости, в связи с локальным воспалением, или без какой-либо объективной причины [24–26]. Также существует риск развития остеонекроза челюсти вокруг давно установленных остеоинтегрированных дентальных имплантатов, и даже если прием бисфосфонатов начался намного позже успешной остеоинтеграции [27, 28].

Следовательно, в соответствии с принятым AAOMS протоколом [9], при работе с пациентами, подвергнутыми внутривенному введению бисфосфонатов (*bevacizumab, denosumab* или *sunitinib*), следует избегать проведения каких-либо хирургиче-

ских операций, включая удаление зубов, установку имплантатов, апикальную хирургию и т.д. У пациентов, которые принимали бисфосфонаты перорально в течение более 4 или менее 4 лет, но подверженных другим факторам риска развития MRONJ (например долгосрочная терапия кортикостероидами, хроническая анемия, несбалансированный сахарный диабет или другие состояния, влияющие на заживление ран), врач-стоматолог должен рассмотреть необходимость зубочелюстного хирургического вмешательства, включая апикальную хирургию, и если хирургическая манипуляция необходима, то назначение препаратов должно быть рассмотрено с лечащим врачом [9], наряду с атравматичными процедурами, курсом антибиотиков и местной антисептической обработкой. Некоторые клиницисты проводят хирургическое вмешательство только у тех пациентов из группы риска, чей уровень с-терминального пептида в сыворотке составляет > 150 мкг/м [29, 30].

Во избежание хирургического вмешательства у пациентов из группы риска, клиницисты должны пытаться сохранить их зубы, даже если они считаются не подлежащими восстановлению; рекомендуемая манипуляция с такими зубами – проведение лечения корневых каналов (или перелечивание, если необходимо), закрытие канала реставрационным материалом (например амальгамой или стеклоиономерным цементом) и производстве декорации (то есть спиливание коронковой части до уровня десны) (рис. 2).

Тот факт, что остеонекроз челюсти может появляться вокруг дентальных имплантатов через много лет после успешной остеоинтегра-

Таблица 1. Список медикаментов, которые могут вызвать развитие MRONJ

Категория	Препарат	Коммерческое название	Главные индикаторы	Механизм воздействия	Уровень риска
Антирезорбтивные	Pamidronate	Aredia	Костные злокачественные образования	Bisphosphonate (IV)	Высокий
	Zoledronate	Zometa, Aclasta	Костные заболевания и злокачественные образования	Bisphosphonate (IV)	Высокий
	Alendronate	Fosalan, Fosamax	Костные заболевания	Bisphosphonate (oral)	Умеренный
	Ibandronate	Boniva	Костные заболевания	Bisphosphonate (oral)	Умеренный
	Risedronate	Actonel, Atelvia, Benet	Костные заболевания	Bisphosphonate (oral)	Умеренный
	Denosumab	Prolia, Xgeva	Костные заболевания и злокачественные образования	RANKL inhibitor	Высокий
Целевая терапия	Bevacizumab	Avastin	Злокачественные образования	VEGF inhibitor	Высокий
	Sunitinib	Sutent	Злокачественные образования	Tyrosine kinase inhibitor	Высокий
	Imatinib	Gleevec	Злокачественные образования	Tyrosine kinase inhibitor	Неизвестен*
	Pazopanib	Votrient	Злокачественные образования	Tyrosine kinase inhibitor	Неизвестен*
	Sorafenib	Nexavar	Злокачественные образования	Kinase inhibitor	Неизвестен*
	Tocilizumab	Actemra, RoActemra	Аутоимунные заболевания	Interleukin-6 receptor antibody	Неизвестен*
	Trastuzumab	Herceptin	Злокачественные образования	HER2/neu receptor antibody	Неизвестен*
	Azacitidine	Vidaza	Миелодисплазия	Nucleotide Analog	Неизвестен*
	Everolimus	Zortress, Certican, Afinitor, Votubia, Evertor	Злокачественные образования и профилактика отторжения органов	mTOR inhibitor	Неизвестен*
Aflibercept	Eylea, Zaltrap	Колоректальные злокачественные образования	VEGF inhibitor	Неизвестен*	

*Только в задокументированных случаях.

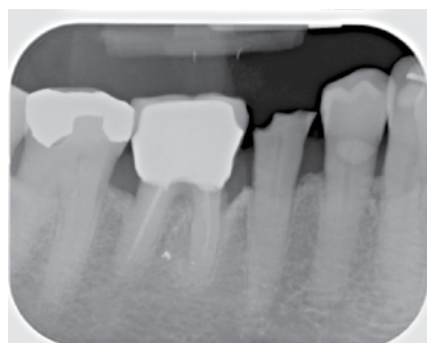


Рисунок 2 а. Зуб 45, сочтенный невозможным для восстановления из-за наличия буккального перелома. Пациент в процессе лечения препаратом Denosumab, при этом проведение хирургических операций в полости рта противопоказано

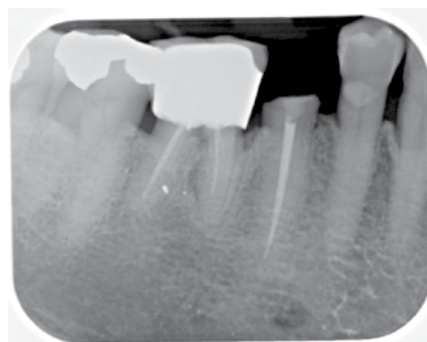


Рисунок 2 б. Эндодонтическое лечение и декоронация были проведены в качестве альтернативы удалению

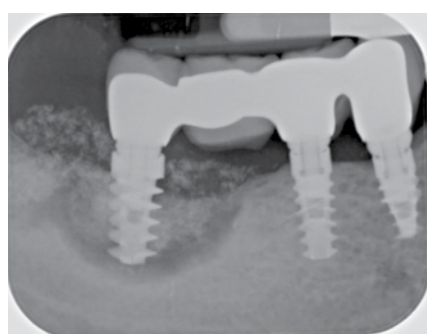


Рисунок 3. Клинический вид остеоэкроза вокруг дентальных имплантатов, установленных давно

ции [27, 28] (рис. 3), призывает к смене парадигмы. Практика удаления зубов с различными поражениями и установка на их места имплантатов без попытки вылечить зуб должна быть прекращена. Преждевременное удаление и имплантация у молодых пациентов могут привести к последствиям намного позже, когда этот пациент начнет прием (орально или внутривенно) бифосфоната или других способствующих развитию MRONJ препаратов в связи с проявившейся в зрелом возрасте болезнью.

MRONJ и эндодонтические манипуляции

Апикальный периодонтит

Как упоминалось ранее, MRONJ может проявиться после хирургического вмешательства в полости рта или из-за местного воспаления (например пародонтита) [25]. В том числе ONJ может проявиться из-за воспалительного процесса в альвеолярной кости, такого как апикальный периодонтит (рис. 4) [31]. Поскольку эндодонтическое лечение само по себе не повышает риск развития MRONJ, в то время как апикальный периодонтит да, повышает, то эндодонтическое лечение показано, особенно до назначения антирезорбтивных препаратов.

Апикальная хирургия

Поскольку все хирургические манипуляции в той или иной мере включают в себя работу с костной тканью челюсти, то есть риск развития остеоэкроза после апикальной хирургии у пациентов, которые принимали упомянутые ранее препараты, а также после апикального периодонтита. Стоит также принять во внимание показания для данной хирургической процедуры. Если операция показана, то хирург должен придерживаться методических рекомен-

даций, описанных выше в разделе о планировании хирургического вмешательства.

Поддесневые кламмеры

В процессе эндодонтического лечения пациента из группы риска врач-стоматолог не должен использовать поддесневые кламмеры для изоляции коффердамом, поскольку использование этого типа кламмеров может повредить ткани ротовой полости и стать причиной MRONJ [32]. В данный момент существуют множественные атравматичные техники изоляции зубов, с использованием кламмеров или без, такие как лигатурное связывание, техники spit dam techniques, восстановление культи под использование наддесневого кламмера и использование проекционной техники подхода к каналам [33–35].

Вертикальный перелом корня

Вертикальный перелом корня зуба требует особого внимания, поскольку на данный момент не существует эффективной терапии для сохранения таких зубов. Среди эндодонтически пролеченных зубов, которые были удалены, 10–36% были удалены по причине вертикального перелома корня [36, 37]. Множественные манипуляции в процессе эндодонтической терапии и протезирования могут стать причиной перелома, включая такие факторы, как излишнее удаление дентина [38], разрушающий эффект химических веществ [39, 40] и ненадлежащие техники obturation [41, 42]. Факторы, связанные с протезированием, включают дополнительное удаление дентина, создание постоянного стресса в корневом дентине [43] и неправильный выбор внутриканальных материалов [44].

Возникновение вертикального перелома корня у пациента с риском развития MRONJ представляет собой загадку, поскольку

удаление пораженного зуба может повлечь за собой остеоэкроз челюсти [45], но сохранение зуба может также привести к MRONJ в связи с воспалением окружающей костной ткани (в дополнение к ухудшению качества жизни по причине острой боли). Вертикальный перелом – единственное показание к удалению зубов у пациентов из группы риска, хотя клиницисты должны придерживаться строгой методологии, включая атравматичные техники (рекомендовано также направление к специалисту), системные локальные антимикробные обработки и избегание заполнения лунки любыми предназначенными для этого материалами.

Как всегда, превентивность – лучший подход к сохранению жизнеспособности зуба [46], но если это невозможно, то использование минимально инвазивного эндодонтического и протетического подхода обязательно [47]. Минимально инвазивные эндодонтические техники включают консервативную подготовку полости доступа [48], неиспользование инструментов с конусностью более 6% [49–51] и избегание больших апикальных расширений [52, 53]. Даже более того, акцент должен быть на инструментах и техниках, которые снижают риск формирования микротрещин [54–56]. Рекомендовано использование средней концентрации (то есть 2,5–3,5%) гипохлорита натрия [39, 40]. Если необходимо, то возможны кратковременные вложения из гидроксида кальция по показаниям [57], но на срок не более 1 месяца [58]. В процессе obturation рекомендовано использование NiTi-спредеров [59] и предварительно подогнанных плаггеров [60, 61].

В ортопедических аспектах следует избегать внутриканальных конструкций [62, 63] или, если это является крайней необходимостью, пространство должно быть подготовлено при помощи удаления obturationного материала тепловым плаггером [64]. Канал под Анкерный штифт / литую вкладку следует подготовить на максимальную длину [65], которая не поставит под угрозу апикальный герметизм [66, 67] и излишнее удаление здорового дентина [64]. Вклеивание литой вкладки рекомендовано с винтигом (бороздкой), чтобы избежать стрессов в корневом дентине [68].

Выводы

Появление MRONJ меняет современную стоматологическую практику. Несмотря на довольно малое внимание со стороны литературы по эндодонтии, сама эндодонтия играет важную роль в предотвращении развития MRONJ при помощи сохранения целостности зубного ряда, правильной подготовки зубов перед началом приема медикаментов и грамотного ведения пациентов из группы риска. Эндодонтическое лечение и декоронация зубов, не подлежащих восстановлению, в качестве альтернативы удалению зубов является сильным инструментом в предотвращении развития MRONJ у пациентов группы риска. Врач стоматолог-эндодонтист должен выявить таких пациентов настолько рано, насколько это возможно, а также MRONJ-поражения.

Как было упомянуто ранее, остеоэкроз челюсти может развиться через много лет после хирургического вмешательства, даже если процедура была проведена, когда пациент не находился

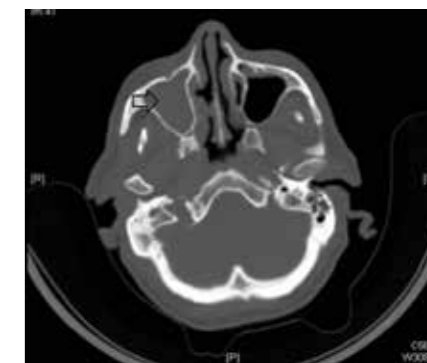


Рисунок 4. Поражение верхнечелюстной пазухи пациента с остеоэкрозом, вызванным продолжительным апикальным периодонтитом вокруг зуба 16

под влиянием антирезорбтивного лечения. Это невероятно важное открытие имеет огромное значение для практикующих стоматологов, поскольку неправильным образом пролеченные в прошлом зубы могут привести к значительным проблемам и страданиям пациента в будущем. Так как пациенты становятся старше с каждым годом, все больше и больше из них могут начать нуждаться в антирезорбтивной терапии. Нужно быть очень внимательным и стараться сохранить естественную структуру зубов, применяя минимально инвазивные стоматологические процедуры для всех пациентов, с целью снижения предрасположенности к вертикальному перелому корня. Наконец, врач-эндодонтист должен учитывать MRONJ при диагностике болей в челюстно-лицевой области и полости рта у пациентов из группы риска, даже если у него не наблюдается оголенной кости в ротовой полости. ¶

Хотите опубликовать свое мнение в Dental CLUB ?



DENTAL Club

Отправьте сюда! dc@nsella.ru

Список литературы

- Marx R.E. Pamidronate [aredia] and zoledronate [zometa] induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2003; 61 [9]: 1115-1117.
- Borromeo G.L., Tsao C.E., Darby I.B., Ebeling P.R. A review of the clinical implications of bisphosphonates in dentistry. *Aust. Dent. J.*, 2011; 56 [1]: 2-9.
- Katz H. Endodontic implications of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws: a report of three cases. *J. Endod.*, 2005; 31 [11]: 831-834.
- Sarathy A.P., Bourgeois S.L., Goodell G.G. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws and endodontic treatment: two case reports. *J. Endod.*, 2005; 31 [10]: 759-763.
- Kyrgidis A., Arora A., Lyroudia K., Antoniadis K. Root canal therapy for the prevention of osteonecrosis of the jaws: an evidence-based clinical update. *Australian Endodontic Journal*, 2010; 36 [3]: 130-133.
- Moizadeh A.T., Shemesh H., Neiryneck N.A., Aubert C., Wesselink P.R. Bisphosphonates and their clinical implications in endodontic therapy. *Int. Endod. J.*, 2013, May; 46 [5]: 391-398.
- Wigler R., Steinbock N., Berg T. Oral cutaneous sinus tract, vertical root fracture, and bisphosphonate-related osteonecrosis: a case report. *J. Endod.*, 2013; 39 [8]: 1088-1090.
- Alsalleeh F., Keippel J., Adams L., Bavitz B. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of jaw reoccurrence after methotrexate therapy: a case report. *J. Endod.*, 2014; 40 [9]: 1505-1507.
- Ruggiero S.L., Dodson T.B., Fantasia J., Goodday R., Aghaloo T., Mehrotra B., et al. American association of oral and maxillofacial surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw-2014 update. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 2014, Oct; 72 [10]: 1938-1956.
- Khosla S., Burr D., Cauley J., Dempster D.W., Ebeling P.R., Felsenberg D., et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: report of a task force of the American society for bone and mineral research. *Journal of bone and mineral research*, 2007; 22 [10]: 1479-1491.
- Balmor G.R., Yarom N., Weitzen R. Drug-induced palate osteonecrosis following nasal surgery. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 2012; 14 [3]: 193-194.
- Fleissig Y., Regev E., Lehman H. Sunitinib related osteonecrosis of jaw: a case report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2012; 113 [3]: e1-3.
- Nicolatou-Galitis O., Migkou M., Psyrri A., Bamias A., Pectasides D., Economopoulos T., et al. Gingival bleeding and jaw bone necrosis in patients with metastatic renal cell carcinoma receiving sunitinib: report of 2 cases with clinical implications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2012; 113 [2]: 234-238.
- Nicolatou-Galitis O. Bisphosphonates/denosumab/immunoglobulin. *Reactions*, 2014; 1489: 10-22.
- Ebker T., Rech J., von Wilmowsky C., Neukam F.W., Stockmann P. Fulminant course of osteonecrosis of the jaw in a rheumatoid arthritis patient following oral bisphosphonate intake and biologic therapy. *Rheumatology*, 2013; 52 [1]: 218-220.
- Kim D.W., Jung Y.-S., Park H.-S., Jung H.-D. Osteonecrosis of the jaw related to everolimus: A case report. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2013; 51 [8]: e302-304.
- Papadopoulou E. Osteonecrosis stage II: Case report. *Reactions*, 2016; 1587: 214-216.
- Pilanci K.N., Alco G., Ordu C., Sarsenov D., Celebi F., Erdogan Z., et al. Is administration of trastuzumab an independent risk factor for developing osteonecrosis of the jaw among metastatic breast cancer patients under zoledronic acid treatment? *Medicine*, 2015; 94 [18].
- Nicolatou-Galitis O., Galiti D., Moschogianni M., Sachanas S., Edwards B.J., Migliorati C.A., Pangalis G. Osteonecrosis of the jaw in a patient with acute myeloid leukemia, who received azacitidine. *Journal of Cancer Metastasis and Treatment*; Volume, 2016; 2: 221.
- Zadik Y., Yarom N., Elad S. Medicolegal considerations in bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Oral. Dis.* 2013; 19 [6]: 628.
- Brennan M.T., Woo S.-B., Lockhart P.B. Dental treatment planning and management in the patient who has cancer. *Dent. Clin. North. Am.* 2008; 52 [1]: 19-37.
- Zadik Y., Abu-Tair J., Yarom N., Zaharia B., Elad S. The importance of a thorough medical and pharmacological history before dental implant placement. *Aust. Dent. J.*, 2012; 57 [3]: 388-392.
- Zeevi I., Anavi Y., Kaplan I., Zadik Y. Jaws features in type 1 gaucher disease. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2013; 71 [4]: 694-701.
- Ficarra G., Beninati F., Rubino I., Vannucchi A., Longo G., Tonelli P., Pini Prato G. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *Journal of Clinical Periodontology*, 2005; 32 [11]: 1123-1128.
- Levin L., Laviv A., Schwartz-Arad D. Denture-related osteonecrosis of the maxilla associated with oral bisphosphonate treatment. *The Journal of the American Dental Association*, 2007; 138 [9]: 1218-1220.
- Yarom N., Yahalom R., Shoshani Y., Hamed W., Regev E., Elad S. Osteonecrosis of the jaw induced by orally administered bisphosphonates: Incidence, clinical features, predisposing factors and treatment outcome. *Osteoporosis International*, 2007; 18 [10]: 1363-1370.
- Goss A., Bartold M., Sambrook P., Hawker P. The nature and frequency of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws in dental implant patients: A south australian case series. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2010; 68 [2]: 337-343.
- Lazarovici T.S., Yahalom R., Taicher S., Schwartz-Arad D., Peleg O., Yarom N. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw associated with dental implants. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2010; 68 [4]: 790-796.
- Marx R.E., Cillo J.E., Ulloa J.J. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2007; 65 [12]: 2397-2410.
- Lazarovici T.S., Mesilaty-Gross S., Vered I., Pariente C., Kanety H., Givol N., et al. Serologic bone markers for predicting development of osteonecrosis of the jaw in patients receiving bisphosphonates. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2010; 68 [9]: 2241-2247.
- Kang B., Cheong S., Chaichanasakul T., Bezouglia O., Atti E., Dry S.M., et al. Periapical disease and bisphosphonates induce osteonecrosis of the jaws in mice. *Journal of Bone and Mineral Research* 2013; 28 [7]: 1631-1640.
- Gallego L., Junquera L., Pelaz A., Diaz-Bobes C. Rubber dam clamp trauma during endodontic treatment: A risk factor of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2011; 69 [6]: e93-95.
- Rosen H. Operative procedures on mutilated endodontically treated teeth. *J. Prosthet. Dent.*, 1961; 11 [5]: 973-986.
- Bhuvu B., Chong B.S., Patel S. Rubber dam in clinical practice. *Endod Pract Today*, 2008; 2: 131-141.
- Tanikonda R. Canal projection using gutta-percha points: A novel technique for pre-endodontic buildup of grossly destructed tooth. *Journal of Conservative Dentistry: JCD*, 2016; 19 [2]: 194.
- Fuss Z., Lustig J., Tamse A. Prevalence of vertical root fractures in extracted endodontically treated teeth. *Int. Endod. J.*, 1999; 32 [4]: 283-286.
- Borén D.L., Jonasson P., Kvist T. Long-term survival of endodontically treated teeth at a public dental specialist clinic. *J. Endod.*, 2015; 41 [2]: 176-181.
- Tang W., Wu Y., Smales R.J. Identifying and reducing risks for potential fractures in endodontically treated teeth. *J. Endod.*, 2010; 36 [4]: 609-617.
- Sim T.P.C., Knowles J.C., Ng Y.-L., Shelton J., Gulabivala K. Effect of sodium hypochlorite on mechanical properties of dentine and tooth surface strain. *Int. Endod. J.*, 2001; 34 [2]: 120-132.
- Çalt S., Serper A. Time-Dependent effects of EDTA on dentin structures. *J. Endod.*, 2002, Jan; 28 [1]: 17-19.
- Fuss Z., Lustig J., Katz A., Tamse A. An evaluation of endodontically treated vertical root fractured teeth: Impact of operative procedures. *J. Endod.*, 2001; 27 [1]: 46-48.
- Saw L.-H., Messer H.H. Root strains associated with different obturation techniques. *J. Endod.*, 1995; 21 [6]: 314-320.
- Kischen A. Mechanisms and risk factors for fracture predilection in endodontically treated teeth. *Endodontic Topics*, 2006; 13 [1]: 57-83.
- Tsesis I., Rosen E., Tamse A., Tschieri S., Kfir A. Diagnosis of vertical root fractures in endodontically treated teeth based on clinical and radiographic indices: a systematic review. *J. Endod.*, 2010; 36 [9]: 1455-1458.
- Yamazaki T., Yamori M., Ishizaki T., Asai K., Goto K., Takahashi K., et al. Increased incidence of osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients treated with bisphosphonates: A cohort study. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 2012, Nov; 41 [11]: 1397-1403.
- Sedgley C.M., Messer H.H. Are endodontically treated teeth more brittle? *J. Endod.*, 1992; 18 [7]: 332-335.
- Bürklein S., Schäfer E. Minimally invasive endodontics. *Quintessence International*, 2015; 46 [2].
- Reeh E.S., Messer H.H., Douglas W.H. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. *J. Endod.*, 1989; 15 [11]: 512-516.
- Khademi A., Yazdizadeh M., Feizianfard M. Determination of the minimum instrumentation size for penetration of irrigants to the apical third of root canal systems. *J. Endod.*, 2006; 32 [5]: 417-420.
- Zandbiglari T., Davids H., Schäfer E. Influence of instrument taper on the resistance to fracture of endodontically treated roots. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2006; 101 [1]: 126-131.
- Rundquist B.D., Versluis A. How does canal taper affect root stresses? *Int. Endod. J.*, 2006; 39 [3]: 226-237.
- ElAyouti A., Dima E., Judenhofer M.S., Löst C., Pichler B.J. Increased apical enlargement contributes to excessive dentin removal in curved root canals: a stepwise microcomputed tomography study. *J. Endod.*, 2011; 37 [11]: 1580-1584.
- Adorno C.G., Yoshioka T., Suda H. Crack initiation on the apical root surface caused by three different nickel-titanium rotary files at different working lengths. *J. Endod.*, 2011; 37 [4]: 522-525.
- Bier C.A.S., Shemesh H., Tanomaru-Filho M., Wesselink P.R., Wu M.-K. The ability of different nickel-titanium rotary instruments to induce dentinal damage during canal preparation. *J. Endod.*, 2009; 35 [2]: 236-238.
- Kim H.-C., Cheung G.S.-P., Lee C.-J., Kim B.-M., Park J.-K., Kang S.-I. Comparison of forces generated during root canal shaping and residual stresses of three nickel-titanium rotary files by using a three-dimensional finite-element analysis. *J. Endod.*, 2008; 34 [6]: 743-747.
- Liu R., Hou B.X., Wesselink P.R., Wu M. K., Shemesh H. The incidence of root microcracks caused by 3 different single-file systems versus the protaper system. *J. Endod.*, 2013; 39 [8]: 1054-1056.
- Byström A., Claesson R., Sundqvist G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canals. *Dental Traumatology*, 1985; 1 [5]: 170-175.
- Andreasen J.O., Farik B., Munksgaard E.C. Long-term calcium hydroxide as a root canal dressing may increase risk of root fracture. *Dental Traumatology*, 2002; 18 [3]: 134-137.
- Joyce A.P., Loushine R.J., West L.A., Runyan D.A., Cameron S.M. Photoelastic comparison of stress induced by using stainless-steel versus nickel-titanium spreaders in vitro. *J. Endod.*, 1998; 24 [11]: 714-715.
- Telli C., Gülkan P. Stress analysis during root canal filling by vertical and lateral condensation procedures: a three-dimensional finite element model of a maxillary canine tooth. *Br. Dent. J.*, 1998; 185 [2]: 79-86.
- Dang D.A., Walton R.E. Vertical root fracture and root distortion: Effect of spreader design. *J. Endod.*, 1989; 15 [7]: 294-301.
- Assif D., Gorfil C. Biomechanical considerations in restoring endodontically treated teeth. *J. Prosthet. Dent.*, 1994; 71 [6]: 565-567.
- Trope M., Maltz D.O., Tronstad L. Resistance to fracture of restored endodontically treated teeth. *Dental Traumatology*, 1985; 1 [3]: 108-111.
- Schwartz R.S., Robbins J.W. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: A literature review. *J. Endod.*, 2004; 30 [5]: 289-301.
- Perez I., Blankenstein F., Lange K.-P., Naumann M. Restoring endodontically treated teeth with posts and cores—a review. *Quintessence Int.*, 2005; 36[9]: 737-746.
- Mattison G.D., Delivanis P.D., Thacker R.W., Hassell K.J. Effect of post preparation on the apical seal. *J. Prosthet. Dent.*, 1984; 51 [6]: 785-789.
- Kvist T., Rydin E., Reit C. The relative frequency of periapical lesions in teeth with root canal-retained posts. *J. Endod.*, 1989; 15 [12]: 578-580.
- Shillingburg Jr. H.T., Kessler J.C. Restoration of the endodontically treated tooth. *Quintessence Publishing [LL]*; 1982.

