

DENTAL *Club*

№3/4 (27/28) 2020г.

18+



СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР

ЕСЛИ ВАМ УДАЛОСЬ СЛОМАТЬ,
МЫ СУМЕЕМ ПОЧИНИТЬ

ОНЛАЙН-
ОБРАЗОВАНИЕ:
ВРЕМЕННАЯ МЕРА
ИЛИ НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ?
ЗА&ПРОТИВ

Сергей Попов

КОМБИНАЦИЯ МЕТОДОВ
АУГМЕНТАЦИИ КОСТНОЙ
ТКАНИ ПРИ УСТАНОВКЕ
ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Дмитрий ЮДИН

«ХОЧЕШЬ БЫТЬ
ДИРИЖЕРОМ –
КЛЕЙ УГОЛКИ
ПАРТИТУР»



Точность с первого взгляда



@nsella.ru



@nsella.ru



vk.com/nsella

Москва

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

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

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

DENTAL Club

ЖУРНАЛ

Dental Club

№3/4 (27/28) 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»

Медицинский редактор:
Илья Фридман

Верстка:
Дмитрий Румянцев

Корректурa:
Ирина Иванова

Фотограф:
Максим Денисов (Dee Troy)

Адрес редакции:
Адрес редакции: 111033,
Волочаевская улица, д.12а, стр. 1
Тел.: +7 (495) 783- 33-10, dc@nsella.ru
По вопросам сотрудничества и
размещения рекламы:
тел.: +7 (495) 775-75-39

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

Фото на обложке:
Максим Денисов,
обработка:
Дмитрий Румянцев

Отпечатано:

Типография:
ООО "ЕПресс"

Заказ № 387

Подписано в печать:
14 сентября 2020 г.

Тираж: 7000 экз.

Свободная цена.

Для лиц старше 18 лет

» СОДЕРЖАНИЕ

От редакции.....2

КОМПАНИЯ НОМЕРА

Технический центр «Н.Селла»
Если вам удалось сломать,
мы сумеем починить.....4

ОПЫТ И ПРАКТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
С. Попов
Комбинация методов
аугментации костной ткани
при установке дентальных
имплантатов на нижней
челюсти.....12

3. Чайка
Скрытый кариес.
Эффективные методы ранней
диагностики.....16

Н. Цой
Эффективная консервативная
пародонтология.....22

ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА

КЛИНИКА НОМЕРА
Стоматологическая клиника
«ИТА» (г. Екатеринбург):
виртуозы со скромной
улыбкой.....26

МЕНТОРСТВО
Дмитрий Юдин
«Хочешь быть дирижером –
клей уголки партитур».....32

ТРЕНДЫ

Д. Юдин /С. Гетте
Повторная реабилитация
пациента после ранее
проведенного лечения
ДВНЧС, осложненной полным
вывихом суставного диска
без репозиции.....38

Э. Цымбалов
Так ли плох «Плохой прикус»
у пациентов с дисфункцией
височно-нижнечелюстного
сустава.....44

Д. Слуцкая
Пептиды и регенеративная
медицина в стоматологии.....52

НАУКА

М. Соломонов,
А. Львовский,
В. Каценель,
Д. Бен Ицхак,
Й. Цадик,
Е. Липатова
Остеонекроз челюсти,
вызванный приемом
медикаментов: с позиции
эндодонтии.....56

ЗА И ПРОТИВ

Онлайн-образование
в стоматологии:
временная мера или
новая реальность.....64

Мнение экспертов (Е. Липатова,
И. Фридман, А. Акулович, Д. Нико-
ненко, А. Свирь).....68

МЕНЕДЖМЕНТ КЛИНИКИ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА
А. Гайнутдинова
Добровольное медицинское
страхование и телемедицина
в стоматологии.
Краткий обзор.....76

МАРКЕТИНГ И ПРОДВИЖЕНИЕ
И. Левина /Е. Сластухина
("Скобеев и партнеры")
Как привлечь клиентов
в стоматологию?
Нет сайта? Считайте,
что вас нет.....84

СТИЛЬ ЖИЗНИ

ЖИЗНЬ ОНЛАЙН
Автор (уточнить)
Работа над профессиональным
ростом и вдохновение:
как мы с вами провели
время на самоизоляции.....88

Обстоятельства диктуют новые правила

Дорогие читатели!

Этот год во многом странный: эпидемия COVID-19, самоизоляция, ограничения, закрытие границ, введение цифрового контроля передвижения – все это новый опыт, который приобрело человечество. Все, что мы пережили и переживаем, так или иначе повлияет на нашу жизнь. Что-то менялось временно, что-то изменилось надолго. Как мы проживали эти месяцы изоляции, как эта ситуация отразилась на нашей работе, на нашей жизни, на нашем восприятии жизни – об этом мы говорим и в наших материалах.

Российская стоматология хоть и не признана пострадавшей отраслью экономики, однако в большей своей части понесла потери различного рода и объема. Врачи оказались в ситуации, когда их пациентам запретили к ним ходить. А это остановленный оборот, невозможность естественного обновления материально-технической базы, отсутствие возможности проведения запланированных отраслевых мероприятий. Каждый участник рынка – стоматолог частной практики, клиника, торгующая компания, представительство иностранного производителя или общественная отраслевая организация – все принимали собственные решения о том, как пережить этот непростой период, что из приобретенного опыта взять на вооружение, а что оставить в этом странном времени.

Не все могли заниматься практической деятельностью. Зато многие воспользовались периодом изоляции для получения знаний и обмена опытом. Только встречи проходили в зумах и на вебинарных площадках, без привычного кофе и атмосферного нетворкинга. Весной 2020 очень многое ушло в Интернет: обучение, конференции, встречи, продажи, консультации и даже творчество. Огромный выбор дистанционных образовательных программ на платной и бесплатной основе обесценил профильное обучение, которое является основой профессионального роста. О цифровизации многих процессов, в том числе обучения, о плюсах и минусах онлайн-образования мы рассуждаем в материале «Онлайн-образование в стоматологии: временная мера или новая реальность. За & против».

Цифровые технологии входят и в управленческую сферу стоматологических клиник. В разделе «Менед-

жмент клиники» предлагаем поговорить об увеличении трафика пациентов через Интернет: что надо учитывать при построении алгоритмов работы сайта клиники. В материале «Добровольное медицинское страхование и телемедицина в стоматологии: краткий обзор», помимо ДМС, затронута тема развития телемедицины: эти новые возможности оказания медицинской помощи онлайн все активнее входят в нашу жизнь. Правила диктуют обстоятельства: телемедицина – настоящий выход из ситуации, чтобы оперативно помочь пациенту издалека, не выходя из дома, даже если он живет в другом городе.

В период ограничительных мер произошли изменения, не только оставившие след в мировосприятии, но и позволившие за очень короткий срок перестроить бизнес-процессы. В рубрике «Компания номера» мы расскажем о Техническом Центре компании «Н.Селла», который обеспечивает сервисное обслуживание оборудования вне зависимости от обстоятельств.

Внедрение новых технологий, новое восприятие информации, цифровизация, e-commerce – это все, безусловно, уже часть сегодняшнего времени. Однако без реальной практической медицины – никуда, и врачи-стоматологи будут продолжать лечить пациентов в своих кабинетах. На страницах номера вы традиционно встретитесь с лучшими практиками, профессионалами своего дела. В рубрике «Опыт и практика» вас ждут материалы об уникальных свойствах пептидов, о правильном гнатологическом подходе в стоматологии. Наши авторы делятся своими практическими кейсами в хирургии, пародонтологии, терапевтической стоматологии, остеопатии, эндодонтии.

Онлайн-технологии никогда не заменят необходимость лечить зубы, классическое обучение, радость от живого общения за чашкой чая! И мы надеемся, что в вашей жизни вы найдете время и для чтения нашего журнала. Основной ориентир для нас – стабильность. Ведь без внутреннего стержня нет стойкости и надежды, а без надежности и опоры вся переменчивость этого мира может превратиться в беду, а не в приключение.

*Желаем приятного и полезного чтения!
Команда Dental Club*

7 ПРИЧИН

ПОКУПАТЬ
В ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНЕ
www.nsella.ru

- 1 Все для работы стоматологов и клиник
- 2 Комфортный выбор
- 3 Грамотные консультации
- 4 Гарантия качества
- 5 Доставка в любую точку России*
- 6 Гибкая ценовая политика
- 7 Собственный сервис



* Подробности уточняйте у менеджеров

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

f @nsella.ru

ig @nsella.ru

B vk.com/nsella



– ТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР –

ЕСЛИ ВАМ УДАЛОСЬ МЫ СЛОМАТЬ, СУМЕЕМ ПОЧИНИТЬ

«Лечение» техники – дело профессионалов

«Н.Селла» работает на российском рынке с 1992 года, и практически с момента основания компании был образован Технический центр (ТЦ). Тогда он состоял из двух инженеров и одного менеджера по приему и обработке заказов. С развитием «Н.Селла» развивался и ТЦ: совершенствовались условия работы, ремонтное оборудование, но главное – люди. Сейчас в ТЦ работают, не считая трех менеджеров, пять высококвалифицированных инженеров. Все они сертифицированные специалисты высшего класса, регулярно проходящие обучение на базе производителей продукции в Германии, Японии и других странах.

ВСЕ ЗНАТЬ И УМЕТЬ

Современное стоматологическое оборудование непрерывно усложняется: повышается точность инструментальной диагностики, увеличивается скорость вращения микромоторов, уменьшается шумность работы техники. Поддержание такой аппаратуры в рабочем состоянии требует от инженера постоянного обновления компетенций. Необходимо не только понимание принципов работы всех узлов и агрегатов, но и доскональное знание конкретных технических решений, применяемых различными производителями. Важно также уметь разбираться в особенностях программного обеспечения, которое обеспечивает работу стоматологических установок, рентгеновских аппаратов и томографов. Вот почему инженерам ТЦ регулярно приходится переделывать работу коллег, не имеющих опыта работы со стоматологическим оборудованием.

Случай из практики №1

Если установлен компрессор без осушителя воздуха, то конденсат неизбежно остается в трубах магистральных коммуникаций. При подаче такого воздуха в наконечнике возникают микротрещины, вымывается смазка, выходят из строя пневматические клапаны. В результате становится невозможным качественное осушение полости зуба. Инженеры, чью работу пришлось исправлять сотрудникам ТЦ, решили проблему установкой на воздушную магистраль клапана и уловителя влаги. Но при этом вывели шланг, подающий воздух от компрессора под давлением в 7 атмосфер, в канализацию, ставшую похожей на джакузи. В результате время от времени врача и пациента пугало громкое бульканье, раздававшееся из плевательницы.

Все специалисты ТЦ обладают сертификатами от производителей на право гарантийного и поста-



рантийного ремонта поставляемого «Н.Селла» оборудования. Обладая богатым опытом, инженеры ТЦ регулярно делятся своими знаниями и практическими навыками с коллегами из других компаний. Для желающих освоить технику последнего поколения на базе учебного центра «Н.Селла» японским производителем NSK организована авторизованная обучающая площадка. На ней проходят переподготовку инженеры по обслуживанию стоматологического оборудования со всей России и из некоторых стран ближнего зарубежья.