**Dentsply
Sirona**

**INTEGO.
КАЧЕСТВО,
НА КОТОРОЕ
МОЖНО ПОЛОЖИТЬСЯ**

СДЕЛАНО
В ГЕРМАНИИ



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



РЕКЛАМА

РУ № РЭН 2015/2631 ОТ 07.12.2017

f @nsella.ru
@nsella.ru
B vk.com/nsella

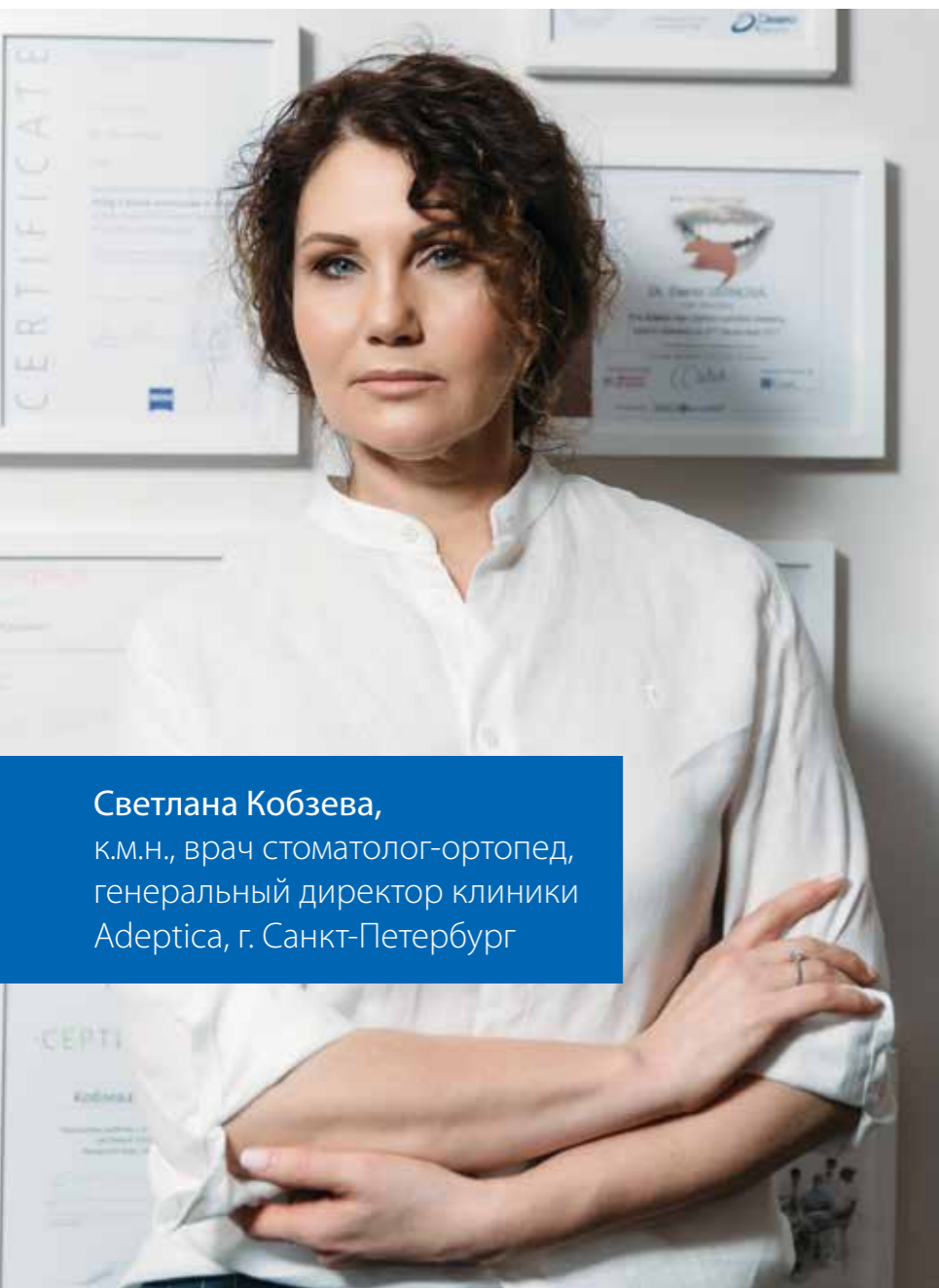
Москва
Телефон / факс: +7 (495) 783-33-10
info@nsella.ru, www.nsella.ru

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

Екатеринбург
Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

Использование препаратов гиалуроновой кислоты «Ревидент»

в практике стоматолога-хирурга



Светлана Кобзева,
к.м.н., врач стоматолог-ортопед,
генеральный директор клиники
Adeptica, г. Санкт-Петербург



В настоящее время для современного человека термин «гиалуроновая кислота» (ГК) стал привычным, но у большинства обывателей он ассоциируется с «уколами красоты», которые достаточно популярны в сфере косметологии. Поэтому использование препарата «Ревидент», состоящего из гиалуроновой кислоты, в стоматологии у многих врачей ассоциируется именно с эффектом эстетического омоложения, что делает непонятным его использование в полости рта или, как минимум, нерентабельным.

Первое упоминание о гиалуроновой кислоте относится к 1934 году, когда биохимиком Карлом Мейером из стекловидного тела глаза коров был выделен полисахарид с крайне высокой молекулярной массой. После многочисленных исследований этого вещества в 2009 г. в специализированном журнале International Journal of Toxicology вышла монументальная статья, суммирующая результаты этих исследований и признавшая гиалуроновую кислоту любого происхождения и ее производные безопасными для использования! Это важно.

По своей химической природе ГК не является именно кислотой и не обладает растворяющими свойствами.

По данным литературы, гиалуроновая кислота является естественным полисахаридом и членом семейства гликозаминогликанов. Молекула состоит из повторяющейся последовательности дисахарида, состоящего из D-глюкуроновой кислоты и N-ацетилглюкозамина. Большинство

На данный момент «Ревидент» – это единственный сертифицированный препарат гиалуроновой кислоты на территории РФ, разрешенный к использованию именно в стоматологической практике.

соматических клеток, особенно клеток соединительной ткани, способны продуцировать гиалуроновую кислоту. Она образуется на клеточной мембране и выводится непосредственно во внеклеточную матрицу.

Гиалуроновая кислота является основным компонентом внеклеточного матрикса практически во всех тканях. Таким образом, ее основная роль заключается в связывании межклеточной жидкости, позволяющей транспортировать ключевые метаболиты и поддерживать структуру ткани. Гиалуроновая кислота стимулирует пролиферацию и миграцию базальных кератиноцитов (через CD44 поверхностные рецепторы клеток), регуляцию пролиферации кератиноцитов, эпителизацию. Было установлено, что с воз-

растом естественное продуцирование этого вещества снижается, наступает процесс старения.

Исходя из вышеперечисленных свойств гиалуроновой кислоты, определяются основные показания ее использования в практике эстетической косметологии.

Ревидент 1% – это препарат нативной гиалуроновой кислоты неживотного происхождения. «Нативная» означает химически не измененная, то есть полностью соответствует той, что синтезируется в организме.

Ревидент+ – это стабилизированная ГК, которая проходит специальную обработку, после которой молекулы оказываются «сшиты» между собой. Такая гиалуроновая кислота медленно разрушается в ткани, поэтому она входит в состав филлеров и





имплантатов, компенсирующих недостаток тканей.

Мы в клинике подробно изучили показания к использованию данного продукта. Нас, прежде всего, заинтересовала возможность использования этого препарата в хирургической практике. «Ревидент» позволяет наиболее качественно решить проблемы заживления мягких и твердых тканей полости рта. После инъекций «Ревидента» в области удаленных зубов при наличии обширных очагов инфекции, в стадии обострения либо после установки имплантатов главным образом сами пациенты отмечали комфортное течение послеоперационного периода. При осмотре пациентов на первые и третьи сутки после манипуляций отек мягких тканей отсутствовал или был минимальным при обширном вмешательстве. Исследования производителя показывают, что в среде, богатой гиалуроновой кислотой, происходит миграция клеток в очаг воспаления и активизация клеток эндотелия сосудов, что приводит к росту новых капилляров. И, по нашим наблюдениям, регенерация слизистой оболочки наступает в короткие сроки.

Изначально мы несколько настороженно отнеслись к рекомендациям использования препарата «Ревидент» и «Ревидент+» при проведении костнопластических операций. Но именно замешивание костного графта на ГК стало основной практикой в клинике Adeptica. Данную комбинацию мы использовали при аугментации лунок удаленных зубов, а также при проведении операции

синус-лифтинга. Прежде всего хочется отметить удобство внесения смеси графт-ГК. Костный материал хорошо увлажняется, приобретая вязкую консистенцию, легко формуется и не рассыпается, что делает его очень удобным при внесении в операционную рану.

Клинический случай №1

Диагноз: хронический верхушечный периодонтит 1.6, 1.7. Выполнена операция экстракции зубов с последующим внесением препарата Cerabon, предварительно замешанным на препарате «Ревидент». Свободное ушивание раневой поверхности. При осмотре на 3-и сутки слизистая оболочка в области удаления без признаков воспаления и отека. Пациент отмечает отсутствие болезненности. Через 4 месяца проведено контрольное обследование КЛКТ. Хочется отметить наличие равномерного рисунка костной структуры с сохранением объема альвеолярного отростка. Были установлены имплантаты компании Alpha-Bio Tec. NEO 4,2×11,5 в области 1.6 и 1.7 без проведения дополнительных костнопластических операций.

Благодаря своей вязкости препарат «Ревидент» функционирует в качестве биологической мембраны при покрытии им операционных полей/ран. Это позволяет минимизировать риск бактериальной или микробной контаминации в послеоперационном периоде (при условии соблюдения асептики и антисептики во время хирургического протокола). »



Клинический случай №2

Бактериостатические свойства гиалуроновой кислоты позволяют улучшить процессы заживления. Эти свойства препарата подтвердились при множественном удалении зубов, а также при наличии обширных периапикальных воспалений у пациентки 63 лет на этапе подготовки к имплантологическому лечению. Как и в предыдущем случае, нам удалось сохранить оптимальный объем альвеолярного гребня, что позволило в последующем установить 8 имплантатов NEO оптимальных размеров при использовании навигационного шаблона и хирургического навигационного набора Alpha-Bio Тес. по безлоскутному протоколу. А также выполнить немедленную нагрузку. Учитывая объем хирургического вмешательства, на первом и втором хирургическом этапе мы

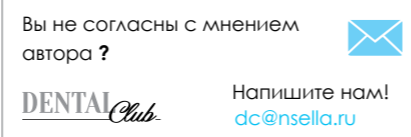
наблюдали легкое течение послеоперационного периода с отсутствием осложнений воспалительного характера, хорошую эпителизацию слизистой и формирование костного матрикса раньше среднестатистических сроков. И что особенно важно для нас, хорошее самочувствие пациентки, отсутствие отеков, гематом и выраженных болевых ощущений.

Хочется отметить некоторые особенности применения «Ревидент» в области нижней челюсти. После аугментации лунок удаленных зубов нам также удавалось сохранить объем альвеолярной части. Но качественную костную структуру мы наблюдали не раньше 3–4 месяца. Можно это объяснить особенностью строения и кровоснабжения данной анатомической области.

Основной вывод, к которому мы пришли, это, прежде всего,

отсутствие любого нежелательного побочного эффекта при использовании препаратов «Ревидент» и «Ревидент+» у всех наших пациентов, отсутствие или минимальное воспаление при хирургических манипуляциях, укороченные сроки заживления.

На основании опыта использования и наблюдения за результатами лечения на протяжении 2 лет, рекомендуем использование данных препаратов в качестве альтернативного метода при минимальных финансовых и физических затратах. В некоторых случаях этот не медицинский аспект имеет важное значение. ¶



Список литературы

1. Сигаева Н.Н., Колесова С.В., Назаров П.В., Вильданова Р.Р. Химическая модификация гиалуроновой кислоты и ее применение в медицине. – Вестник Башкирского университета, ВАК, 2012.
2. Тарасенко С.В., Кулага О.И. Препараты на основе гиалуроновой кислоты для лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. – Российский стоматологический журнал, ВАК, CAS, 2016.
3. Азнабиев М.Т., Имаева А.Р., Башкатов С.А., Габдрахманова А.Ф. Противовоспалительная активность гиалуроновой кислоты // Эксп. клин. фармакол., 2003. №5. С. 28-29.
4. Волков В.Г. Гиалуроновая кислота и основные направления ее применения в медицине // Вестник новых медицинских технологий, 2001. Т. 8, № 1. С. 67-70.
5. Лопатина Д.В., Лобанов С.В. Клинический опыт применения производных гиалуроновой кислоты в комплексном лечении больных с формирующим артрозом крупных суставов // РМЖ, 2010. №11. С. 756.
6. Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Яманидзе Н.А. Совершенствование методов диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием различных форм препаратов озона путем оценки микроциркуляции тканей пародонта // Пародонтология, 2018. № 1 (86). С. 53-63.
7. Чайковская Е.А. Персагашвили Е.З. Гиалуроновая кислота: биологический контроль над воспалением и ранозаживлением // Инъекционные методы в косметологии, 2011. №4. С. 20-34.
8. Pini-Prato G.P., Cairo F., Nieri M., Rotundo R., Franceschi D. Esthetic evaluation of root coverage outcomes: a case series study.



REVIDENT

STOMATOLOGY REPAIRING COMPLEX

Новое слово в пародонтологии



«Ревидент» и «Ревидент+»

Предназначены для внутри- и подслизистого введения в слизистую оболочку полости рта и межзубный сосочек пациентам от 18 лет для профилактики развития атрофии межзубных сосочков, для восстановления объема межзубных сосочков класса I, регенерации твердых и мягких тканей полости рта, уменьшения признаков воспаления полости рта.

Разрешено к применению только квалифицированным врачом

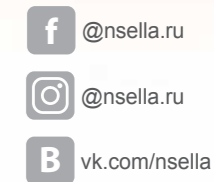
ПУ № РЗН 2016/3617 от 11.05.2016



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

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

Екатеринбург
Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



Рецессия десны

Резать нельзя ждать

Где поставить запятую?

Клинический случай комплексного лечения рецессии десны, осложненной кариозными пришеечными дефектами.



Ольга Чепуркова,
д.м.н., профессор РАЕ, врач высшей категории, пародонтолог-терапевт-хирург, г. Омск



Классическая рецессия десны не приводит к потере зубов, но приводит к ряду других серьезных проблем, таких как гиперчувствительность зубов, клиновидные дефекты, кариозные полости V класса на эмали анатомической коронки и риск развития кариеса корня [1].

В планировании лечения таких пациентов необходимо учитывать биомеханические особенности восстановления кариозных и некариозных дефектов в пришеечной части зуба, поскольку сила адгезии пломбировочных материалов к эмали и цементу (дентину корня зуба) различная.

Наиболее приемлемый современный протокол заключается в сочетании реставрационного и хирургического лечения в зависимости от локализации дефекта.

Введение

Рецессия десны представляет собой апикальную миграцию десневого края от его физиологического положения ниже или выше эмалево-цементной границы [2]. И ассоциируется с потерей прикрепления и с обнажением поверхности корня зуба в полости рта [3]. Международная классификация болезней МКБ-С по МКБ-10 рассматривает рецессию как патологическое состояние тканей пародонта (K06.0).

Обнажение поверхности корня в полости рта приводит к повреждению твердых тканей зуба и образованию пришеечных НКПД (некариозных пришеечных дефектов). Считается, что НКПД имеют мультифакторную причину и могут быть результатом абразии, коррозии, абфракции и атриции [4]. Длительно существующие НКПД сочетаются с деминерализацией или кариесом корня зуба.

Кариозные и некариозные пришеечные дефекты локализуются не только в области корня или эмали, но в основном не имеют четких анатомических разграничений. Сложности в восстановлении таких дефектов связаны с трудностями изоляции и различной силой адгезии полимерных материалов к эмали коронки зуба и дентину корня зуба. Именно поэтому в современной пародонтологии для создания долгосрочного благоприятного прогноза предпочтителен комплексный подход при лечении пациентов с рецессией десны, осложненной некариозными или кариозными

пришеечными повреждениями (NCCL).

Апгрейд классификации рецессии десны по Миллеру также заключается не только в учете потери уровня клинического прикрепления в межзубных промежутках, но и детекции эмалево-цементной границы и дефектов (повреждений) на поверхности корня [5].

Протокол лечения рецессии десны, осложненной некариозными или кариозными пришеечными дефектами:

I Начальная или инициальная терапия (подготовительная терапия).

II Мукогингивальная пластическая пародонтальная хирургия.

III Поддерживающая терапия и мониторинг раз в полгода-год.

Начальная, или инициальная, терапия включает:

1. Инструктаж и мотивирование для выполнения адекватной самостоятельной гигиены полости рта и контроль техники чистки.

Применение:

- вертикально-вращательной методики;
- монопучковой щетки (метод Соло);
- применение звуковой и электрической зубной щетки Soft.
- обязательно использование средств межзубной гигиены.
- зубных пат с низкой абразивностью (20–60 RDA).

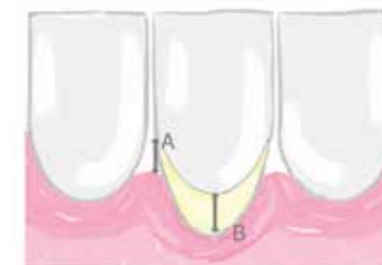
2. Отсутствие налета и кровоточивости после зондирования десневой борозды. Индекс кровоточивости при зондировании (Bleeding on Probing Index, BoP до 15–20 %).

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ по Cairo et. al.



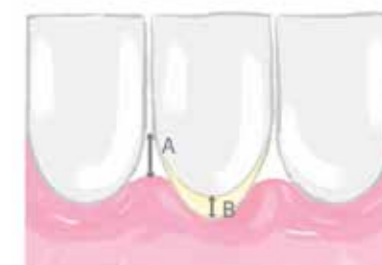
RT1 (РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ тип 1)

Рецессия десны не сопровождающаяся потерей прикрепления в межзубном промежутке. ЦЭС не визуализируется медиально и дистально.



RT2 (РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ тип 2)

Рецессия десны, сопровождающаяся потерей прикрепления в межзубном промежутке. А – измеряется от ЦЭС до дна зубодесневой борозды/кармана; В – измеряется вестибулярно от ЦЭС до дна борозды/кармана.



RT3 (РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ тип 3)

Рецессия десны, сопровождающаяся потерей прикрепления в межзубном промежутке. А – измеряется от ЦЭС до дна зубодесневой борозды или кармана. БОЛЬШЕ величины потери прикрепления с вестибулярной стороны (В).



3. Удаление над- и поддесневых зубных отложений:

- Ручные инструменты для снятия зубных отложений и выравнивания поверхности корня зуба используются у таких пациентов лишь в 3–5% случаях.
- Ультразвуковые инструменты и вектор-система для root debridement.
- Воздушно-абразивные системы с использованием порошков глицина 25–65 микрон и эритритола.
- Инструменты для полирования обработанной поверхности (резиновые чашки, резиновые полировочные головки, абразивные полоски и пасты с низкой абразивностью).

4. Санация полости рта (восстановление кариозных пришеечных дефектов до эмалево-цементной границы или уровня максимального закрытия корня).

5. Биоревитализация PRP и (или) гиалуроновой кислотой.

6. Консультация врача стоматолога-ортопеда-ортодонта.

Алгоритм лечения при наличии дефектов, ограниченных ко-

ронковой частью зуба (анатомической коронкой), проводятся этапы I и III.

I Начальная или инициальная терапия (подготовительная терапия), включая реставрацию поврежденных тканей зуба.

III Поддерживающая терапия и мониторинг раз в полгода-год [7].

Алгоритм лечения при выявлении дефектов твердых тканей только в области корня зуба: проводятся этапы I, II, III без консер-

вативного восстановления поверхности корня композитными материалами.

I Начальная или инициальная терапия (подготовительная терапия) и далее.

II Мукогингивальная пластическая пародонтальная хирургия.

III Поддерживающая терапия раз в полгода-год.

Алгоритм лечения, если анатомическое разграничение между коронкой и корнем затруднено: проводятся I, II, III этапы, но на этапе консервативного лечения (I) закрывается корень до ЭЦ границы или МЗК, после чего следует:

II Мукогингивальная пластическая пародонтальная.

III Поддерживающая терапия раз в полгода-год.

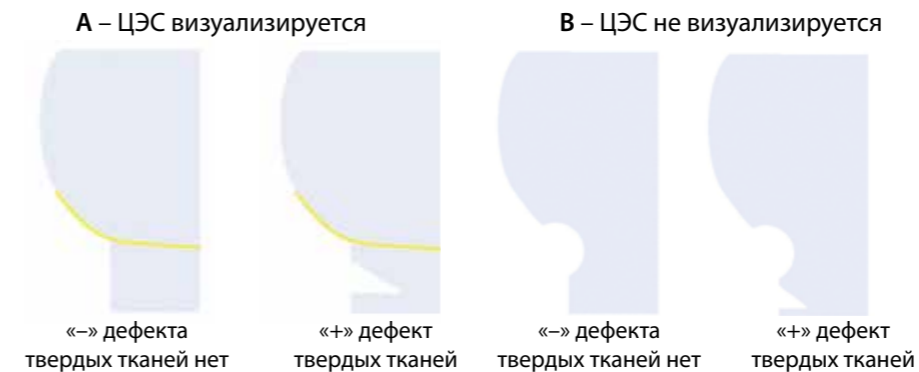
Клинический случай

Пациентка, 27 лет, с жалобами на эстетику и повышение чувствительности зуба 4.3.

Рецессия десны генерализованная K.06.0 Миллер I и Cairo I; А-факторы развития:



КЛАССИФИКАЦИЯ дефектов дентинных поверхностей в областях с гингивальной рецессией по G. Pini-Prato, 2010



- морфологические: тонкий фенотип (P. Cortellini, 2018);
 - функциональные: травматическая окклюзия и парафункции;
 - чистка зубов жесткой зубной щеткой и горизонтальными движениями;
 - биопленка: неудовлетворительная гигиена с язычной поверхности Силнес-Лоэ = 2,6; флоссами пользуется редко. ВОР – 21%.
- I Начальная или инициальная терапия:
1. Инструктаж и мотивирование для выполнения адекватной самостоятельной гигиены полости рта. Контроль техники чистки. Рекомендовано:
 - Вертикально-вращательная методика.
 - Средства межзубной гигиены.

- Зубные пасты с низкой абразивностью (20–60 RDA).
2. Отсутствие налета и кровоточивости после зондирования десневой борозды. Индекс кровоточивости при зондировании (Bleeding on Probing Index, BoP 2%).
3. Удаление над- и поддесневых зубных отложений:
- Ультразвуковые инструменты для root debridement.
 - Воздушно-абразивная полировка системы с использованием порошков глицина 25–65 микрон и эритритола.
 - Полирования обработанной поверхности (резиновые чашки, резиновые полировочные головки, абразивные полоски и пасты с низкой абразивностью).

4. Санация полости рта – реставрационное лечение за сутки до операции: препарирование, пескоструйная обработка с глицином, коффердам, восстановление до уровня МЗК, препарирование на 1 мм апикальнее уровня ЭЦ границы; применен низко модульный и наногибридный композит, полировочные щетки, пасты, штрипсы; покрытие герметиком и окончательная полировка через 24 часа (использован протокол).

II Мукогингивальная хирургия в технике Зуккелли.

III Поддерживающая терапия и мониторинг раз в полгода-год.

Выводы

Только соблюдение биологически обусловленных алгоритмов комплексного лечения рецессии десны (комплекс I, II, III) может обеспечить долгосрочный благоприятный прогноз лечения такой патологии. Для подтверждения данного протокола требуются отдаленные результаты исследования. ¶

Есть интересная статья для публикации в Dental CLUB ?