ТРУДОВЫЕ БУДНИ ТЦ

Примерно 80% рабочего времени сотрудники ТЦ проводят в клиниках на выездном обслуживании. Оно начинается с подготовки площадки для установки. Инженеры определяют оптимальное положение оборудования и коммуникаций – водопровода, канализации, электропроводки. Консультируют строителей. Если это необходимо, демонтируют и утилизируют отслужившую аппаратуру. Часто приходится ездить в командировки по России. Поэтому среди инженеров ТЦ нет узких специалистов – все они универсалы, и в офисе всегда найдется мастер, который придет на помощь.

Случай из практики №2

Инженеры ТЦ смонтировали новую стоматологическую установку и были немало удивлены, когда спустя недолгое время после этого их попросили заняться ее ремонтом. Как оказалось, клиент принял решение перенести установку в другое помещение, не подготовленное соответствующим образом для этого оборудования. Транспортировка аппаратуры проходила с нарушениями, и в результате на новом месте установка уже не работала должным образом. Инженеры ТЦ устранили неполадки.

Если не все сотрудники центра перегружены, то могут работать даже в формате «Скорой помощи» – выехать к клиенту в течение часа. Отказ оборудования в середине рабочего дня может привести к отмене дальнейшего приема пациентов и, как следствие, к финансовым и репутационным потерям для клиники. Случались ситуации, когда, идя навстречу клиенту, инженеры выезжали на обслуживание в собственные выходные.

Случай из практики №3

Однажды, прибыв в одну северную клинику для монтажа установки, специалисты ТЦ обнаружили, что она



разукомплектована: некоторые детали были смонтированы на другие установки. В итоге недостающие запчасти со склада «Н.Селла» инженерам ТЦ пришлось доставлять в клинику на вертолете в тридцатипятиградусный мороз. Установка была введена в эксплуатацию.

РАБОТА, ЗА КОТОРУЮ СТОИТ ПЛАТИТЬ

В ТЦ «Н.Селла» принято прозрачное ценообразование на обслуживание техники. Прейскурант не меняется много лет. Каждая необходимость ремонта подтверждается актом о характере неисправности и описанием

проделанных работ с приложением соответствующих фотографий. В период вынужденного простаивания оборудования из-за последствий пандемии коронавируса количество обращений в ТЦ существенно выросло. Руководство «Н.Селла» пошло на встречу клиентам, понимая, что из-за падения курса рубля все их расходы на оборудование выросли, а доходы упали. Сейчас при ремонте клиент оплачивает лишь стоимость запчастей, работа инженеров производится за счет «Н.Селла».

Случай из практики №4

Менеджеры «Н.Селла» договорились о поставке нескольких стоматологических установок с представителем одной из сетевых клиник. Но переговоры зашли в тупик, и контракт взялась выполнить другая компания. После месяцев промедления из-за

отсутствия товара на складе у поставщика выяснилось, что эта компания не может и смонтировать все установки своими силами. Специалисты ТЦ пришли на помощь и за два дня оборудовали два рабочих места, в то время как в соседнем помещении их «коллеги» трудились над одной такой же новой установкой. Последняя через 3 месяца вышла из строя, и возвращали ее к жизни опять же инженеры ТЦ.

Работе ТЦ очень помогает то, что на складе «Н.Селла» всегда есть запчасти для проданного компанией оборудования. При заказе деталей непосредственно у производителя сложности с логистикой и таможенное оформление сложного груза неизбежно отнимут немало времени. А простой сломанной техники означает убытки для клиники. Как самолет, чтобы окупить себя, должен как можно больше времени проводить в воздухе, так и стоматологическая установка обязана много работать.

САМО-ЛЕЧЕНИЕ?

Постоянную головную боль сотрудникам ТЦ приносят попытки стоматологов самостоятельно исправить мелкие поломки. Во многих коммерческих клиниках врачи покупают, к примеру, зуботехнические наконечники за свой счет. И за их ремонт в случае выхода из строя также вынуждены платить сами. Если неисправность вызвана не износом инструмента, а механическим повреждением, у врача часто возникает соблазн произвести ремонт самостоятельно. Чаще всего такого рода вмешательство усугубляет проблему.

Случай из практики №5

Молодой терапевт повредил дорогой наконечник. Поломка была достаточно стандартной и исправимой. В данном конкретном случае стоимость ремонта не превысила бы 2-3 тысячи рублей. Но радикальные попытки отремонтировать наконечник собственными силами привели к тому, что к моменту доставки наконечника в ТЦ инструмент восстановлению не подлежал.

Специалисты ТЦ успешно работают не только с продукцией SIRONA, NSK, Ecom, Melag – компаний-партнеров «Н.Селла», но и с любым другим стоматологическим оборудованием. Инженеры ТЦ осуществляют монтаж и установку новой аппаратуры так, чтобы она была совместима с уже работающим оборудованием других производителей. Клиентам всегда посоветуют оптимальную конфигурацию врачебного кабинета с учетом финансовых возможностей клиники, подскажут, какие затраты не являются приоритетными, а на что точно не стоит жалеть денег.

Стремление сэкономить на профессиональном монтаже оборудования в стоматологическом кабинете часто играет с владельцами злую шутку. Хозяйка одной из клиник долго

консультировалась с «Н.Селла» по вопросу приобретения дорогой стоматологической установки немецкого производства. Но в итоге вместо нее выбрала более дешевый вариант от другого поставщика. Спустя некоторое время произошла поломка клапана в гидроблоке установки, в результате чего затопило всю клинику. Случаются ситуации, когда затраты на ремонт оборудования – это наименьшая из возможных проблем.

ИГРА НА ОПЕРЕЖЕНИЕ

Все большее число руководителей клиник понимает, что профилактика – это не роскошь, а основа безупречной работы врачей. Не реже чем два раза в год необходима замена уплотнительных прокладок, мембран, воздушных и водяных фильтров. При наличии следов износа требуется замена шлангов, фитингов, резиновых колец. Часто встречающаяся проблема – изнашивается резиновый демпфер в механизме регулирования положения кресла. При профилактике производится проверка давления в системах подачи воды и воздуха, смазка движущихся частей установки. Раз в год необходимо заново калибровать рентгеновские установки и томографы. ТЦ «Н.Селла» осуществляет обслуживание клиник по постоянным контрактам, гарантирует, что в самый важный момент врача не подведет оборудование, продлевает срок его службы и в конечном итоге позволяет снизить затраты. Разве справедливо, если стоматолог требует от пациента соблюдать профилактику и гигиену рта – рабочего инструмента любого едока, а сам пренебрегает профилактикой собственного рабочего инструментария? Не случайно плановый профилактический осмотр зубов и плановое техническое обслуживание стоматологического оборудования проводятся с одинаковой периодичностью – раз в полгода.



Коммерческий директор «Н.Селла»
Тимур Ильягуев

«Не нужно бояться больших расходов, нужно бояться маленьких доходов»

Содержание ТЦ, конечно, повышает сумму издержек компании. Но мы считаем себя обязанными обеспечить покупателя полноценным сервисом. Некоторые современные установки стоят по 50-70 тысяч евро. И клиент должен быть уверен, что, купив такое оборудование, ему не придется искать или ждать того, кто быстро и качественно его отремонтирует в случае любых неполадок. В нашем ТЦ работают настоящие профи. Они находят решение в самых непростых ситуациях. И даже если не знают сами, как устранить проблему, что бывает редко, всегда знают того, кто оперативно проконсультирует по нужному вопросу в службе техподдержки производителя.

На российском рынке стоматологического оборудования сложилась серьезная конкуренция, но, к сожалению, она исключительно ценовая. Качество становится второстепенным фактором для управляющих и владельцев клиник. И главная их ошибка – они не хотят платить за сервис. А в нашем бизнесе работает правило: «Не нужно бояться больших расходов, нужно бояться маленьких доходов». Нередки случаи, когда руководители клиник просят заключить с ними формальные договоры на обслуживание. Это необходимое условие лицензирования – без обязательства каких-либо регламентных работ.

Безусловно, стоматолог должен в первую очередь думать о пациенте и протоколах лечения. Но качество медицинских услуг и репутация клиники напрямую зависят от качества оборудования, правильной его эксплуатации и технического обслуживания. Врачи могут самостоятельно прикрутить наконечник, но сложные процедуры стоит оставить специалистам – ремонт своими силами обойдется дороже.



«Именно из-за нестандартных задач мне и нравится моя работа»

Технический центр – это лицо компании. Обычно мы в первую очередь получаем обратную связь от докторов по оборудованию различных производителей. По тому, насколько квалифицировано мы окажем услугу, могут судить обо всей компании. Поэтому каждый год наши инженеры проходят курсы повышения квалификации и переподготовки.

Основная причина поломок – несоблюдение врачами инструкций по использованию оборудования. Забывают, например, что наконечники нужно менять после каждого пациента, стерилизовать в автоклаве, смазывать. Только тогда они смогут прослужить несколько лет. Большинство проблем со стоматологической техникой можно решить с помощью консультаций по телефону. Есть ряд стандартных поломок, с которыми сталкиваешься постоянно.

Редко, но регулярно случаются неочевидные поломки. Из недавнего: в новой установке появилась влага в системе подачи воздуха. Узел, где очевидно, возникла проблема, невозможно было проверить автономно. Перебрав все возможные варианты дефектов, мы нашли микротрещину в блоке соединения трубок поставки воды и воздуха, из-за чего происходило их смешивание. Редчайший случай заводского брака, который очень сложно диагностировать. Но именно из-за таких задач мне и нравится моя работа.



Руководитель ТЦ «Н.Селла»
Роман Загайнов

Современный специалист сервисного центра должен знать очень много в самых разных областях. И разбираться не только в оборудовании партнерских компаний. Принципы работы у аппаратуры различных производителей одинаковые, но исполнительный механизм может существенно отличаться. Квалифицированный инженер с думающей головой и работающими руками должен уметь разобраться во всем этом и устранить неисправности.



ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ:

Алексей Маганов
Главный врач
стоматологической клиники
«СтомИС», хирург-имплантолог

С «Н.Селла» и в частности со специалистами ТЦ наша клиника сотрудничает почти четверть века. За это время инженеры ТЦ ремонтировали у нас педали, моторы аспирационной системы, сепаратор в компрессоре, когда в последнем пропала воздушная тяга. Ликвидировали протечки, случавшиеся на проработавшей много лет установке, и многие другие неисправности. Каждый раз приезда инженера приходилось ждать не более 1-2 дней. Последний вызов был на ремонт пневматического стола. Врачи предпочитают работать с новой техникой в старом режиме и вместо нажатия кнопки для плавного регулирования высоты стола делают это вручную.

Специалистов ТЦ мы приглашаем лишь в сложных случаях. Плановым обслуживанием нашего оборудования занимается ремонтная компания из Королева, где и находится клиника. Но справляются местные инженеры не всегда, порой просто отказываются брать за ремонт. В такие моменты приходят на помощь мастера из ТЦ «Н.Селла». Пока не было случая, чтобы они не устранили поломку.

Ремонт может быть дорогостоящим. К примеру, замена аспирационной помпы обошлась нам в 50 тысяч рублей, но это все равно окупает себя. Однодневный простой стоматологической установки обходится клинике как минимум вдвое дороже сложного ремонта. Инженеры ТЦ «Н.Селла» также консультируют нас по вопросам покупки нового оборудования. Очень приятно работать с честными людьми, профессионалами своего дела, когда не приходится думать, обманут тебя или нет, и невооруженным взглядом видно, что эти люди действительно хотят помочь.



ТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Гарантийное сервисное обслуживание.

Диагностика, ремонт, запчасти.