Отправьте сюда! dc@nsella.ru

Список литературы

1. Zhang J., Sardana D., Wong M.C.M., Leung K.C.M. Factors Associated with dental root caries: a systematic review. JDR Clin. Trans. Res. 2019 May.
2. Зуккелли Дж. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. – 2014.
3. Cortellini P., Bissada N.F. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J. Periodontol. 2018 Jun.; 89 Suppl. 1: S204-S213.
4. Agudio G., Chambrone L., Selvaggi F., Pini-Prato G.P. Effect of gingival augmentation procedure (free gingival graft) on reducing the risk of non-cariou cervical lesions: a 25- to 30-year follow-up study. J Per. 13th June 2019.
5. Pini-Prato G.P., Cairo F., Nieri M., Rotundo R., Franceschi D. Esthetic evaluation of root coverage outcomes: a case series study. Int. J. Periodontics Restorative Dent. 2011 Nov-Dec; 31(6):603-10.

Точность и Простота



ENDO-MATE AT

Стильный и компактный эндомотор



ENDO-MATE TC2

Беспроводной эндодонтический микромотор



ENDO-MATE DT

Эндодонтический микромотор

Одонтопрепарирование в детской практике

Традиции и альтернативы



Вероника Акинфиева,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии
Медицинского университета «Реавиз»,
генеральный директор стоматологии
«Добрый Крокодил», г. Москва

Актуальность темы

Препарирование (от англ. preparation – подготовка, приготовление) – оперативный метод удаления пораженных твердых тканей зубов для подготовки к беспрепятственному введению пломбировочных материалов. Препарирование зубов (одонтопрепарирование) относится к наиболее трудоемким манипуляциям при лечении кариеса и его осложнений, а также в ортопедической стоматологии. На детском приеме в подавляющем большинстве маленькие пациенты относятся настороженно именно к шуму и вибрации, что требует от детского стоматолога быстроты исполнения лечебных манипуляций и использования альтернативных методик, чтобы преодолеть детские страхи и отказ от лечения. Производители ежегодно

предлагают стоматологам новые материалы и усовершенствованное оборудование. Многие инновации способны существенно облегчить труд врача, ускорить и повысить качество работы, другие же являются лишь маркетинговым ходом и не приносят ни удобства в использовании, ни биологической целесообразности.

Среди способов одонтопрепарирования выделяют механические (ручной и машинный), химические, физические (гидрокинетический, ультразвуковой и воздушно-абразивный), а также комбинированные (химический с ручным, химический с ультразвуковым, гидрокинетический с ультразвуковым и т.п.).

Традиционным является препарирование с помощью наконечников и боров. Все разнообразие стоматологических наконечников можно разделить на две основные группы – турбинные и микромоторные.

Главная особенность турбинных наконечников – большая скорость вращения режущего инструмента при препарировании – более 250 000 об/мин, при этом сравнительно невысокая мощность 10–13 Вт, так как отмечается 2–2,5-кратное падение оборотов режущего инструмента в момент соприкосновения бора с твердыми тканями зуба [2, 4, 6]. В турбинных наконечниках для вращения бора используется поток сжатого воздуха, который вращает ротор, расположенный непосредственно в головке наконечника.

Усовершенствования последних десятилетий в этом направлении коснулись:

- материала подшипников: (металлические или керамические) конструкции для прочности и устойчивости к вертикальным и горизонтальным нагрузкам;
- наличия ретроградного клапана, препятствующего обратному поступлению жидкости в наконечник, чтобы исключить перекрестную инфекцию;
- наличия предохранительного воздушного клапана для предот-

вращения избыточного давления воздуха, подаваемого на турбину;

- наличия моделей с подсветкой, удобными быстросъемными переходниками и различной величиной рабочей головки – мини, миди, макси [4].

Присутствие оптики, маленькой величины головки мини-турбинных наконечников на детском приеме удобно, но лучше обратить внимание на микромоторные наконечники, так как временные зубы по сравнению с постоянными характеризует мень-



Рис. 1. Соотношение тканей (эмаль, дентин, пульпа) во временных и постоянных зубах

шая толщина эмали и дентина и меньшая степень минерализации этих тканей, а в пораженном дентине бор турбинного наконечника вязнет, теряя свою режущую способность.

Микромоторные наконечники выдают скорость до 40 000 об/мин при передаче (1*1) и до 200 000 об/мин (1*5) (рис. 2), кроме того, они позволяют получить и большую мощность резания бора. Микромоторный наконечник устанавливается на электрический микромотор (щеточный и бесщеточный), который и приводится в действие.

Но даже при оптимальном выборе бора, наконечника, скоростного режима и охлаждения в результате препарирования кинетическая энергия, передаваемая инструментом зубу, может быть избыточной и распределяется по поверхности неравномерно,

что может вызвать нагрев тканей зуба, микротрещины эмали и дентина, а на вибрацию и звук – еще и негативные ответные эмоции у пациента [4, 5, 9].

Ультразвуковое препарирование (рис. 3) – одна из приоритетных методик щадящего препарирования зубов. Ультразвуковое воздействие с частотой до 35 000 Гц позволяет очистить деструктивные ткани. Для препарирования используют специальные насадки с алмазной крошкой различной формы и размеров (например NSK). Препарирование твердых тканей зуба ультразвуком (УЗ) отличается рядом преимуществ. Особая форма насадок-полусфер (таких, как G67D, G68D) предотвращает даже случайное повреждение соседнего зуба. Отсутствие грубой вибрации и сравнительно небольшое выделение тепла делают ощущение

малобользненными. Исследования шлифов зубов с участками УЗ-препарирования под микроскопом показали, что стенки полостей были на вид мелкозубчатые, без трещин и разрушения эмалевых призм и дентинных канальцев [2, 9]. Исследования реакции пульпы показали, что отсутствуют зоны некроза и изменений структуры одонтобластов. В то же время отмечены обратимые явления – гиперемия сосудов и отек пульпы.

В настоящее время доказано, что при обработке кариеса ультразвуковым методом удаляются только размягченные деминерализованные эмаль и дентин и не затрагиваются здоровые ткани зуба, что соответствует принципу биологической целесообразности [2, 6]. Эффект кавитации является несомненным плюсом для дезинфекции полости и очистки дентинных трубочек. Дополнительная функция в приборах (например iPiezo engine от NSK) позволяет поддерживать исходный уровень мощности без излишнего давления на насадку и зуб, что позволяет применять методику даже у малоусидчивых пациентов.

Водно-абразивный, или аэро-абразивный, метод считается микроинвазивным препарированием. Данный способ минимального вмешательства был концептуально изучен еще в 1985 году Тимом Рейней, одобрен и рекомендован на Генеральной Ассамблее Всемирной Стоматологической Ассоциации (FDI) в 2002 г., а с 2007 г. разрешен к широкому практическому применению в России. При использовании аппа-



Рис. 3.

Лечение не предполагает проведения местной анестезии, если поражение в пределах эмали. Однако при поражении эмалево-дентинного соединения анестезия может потребоваться, но в небольших дозах, так как использование данного метода не перегревает и максимально сохраняет ткани зуба здоровыми [3, 8, 10]. После препарирования не обнаружено изменения минерального обмена и микроструктуры эмали и дентина, а реминерализация эмали происходит в 1,5 раза быстрее, чем при воздействии борами. Водно-абразивное препарирование обычно не вызывает стресса, напротив – оно благотворно влияет на пациентов любого возраста, так как нет шума свистящего бора, вибраций и давления. Но применение метода возможно в условиях хорошей



Рис. 2.

ратов или специальных наконечников (Aquacut, AirFlow Prep K1, RONDOflex) с порошком оксида алюминия (рис. 4) с различным размером частиц от 25 до 50 микрон осуществляется воздушная абразия твердых, в большей степени пораженных тканей.

Вода увеличивает режущую способность и смывает частицы пыли, не препятствуя удалению тканей зуба. Водно-абразивный метод обеспечивает полноценную очистку с формированием локальной шероховатой поверхности эмали без смазанного слоя. Это создает преимущества для идеальной микроретенции при работе с современными композитными материалами.



Рис. 4.

изоляции дыхательных путей, то есть использования коффердама, но не всегда удается зафиксировать ребенку клаймер без применения анестезии. Наиболее частым клиническим случаем для этого метода является обработка эмали перед герметизацией фиссур и кариозных поражений на вестибулярных поверхностях. Скрытые кариозные полости на контактных поверхностях все же требуют обеспечения доступа за счет применения традиционных методов с борами или ультразвуковыми насадками.

Препарирование зубов эрбиевым лазером (Fotona, Opus и др.) наиболее интересно, инновационно и перспективно, поскольку дает возможность очищать кариозные ткани почти безболезненно, бесшумно, бесконтактно и дезинфицируя поверхность [1, 7] (рис. 5). Гидрокинетический способ удаления биокальцифицированных тканей путем оптимизированного поглощения энергии лазера распыленными частицами воды, то есть механизм действия эрбиевого лазера основан на «микровзрывах» воды, входящей в состав эмали и дентина, при ее нагревании лазерным лучом. Процесс поглощения и нагревания приводит к испарению воды, микроразрушению твердых тканей и выносу твердых фрагментов из зоны воздействия водяным паром.

Для охлаждения тканей используется водно-воздушный спрей. Эффект воздействия ограничен тончайшим (0,003 мм) слоем абляции тканей. Этот слой похож на белый налет, оставшийся на поверхности, его легко снять

ультразвуком. Из-за минимального поглощения энергии лазера гидроксиапатитом и микровзрывах молекул воды нагрева окружающих тканей более чем на 2 °С не происходит. Под воздействием лазерного света на твердые ткани зуба усиливается метаболизм клеточных элементов пульпы. При облучении лазерным светом в эмали происходят структурные изменения, способствующие увеличению содержания кальция и фосфора, уменьшение кислотного растворения эмали и стерилизации обрабатываемой поверхности. Изучение эффекта воздействия лазерного луча на твердые ткани зубов *in vitro* показали его высокие рекальцинирующие свойства на твердые ткани, поэтому по сравнению с традиционными вращающимися инструментами, эрбиевый лазер обладает огромным преимуществом [1,



Рис. 5.

7, 11]. Лазер работает в импульсном режиме, посылая каждую секунду в среднем около десяти лучей. Микровзрыв, возникающий вследствие нагрева молекул воды, выбрасывает частички эмали и дентина, при этом здоровые ткани оставляет нетронутыми, благодаря функции обратной связи, при которой пилотный луч подает флуоресцирующий сигнал для активации или отключения необходимого режима в зависимости от плотности обрабатываемой поверхности (Feedback System). Безболезненность такого препарирования объясняется тем, что время импульсов в несколько сотен раз меньше времени восприятия болевого импульса [6, 7]. Минусом является дороговизна эрбиевых лазеров.

Химический (точнее химико-механический) метод препарирования зубов заключается в

химическом размягчении кариозного дентина и его последующей щадящей экскавации острыми ручными инструментами (экскаваторами). В 1998 г. в Швеции была предложена система для химико-механического удаления кариозного дентина – Carisolv [12]. Метод лечения включает два этапа. Вначале в кариозную полость специальным шприцом-смесителем вносится двухкомпонентный гель. Первый компонент представляет собой вязкий гель, который содержит 3 аминокислоты (глутамин, лейцин и лизин), красный краситель (эритрозин), хлорид натрия и карбоксиметилцеллюлозу. Второй компонент представляет собой 0,5%-ный раствор гипохлорида натрия. Образующиеся после смешивания компонентов N-монохлороаминокислоты избирательно разлагают деминерализованный коллаген в дентине.

Данная методика может быть использована для лечения небольших кариозных полостей как в дентине, так и в цементе корней зуба и в глубоких полостях, атравматического восстановительного лечения. При наличии скрытых полостей или нависающих краев эмали все равно потребуются применение вращающихся инструментов или ультразвуковых алмазных насадок. Показано химико-механическое препарирование маленьким пациентам на этапах адаптации или отсроченного пломбирования, так как она не вызывает у них такого страха, как вращающийся инструмент.

Для лечения поражений эмали в виде деминерализованных пятен предложена методика ICON



Рис. 6.

(рис. 6). С помощью специальных аппликаторов на поверхность зуба наносится соляная кислота, втирается в пораженную зону около 2 минут и затем промывается водой в течение 30 секунд. Продувается область сухим воздухом, а затем поверхности смачиваются этанолом в течение последующих 30 секунд для удаления остаточной влаги с поверхности эмали. Поверхность смачивается инфильтратом (смолой), светополимеризуется и полируется.

Лечение начальных форм кариеса у маленьких детей данным препаратом сопряжено с трудностями в том, что нужна хорошая изоляция слизистой оболочки от воздействия соляной кислоты посредством коффердама. Инфильтрация является эффективной методикой приостановки распространения кариеса на апроксимальных и вестибулярных

поверхностях зубов при своевременной диагностике и тщательной профилактике.

В 2016 году Всемирная Стоматологическая Ассоциация (FDI) одобрила [13] пересмотренный вариант Заявления «Минимально инвазивный подход лечения кариеса» (2002), в котором было признано, что «оперативный (инвазивный, хирургический)» подход должен использоваться только по особым показаниям, например при кариесе в стадии полости, который невозможно приостановить, или когда существуют эстетические или функциональные показания».

Материалы, которые могут использоваться для восстановления временных зубов:

- стеклоиономерные цементы высокой вязкости или компомеры для полости на одной поверхности или маленьких полостях на нескольких поверхностях, а так-»

же при использовании атравматического восстановительного лечения (ручные инструменты и стеклоиономерный цемент);

- композиты для больших полостей, если возможен контроль влажности;

- стандартные коронки (стальные или поликарбонатные и т.д.) для больших полостей в зубах с сильным разрушением (включая технику Холла – без инъекций и с минимальным препарированием) [13, 14].

Выводы

При всем разнообразии методов препарирования, что безусловно зависит от оснащённости

стоматологической клиники, в лечебной тактике детского стоматолога для получения положительных результатов лечения необходимо выбирать и комбинировать как традиционные, так и альтернативные способы, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента.

Методики препарирования продолжают совершенствоваться.

В перспективах внимание привлекают такие технологии, которые позволят стоматологам:

- обеспечить такое распределение кинетической энергии на зуб, которое в большей степени зависит не от усилий врача, а от плотности препарированной ткани;

- одновременно с препарированием проводить дезинфекцию обрабатываемой поверхности;

- не допустить нагрева зуба, гиперемии пульпы;

- исключить радиальное биение инструментов;

- ускорить процесс обработки поражённых тканей;

- избежать негативных эмоций у пациентов;

- способствовать стойкой ретенции пломбировочных материалов. ¶

Хотите опубликовать свое мнение в Dental CLUB ?

DENTAL Club Отправьте сюда! dc@nsella.ru

Список литературы

1. Дубова Л.В., Конов В.И., Лебедево И.Ю., Баев И.В., Синявский М.Н. Тепловое воздействие на коронковую пульпу зуба микросекундного ND:YAG-лазера // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 4–8.
2. Кунин В.А., Шумилов Б.Р. Сравнительная характеристика изменений микроструктуры эмали и дентина под влиянием различных видов одонтопрепарирования. Эстетическая стоматология. – М., 2004. – С. 154–156, 178–187.
3. Барер Г.М., Овчинникова И.А., Завьялова В.А. Препарирование кариозных полостей с помощью аппарата Air Flow prep K 1 // Клиническая стоматология. – 2001. – № 3. – С. 66–68.
4. Золотарева О.В. Оптимизация препарирования твердых тканей зубов при кариесе различными ротационными инструментами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 23 с.
5. Иванова С.Б. Влияние давления режущего инструмента и охлаждения на температурное напряжение в зубах при препарировании // Стоматология. – 1987. – № 2. – С. 20–24.
6. Кунин В.А., Шумилов Б.Р. Сравнительная характеристика изменений микроструктуры эмали и дентина под влиянием различных видов одонтопрепарирования // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 766–771.
7. Тепа А. Использование ER:YAG KAVO KEY 3 LASER при кондиционировании твердых тканей зуба // Институт стоматологии. – 2008. – № 1 (38). – С. 116–188.
8. Чуев В.В., Лягина Л.А., Посохова В.Ф. Атравматичное лечение кариеса зубов // Стоматолог. – 2005. – № 9. – С. 44–46.
9. Шумилов Б.Р., Суевенков Д.Е. Состояние минерального обмена эмали в зависимости от способа препарирования твердых тканей зуба при лечении кариеса // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – Т. VII, № 3 (26). – С. 6–9.
10. Hegde V.S., Khataavkar R.A. A new dimension to conservative dentistry: Air abrasion // J. Conserv Dent. – 2010. – № 13. – P. 4–8.
11. Schlein T.M. The era of high special development in dentistry // J. Hist.Dent. – 2002. – Vol. 3, no 50. – P. 131–137.
12. Yazici A.R., Atilla P., Ozgunaltay G. et al. In vitro comparison of the efficacy of Carisolv and conventional rotary instrument in caries removal // J. Oral. Rehabil. – 2003. – Vol. 30, no 12. – P. 1177–1182.
13. FDI World Dental Federation. FDI Policy Statement – Minimal Intervention in the Management of Dental Caries, 2002. Int Dent J. 2017 Feb;67(1):6–7. doi: 10:1111/idj.12308.
14. www.e-stomatology.ru/fdi/caries_first.php



ЭКРАДЕНТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Производится в России по уникальной технологии с 1969 г.



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, износоустойчивые
- не подвержены коррозии
- имеют стойкое цветное покрытие (полученное методом анодирования)

РЕКЛАМА



Реставрационный цикл зуба

На примере одного клинического случая



Зилия Чайка,
к.м.н., врач-стоматолог клиники
«Олимпия», г. Екатеринбург



В течение довольно длительного времени долговечность самой реставрации была в центре внимания. В настоящее время произошла смена парадигмы: хороший выбор способа реставрации зуба сегодня – это, в том числе, возможность его повторного успешного лечения и перелечивания в будущем. Большое влияние в таком случае играет не столько выбор оптимального способа восстановления зуба, сколько правильный дизайн препарирования. Перед вами клинический случай и результат наблюдения в течение 11 лет.

Введение

Еще каких-то 12 лет назад сложно было ответить на вопрос «Кто должен заниматься микропротезированием боковых зубов?». С одной стороны, это исключительно ортопедическая манипуляция и подразумевает снятие слепка, взаимодействие с зубным техником, фиксацию не прямой реставрации. С другой стороны, стоматологи-терапевты владеют исключительными знаниями о минимально инвазивной стоматологии, что способствует выбору лучшего дизайна препарирования под вкладку с сохранением максимального количества здоровых тканей зуба.

Долгое время срок службы реставрации был главным фактором в оценке результатов лечения, но сейчас щадящее отношение к тканям зуба стало одной из важнейших современных стратегий ортопедической стоматологии. Теперь наиболее важно максимально сохранить подлежащие структуры зуба. Поэтому при планировании не прямых реставраций нельзя ориентироваться на создание только супернадёжных реставраций, а необходимо останавливаться на достижении приемлемых механических, биологических и оптических свойств тканей зуба. В связи с вышесказанным, хорошая концепция реставрации зуба сегодня – это возможность повторного лечения в будущем, возможность ремонта и восстановления.

Для восстановления прочности и функциональности зуба выбор должен стоять за малоинвазивными методами подготовки, сводящими к минимуму потерю твердых тканей, а также адгезивным методикам и материалам для восстановления.

Клинический случай

2008 год. В клинику обратился пациент 30 лет с жалобами на боли от холодных раздражи-

телей, на неудовлетворительный внешний вид пломбы. Исходная ситуация представлена на рис. 1 (снимок сделан с использованием микроскопа). После сбора жалоб, анамнеза, проведения обследования был поставлен диагноз: K02.1 Кариез дентина.

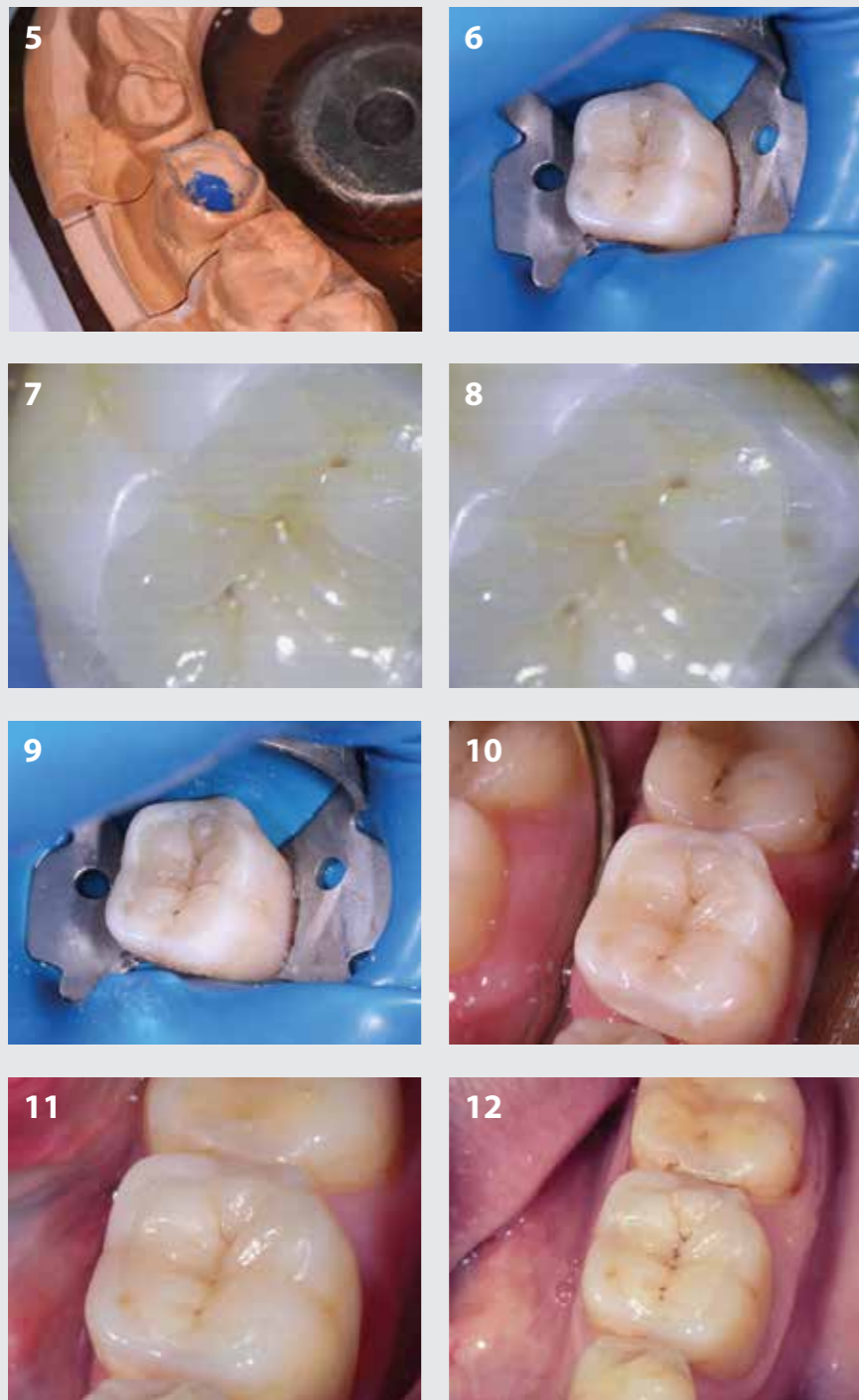
На первом этапе было произведено очищение зуба от налета, определение цвета с использованием стандартной шкалы. В данном случае мы видим пломбу на жевательной поверхности зуба и пломбу на вестибулярной поверхности (в пришеечной области), обе пломбы находятся в неудовлетворительном состоянии и не отвечают эстетическим и функциональным требованиям. Препарирование зуба, удаление пломбы проведено с использованием микроскопа (рис. 2, 3). Дефект зуба в пришеечной области восстановлен с помощью композитного материала. Восстановление дефекта зуба в области жевательной поверхности зуба решено провести с использованием керамической вкладки. Препарирование и формирование полости I класса по Блеку проведены по общепринятым принципам с соблюдением всех этапов с обязательным использованием коффердама для изоляции рабочего поля. Перед снятием основного слепка провели немедленный бондинг дентина, в соответствии с традиционным адгезивным протоколом.

Следующим этапом сняли слепок с верхней и нижней челюстей.

Временную реставрацию изготовили с использованием временного материала (рис. 4).

Непрямая реставрация была изготовлена из керамического материала послойного нанесения. Предварительно провели оценку границ керамической вкладки на модели, далее следовала при-





мерка вкладки в полости рта (рис. 5, 6). Точность краевого прилегания оценили с использованием микроскопа (рис. 7, 8).

Фиксацию керамической вкладки провели на адгезивный композитный цемент двойного отверждения (рис. 9).


На заключительном этапе провели проверку окклюзии. Вид реставрации после фиксации представлен на рис. 10.

Через 2 года после фиксации керамической вкладки в результате планового осмотра была обнаружена кариозная полость в пределах плащевого дентина на дистальной контактной поверхности зуба 36. Проведено препарирование кариозной полости и пломбирование с использованием композитного материала (рис. 11).

2019 год. Плановый осмотр. Внешний вид зуба, восстановленного с использованием керамической вкладки, через 11 лет после фиксации (рис. 12).