Москва

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

www.instagram.com/nsella.ru/

Санкт-Петербург

Телефон/факс: +7 (812) 31-31-9-31
www.nsella.ru sp@nsella.ru

www.vk.com/nsella

Екатеринбург

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

www.facebook.com/nsella.ru/

Комбинация методов аугментации костной ткани при установке дентальных имплантатов на нижней челюсти



Попов Сергей Николаевич

к.м.н., врач-стоматолог-хирург высшей категории. Частная практика, г. Москва

Увеличение объема костной ткани в дистальном отделе нижней челюсти, несмотря на современные достижения дентальной имплантологии, все еще представляет непростую задачу ввиду высокой мышечной активности в указанной зоне. Для ее решения предложены различные методики стабилизации костного графта в первую очередь в пришеечной зоне имплантата. Это и метод аутокостного цилиндра ("морковки") по Ф. Кури, и Г-образный ксеногенный коллагенизированный костный "кубик" с целью предотвращения его соскальзывания (Р. Юнг), и применение специальных титановых сеток с их фиксацией к имплантату с помощью "спейсеров", и направленная костная регенерация по типу "сэндвич-пластики" (Д. Бузер), и плотная паковка графта под резорбируемую мембрану (И. Урбан), и применение нерезорбируемых мембран или титановых сеток. Тем не менее, каждый из этих методов не является универсальным.

Целью данного case report является демонстрация комбинирования аутокостного цилиндра ("морковки") и направленной костной регенерации (НКР) поверх него для снижения резорбции аутокостной ткани (К. Майорана).

Пациентка обратилась с просьбой восстановить утраченные жевательные зубы внизу слева.

Проведен парасулькулярный разрез в области зуба 3.3 (покрыт металлокерамической коронкой) и зуба 3.8 (запланирован к удалению на этапе раскрытия имплантатов) (рис. 1).

Проведено расщепление слизистой от надкостницы по методике М. Штайгманна с формированием поднадкостничного "конверта".

С помощью трепана 3,2/2,9 мм (наружный и внутренний диаметры) сформированы ложа дентальных имплантатов 3.5 и 3.7. Полученные аутокостные цилиндры извлечены и помещены в физиологический раствор. Ложа



Рис. 2



Рис. 4

доформированы с помощью фрез по стандартному протоколу. На рис. 2 видно установленные имплантаты и надкостницу, отделенную от слизистого лоскута.

На имплантате 3.5 получен щелевидный костный дефект (рис. 3), являющийся самым сложным в плане регенерации. Имплантаты установлены на 0,5 мм супракрестально для реализации концепции "platform shifting". В области имплантата 3.7 отмечается истончение вестибулярной костной стенки.



Рис. 1

Ранее полученные аутокостные цилиндры жестко фиксированы в пришеечных зонах имплантатов с помощью винтов для остеосинтеза (рис. 4,5).

Под надкостницу в ранее подготовленный "конверт" введена коллагеновая мембрана. Под нее помещен ксеногенный костный материал с перекрытием аутокостных цилиндров для их защиты от резорбции и увели-

чения объема тканей вестибулярно по типу "контурной пластики" (рис. 6).

Стабильность мембраны и графта под ней достигнута наложением монофиламентных "tension sutures" (М. Штайгманн), начинающихся язычно и захватывающих надкостницу в ее корональной части. Эти швы, помимо стабилизации мембраны, уменьшают давление на графт со стороны мягких



Рис. 3



Рис. 5

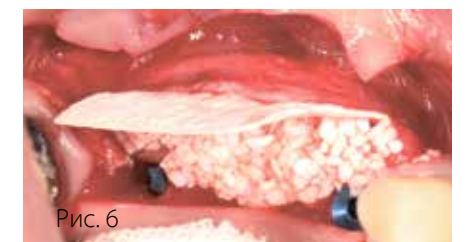


Рис. 6

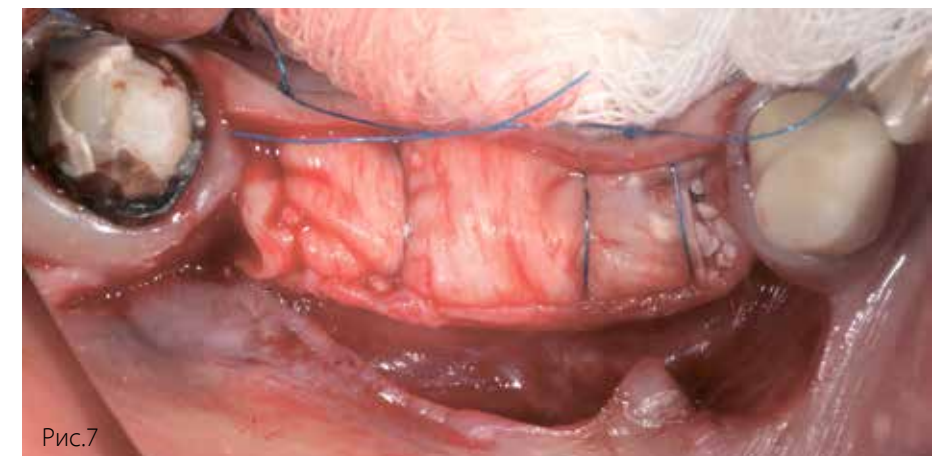


Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9

тканей и мышц.

Слизистый лоскут абсолютно пассивно фиксирован монофиламентными швами без каких-либо признаков ишемии (рис. 8).

Фрагмент контрольной панорамной зонограммы представлен на рис. 9.

Цель использования костного материала во втором case report немного отличается, но методика исполнения та же. На рис. 10 с окклюзионной стороны виден дефицит тканей вестибулярно в 4 секторе при достаточном количестве кератинизирован-

ной десны. Аналогичным способом сформирован хирургический доступ с отделением слизистой от надкостницы по М. Штайгманну. Установлено два имплантата в позиции 4.5 и 4.7 на 0,5 мм супракрестально (рис. 11). Метод аутокостного цилиндра применен в области имплантата 4.5 превентивно, при отсутствии костного дефекта, для компенсации резорбции костной ткани, присущей плоскостному соединению (рис. 12). Под надкостницу, служащую в данном случае мембраной (Леонардо Тромбелли), помещен ксеногенный костный ма-

териал (рис. 13) с целью нивелирования дефицита тканей вестибулярно и избегания необходимости подсадки мягких тканей на этапе раскрытия имплантатов. Рана ушита пассивно, без признаков ишемии (рис. 14). Через 2 недели на этапе снятия швов видно, как увеличен объем тканей по сравнению с изначальной ситуацией (рис. 15).

Таким образом, хирург-имплантолог должен уметь выбирать оптимальные комбинации методов аугментации костной ткани для повышения эффективности проводимого лечения.



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15

ЭКСКЛЮЗИВНО

Н.СЕЛЛА
THE DENTAL COMPANY

Встречайте VarioSurg3!

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

NSK

Что нового?

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

* сравнение с моделью VarioSurg



РЕКЛАМА

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

Сделайте заказ на сайте или у наших менеджеров

Генеральный дистрибьютор и официальный сервисный центр продукции NSK

@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

Скрытый кариес.

Эффективные методы ранней диагностики



Зилия Чайка
к.м.н., врач стоматолог-терапевт, г. Екатеринбург

Введение. Определение понятия «скрытый кариес»

Несмотря на огромное количество научных работ, посвященных проблемам распространения, этиологии, патогенеза и лечения кариеса, множество вопросов, касающихся диагностики кариеса на ранних этапах его развития, остаются открытыми. До сих пор нет единого алгоритма действий по выявлению скрытого кариеса на апроксимальных и окклюзионных поверхностях зубов. Термин «скрытый кариес» был предложен в 1989 году для описания процесса разрушения твердых тканей зуба, который полностью отличается от традиционного развития кариеса. Скрытый кариес является серьезной проблемой для стоматологов, в том числе из-за неопределенности в выборе плана лечения и профилактики [1]. И здесь в первую

очередь необходимо точно определить, какое кариозное поражение является скрытым кариесом.

Скрытый кариес – это вид кариозного процесса, который определяется в дентине при визуальном или рентгенологическом исследовании при наличии над ним интактной или минимально деминерализованной эмали [1].

Такие поражения твердых тканей зуба обычно относительно медленно прогрессируют и часто не обнаруживаются на рутинных профилактических осмотрах.

Существует несколько гипотез возникновения скрытого кариеса, среди них: глубокие закрытые фиссуры зуба, сложная анатомия окклюзионной поверхности, постоянное использование фторидов (фторидный синдром), так как фтор оказывает реминерализующее действие на эмаль, маскируя при этом разрушение дентина [3].

Однако исследователи Nashizume и соавт. (2013) пришли к выводу, что использование фтора в составе воды или фторсодержащих зубных паст не оказывает никакого влияния на распространенность скрытого кариеса [7].

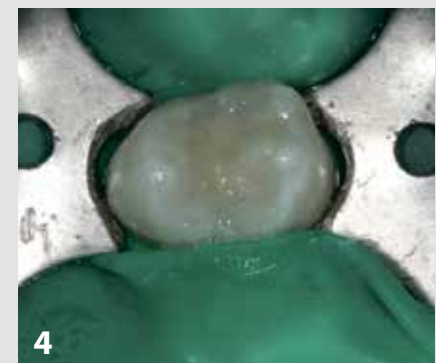
Также после изучения взаимодействия между эмалью и дентином в средах с pH = 4,6 и 5,0 исследователи пришли к выводу, что процессы деминерализации дентина способствуют обеспечению и поддержанию про-

цессов реминерализации эмали, то есть дентин передает часть минеральных веществ в эмаль, реминерализуя ее, что в дальнейшем приводит к возникновению скрытого кариеса [2].

Особый интерес, на мой взгляд, представляет теория внутрикоронковой резорбции твердых тканей зуба, которая происходит до его прорезывания и встречается в 4% случаев (по данным литературы). Такие дефекты можно обнаружить с использованием прицельных снимков или ОПТГ непрорезавшихся зубов. Локализуются эти дефекты в дентине в области, близкой к эмалево-дентинному соединению со стороны окклюзионной поверхности зуба. И, хотя на стадии «до прорезывания» участок внутрикоронковой резорбции зуба не содержит микроорганизмов, с началом процесса прорезывания, при появлении коронковой части зуба в полости рта, эта область быстро колонизируется микроорганизмами, и далее происходит быстрое разрушение твердых тканей зуба, неотличимое внешне от обычного кариозного поражения [4].

Вопросы ранней диагностики

В литературе описано много способов диагностики скрытого кариеса, однако, как показывает практика,



выбор идеального метода является очень сложной задачей. Оптимальный способ должен отвечать целому ряду параметров:

- 1. Воспроизводимость.
- 2. Чувствительность.
- 3. Специфичность.
- 4. Доступность и простота метода.

Согласно Amore и соавт. (2000), среди таких методов диагностики скрытого кариеса как визуальный осмотр, рентгенографическое исследование, красители, флуоресценция, диодный лазер, лазерно-флуоресцентный метод, метод волоконно-оптической трансиллюминации, электрической проводимости наиболее эффективным было совместное использование визуального осмотра с рентгенографическим исследованием [9].

Согласно Horowitz (2004), визуальный осмотр окклюзионной поверхности зуба не должен сопровождаться тактильным анализом с использованием острого стоматологического зонда.

Считается, что использование острых зондов для диагностики кариеса является, во-первых, малоинформативным методом и, во-вторых, может привести к разрушению деминерализованного слоя эмали, который все еще может быть реминерализован [10].

В исследовании Presoto C.D. и соавт. (2017) [5] сравнивались наиболее распространенные и доступные методы диагностики скрытого кариеса, такие как визуальный осмотр (согласно критериям ICDAS), метод флуоресценции и анализ интраоральных фотографий зубов. Результаты исследований показали высокую способность диагностики скрытого кариеса методом флуоресценции, но низкие показатели специфичности свидетельствуют о том, что флуоресцентная камера выдает большее, по сравнению с другими методами, количество ложноположительных результатов. А значит, может привести к гипердиагностике и попытке лечения здоровых зубов. Наибольшая клиническая эффективность при диагностике скрытого ка-

риеса была получена при сочетании анализа интраоральных увеличенных изображений зубов и визуального осмотра (с применением критериев ICDAS). По мнению авторов, это также подчеркивает важность объединения данных методов для постановки правильного диагноза [5].

Критерии ICDAS

Международная система выявления и оценки кариеса (ICDAS) объединяет сразу несколько систем для выявления кариеса. Согласно данным критериям, можно выделить шесть стадий кариозного процесса: от клинически видимых изменений в эмали при ее деминерализации до обширной кариозной полости [6].

Диагностика кариеса состоит из двух этапов. Сначала зубу присваивается код от 0 до 9, в зависимости от того, является ли он интактным, покрытым герметиком и т.п. На втором этапе определяется стадия развития кариозного процесса. Критерии оценки представлены в таблице 1.

Таблица 1. Классификация этапов прогрессирования кариозного процесса на основе Международной системы выявления и оценки кариеса

Код	Описание
0	Нет никаких признаков кариозного процесса.
1	После продолжительной воздушной сушки (5 с.) визуализируется белое или коричневое пятно на эмали.
2	Без предварительного высушивания поверхности зуба на эмали определяется белое пятно и/или коричневое пятно, которое шире, чем фиссура зуба.
3	Локализованное разрушение эмали без видимого поражения дентина.
4	Четко прослеживается просвечивание темной тени от дентина через эмаль, с наличием либо отсутствием участка ее локального разрушения.
5	Кариозная полость в эмали с видимым (обнаженным) дентином.
6	Глубокая и широкая кариозная полость с разрушенными кариозным процессом дентином и эмалью. Может достигать пульпы зуба.

Согласно Weerheijm и соавт., к скрытому кариесу можно отнести кариозные поражения с кодами 1–4, согласно классификации ICDAS [8]. Необходимо быть очень внимательным при диагностике скрытого кариеса и помнить, что, несмотря на кажущуюся прямую связь между высоким риском развития кариеса и высокой распространенностью и тяжестью скрытого кариеса, научных доказательств существования такой связи нет.

Клинический случай 1

Пациент (13 лет) обратился в стоматологическую клинику с целью планового профилактического осмотра. Во время простого визуального осмотра на окклюзионной поверхности зуба 2.5 обнаружено просвечивание темного дентина через внешне сохранную эмаль. Визуальный осмотр с использованием оптического увеличения и анализ выполненной внутриротовой фотографии окклюзионной поверхности зуба под увеличением подтвердили наличие кариозной полости под эмалью (рис. 1).

Диагноз: K02.1. Кариес дентина.

При лечении скрытого кариеса необходимо придерживаться двух важных правил:

1. Строго следовать принципам минимально инвазивной стоматологии при удалении инфицированных и разрушенных тканей зуба.

2. Вести фотопротокол всех этапов лечения (рис. 2–5).

Причин для соблюдения таких правил несколько. Во-первых, с развитием адгезивной стоматологии и увеличением продолжительности жизни мы должны заботиться о максимальном увеличении реставрационного цикла зуба. При лечении скрытого кариеса это, как правило, первое лечение зуба. А значит, от того, как оно будет выполнено, во многом

зависит продолжительность функционирования и сохранности зуба в полости рта с течением времени.

Наличие фотографий всех этапов лечения рекомендуется для диагностики, документирования процесса лечения и выстраивания грамотного диалога с пациентом и его родителями. С использованием таких фотографий мы объясняем пациенту важность проведения периодических профилактических осмотров, представляем доказательства необходимости лечения зуба, который никогда не болел и внешне (для пациента) кажется совершенно здоровым.

Клинический случай 2

Пациент (23 года) обратился в стоматологическую клинику с целью планового профилактического осмотра. Во время простого визуального осмотра на окклюзионной поверхности зуба 2.6 обнаружено просвечивание темного дентина через внешне сохранную эмаль. Визуальный осмотр с использованием оптического увеличения и анализ выполненной внутриротовой фотографии окклюзионной поверхности зуба под увеличением подтвердили наличие кариозной полости под эмалью (рис. 6).

Диагноз: K02.1. Кариес дентина.

Лечение кариеса проведено с использованием операционного микроскопа, фотографии зуба до лечения и на этапах лечения были выполнены под увеличением через фотоаппарат, подключенный к микроскопу с помощью фотоадаптера (рис. 7). К сожалению, несмотря на значительное (за последние 10 лет) улучшение качества фотографий, выполненных через операционный микроскоп, все особенности восстановленного микрорельефа окклюзионной поверхности зуба, цвета, блеска, прозрачности реставрации возможно передать только с использованием специальных внутриротовых зеркал и макрообъектива зеркаль-



ного фотоаппарата. Поэтому окончательные фотографии мы выполняем после снятия коффердама, коррекции окклюзии и полирования реставрации (рис. 8, 9).

Заключение

Хотя скрытый кариес до сих пор является серьезной проблемой для стоматологов, многие вопросы, связанные с диагностикой и лечением та-

кого процесса, уже решены или близки к решению. Наиболее эффективными методами диагностики являются: визуальный осмотр, анализ увеличенных изображений окклюзионной поверхности зуба и рентгенологическое исследование. При лечении следует придерживаться принципов минимально-инвазивной стоматологии и вести фотопротокол всех этапов лечения.



Вы не согласны с мнением автора?



DENTAL Club

Напишите нам!
dc@nsella.ru

Список литературы

1. Trevisan T., Andrade M., Presoto C., Oliveira O.Jr., Andrade M., Bortolatto J. Hidden caries: a critical review. Scientific Journal of Dentistry, 2015, 2, pp. 33-36.
2. Lynch R.J., Ten Cate J.M. The effect of adjacent dentine blocks on the demineralisation and remineralisation of enamel in vitro. Caries Res., 2006, 40, pp. 38-42.
3. Lussi A. Comparison of different methods for the diagnosis of fissure caries without cavitation. Caries Res., 1993, 27, pp. 409-416.
4. Seow W.K. Pre-eruptive intracoronal resorption as an entity of occult caries. Pediatric Dentistry, 2000, 22(5), pp. 370-376.
5. Presoto C.D. et al. Clinical effectiveness of fluorescence, digital images and ICDAS for detecting occlusal caries. Rev. odontol. UNESP, 2017, vol. 46, pp. 109-115.
6. Ismail A.I., Sohn W., Tellez M., Amaya A., Sen A., Hasson H., et al. The international caries detection and assessment system (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community dent oral epidemiol., 2007, 35(3), pp. 170-178.
7. Hashizume L.N., Mathias T.C., Cibils D.M., Maltz M. Effect of the widespread use of fluorides on the occurrence of hidden caries in children. Int. J. Paediatr. Dent., 2013, 23, pp. 72-76.
8. Weerheijm K.L. Occlusal 'hidden caries'. Dent Update, 1997, 24, pp. 182-184.
9. Amore R., Anido A.A., Moraes L.C., Moraes M.E. Comparison among clinical and radiographic diagnosis of dental caries. Pós. Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos., 2000, 3, pp. 62-68.
10. Horowitz A.M. A report on the NIH consensus development conference on diagnosis and management of dental caries throughout life. J. Dent. Res., 2004, 83, pp. 15-17.

NSK

iPexII

Усовершенствованный апекслокатор

ПРЕИМУЩЕСТВА:

- Высокоточное измерение длины канала с использованием технологии Smart Logic;
- Автоматическое определение апекса в любой среде;
- Большой цветовой ЖК дисплей и 3 разных звуковых сигнала гарантирует точность и наглядность измерения;



РЕКЛАМА

Оплата в рублях по курсу ЦБ.
Подробности уточняйте у менеджеров.

УЖЕ НА СКЛАДЕ

Москва

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

Санкт-Петербург

Телефон/факс: +7 (812) 31-31-9-31
www.nsella.ru sp@nsella.ru

Екатеринбург

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

Надежда Цой

Врач стоматолог-пародонтолог-хирург. Стоматолог высшей категории. Соавтор двух научных статей по стоматологии

ЭФФЕКТИВНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ

Сегодня хочу обсудить ключевые аспекты лечения заболеваний десен, без которых лечение становится малоэффективным, а результат – краткосрочным.

Лечение заболеваний пародонта отличается от других заболеваний полости рта, ассоциированных с микробной бляшкой. Сложность в лечении пародонтита заключается в том, что зона пародонта является открытой и доступной для постоянного обсеменения микробами и повторного образования микробной бляшки. Восстановление микробной бляшки происходит в течение нескольких суток. И если не обеспечить контроль над образованием микробной бляшки, лечение пародонтита становится неэффективно.

Пародонтит, как и любое другое заболевание, имеет первичные этиологические факторы – бактериальная бляшка, так и вторичные факторы риска, которые можно условно разделить на изменяемые (курение, стресс, сахарный диабет, корректируемые соматические заболевания) и неизменяемые факторы риска (возраст, пол, генетические факторы). Ликвидируя все причинные факторы заболевания, мы купируем воспалительный процесс. Переводим заболевание в стадию ремиссии, запуская в десне репаративные процессы.

В формировании заболеваний пародонта взаимодействует макроорганизм хозяина и микроорганизм. Присутствие бактерий – это основная составляющая развития воспалительных заболеваний пародонта. Состояние макроорганизма влияет на восприимчивость к пародонтиту, его развитие, клиническое течение, степень тяжести.

ЗУБНАЯ БЛЯШКА РАЗВИВАЕТСЯ СРЕМИТЕЛЬНО:

- В течение нескольких минут формируется молекула, состоящая из белков и гликопротеинов слюны.
- В I фазе формирования бляшки происходит сближение бактерий, оседание их на пелликуле.
- Во II фазе адгезии происходит первичная колонизация, к которым прилипают новые бактерии.
- В III фазе происходит размножение бактерий.
- В IV фазе формируются микроколонии.
- В V фазе происходит формирование биопленки, образуется прикрепленный налет.
- В VI фазе происходит рост, созревание зубной бляшки.

Зубная бляшка – целостный организм, здесь происходит рост анаэробов, выделяются метаболитические продукты, компоненты клеточных стенок, которые активируют иммунный ответ организма.

Неспецифический зубной налет вызывает гингивит в течение 7 дней.

Если механическим способом не удалять зубной налет, через одну неделю воспаление в пародонте возникает вновь и запускаются деструктивные процессы.

Стоматолог проводит лечение пародонта, ликвидируя микробную бляшку, формируя биосовместимую поверхность цемента для восстановления репаративных процессов в десне путем проведения профессиональной гигиены полости рта, коррекцией индивидуальных гигиенических навыков пациентов, контролем их качества на этапах лечения, проведением закрытого или открытого кюретажей и последующим переводом пациента на поддерживающее лечение.