Заключение

Таким образом, использование щадящих методов препарирования зуба, минимально инвазивная подготовка кариозной полости под непрямую реставрацию, консервативный подход при устранении вновь появившихся кариозных полостей на зубе, приоритет за сохранением жизнеспособности пульпы способствуют увеличению реставрационного цикла зуба. А значит, отвечают современным требованиям ортопедической стоматологии. ¶

Есть интересная статья для публикации в Dental CLUB?  Отправьте сюда! dc@nsella.ru

Список литературы

- Opdam N., Frankenberger R., Magne P. From 'direct versus indirect' toward an integrated restorative concept in the posterior centition. Oper. Dent., 2016, p. 41.
- Bremer B.D., Geurtsen W. Molar fracture resistance after adhesive restoration with ceramic inlays or resin-based composites. Am. J. Dent., 2001, no. 4, pp. 216-220.

Повязка для изоляции ран во рту

Reso-pac®

Периодонтальная повязка на основе целлюлозы – изоляция раны до 30 часов



РЕКЛАМА

Гидрофильная повязка Reso-pac® отличается уникальным свойством – она не затвердевает и ее не нужно удалять. По консистенции она напоминает пластилин и обладает впечатляюще высокой адгезивной способностью к слизистым тканям. Reso-pac® можно смело наносить на свежую рану в полости рта. Сама повязка не является лечебной, однако в ее состав входит экстракт мирры (бактериостатический эффект). Reso-pac® – идеальный носитель лекарственных средств, гемостатиков и др., причем любое средство можно наносить как под нее, так и замешивать в саму повязку и, таким образом, обеспечивать эффективность на протяжении многих часов.

Показания к применению:

- Изоляция ран у курильщиков
- Дополнительная защита ран у пациентов с геморрагическим диатезом
- Защита швов (напр. в случае хирургического закрытия соустья в/ч пазухи и полости рта)
- Защита маргинального периодонта после гингивэктомии
- Адаптация ткани в лоскутной хирургии
- После глубокого кюретажа
- При терапии гингивита, десневых карманов и периимплантита в сочетании с назначенным медикаментом
- Терапия гиперчувствительности пришеечных областей зубов в сочетании с фторидами

- Защита или изоляция области трансплантатов
- Временная или постоянная подкладка под съемные протезы
- Защита пересаженной костной ткани, замененной кости или мембраны после снятия швов.

Состав: карбоксиметилцеллюлоза, поливинилацетат, этиловый спирт, мирра, вазелин, полиэтиленоксидна, смола.

Инструкция для применения:

- Смочите инструменты и перчатки, лишь затем выдавите необходимое количество Reso-pac® из тюбика при помощи ключа. Если работа производится с унидозами, извлеките необходимое количество пасты при помощи подходящего инструмента.
- Мокрыми перчатками сформируйте материал в тонкий валик и поместите его на рану. Используйте материал экономно, т.к. он разбухает, адсорбируя слюну.
- Разгладьте поверхность материала хорошо смоченным пальцем, можно использовать вазелин.

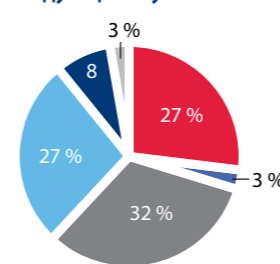
ВНИМАНИЕ: Всегда сразу плотно закрывайте тюбик Reso-pac®. Материал быстро затвердевает и становится непригодным для использования.

Противопоказания при использовании Reso-pac®: необходимо воздержаться от употребления горячей пищи и напитков!

Для удобства в эксперименте использовались унидозы. При этом стоматолог извлекает необходимое количество материала, предварительно смочив перчатки, наносит его на рану и при небольшом давлении разглаживает.

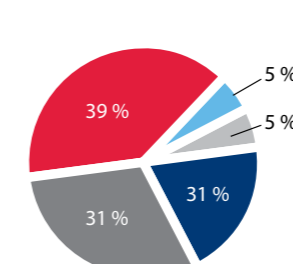
Повязка сама рассасывается, её не нужно будет удалять. Для пациента этот способ изоляции раны, очень комфортен, не затвердевает во рту, обладает нейтральным запахом и привкусом.

Я использовал Reso-Pac в следующих случаях:



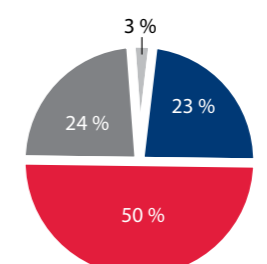
- 32% Изоляция и стабилизация швов
- 27% Изоляция раны после экстракции
- 27% Изоляция после парадонтальной процедуры
- 8% Как носитель медикамента или фторидов
- 3% Ортодонтия - изоляция проволоки, брекетов и пр.
- 3% Изоляция периимплантарной области после установки имплантата

После опробации Reso-Pac я:



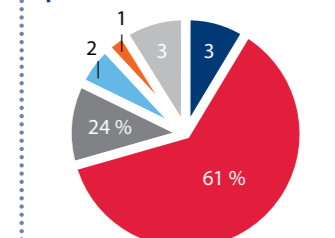
- 39% Буду рекомендовать его своим коллегам
- 31% Буду впредь использовать его, предпочтительно в тюбике 25 г
- 20% Буду впредь использовать его, предпочтительно унидозы по 2 г
- 5% Не буду рекомендовать его
- 5% Без отметки

Как Вы оцениваете свойства и качество Reso-Pac?



- 23% Очень хорошо
- 50% Хорошо
- 24% Удовлетворительно
- 3% Неудовлетворительно

Вы смогли отметить для себя улучшения заживления ран при использовании Reso-Pac?



Оценка от 1 до 5

1	2	3	4	5	Не отметили
1	2	3	24	61	3

Голосование

Комментарии стоматологов принимавших участие:

- «Очень рекомендую парадонтологам.»
- «Когда приловчился к использованию, незаменимый в практике продукт.»
- «Очень легко и быстро наносится.»
- «Результат заживления ран просто поразителен.»
- «Пациенты очень оценили комфорт.»

 @nsella.ru  @nsella.ru  vk.com/nsella

Москва
Тел.: +7 (495) 771-75-39 ab@nsella.ru www.nsella.ru

Санкт-Петербург
Тел.: +7 (812) 313-19-31 sp@nsella.ru www.nsella.ru

www.hager-werken.ru 

Екатеринбург
Тел.: +7 (343) 300-89-76 ural@nsella.ru www.nsella.ru

Комплексное решение в хирургической и нехирургической эндодонтии

Классика в современной практике



Артур Тумашевич,
врач стоматолог-ортопед, эндодонтист, хирург,
член British Endodontic Society, советник
Российской Ассоциации обезболивания
и безопасной стоматологии, г. Москва

На ежедневной основе в современную стоматологию внедряется достаточно большое количество инноваций, однако очень хорошие и порой классические методы до сих пор остаются актуальны. Патологические процессы в разной терминологии могут называться по-разному, но это не означает, что мы их будем лечить разными способами. Давайте разберемся в некоторых из них и рассмотрим довольно старый, но интересный протокол лечения. Сегодня пойдет речь о проведении декомпрессионного протокола эндодонтического лечения.

Дело в том, что при проведении эндодонтического лечения мы хотим добиться быстрого восстановления деструкции костной ткани и, кроме того, хотим получить и отсутствие симптоматики на этапе постэндодонтического восстановления. Нет боли, есть заживление очага. Все прекрасно. На этом можно ставить точку – так может показаться, но не все так просто, как кажется на первый взгляд.

Деструкции не заживают, свищи и гной продолжают существовать, один, второй этап консервативной эндодонтии не приносит своих плодов. Пациент и врач теряют уверенность в правильности подхода. Однако один из классических методов помогает организму бороться с воспалением, хоть и несет в себе (на первый взгляд) только разрушение. Давайте разберемся, что это такое.

Декомпрессия – это уменьшение давления на какой-либо орган или часть тела хирургическим путем. Метод давно забытый, а в российской классической эндодонтии – так вообще мало описанный. В нем нет ничего сложного, но его боятся применять. А надо ли это делать? Давайте рассмотрим краткое ведение подобных клинических случаев.

Самое важное, что мы должны понять для себя, – это что в данном протоколе производится перфорирование кортикальной кости в области очага деструкции с последующим дренированием

раны и фиксацией жесткого хирургического дренажа для санации и ирригации очага. Что, в свою очередь, дает возможность стабилизировать давление в очаге деструкции и вызвать дополнительно процессы репарации. Но не во всех клинических ситуациях мы это проводим.

Показания для проведения хирургической декомпрессии:

1. Очаг расположен рядом с витальными зубами и важными структурами (maxillary sinus, floor of the nose, mandibular canal, mental foramen).

2. Периапикальный очаг расположен в области одного или более девитальных зубов.

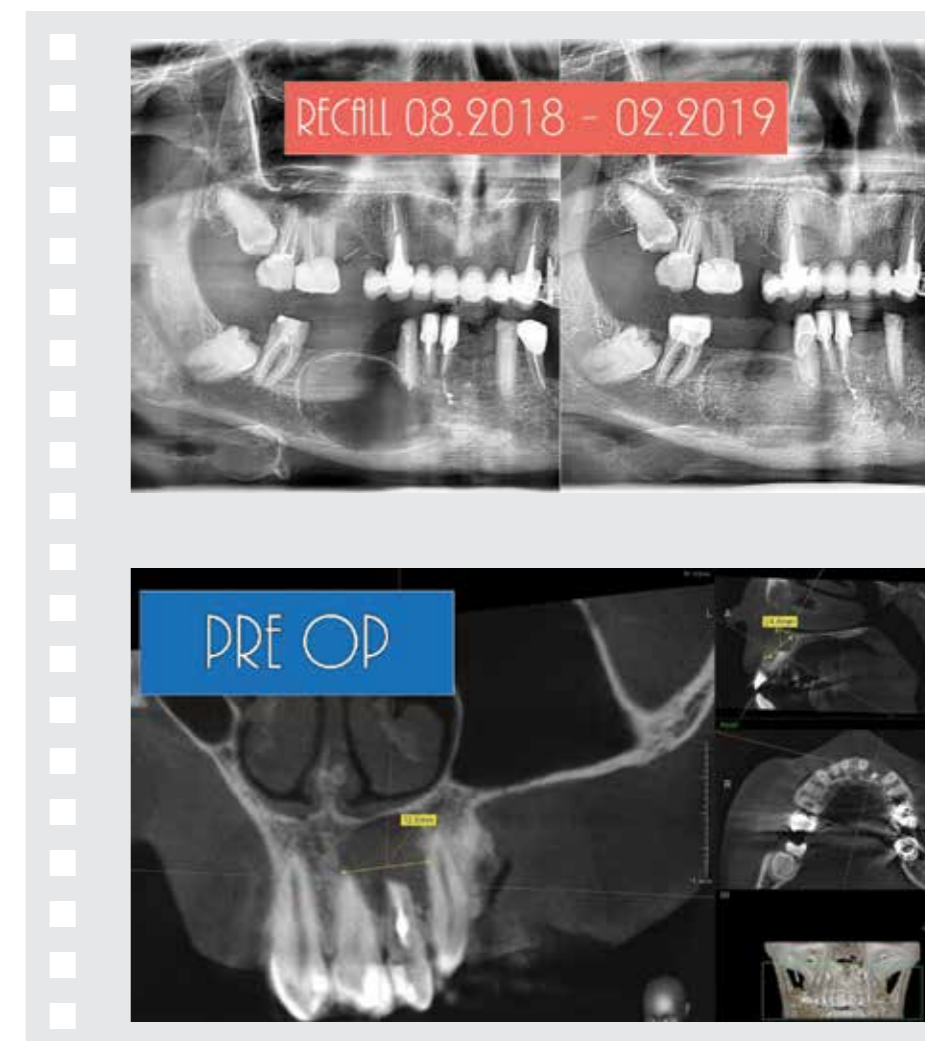
3. Площадь поражения превышает 200 мм².

4. На рентгеновском снимке будет выявлена область просветления с четкими границами.

5. При аспирации из очага выделяется жидкость соломенно-желтого цвета.

Относительными показаниями могут являться:

- низкая лояльность пациента;
- отсутствие или слабая вера в проведение консервативных методов эндодонтического лечения; »



• активное привлечение пациента к процессу лечения, принятие сотрудничества для выздоровления.

При планировании декомпрессионного протокола проводится этап планирования процедуры. Наиболее оптимальным решением становится отбор пациентов для данного метода и назначение дополнительной компьютерной томографии для получения деталей деструкции, формирования

доступа к поражению типа «киста».

Назначение пациента на классическое эндодонтическое ортоградное лечение проводится с планированием премедикации, а именно – до визита заблаговременно назначаются НПВС и антибиотик.

После выполнения ортоградного вмешательства постоянной obturation каналов начинается хирургический этап, на котором

производится разметка, формирование разреза, откидывание лоскута, перфорирование кортикальной кости и дренирование очага. Множественное промывание может проводиться как физиологическим раствором, так и раствором хлоргексидина низкого процентного содержания. Как говорится, моем до «чистых вод».

Первая фаза завершена. Если ортоградно мы герметично закрыли коронковую часть зуба и полость доступа, то на хирургическом этапе наша задача – ушить операционный участок с постановкой жесткого хирургического дренажа, через который пациент может проводить самостоятельную ирригацию в постоперационном периоде.

Назначения довольно просты. Антибиотикотерапия, НПВС, бережное отношение к швам, тщательная гигиена полости рта, полоскания и промывание дренажной трубки. Чем чаще проводится ирригация, тем чище участок.

Наблюдение за участком может продолжаться от 2 недель до 8 месяцев, многое зависит от первоначальной ситуации и некоторых нюансов данного протокола. Если говорить о прогнозах на репарацию участка, то я бы назвал их благоприятными, хоть они и требуют дополнительного хирургического вмешательства.

На фотографиях можно увидеть кейсы подобного протокола ведения пациентов и довольно быстрые процессы заживления как при малых, так и при больших очагах деструкции.

Размеры препарирования корневого канала, подводные камни дренирования, лайфхаки деком-

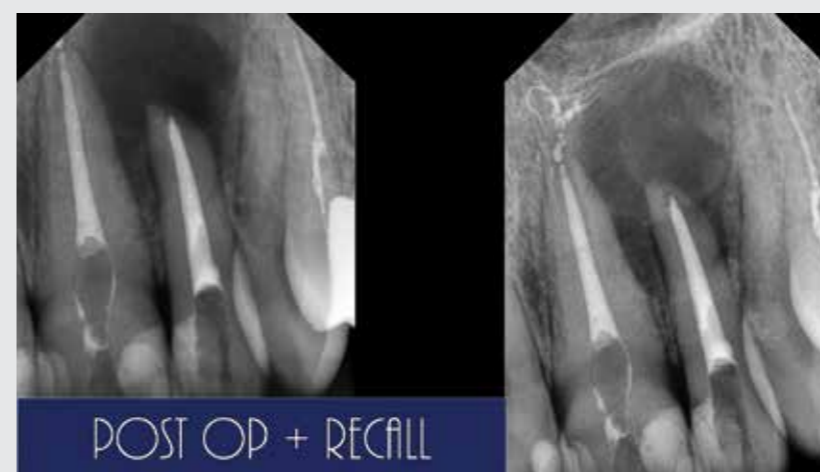
прессии, вопросы восстановления кортикального слоя кости и закрытие мягкотканного дефекта – это уже совсем другая история. Однако нам стоит кратко упомянуть о некоторых моментах, а именно: не забывайте, что ко всем клиническим случаям стоит подходить индивидуально. Обратите внимание на следующие аспекты:

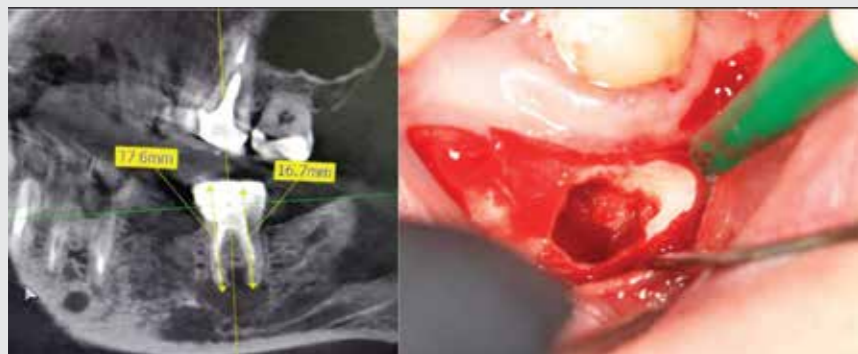
1. Размеры апикального расширения позволяют создать полноценную очистку системы корневых каналов, так что в декомпрессионном протоколе не смотрят в сторону минимального расширения. В основном апикальные размеры стартуют от 45–50, конусности 02–04.

2. Дренажная трубка не должна фиксироваться на задней стенке полости, иначе не будет проходить полноценной очистки.

3. Не требуется вылущивать стенку дефекта.

4. Активное промывание полости через трубку пациент должен проводить самостоятельно и регулярно. »





5. При нехирургической декомпрессии рассматривается вариант перерасширения апикального отверстия с последующим закрытием материалом рта и формированием апикальной пробки.

6. Нет четкого протокола длительности фиксации дренажной трубки, однако большая часть клинических ситуаций не ведет пациента с трубкой более 2 месяцев.

7. Наиболее рациональным решением считается проведение ортоградной ревизии и хирургической декомпрессии в один визит пациента.

Для начала все. Я думаю, что в скором времени мы продолжим разбирать таких пациентов и протоколы работы. Всех благ и до скорой встречи! ¶

Вы не согласны с мнением автора?



DENTAL Club

Напишите нам!
dc@nsella.ru

Список литературы

1. Lin L.M., Ricucci D., Lin J., Rosenberg P.A. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. J. Endod. 2009;35:607–15.
2. Salamat K., Rezai R.F. Nonsurgical treatment of extraoral lesions caused by necrotic nonvital tooth. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. 1986;61:618–23.
3. Sood N., Maheshwari N., Gothi R., Sood N. Treatment of large periapical cyst like lesion: A noninvasive approach: A report of two cases. Int. J. Clin. Pediatr. Dent. 2015;8:133–7.
4. Ricucci D., Pascon E.A., Ford T.R., Langeland K. Epithelium and bacteria in periapical lesions. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. 2006;101:239–49.
5. Guo S., Dipietro L.A. Factors affecting wound healing. J. Dent. Res. 2010;89:219–29.
6. Claudio Maniglia-Ferreira, Fabio de Almeida Gomes, Marcelo de Moraes Vitoriano, Francisco de Assis Silva Lima. Decompression of a Large Periapical Lesion: A Case Report of 4-Year Follow-Up., Dec. 12. doi: 10.1155/2016/3830987 PMID: PMC5183744.
7. Zhao Yi Liu, Bing Zhao, Yi Fang. Controversies Regarding the Management of Teeth Associated with Cystic Lesions of the Jaws. Chin. J. Dent. Res. 2019;22(2):81–92. doi: 10.3290/j.cjdr.a42512.
8. Zhao Y.F., Liu B., Jiang Z.Q. Marsupialization or decompression of the cystic lesions of the jaws. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2005 Aug;14(4):325–9.
9. Ling Gao, MD, PhD *, Xiao-Long Wang, MD †, Shao-Ming Li, MD ‡, Chang-Yang Liu, MD §, Cheng Chen, MD *, Jing-Wei Li, MD ¶, Xiao-Jing Yan, MD #, Jin Zhang, MD **, Wen-Hao Ren, MD ††, Ke-Qian Zhi, MD Decompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2014 Feb;72(2):327–33. doi: 10.1016/j.joms.2013.07.035. Epub 2013 Sep. 24.

GapSeal®

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
ab@nsella.ru, www.nsella.ru

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

Способ лечения деструктивных форм хронического периодонтита



Анатолий Адамчик,
д.м.н., зав. кафедрой терапевтической
стоматологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава
России

Проблема лечения хронического периодонтита является одной из важных и не полностью решенных задач терапевтической стоматологии. Это связано со значительной распространенностью этого заболевания, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, большим процентом неудач и осложнений при лечении.

Основной бедой современной стоматологии является априорная уверенность в том, что имплантация является лучшим методом лечения по сравнению с попыткой сохранения собственного зуба. Эта практика привела к тому, что врачи с легкостью идут на множественное ради-

кальное удаление зубов вместо того, чтобы затратить время на выявление истинных причин неблагоприятного исхода лечения и составить план эндодонтического вмешательства. Которое было бы не только обоснованным, но и отвечало интересам пациента, поскольку позволяло максимально сохранить здоровые ткани организма за счет устранения причин патологии.

Известно, что одним из важнейших этапов лечения деструктивных форм хронического периодонтита является антимикробная обработка системы корневых каналов. Доказана ведущая роль микрофлоры полости рта в этиологии хронических форм периодонтита. Проблемой в дезинфекции корневых каналов является внутриканальная биопленка. Согласно современной концепции, микроорганизмы в корневых каналах присутствуют в виде бактериальной биопленки, что затрудняет их элиминацию из системы корневых каналов. Биопленка представляет собой сообщество микроорганизмов, окруженных внеклеточным матриксом и прикрепленных к поверхности дентина. Полисахаридный матрикс препятствует проникновению внутрь биопленки антибактериальных агентов, поэтому для элиминации биопленки необходимо сочетание как механического фактора, разрушающего структуру биопленки, так и дезинфицирующего агента, уничтожающего входящие в ее состав микроорганизмы. Поэтому основным лечебным мероприятием в эндодонтии считается воздействие на микрофлору корневых макро- и микро-

каналов с помощью сочетанной медикаментозно-инструментальной обработки. При этом, учитывая высокую инфицированность системы корневого канала, огромное значение приобретает качественная и эффективная медикаментозная обработка корневых каналов.

В арсенале врача-стоматолога имеется большое количество веществ-ирригантов для антисептической обработки корневого канала, в том числе кислоты (лимонная и фосфорная), хелатирующий агент (этилендиаминтетрауксусная кислота EDTA), протеолитические ферменты, щелочные растворы (гидроксид кальция), окислительные агенты (перекись водорода), местные анестезирующие растворы и нормальный физиологический раствор. Наи-

более широко используется эндодонтический ирригационный 0,5–6,0%-ный гипохлорит натрия (NaOCl) из-за его бактерицидной активности и способности растворять некротические органические ткани. В научной литературе описаны преимущества и ограничения каждого рассматриваемого ирригационного раствора, и ни один из них не удовлетворяет требованиям идеального ирригационного раствора.

Также для улучшения дезинфекции корневого канала при эндодонтическом лечении на стоматологическом рынке представлены различные методы и технологии, такие как: мануальные методы ирригации (с помощью файла, гуттаперчи, шприца), PUI – Passive Ultrasonic Irrigation, UAI – Ultrasonically Activated Irrigation, »



Рис. 1. КЛКТ, исходная ситуация до начала лечения: зуб 2.5 с выявленным очагом деструкции периапикальных тканей округлой формы: а – панорамная зонограмма; б – сагиттальный срез челюстей, деструктивные изменения в области верхушки зуба 2.5 с нарушением целостности кортикальной пластинки; в – трехмерная визуализация челюстей, показывающая резорбцию кости в области верхушки зуба 2.5.

звуковая технология («ЭндоАктиватор»), гидродинамическая («РинсЭндо», «ЭндоВак, озонотерапия «PROZONE»), LAI – лазером активированная ирригация, технология PIPS (Photon Initiated Photoacoustic Streaming). Последний метод основан на мощностях Erbium: YAG-лазер – для создания фотоакустической ударной волны внутри ирриганта с помощью диодного лазера; газовый лазер (CO₂), PAD/PDT – фотоактивируемая дезинфекция, хлорид толуаниума с полупроводниковым лазером (длина волны 635 нм); радодхлорин, фотолон, метиленовый синий, фотодитазин с полупроводниковым лазером (длина волны: 660–670 нм). И недавний прогресс в эндодонтической технологии, GentleWave® Procedure (Sonendo®, Laguna Hills, CA, USA), предла-

гает клиницистам возможность ирригации системы корневых каналов, часто не затрагиваемых стандартными методами. В процедуре GentleWave используется технология Multisonic Ultracleaning®, в которой улучшенная динамика жидкости, акустическая и химическая технологии растворения тканей применяются для удаления органической субстанции из всей системы корневых каналов.

Таким образом, крайне важно развивать современные эндодонтические дезинфекционные стратегии, которые являются эффективными в элиминации биопленки бактерий в системе корневых каналов зуба. В связи с этим нами был разработан способ лечения деструктивных форм периодонтита, включающий (по-

мимо общепринятого медикаментозно-инструментального протокола обработки корневого канала зуба) дополнительное временное пломбирование корневого канала комбинированной лекарственной пастой [1], содержащей (помимо гидроксида кальция) цiproфлоксацин, миноциклин, метронидозол и 2%-ный раствор хлоргексидина биглюконата в качестве связующего агента при приготовлении данной пасты. Паста содержит следующие компоненты при соотношении масс. %: гидроксид кальция 40.0; цiproфлоксацин 10.0; миноциклин 10.0; метронидозол 10.0; 2%-ный раствор хлоргексидина биглюконата. Подбор массовых долей, включенных в состав компонентов, проводили опытным путем. Установлено, что применение компонентов за пределами указанного интервала не имеет смысла, так как это не улучшает эффект.

Предлагаемую пасту для временного пломбирования каналов корней зубов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита получают простым механическим смешиванием. Выбор противомикробных действующих веществ основан на подавлении максимально широкого спектра болезнетворных микроорганизмов, включая аэробные грамположительные бактерии, аэробные грамотрицательные бактерии, анаэробные бактерии (споро- и неспорообразующие). Heling в 1992 г. обнаружили, что использование гидроксида кальция, замешанного на физиологическом растворе, широко используемого стоматологами при лечении хронических деструк-

тивных форм периодонтитов, не проявляет антибактериальной активности против *E. Faecalis* внутри дентинных канальцев и, в свою очередь, не предотвращает вторичного заражения. В наших исследованиях комбинирование препаратов гидроксида кальция, цiproфлоксацина, миноциклина, метронидозола и 2%-ного раствора хлоргексидина биглюконата показало повышение антимикробной активности, особенно против резистентных микроорганизмов (таких как *E. Faecalis*). А 2%-ный раствор хлоргексидина биглюконата показал положительные свойства: антибактериальные, низкую токсичность для периодонтальных тканей, вязкость, которая, связавшись с поверхностью дентина, держит активные вещества в постоянном контакте со стенками канала и дентинными канальцами, 2%-ный раствор хлоргексидина биглюконата пролонгирует свое действие.

Приведу клинический пример использования данной пасты. Пациент Д., 34 года, обратился с жалобами на периодическую припухлость и ноющие боли в области верхней челюсти слева. Со слов больного, зуб 2.5 ранее не лечен.

Объективно: зуб 2.5 изменен в цвете, имеется пломба на жевательно-мезиальной поверхности. ЭОД 2.5 зуба более 100 мкА. Перкуссия 2.5 зуба безболезненна. На компьютерной томографии выявлены периапикальные деструктивные изменения округлой формы с четкими контурами, с нарушением целостности кор-

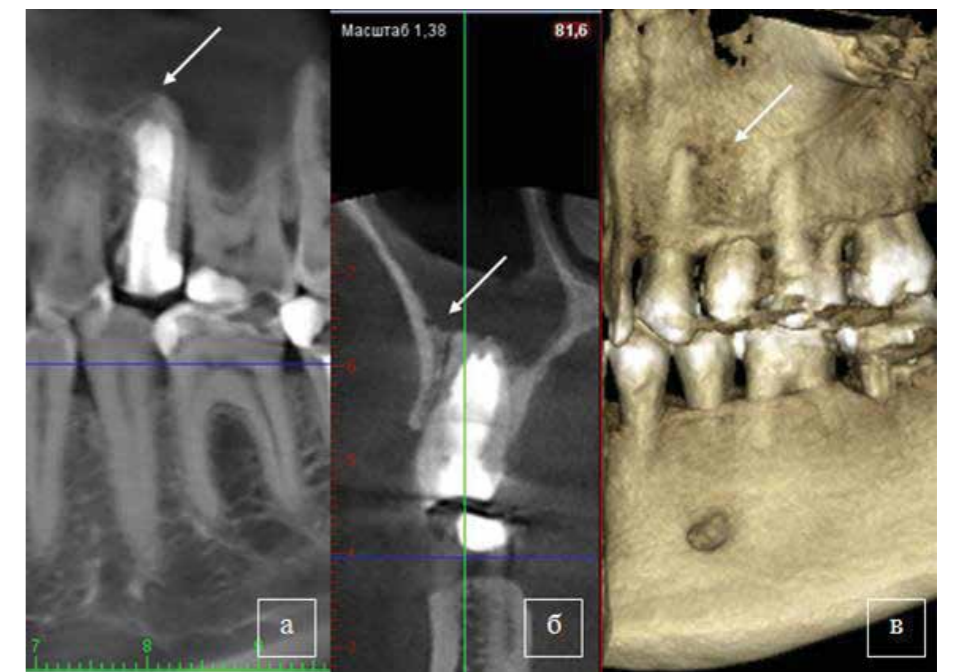


Рис. 3. КЛКТ, контроль лечения зуба 2.5 через 24 месяца, каналы корня зуба 2.5 запломбированы до верхушки. Положительная динамика лечения, наблюдается восстановление костной ткани: а – панорамная зонограмма; б – сагиттальный срез челюстей, наблюдается восстановление костной ткани в области верхушки зуба 2.5; в – трехмерная визуализация челюстей, наблюдается полное восстановление кортикальной пластинки в области верхушки зуба 2.5.

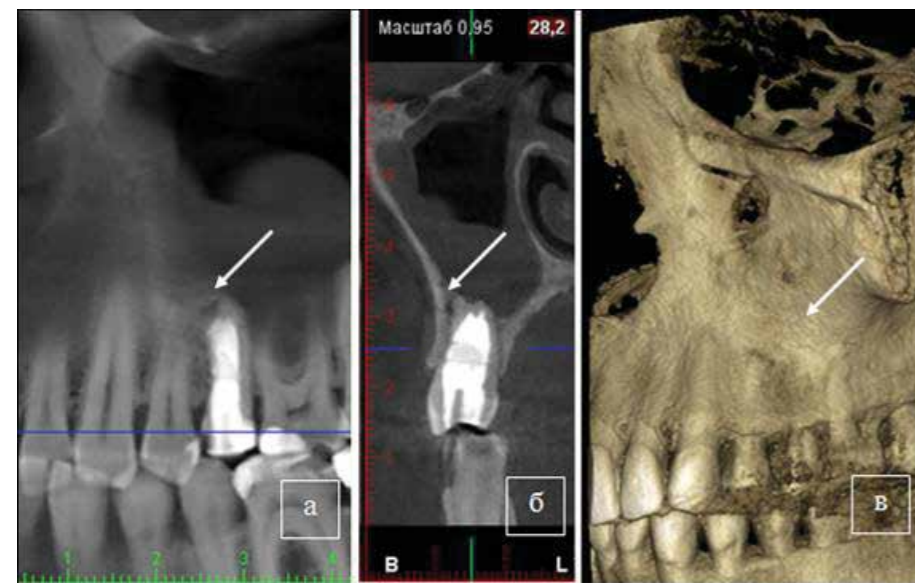


Рис. 2. КЛКТ, контроль лечения зуба 2.5 через 12 месяцев. Каналы корня зуба 2.5 запломбированы до верхушки, положительная динамика лечения, наблюдается восстановление костной ткани: а – панорамная зонограмма; б – сагиттальный срез челюстей; в – трехмерная визуализация челюстей.

тикальной пластинки, размером 8×8 мм (рис. 1).

Диагноз: хронический апикальный периодонтит 2.5.

Лечение: удаление пломбы в зубе 2.5. Произведено вскрытие полости 2.5 зуба, рабочую длину определяли с помощью апекслокатора, механическую обработку корневых каналов зубов проводили ручными и машинными вращающимися инструментами, антисептическую обработку корневых каналов проводили раствором гипохлорита натрия 3%. Каналы высушены с помощью бумажных штифтов.

Разработанную временную пасту, замешенную на 2%-ном

растворе хлоргексидина биглюконата, вводили в каналы корня 2.5 зуба при вращении каналонаполнителя на малых оборотах до физиологического отверстия верхушки корня зуба с последующей активацией аппаратом EndoActivator® «Dentsply», безопасной пластиковой насадкой № 25 по ISO возвратно-поступательными движениями амплитудой 2–3 мм, на всю рабочую длину корневого канала зуба, последовательно по 10 секунд режимами 2000 об/мин (33 Гц), 6000 об/мин (100 Гц), 10000 об/мин (166 Гц). Поставлена провизорная пломба. На 5-е сутки пациент жалоб не предъявлял, при осмотре про-


визорная пломба на 2.5 зубе состоятельна, перкуссия безболезненна, произведена замена разработанной временной пасты на гидроксид кальция замешенный на стерильной воде, с медикаментозным протоколом промывания корневых каналов, описанным выше. Замена временной пасты гидроксида кальция через 14 дней с последующей антисептической обработкой каналов корня зуба 2.5 гипохлоритом натрия 3%, стерильной водой, каналы высушены с помощью бумажных штифтов и запломбированы материалом ANplus «Dentsply» методом вертикальной конденсации гуттаперчи (техника непрерывной

волны). Поставлена постоянная пломба из композитного материала. КЛКТ через 12 месяцев представлена на рис. 2. КЛКТ через 24 месяца представлена на рис. 3.

Результаты исследования КЛКТ, проведенные через 24 месяца, указали на ликвидацию очага деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба 2.5 и отсутствие деструктивных изменений в периапикальных тканях, также отмечается восстановление рисунка костной ткани, приложение. Каналы корня 3.6 зуба пломбированы до верхушки.

Таким образом, как показали результаты клинической апробации, разработанная паста для

временного пломбирования корневых каналов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита имеет высокие противовоспалительные, антисептические, репаративные свойства, позволяющие добиться оптимизации репаративного процесса остеогенеза в периапикальных тканях путем надежной элиминации патогенной микрофлоры в системе корневого канала. ¶

Есть интересный кейс для публикации в Dental Club ?
 Отправьте сюда!
dc@nsella.ru

Список литературы




1. Пат. 2617469 Российская Федерация, МПК7 А 61 К 6/02. Стоматологическая паста для временного пломбирования каналов корней зубов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита / А.А. Адамчик, М.В. Адамчик, С.В. Сирак; заявители и патентообладатели Адамчик А.А., Адамчик М.В., Сирак С.В., ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России; № 2015144964; заявл. 19.10.2015; опубл. 25.04.2017, бюл. №12. – 8 с.
2. Nagata J.Y. Microbial evaluation of traumatized teeth treated with triple antibiotic paste or calcium hydroxide with 2% chlorhexidine gel in pulp revascularization / J.Y. Nagata, A.J. Soares, F.J. Souza-Filho // J. Endod. – 2014. – № 40. – P. 778–783.
3. Pankajakshan D. Triple Antibiotic Polymer Nanofibers for Intracanal Drug Delivery: Effects on Dual Species Biofilm and Cell Function / D. Pankajakshan, M.T. Albuquerque, J.D. Evans, M.M. Kamocka, R.L. Gregory, M.C. Bottino // J. Endod. – 2016. – № 42. – P. 1490–1495.
4. Shaik J. Comparative evaluation of antimicrobial efficacy of triple antibiotic paste and calcium hydroxide using chitosan as carrier against Candida albicans and Enterococcus faecalis: an in vitro study / J. Shaik, R. Garlapati, B. Nagesh [et al.] // J. Conserv. Dent. – 2014. – № 17. – P. 335–339.
5. Ritter A.L. Pulp revascularization of replanted immature dog teeth after treatment with minocycline and doxycycline assessed by laser Doppler flowmetry, radiography, and histology / A.L. Ritter, A.V. Ritter, V. Murrah, A. Sigurdsson, M. Trope // Dent. Traumatol. – 2004. – № 20. – P. 175–184.
6. Hoshino E. In-vitro antibacterial susceptibility of bacteria taken from infected root dentine to a mixture of ciprofloxacin, metronidazole and minocycline / E. Hoshino, N. Kurihara-Ando, I. Sato [et al.] // Int. Endod. J. – 1996. – № 29. – P. 125–130.
7. Ordinola-Zapata R. Antimicrobial activity of triantibiotic paste, 2% chlorhexidine gel, and calcium hydroxide on an intraoral-infected dentin biofilm model / R. Ordinola-Zapata, C.M. Bramante, P.G. Minotti [et al.] // J. Endod. – 2013. – № 39. – P. 115–118.
8. Ordinola-Zapata R. Antimicrobial effect of endodontic solutions used as final irrigants on a dentine biofilm model / R. Ordinola-Zapata, C.M. Bramante, B. Cavenago [et al.] // International Endodontic Journal. – 2012. – 45. – P. 162–168.
9. Sato I. Sterilization of infected root-canal dentine by topical application of a mixture of ciprofloxacin, metronidazole and minocycline in situ / I. Sato, N. Ando-Kurihara, K. Kota, M. Iwaku, E. Hoshino // Int. Endod. J. – 1996. – № 29. – P. 118 – 124.
10. Haapasalo M. Tissue dissolution by a novel multisonic ultracleaning system and sodium hypochlorite / M. Haapasalo, Z. Wang, Y. Shen, A. Curtis, P. Patel, M. Khakpour // J. Endod. – 2014. – № 40. – P. 1178–1181.
11. Haapasalo M. Apical pressure created during irrigation with the GentleWave™ system compared to conventional syringe irrigation / M. Haapasalo, Y. Shen, Z. Wang, E. Park, A. Curtis, P. Patel, P. Vandrangi // Clin Oral Investig. – 2016. – № 20 (7). – P. 1525–1534.
12. Wohlgemuth P. Effectiveness of the GentleWave System in Removing Separated Instruments / P. Wohlgemuth, D. Cuocolo, P. Vandrangi, A. Sigurdsson // J. Endod. – 2015. – № 41(11). – P. 1895–1898.

Н.СЕЛЛА
 THE DENTAL COMPANY

МЕДИЦИНСКАЯ
 ОПТИКА

БИНОКУЛЯРЫ
 МИКРОСКОПЫ
 КАМЕРЫ

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

 www.instagram.com/nsella.ru/
 www.vk.com/nsella
 www.facebook.com/nsella.ru/

Принципы 5П-медицины в стоматологии



Диана Слуцкая,
к.м.н., ген. директор клиники
«Сибирская», г. Томск

Нет ничего более значимого для устойчивого развития общества и экономики, чем здоровое население. А стоматологическое здоровье является одним из ведущих показателей, определяющих экономический, интеллектуальный и культурный потенциал населения страны. В России Распоряжением Правительства Российской Федерации Принцип персонализации медицины включен в Стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. А в рамках утвержденного председателем Правительства Российской Федерации Прогноза научно-технологического развития России на период до 2030 г. отмечено, что персонализированная медицина является перспективной моделью развития здравоохранения в России. В данной статье я попытаюсь оценить актуальность модели персонализированной медицины для стоматологии.

С древности и до начала прошлого века медицина носила сугубо персонализированный характер. Век XX, вводя человечество в эпоху научно-технической революции, открыл врачам главное достижение Генри Форда – конвейер, который подошел к лечению человека весьма унифицировано. А что? У каждого есть руки, ноги, голова и два уха. Ну ладно – пола два, и еще группы крови индивидуальные, на этом все – хватит уникальности.

Но прогресс не стоит на месте, и вновь на рубеже веков сложился комплекс диагностических, лечебных и информационных технологий, который привел к созданию новой модели – сначала 4П-, а затем и 5П-медицины. Новая модель объединила в себе понятия *персонализации* (индивидуальный подход к каждому пациенту), *предикции* (создание вероятностного прогноза здоровья), *превентивности* (предотвращение появления заболеваний), *партисипативности* (мотивированное участие пациента). Последнее, пятое «П» – *прецизионность* – появилось значительно позже остальных и означает высокую степень точности в постановке диагноза и определении последующей терапии.

Но сколько бы «П» ни было в определении новой модели, главным остается именно аспект персонализации, на котором завязаны все остальные ключевые моменты. И хотя еще в не-

далеком прошлом максимальный акцент делался на превентивности (и сохраняется до сих пор в ряде школ), даже она напрямую зависит от личностных характеристик пациента.

Если подходить к стоматологии как к персонализированной медицине, то мы попадем в точку. По сути своей она все это время оставалась флагманом 5П-медицины, даже задолго до введения этого понятия. Действительно, именно стоматология в силу своих организационных особенностей долгие годы сохраняла вековую традицию плотного взаимодействия между врачом и пациентом. Из-за травмирующих обстоятельств пациент всегда искал врача-стоматолога, с которым ему было максимально комфортно, и, находя такого специалиста, практически оставался с ним «навсегда», зачастую рекомендуя врача близким. Стоматолог знал зубы всех своих пациентов, легко отличал свою работу от чужой, великолепно владел информацией о средних особенностях существования своих пациентов. Все это точно соответствует двум базовым положениям П-медицины – персонализации и партисипативности.

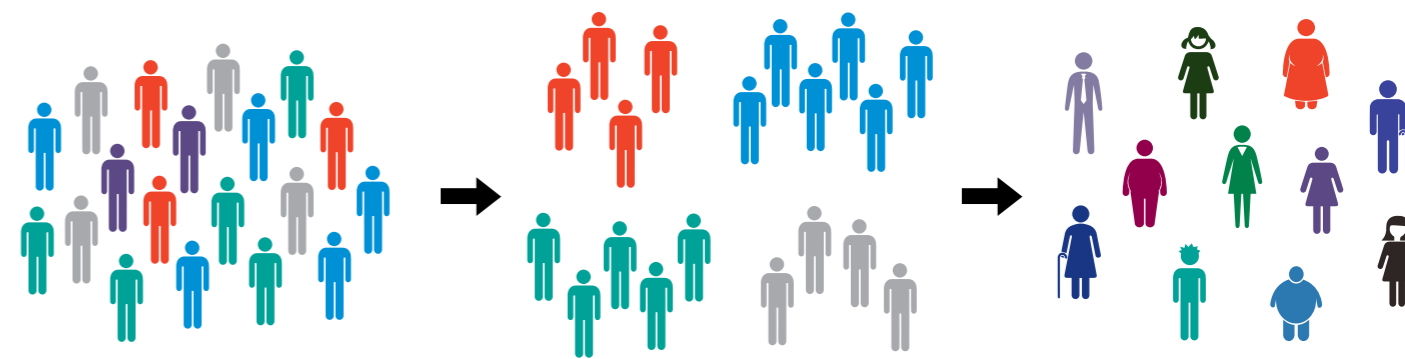
Еще одно «П» – превентивность – тоже всегда сопутствовало работе стоматолога. Обязательные регулярные осмотры и развитая профессиональная гигиена полости рта способствовали предотвращению появления новых заболеваний.

Но время не стоит на месте, и под персонализацией подразумевается уже нечто большее, пусть не исклю-

чающее старое понимание, но дополнительно привносящее новый смысл индивидуальному подходу к личности пациента. Речь идет о генетическом паспорте. Пусть пока система генетической паспортизации еще не охватывает 100% населения – это дело ближайшего будущего. Но генетики сильно продвинулись в исследовании генома человека и связанных с ним патологий. Затронуло это и стоматологию. И хотя стоматологические заболевания в большинстве своем не являются наследственными, нельзя недооценивать значение генетических исследований для стоматологии.

Проведены исследования, дающие обоснования для прогноза развития кариеса, обнаружены причины, обуславливающие нарушение регуляции процесса минерализации в зубной эмали. Созданы современные ДНК-технологии для оценки генофонда, прогнозирования резистентности твердых тканей зубов к кариесу, диагностики наследственной предрасположенности к возникновению основных стоматологических заболеваний. Такой подход делает возможным составление индивидуального плана профилактики кариеса зубов в зависимости от генотипа. Установлена взаимосвязь нарушений генов детоксикации ксенобиотиков и формирования зубочелюстных аномалий, обнаружены пусковые факторы среды для развития патологии.

Вся это совокупность данных дает клиницисту возможность фокусировать внимание на доклиническом





этапе заболевания, создавать вероятностный прогноз состояния здоровья пациента и предотвращать появление болезни.

Но на одной генетике свет клином не сошелся. Ведь появление пятого «П» – возникновение именно прецизионной медицины – было связано с преодолением кризиса, который произошел из-за провала надежд на возможности, связанные с расшифровкой генома человека. Это привело к развитию широкого спектра лабораторных исследований: стали повсеместно использоваться иммуногистохимические методы, базирующиеся на реакции антиген – антитело, широко распространился в клинической практике иммуноферментный анализ. Иммунология не меньше генетики позволила выйти на новый уровень понимания глубоких индивидуальных различий человека. Оценка характера воспалительных процессов полости рта, определение иммунного статуса организма для целей имплантации – очевидные, но далеко не единственные применения иммунологии в стоматологии. Определен иммунологический профиль, способствующий развитию кариеса.

Рассуждая о медицине «5П», нельзя не упомянуть биомаркеры –

биологические признаки, которые с высокой степенью достоверности позволяют качественно и количественно оценивать как патологические процессы в организме человека, так и эффективность применяемой терапии.

В условиях интенсивного развития исследовательской базы в области молекулярной медицины, геномики, протеомики и метаболомики появляются широкие возможности диагностики, терапии и профилактики большинства заболеваний человека. Накоплен колоссальный массив информации о геноме человека, молекулярном и клеточном уровнях патогенеза. Постоянно расширяется спектр биомаркеров, характеризующих тот или иной патологический процесс. Все это требует постоянного развития биоинформатики, расширения существующих баз данных, позволяющих анализировать данные конкретного пациента и на основе такого анализа определять индивидуальные стратегии профилактики и лечения, вплоть до составления персонализированных лекарственных препаратов.

Хотя необходимо отметить, что, как это ни парадоксально, но к настоящему времени при помощи протеомных биомаркеров мало что

удалось сделать для диагностики стоматологических заболеваний. Скорее всего, это объясняется тем, что такие привычные заболевания, как кариес или пародонтит, не являются однородными. Например, исследования протеомных маркеров кариеса и кариеса корня зуба практически не выявили общих маркеров для этих случаев. Но все это не означает, что в стоматологии не может быть применена функциональная протеомика. Необычайно высокий потенциал протеома слюны для диагностики многих, в том числе стоматологических, заболеваний доказывает это. Выявляемые во время протеомного анализа белки и пептиды позволяют оценивать состояние организма как до, так и после терапии. Особенно важно это в случае применения пептидных биорегуляторов, которые великолепно зарекомендовали себя в лечении заболеваний полости рта и, как показывают текущие исследования, вполне могут претендовать в будущем на место группы препаратов, являющихся базой для создания индивидуальных лекарственных средств.

Медицина «5П» является развивающейся областью здравоохранения. Многие из технологий, которые будут необходимы для достижения ее целей, находятся на ранних стадиях развития или еще не разработаны. Все еще ищутся способы стандартизации сбора, систематизации и хранения клинических данных. Меняется мышление врачей, в конце концов. Предсказать, к чему это придет на практике, пока трудно. Определить окончательные сроки перехода к новой модели – просто нереально. Оставить все как есть уже невозможно. Сможет ли стоматология удержать место флага в этом процессе? Надеюсь. Поживем – увидим.

Есть интересная статья для публикации в Dental CLUB ?

DENTAL Club Отправьте сюда! dc@nsella.ru



#КЭМ16
6-7 ИЮНЯ 2020

LIVE



16-я ОНЛАЙН-Конференция Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии и эстетической медицине



Мигель Стэнли



Олег Брагинский



Дамир Халилов



Алексей Талай



Владимир Якуба



Илья Злотников



Владислав Бермуда



Александр Белгороков



Евгений Котов



Дмитрий Лебедев



Юлия Якимук



Дмитрий Доценко



Павел Ройтберг



Светлана Грищенко



Евгений Рабцун



Лиана Давидян



Александр Семенов

@ info@kemstom.com



г. Москва, Lotte Hotel 5* (Штаб-квартира)



8-800-200-83-99, доб. 102



<https://stomconference.ru>





Альфа-Вита:

врачи с человеческим лицом

В полутора часах езды на электричке от Москвы, в Твери – городе, известном всем стоматологам своим профильным медицинским вузом – есть совершенно уникальная клиника, все сотрудники которой являются не просто отменными профессионалами, но и замечательными людьми. Сегодня беседуем с основателями клиники «Альфа-Вита» Алексеем Некрасовым и Василием Демьяновым о роли идеологии при открытии своего дела, трудностях на пути становления врача-стоматолога и важности правильного подхода к обучению.



Давайте начнем с истоков. Что повлияло на ваше решение стать стоматологом? Почему именно эта профессия?

Алексей: Выбор моей будущей профессии был всецело за моими родителями, к окончанию школы я профессионально занимался плаванием, «доплавался» до разряда КМС и о карьере стоматолога даже не помышлял. Я был усидчивым, любил собирать конструкторы и модели, что безусловно развивает мелкую моторику. Мои родители все это видели и совместно с моим дядей Егоровым Е.А., прекрасным стоматологом-ортопедом, который работает в Санкт-Петербурге, на семейном совете было принято решение, что дорога мне в Тверскую медицинскую академию. Это было в 1995 году.

Специализация по ортопедической стоматологии – это воля случая, в процессе учебы я познакомился с профессором Стрельниковым Валерием Николаевичем, который был оперирующим хирургом и ортопедом. Пациентов у «Шефа» было очень много, я старался как только мог работать с ним побольше и в итоге сформировался как ортопед.

Василий: У меня тоже нет романтической истории о том, что я стоматолог в n-ном поколении. Родители настаивали именно на этом выборе профессии и возразить я не мог. Меня привезли в тогда еще город Калинин и сказали: иди поступай. Я поступил. Это был 1991 год, и родители считали, что этой профессией можно зарабатывать.