Но одних мануальных навыков стоматолога недостаточно, так как в течение 7 дней образуется новый микробный налет, токсичный для тканей пародонта, и воспаление возникает вновь. Ключевым фактором в лечении заболевания десен является взаимодействие стоматолога с пациентом, мотивация пациента к успешному лечению.

Для достижения стойкой ремиссии пародонтита, для поддержания эффекта лечения и усиления его результата необходимо вовлечь в процесс лечения пациента. На каждом этапе лечения мотивация пациента должна быть на высоком уровне. Соблюдение техники чистки зубов позволит усилить эффект лечения. Постоянное ежедневное поддержание чистоты и очищение всех поверхностей зуба позволит запустить репаративные процессы в тканях пародонта, закрытие пародонтальных карманов.

На стоматологическом приеме следует проводить урок гигиены





Фото автора George Becker: Pexels

с подбором средств индивидуальной гигиены, подходящих в данной клинической ситуации и удобных для пациента. При подборе средств гигиены полости рта следует учитывать индивидуальные особенности пациента: режим жизни, удобство применения, психологическую готовность применять рекомендуемые средства. Одновременно средства гигиены должны удовлетворять всем параметрам качественной гигиены полости рта. Помимо зубной щетки пациенту необходимо подобрать межзубные средства гигиены, ирригатор. Следует провести практическое обучение по особенностям использования девайсов, так как от качества домашней гигиены будут зависеть эффективность репаративных процессов в пародонте и успешность лечения. Лечение пародонта продолжается пациентами в домашних условиях.

Большое значение имеет соматическое здоровье пациента, а именно состояние макроорганизма, который участвует в формировании иммунного ответа тканей пародонта.

При наличии сахарного диабета у пациента происходит поражение мелких кровеносных сосудов, что сказывается на скорости восстановительных процессов тканей пародонта. Повышение уровня сахара в слюне способствует росту в ротовой полости количества патогенных бактерий, которые поддерживают воспалительный процесс. Сни-

женное слюноотделение, повышенная вязкость слюны, ее густая консистенция снижают естественные очистительные способности зубов.

Наличие легочной инфекции лор-органов является резервуаром для патогенных микробов. Возникает перекрестное инфицирование, обсеменение микроорганизмами и поддержание воспаления.

Стрессовые ситуации снижают активность иммунного ответа организма, ухудшают работу иммунной системы. Воспалительная реакция приобретает гиперактивный характер из-за выработки медиаторов воспаления. В организме возникает повышенная восприимчивость к пародонтиту.



Никотиновые смолы у курильщиков оказывают местно-раздражающее действие на десну. Замедляется обмен веществ в тканях пародонта, снижается иммунный ответ тканей десны, снижается выработка иммуноглобулинов.

Также на процесс восстановления тканей десны влияют прием лекарственных средств и особенности питания пациента.

Взаимодействие пациента со стоматологом на этапах лечения и коррекция пациентом вторичных факторов риска имеет решающее значение в ходе лечения воспалительных заболеваний десны.

При отказе от курения, соблюдении диеты при сахарном диабете, коррекции стрессовых ситуаций и соблюдении рекомендаций по индивидуальной гигиене полости рта в организме возникает благоприятное состояние для восстановления тканей пародонта, формируется адекватный положительный ответ на проводимое стоматологом лечение.

Успех и эффективность пародонтологического лечения определяются не только соблюдением лечебного протокола, но и общесоматическим состоянием пациента. Большую роль играют мотивация пациента к лечению и готовность менять образ жизни, привычки, которые кардинально могут сказаться на ходе лечения пародонтита и сохранении долгосрочного результата лечения.



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

f @nsella.ru

ig @nsella.ru

B vk.com/nsella



На фото: стоматологическая клиника "ИТА", г. Екатеринбург, ул. Старых Большевиков, 33

Стоматологическая клиника "ИТА": виртуозы со скромной улыбкой

Очарование красивой улыбкой – в наше время уже не роскошь, а норма жизни. Огромное количество клиник для лечения и протезирования зубов позволяют следить за собой чуть ли не круглосуточно, реагируя на каждый подозрительный «звонок». Другой вопрос – найти клинику, которая не экономит на специалистах, материалах и оборудовании, чтобы улыбка действительно сияла, а не зияла пустотами после неудачного вмешательства. И как нельзя лучшей рекомендацией может стать стоматологическая клиника "ИТА" в городе Екатеринбурге, которая, несмотря на сложившуюся ситуацию, не только смогла функционировать, а более того – открыла второй филиал. Это явный показатель того, что народная тропа к врачам не зарастает ни на день.

Наших героинь можно действительно назвать профессионалами своего дела, ведь, кроме блестящего управления стоматологией, они так же виртуозно владеют всеми методами помощи пациентам с заболеваниями полости рта. Доктора настолько привыкли работать в тесной связке, что даже на ин-

тервью согласились одновременно вдвоем. Предлагаем вашему вниманию интервью с директором стоматологической клиники ИТА, врачом стоматологом-терапевтом Шешениной Евгенией Олеговной и её коллегой врачом стоматологом-хирургом Горсковой Ольгой Александровной.



– **Расскажите про начало рабочего дня. Какие тайные обряды для бодрости духа, ловкости рук и зоркости глаз проводите, чтобы пациент получил не только качественное лечение, но и заряд отличного настроения?**

Ольга Александровна: Утро у нас начинается всегда с улыбок друг другу. В отдельном помещении, где мы переодеваемся, всегда общаемся, обмениваемся последними новостями, шутками. После облачения в рабочее – обязательно чашечка кофе. И уже потом с радостью идём в кабинет. Вот, наверное, и весь секрет. В кабинете я знаю, что у меня всё готово, что есть ассистент, который за всё отвечает – за инструменты, чистоту, чтобы мы уже не отвлекались ни на что постороннее. С ассистентами работаем в сплоченной паре, без лишних слов, иногда молча, понимая друг друга по взгляду, по взмаху руки.

– **Почему именно эта клиника? И почему врач-стоматолог?**

История, наверное, банальная. Однажды в детстве мне сделали больно в кабинете стоматолога, и в тот момент я твердо для себя решила, что буду лечить зубы, но никогда никому не доставлю неприятных ощущений. Так и пошло. Поступила в медицинский, на практику пришла сюда

в 2012 году по рекомендации одного из врачей. В первый же день меня посадили ассистировать, помогать, сразу с Евгенией Олеговной. Это был терапевтический прием, лечение зубов. Но все равно это был шок: первый же день, еще ничего не знаю, а мне тут сразу: садись и делай! Задача была сесть с левой стороны от кресла и помогать в лечении зубов – подавать инструменты, замешивать материалы.

– **Как у хирургов: "Сестра, спирт!"?**

В общем-то, да. А как иначе? Мы без ассистентов вообще не работаем

и уже не представляем, как раньше было по-другому. На сегодня работа в четыре руки – это уже стандарт.

– **Быстро влились?**

Да, сразу, как только пришла познакомиться с клиникой и рассказать о себе. Мне сказали, что вот там есть кабинет, там работает директор. У меня шок! Идти сразу работать? И сразу с директором?! Ничего, села, никаких гонок, все рассказали, объяснили. Видимо, я тоже понравилась. Но тогда и клиника была меньше – только три кабинета, и пациентов, соответственно, было меньше. Работала и с Евгенией Олеговной Шешениной, и с Владимиром Киприяновичем Шешениным. И даже как-то не было уговоров, по обоюдному согласию. Работала тут во время учебы в институте, и после осталась. Звезды сошлись.

– **Легко было сменить статус с ассистента на врача?**

Пересест с одной стороны кресла на другую было определенным стрессом. Поначалу думаешь, что все знаешь, а потом понимаешь, что это огромная ответственность за пациента, его здоровье и жизнь. Дрожали руки, дрожало всё. Но тут я вспоминаю слова Владимира Киприяновича, который говорил: «Прыгай, там глубоко. Выплывешь – молодец, поплывешь дальше. А не выплывешь...». Приходилось выплывать. Но я никогда не оста-



На фото: директор клиники "ИТА", врач стоматолог-терапевт Шешенина Евгения Олеговна и врач стоматолог-хирург Горскова Ольга Александровна



На фото: директор клиники "ИТА", врач стоматолог-терапевт Шешенина Евгения Олеговна за работой на микроскопе Carl Zeiss

валась одна, всегда было чувство, что меня поддерживают. Евгения Олеговна всегда, когда вопросы возникали, подойдет, объяснит, поможет. Учитель рядом – это очень важно.

– Заметили момент, когда руки перестали дрожать?

Наверное, такой момент не наступит никогда. Люди разные, ситуации разные, зубы разные. Если наступает момент, когда уже ничего не боишься, значит, надо заканчивать и идти переучиваться или повышать квалификацию. Ведь работа с людьми – это всегда стресс, хоть, конечно, сейчас я и спокойнее стала, и пульс уже не так зашкаливает. Я хирург, когда иду на операцию, понимаю, что иду к человеку, к личности, у которого своя анатомия, и риски всегда есть.

– Насколько изменилось инструментальное оснащение за последние годы?

Инструменты в хирургии особо не изменились: это элеваторы, щипцы, кюреты – они ещё долго будут применяться. Но входят в обиход и другие инструменты: какие-то хирургические аппараты, например, для ультразвукового удаления, для костной пластики.

Это менее травматично, позволяет быстрее заживать и дает больше возможностей для лечения мест, куда особенно тяжело добраться.

– А в терапии?

Евгения Олеговна: А тут поинтереснее. У нас появились два микроскопа для диагностики, первичного осмотра пациента. Можем там увидеть скрытые полости, пломбы неполноценные. Это все можно сфотографировать, вывести на компьютер и показать пациенту. И уже в этом случае человек понимает, что доктор не просто так что-то придумал, а конкретно видит, где и какие у него проблемы. При лечении позволяет щадяще работать с мягкими тканями. Такую точность позволяет соблюдать оптика Carl Zeiss с увеличением от 0.4 до 40. А значит, и зубы будут целее, и пломбы будут дольше стоять, и гигиена получится эффективнее.

Микроскопы – это уже не новинка в нашей профессии. Хоть в клинике они не очень давно стоят, но уже ни один наш доктор ни за что не согласится работать по старинке, без микроскопа. Без этого даже ортопеды уже не могут: без данных от терапевта по трещинам, что можно брать под конструкцию, а что нельзя. Поэтому сейчас у нас ди-

агностика на самом высоком уровне, работаем в сотрудничестве со всеми врачами: ортопеды к нам обращаются, хирурги, мы им тоже говорим, можно ли сохранить зуб или нет. Если раньше мы через микроскоп только перелечивали, то сейчас проводим все, вплоть до гигиены. С ним ты понимаешь, что раньше вообще ничего не видел. Зубы же маленькие, и простого зеркала уже не хватает. Да и это эргономика, то есть доктора уже не сидят крючком, а позади пациента, выпрямившись. Тем самым мы сохраняем здоровье и клиента, и своё собственное.

– А что касается другого современного оборудования? Что есть у вас, чего нет у других?

Лазер. Не скажу, что это прямо новинка, он у нас давно, но подобные установки есть далеко не во всех клиниках. Отличная вещь, скажу вам, и в ортопедии, и в терапии, и в хирургии, и в той же диагностике. У него огромный спектр, к примеру, он эффективно снимает воспаление десны или проводит дезинфекцию и чистку каналов. Он диодный, с длиной волны 980 нм, и у него диапазон работы только на мягких тканях, слизистых, то есть на зубы он никакого воздействия не оказывает. У нас лазер с 2013 года, когда открывали первые три кабинета. У нас были терапевт и ортопед, и мы все обустроивали для себя, чтобы было комфортно и удобно.