Почему хирургия? На третьем курсе, когда мы только пришли

на хирургическую стоматологию, еще совсем зеленые, к нам прислали пациента, но ошиблись кабинетом (пациент, по идее, должен был идти к пятому курсу). Это был мужчина с периоститом, то есть нужно было делать разрез. Преподаватель решила его принять. Посадила в кресло и предложила мне выполнить манипуляцию. Я в тот момент вообще еще не очень понимал, что такое скальпель, но с удовольствием согласился. С дрожащими руками сделал анестезию и выполнил разрез, отсосов тогда не было, во рту набралось содержимое, пациент «кашлянул», и все это оказалось на мне. Вот после этого «боевого» крещения я полюбил хирургию.

По окончании вуза в 1996 году я еще не имел российского гражданства, оставаясь гражданином Грузинской ССР, где я родился, и в интернатуре мне отказали. Я расстроенный шел по коридору академии, а на встречу шел декан стоматологического факультета,

зав. кафедры хирургической стоматологии, профессор Виктор Васильевич Богатов. Выслушав мою историю, он спросил, получу ли я гражданство за 3 месяца, я сказал: «Получу». «Тогда приходи в понедельник в челюстно-лицевое отделение, будешь хирургом». Вот так судьба привела меня в хирургию.

Рано или поздно у каждого врача-стоматолога появляются мысли о создании собственной клиники. Кому и как пришла в голову идея основать «Альфа-Виту»?

Василий: Эта задумка витала в воздухе давным-давно, я в частной медицине с 1999 года: работал в клинике с прекрасными людьми, мы могли развиваться в любом направлении и нас никто не ограничивал. Но всегда хотелось чего-то большего, и предложений у меня было много как от медиков, так и от людей, не имеющих отношение к специальности. »





Я к этому всегда относился настороженно, и для меня выбор партнера – решение достаточно ответственное, потому что на моих глазах люди объединялись, создавали клиники, потом что-то шло не так и все рушилось. А у нас такая профессия: если ты что-то делаешь, то чтобы пациенты были уверены в тебе, в твоей клинике, это должен быть очень стабильный и многолетний проект. Клиника не должна закончить свою работу через год после ее образования.

Мы с Алексеем к тому времени уже много лет были знакомы, и когда я окончательно созрел, мы все обсудили, решили попробовать и создали то, что у нас есть сейчас. Для меня вопрос выбора партнера – это не просто его финансовые возможности. Человек должен быть единомышленником и в идеале коллегой, а не просто инвестором. Тогда совершенно другое взаимопонимание и понимание процессов развития клиники.

Алексей: Секрет успеха заключается в выборе партнера, с моей точки зрения, для жизни, будет лучше, если он у тебя есть. Это должен быть достойный человек и профессионал своего дела. Тогда можно спокойно друг на друга положиться.

Наверняка на вашем пути встретилось немало трудностей, который пришлось преодолеть с момента открытия «Альфа-Виты» в 2013 году?

Алексей: Самая большая трудность при формировании новой клиники – создать ее концепт и понять, реализуем ли он. Первое, с чем приходится сталкиваться, – это выбор врачей, которые разделяют твою идеологию построения клиники. Все напрямую упирается не в технические вещи, такие как подбор помещения или освещения, а в найме специалистов, которые будут понимать и разделять эту идеологию и работать в этом направлении.

В нашей клинике акцент делается на комплексном лечении. Мы предлагаем нашим пациентам формирование плана лечения, который контролируется врачом-куратором. Пациент может и не чувствовать, что каждый из врачей-кураторов отслеживает его ситуацию, что с ним происходит на всех этапах. Одна из наших главных задач заключается в том, чтобы все необходимые в работе специалисты участвовали во всех манипуляциях, пусть даже с позиции наблюдателя.

Василий: Не надо бояться открытия клиники. По большому счету, особых сложностей нет. Да, нужно побегать с бумагами, что-то нужно подписать, но все это абсолютно реализуемо, если не гнаться за сверхприбылями.

Чем «Альфа-Вита» отличается от конкурентов?

Василий: В каком-то плане нашу клинику сложно назвать бизнесом, потому что есть задачи лечебные, а есть задачи бизнеса. Да, «Альфа-Вита» создана не только для того, чтобы зарабатывать деньги, но еще и чтобы мы тут работали и получали удовольствие. Я не лукавлю: нам хочется зарабатывать и хочется зарабатывать много. Но мы очень во многом идем пациентам навстречу и готовы делать какие-то оперативные вещи (как имплантация или ортопедия), с точки зрения бизнеса, в ущерб себе, но просто хочется помочь. Именно в этом секрет успеха нашей клиники и врачей, потому что у нас достаточно плотная запись для города с такой высокой конкуренцией. Люди чувствуют это отношение –

в каких-то человеческих вопросах мы всегда готовы пойти на уступки. Когда я слышу от пациента слово «кредит», то у меня ценник падает чуть ли не до себестоимости.

Алексей: Когда я сам обращаюсь к врачам других специальностей, я вижу, что сейчас отношение врача к пациенту меняется. Это касается и регламента по приему по времени: например, иногда так бывает, что доктор просто не уделяет достаточного внимания пациенту, не хотел бы углубляться в некоторые сложности его ситуации. Мы же стараемся подойти к делу иначе: наш пациент может получить то количество времени, которое ему необходимо, чтобы он мог разобраться в ситуации. Мы проводим комплексные консультации для того, чтобы пациент полностью понял и принял план предлагаемого лечения, и только после этого приступаем к реализации лечения и поддерживаем пациента на всех этапах.

Экономика нашей страны иногда выкидывает разные сюрпризы, а наши пациенты иногда проходят очень долгосрочное лечение, особенно связанное с хирургическим приемом. Мы стараемся сохранить лояльность, несмотря на то, что терпим какие-то неудобства с позиции бизнеса. Но мы ставим во главу угла именно лечебный процесс, и наши пациенты это очень ценят. Поскольку индивидуальность в наше время отходит на второй план, мы стараемся идти против течения и заниматься людьми персонально¹.

¹ Статью о принципах 5П-медицины в стоматологии читайте на с. 46.

На что вы обращаете внимание, когда к вам приходит человек на собеседование?

Василий: Мы стараемся анализировать не просто по уровню работы, подходит или не подходит. Это должны быть еще и внутренние качества: человек должен влиться в коллектив, должен быть единомышленником. И здесь очень важно желание работать именно в этой команде. Например, мы столкнулись с огромным числом врачей, ассистентов, медицинских сестер, у которых подход примерно такой: отработать от звонка до звонка, получить зарплату и уйти. Нас это немного не устраивает.

Были ли случаи, когда вам приходилось расставаться с кем-то из ваших докторов?

Алексей: Есть два фактора, влияющих на подобное решение. Первый – это профессиональные качества, второй – это фактор экономики. Город Тверь находится недалеко от столицы, которая является совершенно другой экономической зоной с абсолютно другими возможностями и у пациентов, и у врачей. Поэтому мы вынуждены конкурировать как работодатели. Иногда случается и так, что мы не можем этого сделать. Крайне редко. Но доктор, который хочет уехать в Москву, волен принимать решение исходя из того, что лучше лично для него.

Василий: Что касается врачей, у нас уволилось два человека, начиная с 2013 года. Это очень хорошие доктора, которых мы знаем давно, но мы не сошлись именно в идеологии.





Екатерина Бессонова, Алексей Некрасов, Василий Демьянов

Прежде чем нанимать людей, мы стараемся к ним присмотреться. Основной костяк нашей клиники – это те, кого мы знаем давно, кто когда-то с нами учился или много лет работал, кого мы знаем с разных сторон: и как человека, и как специалиста. Молодые же врачи не приходят к нам с улицы. Чаще всего мы берем ассистентами студентов – стараемся брать местных ребят из Твери, которые хотят остаться в городе. И пока два-три года они с нами работают, мы понимаем, что это за человек, насколько он дисциплинирован и мотивирован, горят ли у него глаза.

Вообще, подбор персонала – это самое сложное. Начиная от уборщицы и заканчивая директорами. Если ты лично не знаешь нужного человека, то найти хорошего специалиста, который бы еще принял и разделил твои ценности и идеологию, достаточно сложно. В тех же, с кем работаешь уже много лет, ты абсолютно уверен, и у тебя нет страха, что кто-

то убежит или соблазнится предложением другой клиники.

Каким образом вы выбираете оборудование?

Алексей: Поскольку у нас клиника работает очень интенсивно, мы поставили себе задачу при выборе оборудования, чтобы оно было надежным и в случае необходимости максимально быстро ремонтировалось. Поэтому изначально мы проанализировали возможности инженеров, которые это оборудование обслуживают. И я всем настоятельно рекомендую выбирать себе технику именно с этой точки зрения, если клиника собирается работать интенсивно и при достаточно большом потоке пациентов, которые не хотели бы больших перерывов в работе стоматологии. Доктора тоже заинтересованы в том, чтобы клиника всегда была работоспособна.

Василий: Мы не приобретаем имиджевые штуки, чтобы просто ими похвастаться, нас интересуют

рабочие лошадки, и мы хотим получать определенное качество. Это наше кредо. Любое новое оборудование, будь это операционный микроскоп или компьютерный томограф, приобретается в клинику после тщательного анализа рынка в целом. Учитывая, что любое новое оборудование должно работать и приносить прибыль, персонал клиники заранее обучается работе с ним. Мы стараемся идти в ногу со временем и в данный момент ждем поставки внутривитового сканера и 3D-принтера.

Что вы предпочтете, если у вас сломается наконечник? Купить новый или починить сломанный?

Алексей: Мы действуем в равной мере и так, и так. Все зависит в буквальном смысле от стоимости оборудования и от времени, которое затрачивается на приведение его в рабочее состояние. Если время исчисляется более чем несколькими днями, то мы покупаем новое и все равно чиним старое. Стоматология – это отчасти производство, а на производстве всегда должны быть дублирующие элементы, которые позволяли бы сохранять работоспособность. Не секрет, что современная техника не обладает таким потенциалом, как техника предыдущих поколений, то есть все сейчас делается не так надежно, как хотелось бы, поэтому склад запчастей формируется естественным путем и держится на всякий случай. Опять же – с учетом индивидуальных особенностей каждой клиники. «Альфа-Вита» работает в полном объеме, и поэтому мы должны под-

держивать работоспособность на постоянном уровне.

Как вы относитесь к обучению своих врачей? Насколько это важно и посещаете ли какие-то курсы лично?

Василий: Обучение специалиста любого возраста и профессионального уровня – крайне важная задача.

В реалиях нашего времени лекции читают все и на любые темы, есть опыт у ментора или его нет – он уже что-то рассказывает. В 90% случаев это курсы, которые связаны с пересказом чужого материала: у одного послушал, в другом источнике почитал, три кейса собрал и уже подает это как самостоятельную лекцию. Учитывая, что все обучение довольно недорого, а мы своим докторам как минимум половину оплачиваем, то мы стараемся подбирать курсы максимально тщательно, чтобы это не было бесполезно потраченное время и выброшенные деньги. У меня самого часто так бывает: приеду, посижу-погрущу и уеду. Поэтому мы считаем, что обучение должно быть полезным и применимым в работе.

Мы смотрим на то, где специалисты немножко проседают, и подбираем учебу в соответствии – просматриваем лекторов, советуемся со знакомыми врачами для понимания, кто лучше доносит информацию. Каждый специалист нашей клиники должен посетить в год минимум 4 обучающих семинара. Причем в это число входят не просто какие-то общие конференции, а именно узко направленное обучение. Клиника постоянно приобретает

БЛИЦ-ОПРОС

Чем должно пахнуть от стоматолога?
Уверенностью!

Дайте совет тем, кто сейчас заканчивает стоматологические вузы.
Нет ничего важнее, чем фундаментальные знания.

Кем бы Вы стали, если бы не стоматологом?
Директором Ленинской библиотеки или тренером по плаванию.



Алексей Некрасов

Чем должно пахнуть от стоматолога?
Дважды уверенностью! А парфюмы – это дело относительное.

Дайте совет тем, кто сейчас заканчивает стоматологические вузы.
Если воспринимать пациентов как источник дохода, то нужно уходить из профессии сразу.

Кем бы Вы стали, если бы не стоматологом?
Первоклассным автослесарем!



Василий Демьянов

для врачей новую литературу, обучающие вебинары и т.д. Помимо этого внутри нашей организации периодически проводятся обучающие курсы с приглашением сторонних специалистов.

Как проводите свободное время и как расслабляетесь после тяжелых трудовых будней?

Алексей: Семья и дети для меня, безусловно, в приоритете. Если же говорить о хобби, то я книголюб и библиофил, очень люблю книги, связанные с историей. Последнее произведение, которое я прочитал, посвящено

вопросу происхождения человека писателя-антрополога Станислава Дробышевского – в последнее время меня увлекли его труды и тема в целом.

Василий: Мне очень нравится готовить, причем в этом процессе принимают активное участие мои сыновья. Я могу отключиться от всего, только когда что-то «у костра» делаю, для меня важен процесс. ¶

Беседовала
Екатерина Бессонова.



НОВЫЙ УРОВЕНЬ ТОЧНОСТИ
И ЭРГОНОМИКИ

НАБОР ДЛЯ НАВИГАЦИОННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ GSTK



ХИРУРГИЧЕСКИЙ ШАБЛОН
ПОДГОТОВКА И ФИКСАЦИЯ



ОСТЕОТОМИЯ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ СВЕРЛА



УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА
ИМПЛАНТОВОДЫ



ИНСТРУМЕНТЫ И АКСЕССУАРЫ



ЭРГОНОМИКА НАБОРА





Непрерывное медицинское образование

как обязательное условие развития врача-стоматолога



Пандемия коронавируса COVID-19 стремительно пронеслась по всей планете, прервав наш привычный жизненный уклад и изолировав всех дома для собственной сохранности. Неудивительно, что освободившееся время врачи-стоматологи начали использовать с умом и обратили свой взор к образованию. Некоторое время назад введенная правительством система присвоения баллов НМО вызывает много вопросов у специалистов и требует отдельного внимания. Давайте разберемся вместе в данной статье, пока мы все на карантине, чем новая система отличается от старой и каким образом можно получить заветные баллы, так важные для профессионального роста врача-стоматолога.

София Галабурда,
генеральный директор
учебного центра «Медикал
Консалтинг Групп», г. Москва

Качество стоматологической помощи в значительной мере зависит от профессиональной компетентности врачей-стоматологов, и в формировании необходимых компетенций ведущая роль принадлежит системе непрерывного профессионального развития специалиста.

В настоящее время определены три уровня профессиональных образовательных программ:

- 1) программы среднего профессионального образования;
- 2) программы высшего образования;
- 3) дополнительные программы.

Реализация программ медицинского направления обеспечивает непрерывное совершенствование узкоспециальных знаний и умений, которые формируют навыки, а также постоянное повышение профессионального уровня, квалификации и компетентности.

К образовательным программам высшего медицинского образования относятся программы специалитета, ординатуры, подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре. Ранее программы обучения в ординатуре и аспирантуре относились к послевузовскому профессиональному образованию, которое прекратило существование как самостоятельный вид образования.

Необходимо отметить, что несколько лет назад вступил в силу приказ Минобрнауки России № 16 от 14.01.2011 (ред. от 31.05.2011). Согласно ему выпускники стоматологического факультета вправе самостоятельно проводить ле-

чение пациентов в рамках своих общекультурных и профессиональных компетенций. Напомню, прежде (в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, специальность «Стоматология», врач-стоматолог) выпускник имел право проводить лечебно-профилактическую деятельность только под контролем сертифицированных специалистов и мог занимать врачебные должности, не связанные с самостоятельным ведением больных.

Однако есть еще один нюанс. Приказом Минобрнауки России № 1061 от 12.09.2013 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» установлено после окончания специалитета присваивать выпускнику квалификацию «врач-стоматолог общей практики». Тогда как после освоения программ высшего образования – квалификации «врач-стоматолог». Другими словами, с 2016 г. выпускник стоматологического факультета будет иметь специальность «Стоматология» с квалификацией «Врач-стоматолог общей практики». Получение же специальности: «Врач-стоматолог общей практики» с квалификацией «Врач-стоматолог» возможно только после освоения программ ординатуры.

Послевузовское профессиональное образование прекратило существование как отдельный вид подготовки. Исключением стало обучение в интернатуре для тех, кто поступил до 01.09.2017. В настоящий момент лица, имеющие высшее медицинское образование и обучающиеся в интернатуре, яв-

ляются интернами, и на них распространяются права, обязанности, меры социальной поддержки и стимулирования, установленные для ординаторов. К осуществлению образовательной деятельности по программам интернатуры и ординатуры применяются одинаковые правила.

Согласно Федеральному закону № 273-ФЗ от 29.12.2012 (ред. от 29.06.2015) дополнительное профессиональное образование можно получить, пройдя программы профессиональной переподготовки (ПП) и программы повышения квалификации (ПК). Важно отметить, что законом не предусматриваются федеральные государственные требования или стандарты в отношении программ дополнительного профессионального образования.

Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по программам ПП и ПК определен приказом Минобрнауки России № 499 от 01.07.2013 (ред. от 15.11.2013). При этом минимально допустимый срок освоения программ ПК не может быть менее 16 ч., а срок программ ПП — менее 250 ч. Вместе с тем содержание дополнительной профессиональной программы разрабатывает организация (например учебный центр), осуществляющая образовательную деятельность.

Реализация программ дополнительного профессионального образования стоматологов (ПП и ПК) в настоящее время осуществляется без каких-либо нововведений и в прежнем формате. Выдача и продление срока действия сертификатов специалиста на пятилетний срок после успешно-

го освоения программ будет осуществляться до 1 января 2021 г. с сохранением их действия до истечения указанного в них пятилетнего срока. Это значит, что, например, датированные декабрем 2020 г. сертификаты специалиста будут сохранять свое действие по декабрь 2025 г., а их обладатели до этого срока не должны будут проходить процедуру аккредитации.

Что касается профессиональной переподготовки, то в соответствии с приказом Минздрава России от 25.02.2016 года № 127н, выдача сертификата специалиста с пятилетним сроком действия после освоения программ ПП предусмотрена только до конца 2017 г. При этом с 1 января 2018 г. лица, успешно освоившие программу ПП, должны будут проходить первичную специализированную аккредитацию.

В соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно – с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории подлежащих аккредитации специалистов, утверждены вступившим в силу 28.03.2016 г. приказом Минздрава России от 25 февраля 2016 г. № 127н. Вместе с тем, Положение, устанавливающее порядок организации и проведения аккредитации специалиста, пока не утверждено, имеет статус проекта и находится в стадии обсуждения.

В настоящее время ни одним нормативным актом не закреплена необходимость реализации повышения квалификации в рамках НМО по принципу: 50 кредитов в год и 250 кредитов за пятилетний

период как непереносимое условие аккредитации. Эта информация относится пока только к упомянутой выше модели НМО и приведена на сайте Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России в следующей редакции. «В переходный период (с 2016 по 2020 г. включительно) врачи получают сертификаты по существующей системе (в том числе по модели НМО). Однако после получения последнего сертификата, со следующего года должны будут накапливать по 50 кредитов в год по системе непрерывного медицинского образования. Для последующей аккредитации по специальности врач должен «накопить» за 5 лет 250 кредитов».

Поэтому все медицинские работники в настоящее время, как и ранее, могут проходить обучение по программам повышения квалификации для продления сертификата специалиста в сроки, соответствующие сроку окончания действия данного сертификата, а также осваивать новые специальности, обучаясь по программам профессиональной переподготовки.


С начала 2021 г. право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности будет подтверждаться только через процедуру аккредитации (Приказ Минздрава России от 22.12.2017 г. №1043н).

Всего существует три вида аккредитации: первичная (при окончании обучения), первичная специализированная (при профессиональной переподготовке) и периодическая аккредитация (аналог подтверждения сертификата).

Но уже в 2020 г. в законе № 323-ФЗ начинает действовать новая редакция, которая вводит понятие непрерывного медицинского образования (или развития) в обязанность медработника. НМО станет обязательной неотъемлемой частью прохождения периодической аккредитации уже в самое ближайшее время.

Поскольку НМО перейдет в обязательный режим для всех, это значит, что медицинские работники должны проходить обучение в непрерывном режиме, а не раз в 5 лет, как это было раньше. Когда именно учиться — решать должен медработник, он может самостоятельно планировать вебинары и посещать конференции. Участвовать в НМО могут специалисты с высшим и средним медицинским образованием.

В завершение статьи я хотела бы призвать всех врачей-стоматологов ответственно отнестись к данным еще пока новшествам в законодательстве и выбирать программу обучения, исходя из своих профессиональных потребностей. К слову, наш учебный центр «Медикал Консалтинг Групп» аккредитован присваивать баллы, и несколько месяцев назад мы запустили первые программы с присвоением баллов НМО, которые к текущему моменту пользуются огромным спросом и уважением всех прошедших их слушателей. Ознакомиться с расписанием вы можете на сайте www.medical-cg.ru

Есть интересная статья для публикации в Dental CLUB ? 

DENTAL Club Отправьте сюда! dc@nsella.ru

MEDICAL

consulting group

НОВЫЙ ВЗГЛЯД
на очевидные вещи


БАЛЛЫ НМО ВЕБИНАРЫ
СЕМИНАРЫ
ПРАКТИКА
МАСТЕР-КЛАССЫ НЕТВОРКИНГ
ОБУЧАЮЩИЕ КУРСЫ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Лицензия на осуществление образовательной деятельности № 040176 от 05.07.19.


Москва


+7 (495) 775-82-25
+7 (910) 442-07-94

info@medical-cg.ru
www.medical-cg.ru

 @medical_cg

 @medical_consulting

 @medical.cg

 www.youtube.com/channel/UCcR3QgYpodvkZ3mfcUld6tA

Отказ клиники от исполнения договора с пациентом



В моей юридической практике ни одного семинара за почти десять лет не проходило без вопроса врачей и руководителей клиник о том, как прервать лечение пациента. Это одна из самых актуальных тем современной стоматологии, с которой специалисты сталкиваются с печальной частотой, – как полюбовно расстаться с пациентом и расторгнуть с ним договор на оказание услуг по желанию лечащей стороны?

Сразу оговоримся, что прекратить отношения с пациентом может либо врач (и это один алгоритм, законодательные нормы, условия), либо само юридическое лицо – клиника (и это другой алгоритм, нормы и условия). В настоящей статье речь пойдет о втором случае.

В обиходе для руководителей клиник не существует разницы между словосочетаниями «расторгнуть договор в одностороннем порядке» и «отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке». Однако с юридической точки зрения, несмотря на одинаковые последствия в виде прекращения обязательств обеих сторон, это не одно и то же.

Согласно ст. 450 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) расторжение договора – это, по сути, соглашение сторон, то есть обе стороны должны согласиться на прекращение обязательств. И так бывает, когда и пациент, и клиника готовы на расторжение договора, обсуждают условия и подписывают «Соглашение о расторжении договора на оказание медицинских услуг». Например, у пациента есть претензия о качестве оказанных услуг и стороны договариваются о возврате стоимости лечения и подписывают соглашение о расторжении договора.

Если же расторгнуть договор хочет только одна из сторон, то спор передается на разрешение суда. Одностороннее расторжение договора вне судебной процедуры недопустимо, поэтому любые пункты в договоре с пациентом, где написано «Клиника-исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор, если...» будут считаться недействительными и нарушающими права пациента-потребителя¹.

По общему правилу односторонний отказ от исполнения договора не допускается (ст. 310 ГК РФ), если иное не предусмотрено федеральными законами. Это значит, что отказаться в одностороннем порядке от исполнения договора, стороной которого является гражданин-потребитель, можно только в том случае, если эта возможность прямо предусмотрена в законе.

Такая возможность для клиник-исполнителей предоставлена в статье 36 Закона РФ «О защите прав потребителей». Фактически в нашем законодательстве это единственная статья, позволяющая клинике-исполнителю легально, при соблюдении предусмотренного в статье алгоритма, отказаться в одностороннем порядке от исполнения договора с пациентом.

Разберем положения данной статьи (здесь не точно по тексту, а в

¹ Соответственно, при проверке Роспотребнадзора или Росздравнадзора это может быть основанием для наложения штрафа на клинику.

адаптированном для читателя варианте):

1. Если имеют место обстоятельства, которые зависят от потребителя и которые могут снизить качество оказываемой услуги либо повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, Исполнитель обязан своевременно информировать об этом потребителя.

При оказании медицинских услуг такими обстоятельствами могут быть:

- невыполнение рекомендаций врача (неудовлетворительная гигиена полости рта, отказ от ношения межчелюстных тяг, нарушение режима после оперативных вмешательств, самостоятельное снижение дозировок назначенных препаратов, отказ от их приема и так далее);

- отказ пациента от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить точный диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, обеспечить безопасность оказываемой услуги (например, отказ от КТ, прицельных снимков, отказ беременной пациентки принести справку от лечащего врача об отсутствии противопоказаний, отказ пациента от посещения ЛОР-врача при планируемой имплантации на верхнюю челюсть и так далее);

- нарушение правил внутреннего распорядка медицинской организации, которые напрямую влияют на процесс оказания медицинской услуги (например, отказ надеть бахилы при посещении лечебного кабинета, фото- и видеосъемка врача сопровождающими пациента лицами в процессе оказания услуги);

- некорректное, неэтичное, в целом деструктивное поведение пациента в отношении лечащего врача, что делает невозможным установление терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом и приводит к отказу врача от лечения пациента (случай, когда клиника не имеет другого специалиста аналогичной специальности);

- неоднократные неявки на приеме без уважительных причин, без предупреждения врача.

Таким образом, при возникновении перечисленных обстоятельств, клиника должна уведомить об этом пациента. Поскольку нам важно сохранить доказательства информирования пациента, письмо-уведомление нужно обязательно составлять в письменном виде и отправлять заказным письмом с уведомлением о вручении и описью вложенного². Уведомление к вам вернется, и на нем

² Крайний случай – прямо на приеме сделать соответствующую запись в медицинской карте и взять подпись пациента об ознакомлении.

Екатерина Салыгина,

к.ю.н., медицинский юрист, член ассоциации юристов России, автор и ведущий семинаров для стоматологических клиник, автор книги «Юридическое сопровождение деятельности частной медицинской организации» (изд. СТАТУТ, 2013 г.), автор и лектор семинаров в «Медикал Консалтинг Групп»



будет стоять штамп даты вручения пациенту уведомления.

В уведомлении, помимо указания на собственно факт наличия обстоятельств, которые зависят от пациента и делают невозможным качественное оказание услуг, важно установить разумный срок для того, чтобы пациент изменил свое поведение (явился на прием, начал соблюдать рекомендации, посетил необходимых специалистов и пр.). Разумным будет срок 10 календарных дней: меньше лучше не ставить, поскольку в случае спора суд может сослаться на то, что у пациента физически не было времени исправить ситуацию.

2. Если пациент-потребитель в разумный срок не устранит обстоятельств, которые могут влиять на качество или сроки оказания медицинской услуги, клиника-Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора оказания медицинских услуг.

Сам отказ оформляется так же – уведомлением. Об этом говорит п. 1

ст. 450.1 ГК РФ. Уведомление оформляется в письменном виде и направляется пациенту тоже заказным письмом с уведомлением и описью вложенного. И квитанцию об отправке, и уведомление, и опись нужно обязательно сохранять.

Что рекомендуется отразить в уведомлении:

1. Еще раз описать ситуацию, которая привела к решению о прекращении отношений (лучше указать конкретные причины, сделать ссылку на медицинскую карту с датами неявок или зафиксированными фактами несоблюдения рекомендаций).

2. Зафиксировать ваше решение об одностороннем отказе от исполнения договора с пациентом. Четко оговорить, что согласно п. 1.2. ст. 450.1 ГК РФ, с момента получения уведомления пациентом договор об оказании медицинских услуг прекращается, то есть считается расторгнутым.

3. Поскольку такие ситуации часто складываются при незавершенном лечении (например, пациент не является на установку съемного протеза или при завершеном этапе имплантации не является на протезирование), важно проинформировать пациента о рисках и возможных осложнениях в случае прекращения/приостановления лечения на длительный срок. Чем более конкретно, тем лучше: какие могут быть последствия для здоровья, если пациент не продолжит, не завершит начатое лечение?

4. Не обязательно, но возможно рекомендовать пациенту в этом письме других специалистов по профилю его проблемы (это лишний раз продемонстрирует добросовестность клиники и не позволит обвинить ее в том, что «пациента бросили»).

Напомним, что наше законодательство в ст. 11 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрещает отказывать в оказании медицинской помощи любой медицинской организации, независимо от формы собственности, если у пациента экстренная ситуация, то есть имеет место угроза для жизни. Это тот случай, когда норма о договорных отношениях ст. 36 Закона «О защите прав потребителей» действовать не будет, поскольку под угрозой находится жизнь человека.

Алгоритм и перечень обстоятельств, которые зависят от пациента, лучше четко прописать в договоре на оказание стоматологических услуг, то есть «на берегу» определиться с пациентом, в каких случаях и в каком порядке клиника вправе отказаться с ним работать.

Утвержденных форм уведомлений в действующем законодательстве не содержится, поэтому форма писем пациенту может быть произвольной. Важнее, чтобы в них были отражены все описанные в статье фактические обстоятельства, на которые опирается клиника. ¶

✓ Актуальная тема

? В начале января текущего года всех потрясла история о том, что в одной из клиник г. Уссурийск врач-стоматолог отказался принять ребенка с острой зубной болью и предоставить мотивированный отказ, а также применил физическую силу к сопровождающему родителю. В деталях дела мы предоставим разобранную уполномоченным органам, но с юридической точки зрения – имел ли право врач-стоматолог отказать в приеме трехлетнего ребенку с сильной зубной болью? Не являются ли данные обстоятельства экстренной ситуацией, когда пациенту отказать нельзя? Как должен повести себя врач-стоматолог в такой ситуации, если он в силу каких-то обстоятельств не хочет провести первичный прием пациента?

! Важно понимать, что в новостном сообщении речь идет о городской стоматологической поликлинике, то есть о муниципальной медицинской организации, которая обязана оказывать медицинскую помощь по программе государственных гарантий бесплатно. Согласно ч. 1 ст. 11 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой госгарантий не допускается. То есть государственная/муниципальная клиника не вправе отказать пациенту ни при каких условиях. Даже если отказывается работать конкретный врач с конкретным пациентом, то руководитель обязан найти замену врачу.

Другая ситуация будет с частными медицинскими организациями, не работающими в рамках системы ОМС. Частная клиника обязана оказать медицинскую помощь бесплатно и безотлагательно, если имеет место экстренная ситуация (ч. 2 ст. 11 ФЗ № 323). Экстренная медицинская помощь оказывается тогда, когда есть угроза для жизни пациента. Очевидно, что острая зубная боль – это не экстренная ситуация; неотложная – возможно, но угрозы жизни, как правило, в таком случае нет. Если у врача частной клиники объективно нет времени на полноценный прием пациента с острой болью, он, как минимум, должен его осмотреть, оформить карту 043-У, зафиксировав в ней отсутствие экстренной ситуации и дать четкие рекомендации, в какой срок и куда ему нужно обратиться за медицинской помощью в плановом порядке.

Есть интересная статья для публикации в Dental CLUB? ✉

Отправьте сюда! dc@nsella.ru

THE BAMBACH SADDLE SEAT™



РЕКЛАМА

ЭВОЛЮЦИЯ В ЭРГОНОМИКЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОКАЗАНА МЕДИЦИНСКИМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ

■ УСТРАНЯЕТ БОЛИ В СПИНЕ

■ НЕТ ДАВЛЕНИЯ НА ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ

■ ПОДДЕРЖИВАЕТ ПРАВИЛЬНУЮ ОСАНКУ

■ ПОМОГАЕТ РАБОТАТЬ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

■ СПОСОБСТВУЕТ ХОРОШЕЙ ЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ

■ УСТРАНЯЕТ ПРОБЛЕМЫ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

f @nsella.ru

@nsella.ru

B vk.com/nsella

Москва

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

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

Подводные ★ камни ★

в рекламе

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ услуг

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

Рекламировать частные стоматологические услуги непросто. Методы, которые предлагают менеджеры по рекламе, не всегда законны. Всегда ли предлагаемые способы рекламирования стоматологической клиники являются юридически «чистыми»? Как их сделать таковыми? В данной статье мы поговорим об аспектах рекламы медицинских, в частности стоматологических услуг. Давайте проплывем безопасно вместе с вами, дорогие читатели журнала, мимо подводных камней рекламы.

Реклама, как сфера общественных отношений и одна из форм коммуникации, насчитывает в своем развитии, по мнению ученых, более шести тысяч лет, и эта сфера всегда регулировалась. Так, еще в античных Афинах магистрат учреждал должность блюстителя порядка на рыночной площади – агоранома, который следил за пристойностью зазывных криков бродячих торговцев. Древнеримские эдикты, регламентирующие рыночную торговлю, требовали, чтобы распространяемые сведения были достоверны. Требование достоверности рекламы актуально и по сей день и нашло свое

отражение в Федеральном Законе «О рекламе» от 13 марта 2006 года № 38-ФЗ.

Прежде всего, что подразумевается под термином реклама?

В ч. 1, ст. 3 Закона о рекламе законодатель определяет рекламу как информацию, распространенную любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованную неопределенному кругу лиц и направленную на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке.

Основная смысловая нагрузка в определении рекламы ложится на компонент «информация». При этом законодатель подчеркивает: способ, форма и средства распространения информации – любые.

Важен содержательный компонент рекламы, не случайно законодатель не определяет рекламу как деятельность: действия не составляют содержание рекламы, а осуществляются по поводу и в отношении информации, направленной на привлечение внимания к объекту рекламирования.

Внимание потребителя прежде всего привлекается к конкретной информации, содержание которой не оставляет его равнодушным, побуждает приобрести рекламируемый товар, работу или услугу.

Следует отметить, что как информацию определяют рекламу и сами практики рекламного дела. «Реклама (advertising) – информация о товарах, различных видах

Что не является рекламой?

- информация, раскрытие которой является обязательным в соответствии с нормами законодательства;
- справочно-информационные и аналитические материалы;
- сообщения органов государственной власти и иных муниципальных органов;
- вывески и указатели;
- упоминания о товаре, которые органично интегрированы в произведения науки, литературы или искусства, и пр.».

Таким образом, **информация о наименовании учреждения здравоохранения, месте его нахождения, лицензии, медицинском персонале, перечне платных медицинских услуг с указанием цен не является рекламой.**

услуг и т.п. с целью оповещения потребителей и создания спроса на эти товары, услуги и т.п.)».

При всем многообразии форм, средств и способов рекламирования – уличная, щитовая, ритейл-реклама, сувенирная, на транспорте; реклама утверждающая, увещательная, напоминающая – это всегда информация.

Любая реклама разрабатывается для определенной целевой аудитории (это закон рекламной деятельности), но получателями этой рекламы (приемником информации) становится неопределенный круг лиц.

Достоверность

Реклама должна быть добросовестной и достоверной. Это требование законодателя. Недобросовестная реклама и недостоверная реклама не допускаются.

При сравнении в рекламе собственных услуг с услугами конкурентов не позволено сравнение, основанное на несопоставимых критериях, поскольку это искажает представление пациента и

не позволяет объективно оценить результат услуги.

Распространение медицинской организацией рекламы с некорректным сравнением с использованием таких словосочетаний, как «самая низкая цена в городе», «лучшие врачи города только у нас», «мы лучшие, и с этим надо смириться», является недобросовестной рекламой.

Антимонопольной службой установлены факты публикации рекламных материалов с неоднократным использованием слов с семантическим значением превосходства и первоклассности, а также прилагательных в превосходной степени. В результате у потребителей рекламы может создаться впечатление о том, что данная стоматологическая клиника, ее услуги и используемое оборудование являются лучшими на рынке.

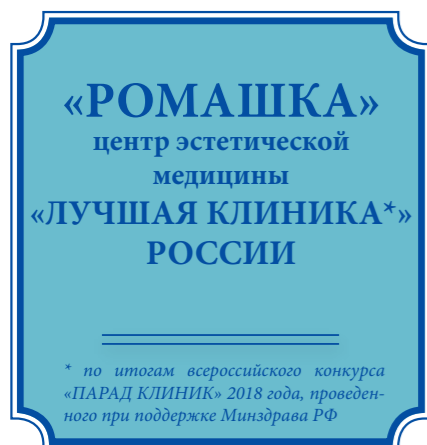
Так, в рекламной информации, вышедшей в эфир радиостанции и опубликованной в журналах, употребляются следующие слова

Дорогие читатели, в тексте статьи все реальные названия клиник заменены на вымышленные.

и словосочетания: «первая», «передовой», «непревзойденные», «сверхпрочные», «высочайшее качество», «безупречное качество», «лучшие специалисты», «профессиональная команда первоклассных докторов», «безупречная имплантация», «стандарты лучших», «лучшее из возможного», «эксклюзивное качество лечения» и др.

Кейс №1

Управлением ФАС было возбуждено административное дело, материалами которого было установлено, что на щитовой рекламной конструкции, расположенной в районе многоквартирного жилого дома N была размещена информация следующего содержания:



Рекламный слоган «ЛУЧШАЯ КЛИНИКА*» РОССИИ может восприниматься потребителями рекламы по-разному, но доминирующим смыслом данной фразы является его буквальное толкование – это преимущество перед остальными.

Использование в рекламе сравнительной характеристики объекта рекламирования с ины-

ми товарами, например путем употребления слов «лучший», «первый», «номер один», должно производиться с указанием конкретного критерия, по которому осуществляется сравнение и который имеет объективное подтверждение. Поэтому реклама, не сопровождаемая таким подтверждением, должна считаться недостоверной, как содержащая не соответствующие действительности сведения о преимуществах рекламируемого товара.

В данном случае общее восприятие рекламы вводит потребителей рекламы в заблуждение, поскольку в ней приводятся не обладающие достоверностью сведения о превосходстве (преимущество) объекта рекламирования. Утверждение «ЛУЧШАЯ КЛИНИКА*» РОССИИ позволяет сделать вывод о том, что ООО «Ромашка» сравнивается со всеми участниками рынка аналогичных клиник и является лучшей по всей России.

В рекламной практике иногда встречается реклама частных стоматологических клиник, в которой предлагаются услуги по отбеливанию зубов по системе Air-Flow. Но в действительности данная система предполагает снятие мягкого зубного налета, после чего зубы выглядят немного белее, чем когда они были покрыты зубным налетом. Отбеливание же предполагает воздействие на структуру зубной эмали, но далеко не все потребители разбираются в таких тонкостях.

Такая реклама должна признаваться недостоверной, поскольку она сообщает потребителю не соответствующие действитель-

ности сведения о потребительских свойствах товара: пациент, ознакомившись с таким предложением, думает, что ему за предлагаемую цену сделают отбеливание, а на самом деле ему предлагается сделать очистку, то есть более простую манипуляцию. Следовательно, такая реклама вводит потребителя в заблуждение относительно потребительских свойств рекламируемого товара.

Специфические требования

Как и любые другие товары и услуги, лекарственные средства и медицинские услуги могут рекламироваться, однако такая реклама обладает определенной спецификой, обусловленной социальной значимостью производимых товаров и оказываемых услуг. Спецификой рекламы в данном случае является то, что она должна соответствовать сразу нескольким группам требований, установленным российским законодательством о рекламе. Реклама медицинских услуг не должна:

- обращаться к несовершеннолетним;
- содержать ссылки на случаи излечения от заболеваний;
- содержать утверждения или предположения о наличии у человека тех или иных заболеваний;
- способствовать созданию у здорового человека впечатления о необходимости применения услуги;
- создавать впечатление ненужности обращения к врачу;
- гарантировать положительное действие, безопасность, эффек-

тивность и отсутствие побочных действий и др.

В последнее время участилась практика распространения рекламы медицинских услуг, оказываемых лицами, не имеющими лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Кейс №2

Верховный Суд РФ недавно рассмотрел дело об услугах по отбеливанию зубов с использованием системы Mobil case led system (с применением окислителя, который активируется светом светодиодной лампы) в парикмахерской, а проводила процедуру девушка-ИП без какого-либо медицинского бэкграунда. Факт правонарушения был выявлен во время проверки прокурора.

Деятельность по отбеливанию зубов является медицинской услугой, а раз оказываемая предпринимателем услуга по отбеливанию зубов является медицинской, то она подлежит лицензированию. Верховный Суд РФ согласился с предложенной квалификацией правонарушения и добавил, что, оказывая медуслуги в отсутствие лицензии, ИП сознавала противоправный характер своих действий, предвидела их последствия и сознательно их допускала либо относилась к ним безразлично.

В последнее время многие стоматологические клиники рекламируют методы дентальной имплантации на сайтах своих клиник, на телевидении и на других площадках. При внутрикостной дентальной имплантации установка имплантатов производится

в глубокие слои костной ткани, не подверженной воспалению.

Разграничение рекламы медицинских услуг и рекламы методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации имеет принципиальное значение: рекламировать методы можно исключительно на медицинских или фармвыставках, семинарах и конференциях, а также в специализированных печатных медицинских и фармизданиях. Рекламировать же медуслуги можно и в обычной прессе, необходимо только снабжать эту рекламу предупреждением о наличии противопоказаний к их применению и использованию, необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов.

Предупреждение об использовании

Реклама лекарственных средств, медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, медицинских изделий должна сопровождаться предупреждением о наличии противопоказаний к их применению и использованию, необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов.

Кейс №3

Приведу в качестве примера такой кейс: недавно судебные инстанции рассматривали дело о рекламном ролике методе имплантации зубов ALL-ON-4. Во время

заседания комиссии УФАС было просмотрено видео, в котором отсутствует предупреждение о наличии противопоказаний. В рассматриваемом рекламном сюжете метод лечения раскрывается самостоятельным образом: «Уникальная технология ALL-ON-4 или «все на четырех» описывает возможность получить зубы за один день, установив всего четыре имплантата. Также приводятся фото- и видеоматериалы с описанием установки имплантов.

В этой связи комиссия управления пришла к выводу, что в рассматриваемом рекламном сюжете рекламируется конкретный метод лечения и диагностики «имплантация зубов», раскрываются преимущества и эффективность данного метода.

В рекламе услуг имплантации зубов нельзя показывать анимацию, передающую суть манипуляций с пациентом. Реклама, в которой раскрывается содержание того или иного метода профилактики, способа или приема диагностики, лечения и медицинской реабилитации, подпадает под запрет.

Целью рекламы является не просто продвижение соответствующего товара (работы, услуги), а доведение до потребителя всех необходимых сведений, способных вызвать у ее потребителя правильное (неискаженное) представление об объекте рекламирования. Недостаточная информированность, имеющая место в силу недобросовестного поведения организации, приведет к неоправданным ожиданиям пациента.

Закон не предъявляет требования указать всю существен-

ную информацию, но обязывает формировать у ее потребителя правильное (достоверное) восприятие о соответствующей продукции (товаре, услуге).

Оценивая содержание рекламы технологии ALL-ON-4 или «все на четырех», судом установлено следующее. В ходе рекламного сюжета до потребителя рекламы доводится информация, что в стоматологической клинике с целью восстановления зубного ряда начала использоваться технология ALL-ON-4 или «все на четырех». Далее в рекламном сюжете речь идет исключительно о технологии ALL-ON-4, раскрывается ее содержание, преимущества, а также демонстрируются все действия, которые производятся при установке зубного ряда именно с использованием данной технологии. В частности, демонстрируется этап вживления четырех имплантов в передней одел верхней либо нижней челюсти, далее этап

установки зубного ряда и крепления к установленным четырем имплантам. Демонстрация указанных действий сопровождается пояснениями главного врача клиники и «закадровым голосом». В частности, указанными лицами в ролике предоставляется следующая информация: «Новые зубы устанавливаются за один день, и пациент становится обладателем совершенного зубного ряда».

Анализируя положения Закона об охране здоровья граждан в Российской Федерации, суд пришел к выводу, что восстановление зубного ряда охватывается понятием медицинской реабилитации, учитывая, что именно в результате реабилитации происходит восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа либо системы организма.

Более того, в рекламном ролике до потребителей рекламы доводится информация о том,

что протезирование с помощью данной технологии позволяет улучшить качество жизни за счет установления зубного ряда, то есть восстановить (компенсировать) утраченную функцию.

Учитывая, что технология ALL-ON-4 представляет собой способ восстановления зубного ряда, то есть протезирование с помощью имплантов определенным способом (установление протезов на четырех имплантах), суд приходит к выводу, что указанная технология по сути является методом осуществления протезирования с использованием имплантов.

Часто компаниям хочется указать в качестве характеристик своего товара определенные свойства, которые могут повлиять на выбор потребителей. Такие характеристики могут касаться места происхождения товара, способа и даты изготовления (например, в стома-

тологии это могут быть имплантаты), природы происхождения и других потребительских свойств. Сообщение такого рода ложных сведений в рекламных материалах нарушает п. 2 ч. 3 ст. 5 Закона «О рекламе» и может стать причиной штрафных санкций для стоматологической клиники.

В рекламе не допускается использование слов и выражений, которые указывают на гарантированное наступление конечного результата и не позволяют иного толкования.

Компании, желая привлечь внимание потребителей, указывают в рекламе привлекательные цены или большие скидки, не сообщая при этом особые нюансы, связанные с распространением товара по такой цене или особенности предоставления скидки.

Недостоверной может быть признана реклама, в которой указаны ложные сведения о стоимости или цене, порядке оплаты, размере скидок, тарифов и других условиях. Минимизировать риски поможет дисклеймер, в котором можно указать на ограниченное предложение, либо на условия получения скидки, либо указать исключения, при которых скидка не применяется, и т.д.

Предупреждение о наличии противопоказаний и о необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов необходимо указывать в рекламе независимо от формы ее изложения. При этом соответствующая надпись выполняется читаемым шрифтом

с использованием контрастного цвета, а ее прочтение должно быть возможно без использования дополнительных оптических средств, а в случае с рекламными роликами – также без остановки кадра.

Аудиореклама

Для аудиорекламы недопустимым является использование «скороговорок» (эффект слишком быстрой речи) и иные способы оформления рекламы (тихая, невнятная речь, обрывистые фразы), которые делают обязательную к размещению рекламную информацию плохо воспринимаемой. Кроме того, фоновая музыка не должна мешать голосовому озвучиванию информации. При этом само по себе ускорение или иное изменение речи в аудиорекламе, не приводящие к искажению обязательной информации, не являются нарушением.

В рекламе не допускается использование бранных слов, непристойных и оскорбительных образов, сравнений и выражений, в том числе в отношении пола, расы, национальности, профессии, социальной категории, возраста, языка человека и гражданина, официальных государственных символов (флагов, гербов, гимнов), религиозных символов, объектов культурного наследия (памятников истории и культуры) народов Российской Федерации, а также объектов культурного наследия, включенных в Список всемирного наследия.

Кейс №4

Комиссия Челябинского УФАС России признало рекламу услуг стоматологической клиники ООО «Ромашка» в периодическом печатном издании противоречащей требованиям рекламного законодательства. В рекламе сохранились следующие сведения: «Имп...ция. Устанавливаем, чтобы стояло». Антимонопольный орган установил, что отсутствие в содержащемся в рекламе слове «Имп...ция» нескольких букв способно ввести в заблуждение относительно рекламируемой услуги.

Не допускается реклама, в которой отсутствует часть существенной информации о рекламируемом товаре, об условиях его приобретения или использования, если при этом искажается смысл информации и вводятся в заблуждение потребители рекламы.

Это только небольшая подборка примеров нарушения рекламного законодательства, которая касается конкретно стоматологических клиник.

Как не угодить в капкан законодательства, если хочется выпустить интересную, креативную рекламу, чтобы утереть нос конкурентам? Если вы планируете заказать большую рекламную кампанию, то я рекомендую обратиться к специалистам за консультацией и дальнейшим аудитом рекламы. Данная статья ни в коем случае не заменяет работу профессионала. ¶



Вы не согласны с мнением автора?



DENTAL Club

Напишите нам!
dc@nsella.ru



Отсрочка уплаты арендной платы: условия и порядок получения

Ольга Голикова,
адвокат Адвокатского Бюро
«ВЕРСИЯ» АПМО, г. Москва

Распространение коронавирусной инфекции и необходимость выполнения установленных для борьбы с ним ограничительных и запретительных требований внесли серьезные коррективы в деятельность стоматологических клиник. В условиях действующего в большинстве российских регионов режима повышенной готовности стоматологии столкнулись с резким снижением числа пациентов, а значит, и с существенным падением выручки. Вместе с тем текущие расходы, в частности по уплате арендной платы, стоматологические клиники вынуждены нести в обычном, «докарантинном» размере.

Правительством РФ приняты меры, направленные на облегчение арендного бремени для предпринимателей, в наибольшей степени пострадавших от распространения коронавирусной инфекции, и, в частности, для тех, кто осуществляет стоматологическую практику. Одна из мер – предоставление таким предприятиям отсрочки уплаты арендной платы¹. В данной статье мы разберем, в каком порядке и на каких условиях можно договориться с арендодателем об отсрочке.

1. Кому предоставляется отсрочка?

Отсрочка предоставляется любым организациям или индивидуальным предпринимателям, осуществляющим стоматологическую практику.

О том, что организация или предприниматель занимается именно стоматологической практикой, может свидетельствовать выписка из ЕГРЮЛ или ЕГРИП, в которой обозначен соответствующий код вида деятельности по ОКВЭД-2 – 86.23 «Стоматологическая практика». При этом не имеет значения, является ли данный вид деятельности для предприятия основным или дополнительным.

2. Какие арендодатели обязаны предоставлять отсрочку?

Предоставлять отсрочку уплаты арендной платы обязаны любые арендодатели, с которыми у стоматологии заключен договор аренды недвижимого имущества (за исключением аренды жилых помещений).

В случае, если стоматология арендует не только помещения, предназначенные непосредственно для осуществления стоматологической практики, но и, например, офисные или хозяйственные помещения, то отсрочка по требованию арендатора должна быть предоставлена в отношении платы за аренду всех помещений.