– Немного о будущем вашей клиники. Какие технологические перспективы? Планируете ли открывать новые филиалы?

Разумеется. Прямо сейчас у нас готовится к открытию новая клиника. Она уже отремонтирована, оснащена, только вывески не хватает. И если вы заглянете внутрь, то подумаете, что это какая-то выставочная модель с обложки журнала: там есть просто все, что нужно и клиенту, и стоматологу: и лазеры, и микроскопы, и удобные кресла, а самое главное – там есть компьютерный томограф. Целых два! Теперь хотим открыть ортодонтическое направление. Но не можем найти специалиста, к сожалению.

– Мощности у клиники для этого есть?

Конечно. Наша клиника уже лицензирована на ортодонтию, да и новые компьютерные томографы оснащены цефалостатом. У нас все готово, только не хватает специалиста. В нашем городе вообще с врачами этого направления большая проблема, нехватка. Но нам, скажем так, повезло – мы нашли девочку, заточенную под ортодонтию. Она еще студентка, оканчивает четвертый курс. Но ей надо еще два года отучиться в ординатуре, чтобы стать врачом-ортодонтом. Ведь ей требуется овладеть навыком просчитывания ситуации, прогнозирования возможных последствий, чтобы не навредить и не привести к ситуации, когда исправить сделанное будет уже невозможно. Вот Ольга Александровна ее сейчас ведет, она видит, как девочка прямо «болеет» своей профессией, и именно такие специалисты нам и нужны.

– Но стоматология не стоит на месте, и кроме нового оборудования появляются и новые способы лечения и протезирования. Как следите за опытом коллег?

Следим активно, и не только за опытом, но и за новинками в аппаратах, инструментах. Мы постоянно изучаем и выставки, и презентации. И как только что-то интересное появляется, мы тут же это себе закупаем...

– Это еще в магазинах не появилось, а у вас уже есть?

Да, можно и так сказать. Да и сами постоянно учимся. Все доктора, без исключения, два раза в год обязательно проходят обучение, курсы по всей России: Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург. За годы работы в клинике мы стали гораздо избирательнее в выборе курсов и ищем преподавателей только высокого уровня. Доктора с 10-летним стажем, которые начинают учить, как ставить коффердам, нам уже не интересны. Лучше, если это авторитетный специалист, который приехал со своими исследованиями. Раньше постоянно отслеживали такие презентации и встречи, а сейчас,

в пандемию, все ушло в онлайн. Мы, конечно, расстроились, что нельзя больше вживую увидеть преподавателя, но зато теперь можно чуть ли не каждый месяц находить что-то новое и, не отходя от рабочего места, слушать лекции, переписываться с коллегами в почте. Вы уже спрашивали, с чего начинается утро. Вот вам еще один «ри-туал» – проверка электронного ящика: вдруг какая интересная информация об очередной учебе придет.

– В финале нашего интервью не могу не спросить про ваши имплантаты. Я знаю, что у вас они какие-то необычные. Откройте эту тайну.

Ольга Александровна: Волшебства никакого нет, и тайны тоже. Но особенными их, и правда, можно назвать. Ставим имплантаты своим пациентам. Расходятся как горячие пирожки: в месяц устанавливаем до 40 имплантатов. В связи с чем хочется отметить компании "Н.Селла", которая обеспечивает нас имплантатами и протетическими элементами. Скажу честно, имплантаты – это пока лучшее, с чем я имела дело за все время работы. Они качественные, универсальные, надежные и долговечные. Разных форм и размеров огромный ряд, под любую конструкцию подходят. Возможно съемное и несъемное протезирование. В общем, они перекрывают весь

спектр, так необходимый как пациентам, так и докторам. Да и в работе они очень просты и удобны. Время на установку имплантатов экономить нельзя, да и странно было бы стремиться к скоростной установке, ведь тогда пострадало бы качество – нужно соблюдать хирургический протокол. Вот уже полтора года мы ставим имплантаты, и ни у кого из пациентов нет претензий. Протетические элементы нам привозят всегда большими партиями, так что даже ажиотажная запись на имплантацию не становится какой-то проблемой, всегда всего хватает. В крайнем случае что-то необходимое нам могут подвезти в течение дня, а в экстренном порядке – за 30 минут!

– Какие-то ограничения они накладывают на пациента? Что больше нельзя принимать в пищу, что можно было с родными зубами?

Ограничения есть всегда после имплантации, но в данном случае их гораздо меньше – почти нет, в сравнении с другими израильскими или корейскими аналогами. Даже орехи можно, но это уже на свой страх и риск: таких рекомендаций, само собой, мы никогда не дадим. Нам важно, чтобы пациент сохранил красивую улыбку и здоровье своих зубов, а для орехов есть другие инструменты, которые, уж точно, не так жалко.

Беседу вел Альберт Мусин



Точность и Простота



ENDO-MATE AT

Стильный и компактный эндомотор



ENDO-MATE TC2

Беспроводной



ENDO-MATE DT

Эндодонтический микромотор

«Менторство –
умение и отдавать, и получать»

Автор: Марина Лепина

Хочешь быть дирижером – клей уголки партитур

Дмитрий Юдин – стоматолог, пластический и челюстно-лицевой хирург, заместитель декана медицинского факультета института Витте, врач МНИОИ имени Герцена, ментор, разработчик новых подходов в гнатологии и электронейростимуляции. Герой нашего сегодняшнего разговора, профессионал высокого класса, считает самосовершенствование важным и в профессии, и в жизни.

– **Дмитрий, вы амбициозный, успешный врач-практик и ментор. А когда и с чего начался ваш путь в профессию?**

– Де-юре я в профессии с 2011 года, но фактически – гораздо дольше. Я из семьи врачей, к профессии почувствовал себя приближенным еще в детстве. Отец – стоматолог-ортопед, мама – стоматолог-терапевт, мой прадед по отцовской линии был врачом. Я часто бывал у родителей в кабинетах и смотрел, как они работают. Для меня стоматология была естественной средой.

Уже на IV курсе МГМСУ я начал участвовать в различных операциях. Моя альма-матер – МОНИКИ. Там при профессоре Александре Никитине я учился челюстно-лицевой хирургии. В пластической хирургии одним из моих учителей был хирург Владимир Эзрохин, я ходил к нему на операции: ассистировал, перевязывал пациентов. Я горжусь тем, что у меня были такие мощные учителя, настоящие гуру.

После ординатуры я начал работать на кафедре челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ – оперировал, занимался наукой, писал диссертацию как

свободный соискатель. А еще решил получить все специальности, которые позволяет мне получить мое базовое образование.

– **И сегодня у вас 7 специальностей! Что это за направления?**

– Челюстно-лицевая хирургия и пластическая хирургия, хирургическая стоматология, которой я занимаюсь очень активно, ортопедическая стоматология, терапевтическая стоматология, организация здравоохранения. А также физиотерапия и реабилитация: мне было важно иметь доступ ко всему организму,

не только работать с органами головы и шеи. Наверное, это мой любимый сертификат, я им дорожу. Кто-то скажет: физиотерапия – это несерьезно. Но мне это дает возможность почувствовать себя обычным врачом. Челюстно-лицевая хирургия привязана к локации – голова, шея. А реабилитация – это широко. Ко мне приходят, например, пациенты как с лицевыми болями, так и с другими жалобами на локализации в области конечностей или спины, я надеваю белый халат и чувствую

Широкий спектр специальностей помогает мне ориентироваться, куда расти как специалисту. А еще я не хочу отфутболивать пациентов. Предпочитаю полноценно разбираться в проблеме самостоятельно, чтобы вся ответственность была на мне.

– **Вы перфекционист?**

– Я видел много докторов, которые чересчур увлекаются хирургическим вмешательством, но прооперировать – не значит вылечить. Я видел, как одну

ности движений. Наша задача – чтобы результат лечения был на долгие годы. Нужно меньше наслаждаться процессом, для меня важнее результат. Поэтому и не хочется передавать работу в другие руки. Я верю сам себе и своему опыту.

– **Вы серьезно погрузились в гнатологию. И разработали новые подходы в электронейростимуляции (ТЭНС). Почему вас увлекает это направление?**

– В ординатуре я мечтал заниматься реконструктивной хирургией нервов, но тогда не сложилось: пациентов таких у меня было мало. Я понимал, что мало просто сшить нерв – надо заставить его работать. Так я открыл для себя, благодаря профессору Игорю Шугайлову, своему наставнику, мир электростимуляции. Свою диссертацию я посвятил в том числе чрескожной электронейростимуляции (ТЭНС).

А начиналось все с того, что я нашел старый советский стимулятор, которому уже 30 лет, – и каких только модификаций я из него не делал... Кстати, тогда вообще нужные инструменты для хирургии сустава просто невозможно было найти. Мне как-то пришлось просить своего гитарного мастера сделать инструмент на токарном станке. Уже потом удалось приобрести качественное оборудование.

Это был примерно 2012 год. Я занял нишу поражений нервов лица, в которой до сих пор практически нет специалистов. Коллеги стали направлять ко мне пациентов с парезами тройничного нерва, поражениями лицевого нерва. Это самые благодарные пациенты, потому что их заболевания очень мучительны, и избавиться от них – это счастье.

Гнатологией в чистом виде я начал заниматься последние три года. В этом направлении меня вдохновил заниматься один из моих учителей Сергей Гетте. Мы объединили наши усилия и получили нечто свое, особенный подход к лечению, аналогов которому нет и за рубежом. Особенность нашей концепции в том, что мы выделяем четыре составляющие: окклюзия, сустав, мышцы и ЦНС. Мы проводим ЭЭГ, интерпретируем полученные данные



себя доктором широкого профиля.

В медицинском сообществе есть пренебрежительное отношение к стоматологам: считают, что это не врач, стоматологи узко работают. То, что выходит за рамки их специальности, их часто не интересует. А ведь наша советская стоматологическая школа была сильнее, чем школа в США или в Европе. Там дантисты, которые больше ничего не хотят знать. Я успел застать наше фундаментальное образование, сейчас у нас тоже готовят просто дантистов. И все равно наш стоматолог – больше, чем дантист.

и ту же операцию один врач делал 30 минут, а другой – 3 часа, просто получая кайф от работы. Но это же живой организм, а не автомобиль. Скажем, один из моих учителей, Михаил Косяков, великий хирург, оперировал очень быстро и блестяще. Еще тогда я понял, что, чем меньше человек будет находиться в условиях наркоза, чем меньше ткани будут подвергаться растяжению, чем меньше рана будет открытой, тем лучше. В ортопедии медлительность процесса как раз необходима и объяснима, а вот хирургия требует разумной скорости, отточен-



и вносим поправки в план лечения согласно им. Все неуспехи у различных школ гнатологии от того, что не учитывается влияние мозга. Кстати, профессор Сергей Чикунов, с которого началась гнатология в России, как-то сказал мне: «Когда я что-то готовлю, я читаю много рецептов, а потом готовлю сам, беря самое лучшее. Так я поступаю и в своей профессиональной практике». Мы так же действуем и в работе, беря пример со своих учителей.

Один из главных моих наставников, давший мне в МОНИКИ путь в практику – челюстно-лицевой хирург Ринат Чукумов. Наибольший опыт врача-хирурга я получил у него. Сейчас мы втроем ведем сустав от и до – и консервативно, и оперируя. Легких пациентов у нас нет, к нам направляют самых проблемных.

За рубежом знание гнатологии – обязательный скилл. У нас этой сложной науке не уделяется столь серьезного внимания. Но тенденция к функциональной стоматологии растет. Гнатология – это метод, который позволяет предугадать возможные осложнения и ошибки. Те, кто приходят к нам учиться, конечно же, используют потом эти навыки на практике.

– Дмитрий, вы также участвовали в разработке электромиографа компании «Нейротех».

– Я давно думал о необходимости создания такого нового электростимулятора. На меня вышла отечественная компания «Нейротех». Началось сотрудничество. Я принимал участие в разработке программного обеспечения. Этот миограф я использую в работе. А вот новый стимулятор, его мы называем депрограмматор – в нем другие параметры тока, и он дает возможность проводить стимуляцию не поверхностную, а через слуховые проходы. Ведь самая большая сложность в работе с окклюзией – невозможность стимулировать глубоко лежащие мышцы: электроды, которые ставят на лицо, не действуют на них достаточно эффективно. А данный прибор позволил этого добиться.

– Как вы оказались в Госдуме? Что вы там делаете, каковы ваши интересы в сфере политики?

– Как-то профессор Никитин сказал мне, что он провел более 30 тысяч операций, а это ведь население небольшого города! Это масштабно. Это жизни людей, и нет ничего ценнее. Но

я размышлял о том, может ли врач сделаться что-то еще, помимо врачевания. И решил попробовать свои силы в общественной деятельности, став помощником депутата Государственной Думы и секретарем муниципальной первичной ячейки. Мне кажется, общественная деятельность – это ресурс, благодаря которому ты можешь сделать что-то глобальное.

Буквально на днях на экране моего телефона определилась фамилия Судин. Мне звонил человек, который был когда-то давно первым в моей практике, кого я спас. Это был звонок из прошлого. Мы поговорили, это было приятно. Да, спасать людей важно. Но я пошел в политику, чтобы менять жизненные процессы еще более активно. И мне нравится видеть реальные результаты нашей работы.

Вообще, в политике много уважаемых врачей – это и Дмитрий Морозов, гениальный детский хирург, а ранее академик Петровский, Чазов – они, не изменяя профессии, тоже вошли в политику, и благодаря им происходило много важных изменений. Я считаю, что мы можем гордиться тем, что такие специалисты, наши коллеги, приходят в эту сферу – именно такие мудрые,



опытные профессионалы там и должны быть, чтобы двигать процессы.

– Дмитрий, вы больше практик или все же наставник и ментор? Что вам ближе и интереснее?

– Практика – это и хлеб насущный, но менторство – стимул расти самому. Можно начать думать, что ты достиг потолка в саморазвитии, что ты лучший. А на самом деле всегда есть куда расти. Менторство, преподавание необходимо мне, чтобы лишний раз вспоминать какие-то знания, ведь ими нужно пользоваться.

Но я не преподаватель в чистом виде. Я врач. Хочется работать и видеть результат. Однако, если мне надоест практика или мне придется уйти из практики, я останусь в менторстве. Ведь у хирурга срок годности ограничен. В какой-то момент нужно уходить. Но нужно уйти красиво. Кто-то остается у станка до последнего, а кто-то уходит сам. Я склонен ко второму варианту, но для этого нужно подготовить почву.

– Вы читаете лекции и оказываете академическую поддержку и по многим другим тематикам. Что это за темы?

– Очень интересная и очень сложная тема – реконструктивная микрохирургия. Это операции, идущие по 12 часов. Также очень важной темой я считаю онкостоматологию. В Стоматологической Ассоциации России (СтАР) я являюсь ответственным секретарем секции «Онкоскрининг в стоматологии». Для многих это только раки полости рта, но это верхушка айсберга. Сейчас отрабатываю в МНИОИ имени Герцена протоколы, как стоматологу при разных онкозаболеваниях пациента оказывать ему помощь.

Как правило, наше обучение проходит в формате мастер-класса. У нас много практических кейсов.

– Как вам кажется, насколько в целом важно менторство в профессиональной среде?

– Я застал моменты, когда в больнице стоит импортное оборудование, а им никто не пользуется – врачи просто не знают, как. Торговые предста-

вители или менеджеры тут не помогут. Задача ментора – на практике показать, как можно использовать то или иное оборудование или технологию. Так что ментор – это нечто большее. Это врач, который освоил технологию, и делится с коллегами. Ментор – это своего рода opinion leader.

– Для вас как для ментора процесс обучения коллег – это потреб-

ность? Не жаль ли делиться таким богатым, по сути, эксклюзивным, опытом? Вы готовы отдавать?

– Как минимум, это весело.

Мне нравится не только учиться самому, но и учить других. У нас учатся не только студенты, но и практикующие врачи. И для меня как для ментора важно, чтобы специалист получил у нас полноценные знания. Будет ли он

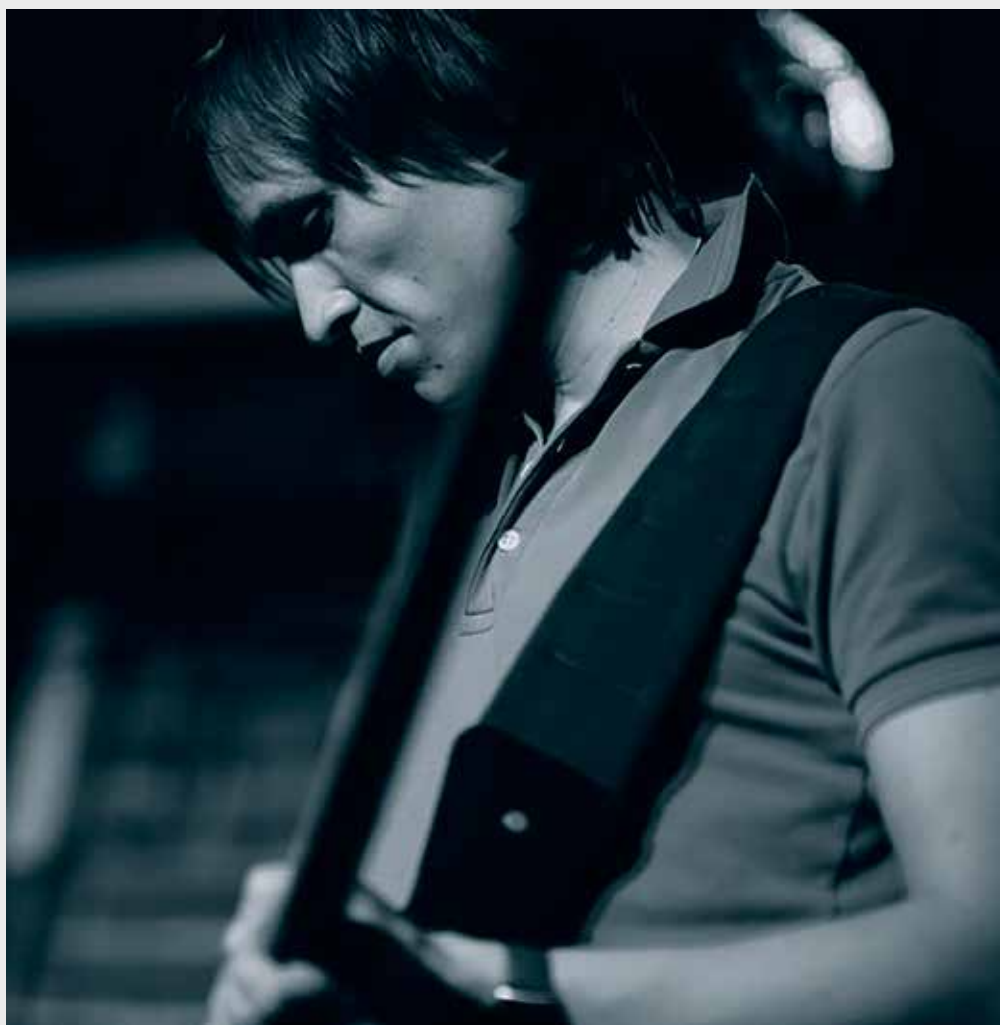




использовать их на практике или поймет, что это не его направление, – это уже решение самого участника обучения. Но мы получаем ценное взаимодействие.

В менторстве важен взаимный процесс. И отдавать, и брать. Некоторые хотят быстро овладеть темой. Но есть секреты мастерства. У меня всегда был пиетет к моим учителям. И как-то наш знаменитый режиссер и пианист Геннадий Рождественский рассказал мне свою поучительную историю. Он очень хотел быть режиссером, и учитель отвел его в комнату, где от пола до потолка стояли кипы партитур: «Хочешь быть дирижером – клей уголки». Уголки стирались от постоянного перелистывания партитур. И Рождественский целый год ходил в консерваторию только клеить уголки, а через год вдруг оказалось, что он знает наизусть все партитуры! Ведь волей-неволей он читал их, клея уголки. Учитель не просто так дал такое задание своему ученику – он увидел в нем потенциал. Рождественский говорил: «Все хотят быть дирижерами. Никто не хочет клеить уголки». Так вот, надо не бояться идти и клеить уголки, чтобы в какой-то момент стать профи.

Вообще, моя профессия – это действительно мое любимое дело. Мне



важен творческий процесс, чтобы работа не превращалась в станок. Менторство, наука, разработки – для меня это творчество.

– Что помогает вам переключиться, восполнить свою энергию, ресурсы?

– Я долгое время преподавал йогу, занимаюсь музыкой. В целом меня вдохновляет искусство – созерцание или сопричастность к творению. А еще меня вдохновляют люди, окружающие меня. Я стараюсь от всех, с кем общаюсь, брать что-то хорошее. Это важный момент менторства, кстати. У меня много друзей из творческой среды, людей опытных, гораздо старше меня, и у них есть чему учиться.

Я люблю природу, но восстанавливаюсь я именно в городе. Меня вдохновляет красота рукотворная, меня радуют Токио, Дубай, Сингапур. Место силы для меня – Москва. Я наслаждаюсь ритмом этого города.

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).



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



Юдин Д. К., Гетте С. А.

ПОВТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВНЧС, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛНЫМ ВЫВИХОМ СУСТАВНОГО ДИСКА БЕЗ РЕПОЗИЦИИ

Гнатология не является самостоятельной дисциплиной или специальностью, но фундаментом стоматологии как науки. По своей сути, это очень важный рабочий инструмент, который позволяет любому специалисту провести правильное планирование, прогнозирование, предугадать возможные трудности и завершить лечение. Методов в гнатологии огромное множество, объединение всего самого лучшего во всех ее школах может дать ответ и подсказать решение там, где односторонний, хоть и гнатологический, подход потерпел неудачу. В данной статье приведен яркий клинический случай, который демонстрирует и описывает иной подход к повторному лечению. Лечение основано на анализе старых и новых данных, включая в себя системы анализа ритмов головного мозга (ЭЭГ) и интерпретации полученных данных для построения нового плана лечения.