3. Порядок и условия предоставления отсрочки

Отсрочка предоставляется арендодателем по договорам аренды, заключенным до даты введения на территории региона режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации.

Например, в Москве отсрочка должна быть предоставлена по до-

говорам аренды, заключенным до 5 марта 2020 г., то есть до даты введения в Москве режима повышенной готовности. В течение 30 дней с даты обращения арендатора с соответствующим требованием арендодатель должен заключить с ним дополнительное соглашение к договору аренды об отсрочке уплаты арендной платы.

Условия и сроки предоставления отсрочки определяются сторонами договора аренды самостоятельно, но с учетом следующего.

➤ Отсрочка предоставляется в объеме арендных платежей, подлежащих уплате, начиная с даты введения на территории региона режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации до 01 октября 2020 г. Отсрочка означает, что в течение всего срока ее действия арендная плата арендатором не вносится, штрафы, проценты за пользование чужими денежными средствами или иные меры ответственности в отношении арендатора не применяются.

➤ На период действия на территории региона режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации отсрочка предоставляется в отношении полного размера арендной платы. На период после прекращения действия этих режимов и до 01 октября 2020 г. можно получить отсрочку в отношении 50% арендных платежей»

¹ См. Постановление Правительства РФ от 03 апреля 2020 г. № 434 «Об установлении требований к условиям и срокам отсрочки уплаты арендной платы по договорам аренды недвижимого имущества», Постановление Правительства РФ от 03 апреля 2020 г. № 439 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции» в редакции Постановления Правительства РФ от 10 апреля 2020 г. № 439 (при подготовке статьи использована редакция указанных актов по состоянию на 17 апреля 2020 г.).

за данный период. Например, если режим повышенной готовности будет действовать в Москве до 31 мая 2020 г., арендатор должен быть полностью освобожден от уплаты арендной платы за период с 05 марта по 31 мая 2020 г. и освобожден от уплаты 50% арендных платежей за период с 01 июня по 01 октября 2020 г.

➤ Невыплаченная арендная плата подлежит уплате не ранее 01 января 2021 г. и не позднее 01 января 2023 г.

Иными словами, длительность периода выплаты арендатором невыплаченной арендной платы может определяться сторонами договора аренды самостоятельно с условием, что арендатор начнет выплату задолженности не ранее 01 января 2021 г. и закончит выплату не позднее 01 января 2023 г.

➤ Выплата задолженности по арендной плате, сформированная за соответствующий период до 01.10.2020, должна производиться арендатором в 2021, 2022 гг. не чаще одного раза в месяц, равными платежами, размер которых не превышает половины размера ежемесячной арендной платы в период отсрочки. Предположим, что размер ежемесячной арендной платы в период отсрочки составлял 100 тыс. руб., а общий размер невыплаченной арендной платы составил 450 тыс. руб. В таком случае, с учетом положений предыдущего пункта, арендная плата выплачивается арендатором с 01 января 2021 г. в течение периода длительностью 9 месяцев равны-

ми ежемесячными платежами в размере 50 тыс. рублей.

Оговоримся, однако, что сторонами может быть определен иной график выплаты арендных платежей в зависимости от условий конкретного договора аренды.

➤ Арендодатель не может установить какие-либо дополнительные платежи, подлежащие уплате арендатором в связи с предоставлением отсрочки (например штрафы, пени, неустойки и т.п.).

Следует иметь в виду, что после заключения дополнительного соглашения об отсрочке стороны договора аренды могут в случае необходимости изменить условия дополнительного соглашения, соблюдая при этом указанные выше требования.

4. Что делать, если арендодатель отказывается предоставлять отсрочку?

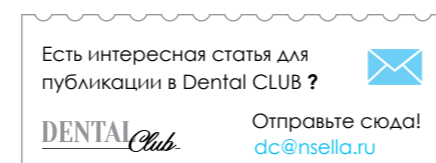
Необходимо понимать, что предоставление отсрочки – это не право, а обязанность арендодателя. В этой связи арендатор может занять достаточно жесткую переговорную позицию и настаивать на предоставлении арендодателем отсрочки на условиях, которые мы рассмотрели выше. Вместе с тем следует иметь в виду, что наиболее эффективным механизмом понуждения сопротивляющегося арендодателя к заключению

дополнительного соглашения об отсрочке является обращение с соответствующим требованием в суд.

В ситуации, когда переговоры с арендодателем зашли в тупик, а арендатор не готов к судебным тяжбам и сопровождающим их расходам, он может пойти на уступки и согласовать с арендодателем иные меры по снижению арендных платежей. В частности, заключить с ним дополнительное соглашение к договору аренды об уменьшении размера арендной платы на определенный период (например на весь 2020 год).

Таким образом, отсрочка уплаты арендной платы позволяет арендаторам, во-первых, перенести дату уплаты арендных платежей за 2020 г. на более поздний период, и во-вторых, произвести выплату этой части арендной платы с рассрочкой, уплачивая в 2021, 2022 гг. каждый месяц арендодателю сформированную в 2020 г. задолженность в размере не более 50% от размера ежемесячного арендного платежа.

Желаем читателям успешно применить на практике предложенные в настоящей статье рекомендации и пройти это непростое время без потерь! ¶



АДВОКАТСКОЕ БЮРО «ВЕРСИЯ» АДВОКАТСКОЙ ПАЛАТЫ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Правовая поддержка бизнеса по следующим направлениям:

- Налоговое право и налоговые споры
- Корпоративное право, слияния и поглощения
- Интеллектуальная собственность
- Таможенное право
- Договорное право
- Сопровождение внешнеэкономической деятельности
- Недвижимость и строительство
- Разрешение споров, судебно-арбитражная практика
- Трудовое право
- Уголовно-правовая защита бизнеса
- Защита деловой репутации

111116, Москва,
ул. Энергетическая, дом 6, офис 219
Тел.: +7 (495) 760-45-59
www.versiaonline.ru



Формула продающего контента

Что и как публиковать в блоге стоматолога?

Юлия Коскелайнен,

руководитель медицинского направления маркетингового агентства Svipe agency, специалист по продвижению клиник пластической хирургии, косметологии, стоматологии

Почему у одних стоматологов много подписчиков в соцсетях и плотная запись на полгода вперед, а у других все никак не складывается с привлечением новых пациентов? Как вести страничку так, чтобы выстроить хорошую репутацию в сети? У меня есть ответы на эти вопросы! Предлагаю рассмотреть виды контента и типичные ошибки в публикациях, а также разобраться в главных принципах подачи информации. Предупреждаю сразу: каждому специалисту нужно выводить свою формулу эффективного блога.

Фото в формате «до/после»

Все понимают, что подобные иллюстрации – главное подтверждение профессионализма врача. Только в одном блоге результаты до и после лечения активно лайкают и репостят, а в другом пролистывают. Почему так происходит? Я вижу две основные причины.

Во-первых, пугающие снимки в качестве первой иллюстрации. Мясо, кровь, жуткий кариес – совсем не то, что хотели бы увидеть подписчики, листая ленту за завтраком. Это не значит, что такие фото вообще нельзя размещать, но лучше прятать их за более привлекательными слайдами. Причем следует предупредить людей, что в карусели будут неэстетичные изображения. »

Многие стоматологические клиники сейчас отправляются в вынужденный отпуск. Но мы убеждены, что продвижение нужно не только не приостанавливать, но и усиливать. Почему?

1 Люди больше времени проводят дома и, соответственно, в социальных сетях. Просмотры растут на страничках, посвященных всем сферам, и мы не должны пропустить эту волну активного серфинга пользователей в социальных сетях.

2 Для тех, кто ведет свой блог на постоянной основе, перерыв даже на пару недель очень опасен. Статистика «рухнет», и вернуть прежние показатели будет очень сложно. И – главное – дорого.

3 От контекстной рекламы мы рекомендуем отказаться, а от таргетированной не станем. Тут две причины. Снизится конкуренция, а значит и стоимость привлеченного подписчика/пациента. И, как все мы знаем, у наших пациентов часто цикл принятия решения дольше месяца (период, на который пока планируется карантин), поэтому если остановить рекламу сейчас, то это отразится на объеме записи и через месяц, и через три.

Если присмотреться, то во всей этой ситуации найдутся даже плюсы для продвижения личного бренда и бренда клиники:

+ Многие конкуренты остановят рекламу. А при низкой конкуренции нам будет проще и дешевле



привлечь пользователя, конвертировать его в пациента и повысить лояльность. Выиграет тот, кто этим воспользуется.

+ В нестандартных условиях мы должны действовать нестандартно. Нам просто придется придумать новые способы продвижения, а еще начать оптимизировать расходы.

+ Появится время заняться продвижением личного бренда врача и даже написать пару статей, которые можно разместить на меди-

цинских порталах, профильных ресурсах и на сайте клиники.

+ Многие специалисты сейчас проводят курсы в режиме онлайн. Поэтому самое время приумножить знания в своей специальности и в медицинском маркетинге.

«Выживает не самый сильный и не самый умный, а тот, кто лучше всех приспосабливается к изменениям», – сказал однажды Чарльз Дарвин.

Это наш слоган на ближайшее время! Присоединяйтесь!

Например, в случае с протезированием лучшей публикацией в формате «до/после» будет фотография с портретом пациента. Так вы покажете, как ваша работа преображает человека в целом, делает из дедушек «женихов» (рис. 1). Только не забывайте брать у пациентов письменное разрешение на использование снимка в блоге, чтобы потом не пришлось удалять¹.

Вторая причина непопулярности постов – это некачественные фотографии и отсутствие единообразия. Когда снимки сделаны с разных ракурсов,

¹ Идеальным в данном случае будет внесение в ваш договор с пациентом пункта о возможности использования снимков для этих нужд и заранее предупредить об этом пациента. – Прим. ред.



Рисунок 1.

- **Приложения для оформления результатов «до/после»:**
- **Для постов:**
 - Canva (можно вставить фото в шаблоны и рамки)
 - PicsArt (коррекция фото, добавление эффектов)
 - Snapseed (можно убрать лишние детали с фото)
 - Lightroom (почти профессиональная цветокоррекция)
- **Для сторис:**
 - Mojo
 - Instories
 - Story Art и Unfold (отличаются вариантами дизайна)
- **Для доступа с компьютера:**
 - Crello (в нем можно делать всё, включая визитки, подарочные сертификаты и банеры на сайт)

при разном свете и на разные устройства, люди могут заподозрить вас в ретуши. Такой разношерстный контент создаст впечатление неряшливости на страничке (а мы помним, что красивые визуальные образы – это главный инструмент в работе с соцсетями). Подобное мнение может сложиться и о самом враче. Поэтому снимки должны быть максимально резкими и в едином стиле. Для достижения такого эффекта нужно немного: однотонный фон, мягкий свет и хорошая камера в телефоне или фотоаппарат, который будет всегда под рукой. Достаточно один раз подобрать место с подходящим фоном в клинике, продумать положение лампы, удачные ракурсы (можно вдохновиться идеями, уже существующими на просторах интернета) и решить вопрос с техникой. Конечно, для положительного эффекта нужно будет поупражняться и набить руку, но как только вы сделаете

это один-два-три раза, то посты станут получаться визуально красивыми быстро и легко.

Серьезно упрощают работу с публикациями приложения на мобильный телефон и компьютер. В них есть красивые шаблоны, возможность сделать анимированные изображения, наложить музыку и интересные эффекты, которые могут стать частью индивидуального стиля вашего аккаунта.

Важно!

При размещении текста и шаблона всегда располагайте результаты в строгом порядке: люди привыкли, что «до» обычно сверху или слева, «после» – снизу или справа. Здорово, когда на иллюстрации написано название или краткое описание процедуры. Сегодня пользователи все реже читают тексты публикаций целиком, поэтому основную информацию лучше показывать потенциальному пациенту сразу в »



Medesy (Италия) — компания-производитель широкого спектра стоматологических инструментов. Medesy ведет свою историю с 1380 года. Завод расположен в Маниаго — недалеко от Венеции. Благодаря своей 600-летней истории, традициям и культуре в сочетании с современными комплексными технологиями производства, MEDESY превращает лучшую нержавеющую сталь в стоматологические инструменты с абсолютной точностью и высшего качества.

Вся продукция Medesy выпускается из высококачественной нержавеющей стали, подвергается тщательной проверке и контролю на всех этапах производства, что гарантирует полное соответствие международным стандартам ISO и CE: UNI EN ISO 9001:2000, UNI CEI EN ISO 13485:2003, и CE стандартам.



СДЕЛАНО В ИТАЛИИ

HIGH QUALITY DENTAL INSTRUMENTS – ITALY

Дилер на территории Российской Федерации ООО «Н.Селла»



@nsella.ru



@nsella.ru



vk.com/nsella

Москва

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

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

7 тем для познавательных постов:

- Как правильно чистить зубы
- Зачем пользоваться нитью
- Способы отложить поход к стоматологу надолго
- Почему важно отбеливать зубы у профессионалов, а не дома с помощью полосок
- Топ самых полезных/вредных продуктов для зубов
- Чек-лист по уходу за зубами
- 10 признаков, что вам пора к стоматологу

визуале, а не отправлять его искать подробности в посте.

Познавательный контент

Люди любят узнавать новое, сохранять и отправлять друг другу полезные советы. Да, интересные факты из истории стоматологии и правила гигиены полости рта всегда актуальны. Кто-то скажет: да об этом писали все, кому не лень, банальная и общеизвестная информация. Может быть, писали и все, но читал точно не каждый. В конкретный момент времени конкретный пациент может наткнуться именно на ваш пост. Он увидит в блоге профессионализм и заботу, а потом придет на прием.

Главное – помнить, что это не блог для экспертов на профильном сайте, а страничка для пациентов. Объясняйте сложное простыми словами, не перегружайте терми-

нологией. Научный стиль лучше оставить для энциклопедий.

Лучше всего отводить на познавательный контент не более 30% от общего количества публикаций, но в вашем случае может быть и другое соотношение. Ключевой фактор, на который нужно равняться при создании контент-плана – это реакция аудитории. Если статистика хорошая (люди активно сохраняют и пересылают публикацию, появляются новые записи), то таких постов может быть больше.

Важно!

Не перегружайте свои публикации смайлами-эмодзи и разделяйте тексты на абзацы. С пробелами обычно возникают трудности в Instagram. Самый простой способ красиво оформить текст – пользоваться помощью бота Text4InstaBot в Telegram.

5 тем для развлекательных постов:

- Как чистили зубы в разные времена
- Топ-5 мифов о стоматологах
- Как еще люди используют зубную пасту
- Игра: найдите зашифрованные слова на картинке
- Как поцелуи влияют на здоровье зубов

Развлекательный контент

Блог должен быть не только полезным, но и интересным для потенциальных пациентов. В развлекательных постах вы можете показать себя как разностороннего человека с хорошим чувством юмора. Шутки и мемы можно публиковать в сторис, а вот что-то более информативное, например забавные истории, лучше размещать в постах. Ищите необычные факты и новые форматы. Так, однажды к 14 февраля я и коллеги подготовили для стоматологической клиники публикацию о пользе поцелуев для зубов.

Однако подобного контента не должно быть много: тоже не более 30%. Подписчики могут решить, что вы скорее комик, а не стоматолог. НО! Если аудитория и записи растут именно благодаря таким постам, то их процент стоит увеличить. Тем более, если вы и в жизни веселый человек! Так вы соберете пациентов, которые подбирают себе врача, близкого им по духу и по стилю общения. Нужно, чтобы образ в интернете и в реаль-



Рисунок 2.



Рисунок 3.

ности совпадал. Делайте то, к чему лежит душа, будьте собой.

При этом строго фильтруйте шутки. Например, некоторые врачи постят не очень уместные и этичные картинки (рис. 2 и рис. 3). Коллеги врача-стоматолога над такими вещами посмеются, а вот пациенты вряд ли оценят.

Важно!

Если сомневаетесь, будет ли уместна конкретная фраза или картинка, лучше опубликуйте ее в сторис. Не угадаете – можно быстро удалить. А вот пост не останется незамеченным, и за него, возможно, придется оправдываться, что не только неприятно морально, но также несет ущерб репутации врача.

Видеоконтент

В 2020-м такой формат публикаций является самым популярным. И дальше эта тенденция будет только укрепляться. Почему видеоконтент настолько востребован? Это лучший способ объяснить то, о чем сложно написать, а также показать процедуру или результат лечения на реальном

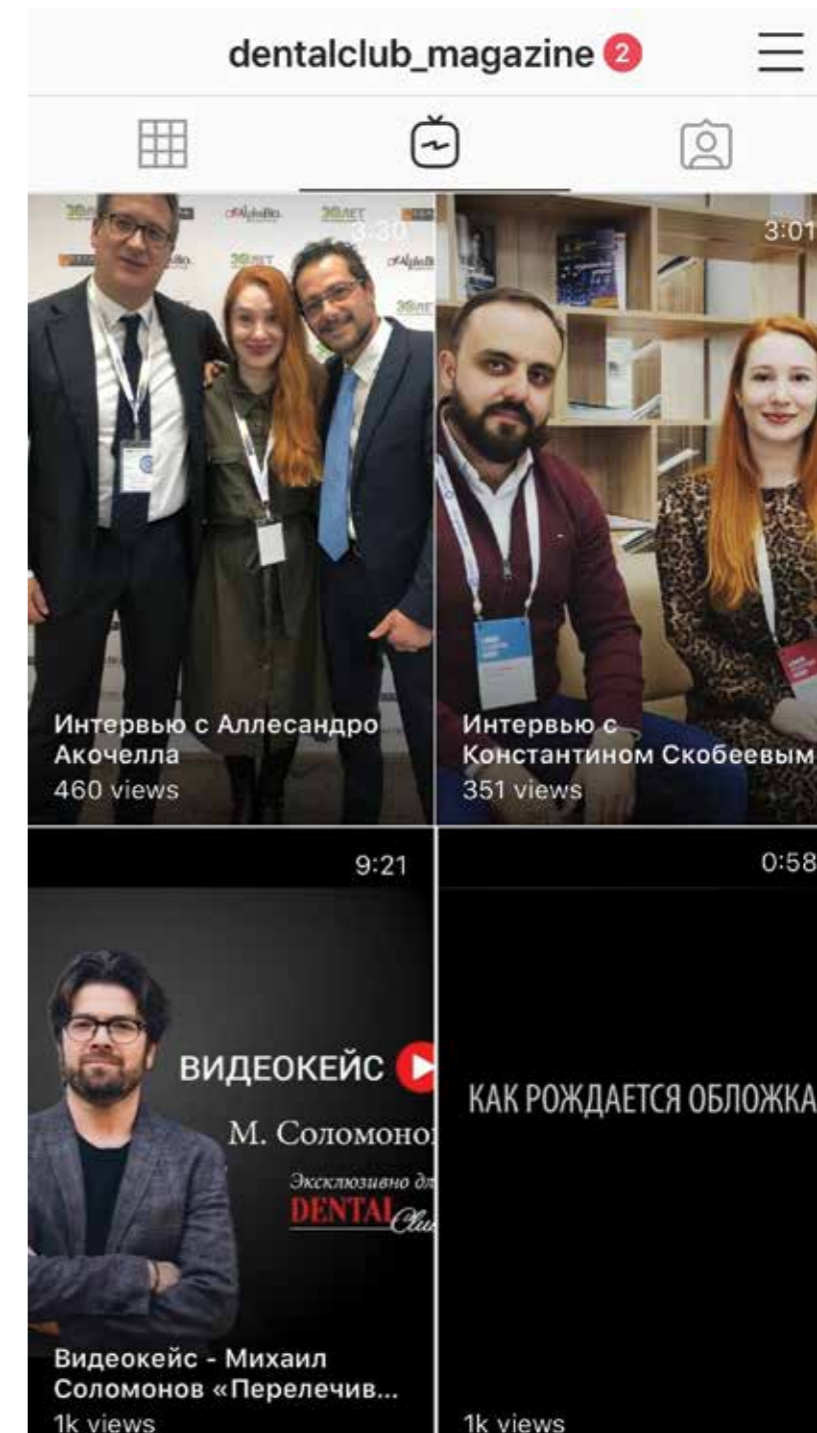


Рисунок 4.

примере. В роликах подписчики увидят, что вы не только компетентный специалист, но и приятный человек. А еще видео – это универсальный формат контента,

который популярен в любых соц-сетях, будь вы приверженцем старого-доброго VK или адептом новых форматов, таких как TikTok. Технологические возможности »

Как снять хороший ролик?

1. Написать текст и выучить его или вставить в телесуфлер (rapomata.ru)
2. Позаботиться о своем внешнем виде
3. Навести порядок в кадре и выставить свет наилучшим образом, спрятать провод микрофона под одеждой
4. Проверить батарею в телефоне или камере, на которую снимаете, протестировать звук
5. Добавить при монтаже титры

сейчас позволяют публиковать ролики различной длины везде, и не только на YouTube.

Так что если вы еще не пробовали снимать и монтировать видео, то пора начинать. Где брать темы? Все то, о чем мы говорили выше, можно рассказать на камеру. Не стыдно подглядывать, что и делают более продвинутые в этом плане коллеги, заимствовать у них идеи и делать свое, только лучше. Начинать записывать интересные сторис, выходить в прямые эфиры и заполнять свой IGTV-канал в Instagram (рис. 4).

Я вас убедила в необходимости публиковать видеоконтент на своей страничке? А теперь давайте рассмотрим, что нужно для хорошей картинки и звука. Сейчас вовсе не обязательно покупать самое дорогое профессиональное оборудование, можно выбрать любительские, но качественные аналоги. Совершенно точно не обойтись без штатива (от 1500 р.), кольцевой лампы (от 9000 р.) и микрофона (от 1500 р. проводной, от 6000 р. радио, подойдет любой). Без учета камеры нужно около 12000 р., и это вложение в ваше продвижение на годы!

Продумайте съемку заранее. В кадре нужно выглядеть хорошо: причешитесь, наденьте свежий халат, поправьте бейдж, проследите, чтобы не было видно провода микрофона. Напишите и выучите текст, подготовьте телесуфлер. Можно включить онлайн-сервис с бегущей строкой на компьютере, настроить удобную скорость. Я рекомендую пользоваться бесплатным ресурсом rapomata.ru. Если вы волнуетесь, то с подготовкой записывать видео будет проще и быстрее.

Важно!

Большинство пользователей, к сожалению, смотрят видео без звука – им так удобнее в общественных местах или на работе. Поэтому обязательно на этапе монтажа добавляйте титры. Это можно сделать с помощью приложений iMovie или LumaFusion.

Выводы

Каким основным правилам нужно следовать при подготовке публикаций в четырех форматах, которые мы разобрали?

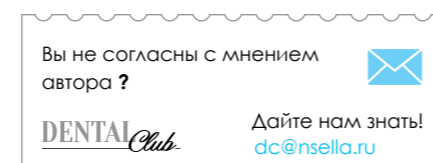
Во-первых, помните, что всё на вашей страничке для пациентов, а не для коллег. Пишите и рассказывайте, используя максимально простые слова.

Во-вторых, относитесь к созданию контента серьезно, отводите этой работе время в своем графике. Используйте все форматы (посты, сторис, IGTV, прямые эфиры), облегчайте работу с помощью приложений. Тогда получится действительно полезный блог, который выгодно выделит вас среди лучших коллег и будет продвигать ваши услуги.

В-третьих, помните об аналитике. Например, в Instagram переключитесь на бизнес-аккаунт и следите за тем, на что лучше реагирует аудитория: на посты «до/после», познавательный контент, юмор или видео. Исходя из этого и создавайте контент-план. А еще не забывайте о главных барьерах пациентов, что стоматолог – это страшно, дорого или не срочно. Старайтесь в каждом посте развивать хоть один из этих пунктов.

В-четвертых, вкладывайте деньги в рекламу. Каким бы качественным, полезным и сбалансированным ни был ваш контент, без таргета, конкурсов, кросс-промо и блогеров его будут видеть только уже имеющиеся подписчики.

А я от себя желаю вам удачи в продвижении себя и своей странички в интернете! ¶



IV КРЫМСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИМПАНТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

30-31 ОКТЯБРЯ / 2020

MRIYA RESORT & SPA
YALTA

СПИКЕРЫ



Арам
Давидян



Ади
Пальти



Мауро
Мерли



Штефан
Ноймайер



Алексей
Фролов



Александр
Бабуров



Джакомо
Фаббри



Ксения
Клименко



Борис
Бернацкий



Генеральный
партнёр



Официальный
партнёр



Организатор



8 (985) 716 77 77

crimeaimplant.ru

crimeaimplant@gmail.com

davidki007



**ВРЕМЯ
НАВОДИТЬ
ПОРЯДОК**



РЕКЛАМА

**ОБРАТИТЕСЬ
В СЕРВИСНЫЙ
ЦЕНТР Н.СЕЛЛА**
www.nsella.ru +7 (495) 771-75-39
tc@nsella.ru



INTEGO.
КАЧЕСТВО,
НА КОТОРОЕ
МОЖНО ПОЛОЖИТЬСЯ



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

РЕКЛАМА РУ № 93Н 2015/2631 ОТ 07.12.2017

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

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

Екатеринбург
Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