Заболевание ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава) является самым сложным разделом стоматологии. Часто причиной болезней сустава является ятрогенный фактор: плоская жевательная поверхность коронок, вкладок или пломб, ортодонтическое лечение у пациентов II скелетного класса без продолженной реставрации окклюзионных контактов, нерациональное протезирование со снижением межальвеолярной высоты. Все чаще стоматологи всех специальностей сталкиваются с полными вывихами суставных дисков. Вывих, еще на той стадии, когда он считается репозируемым, в таких случаях не всегда поддается гнатологическому подходу, основанному только лишь на работе с артикулятором, длительным поиском центрального соотношения челюстей, листовыми калибраторами и плоскими сплинтами, – это не дает положительного результата. Такие пациенты требуют более внимательного и всестороннего изучения и исключения всех подводных камней, которые только могут встретиться на пути к излечению больного. В противном случае мы столкнемся с неуспехом и пациент может попасть на операционный стол для серьезного хирургического вмешательства.

Далее приведен клинический случай повторного лечения ДВНЧС, осложненный вывихом суставного диска с одной стороны, без репозиции, и рассмотрены этапы диагностики, интерпретации полученных данных, а также изложен подход к назначаемой схеме лечения.

Пациентка Л., 25 лет, ранее (со слов пациентки) проходила ортодонтическое лечение, по завершении которого через 6 месяцев стала отмечать сперва щелчки и хруст в правом ВНЧС, которые со временем прошли, затем появились нарастающие кластерные и обречивидные боли. Л. обратилась в лечебно-профилактическое учреждение, где проводилось ортодонтическое лечение, и был выставлен диагноз: односторонний полный вывих суставного диска без репозиции и начальный артроз ВНЧС. Диагноз был подтвержден данными клинического осмотра и аксиографии. Была изготовлена стандартная мичиганская шина, пациентка была отпущена для прохождения консервативного лечения. По прошествии почти года ношения шины состояние не улучшилось, и пациентка обратилась в нашу клинику для консультации. В первую очередь была проведена МРТ ВНЧС. По результатам было отмечено, что при нормальном уровне суставной щели суставной диск так и не был репонируван при своей сохранности.

Мы предпочитаем МРТ ВНЧС в качестве основного метода диагностики

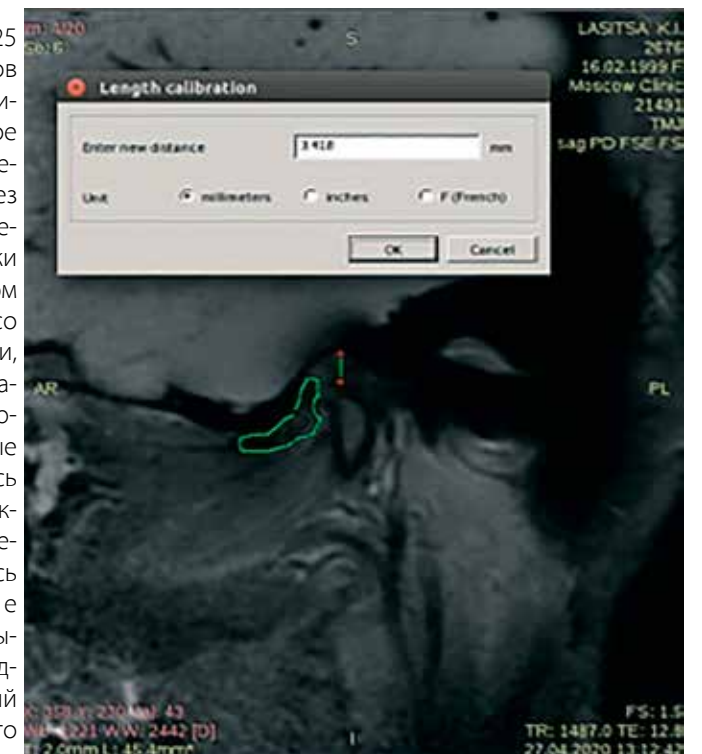


Рис. 1. МРТ перед началом лечения. Суставной диск находится на 9 часов по причине того, что это единственный метод, позволяющий оценить, кроме костных структур, местонахождение суставного диска, размеры суставной щели и целостность связок биламинарной зоны. Это позволяет, не теряя времени, правильно выстроить маршрутизацию пациента, а именно: в случае обнаружения разрыва связок вовремя приступить к предварительной стоматологической подготовке к хирургическому лечению, или же, в случае их целостности, немедленно приступить к реабилитации пациента ортопедическими методами.

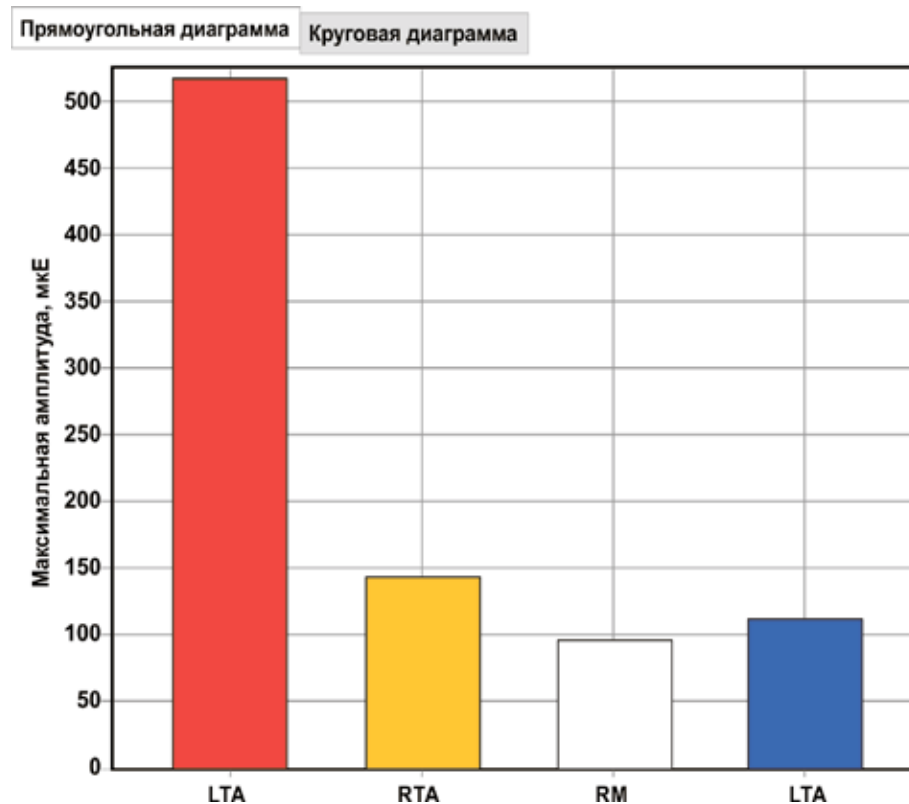


Рис. 2. ЭМГ с гипертоником левой височной мышцы (выделена красным цветом)

Для уточнения возможной причины отсутствия эффекта ранее проводимого лечения была проведена поверхностная ЭМГ. Полученные данные показали наличие гипертонуса левой височной мышцы, что говорит о картине вывиха суставного диска и природе болевого синдрома лица, как то: кластерные и облучевидные боли головы.

Что могло явиться причиной неудачи в такой ситуации? Шина имела достаточную высоту с одной стороны, но плоские жевательные поверхности с другой, что допускало со стороны пациентки Л. непрерывные навязчивые латеротрузионные движения челюсти, крайне опасные для сустава. Причиной невозможности адаптироваться к новой окклюзионной высоте и забыть паттерн патологического жевания является состояние хронического психоэмоционального истощения на фоне депривации сна у пациентки, профессиональной вредности и вредной привычки совершать постоянные латеральные движения челюсти, усиленной плоской каппой.

Проведенная нами ЭЭГ определила недостаточность Альфа-ритма головного мозга, который отвечает за адаптацию и стрессоустойчивость. Даже

ма, все рабочее поле программного интерфейса находилось в Бета-ритме, что свидетельствует о концентрации, тревоге или депрессии.

Перед началом лечения было принято решение устранить дефицит Альфа-ритма путем комплексной медикаментозной терапии и аудиовизуальной стимуляции (AVS). В качестве фармакологической поддержки использовался фенозепам по 0,5 мг на ночь в течение 5 дней с переходом на стандартный протокол приема препарата афобазол с ежедневной AVS. Через месяц психокоррекции проведена повторная ЭЭГ, получены результаты положительной динамики с ростом Альфа-ритма свыше 70%. Данный подход основывался по принципу торможения ЦНС по Курляндскому: неполное, частичное и полное торможение соответственно через 3, 5 и 30 дней.

На следующем этапе была изготовлена новая окклюзионная шина по методу Сильвестрини (SilvesplintDr. PieroSilvestriniBiavati).

Рис. 3. ЭЭГ с высоким Бета-ритмом (отмечено зеленым цветом)

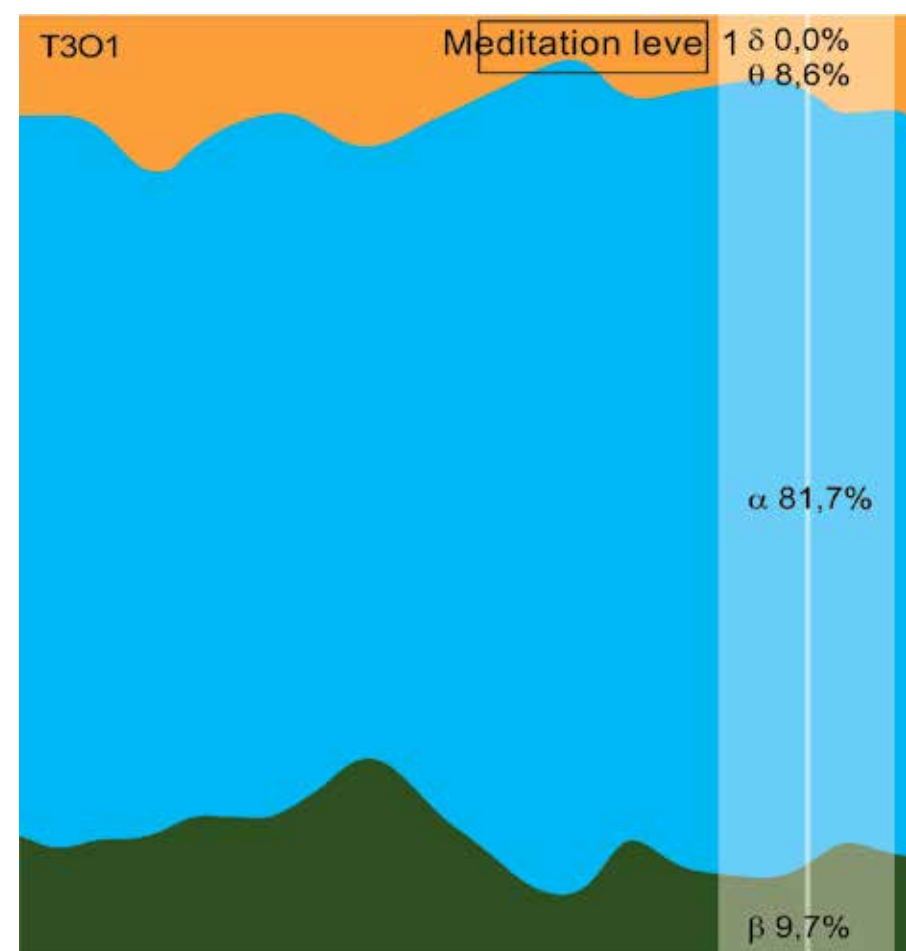
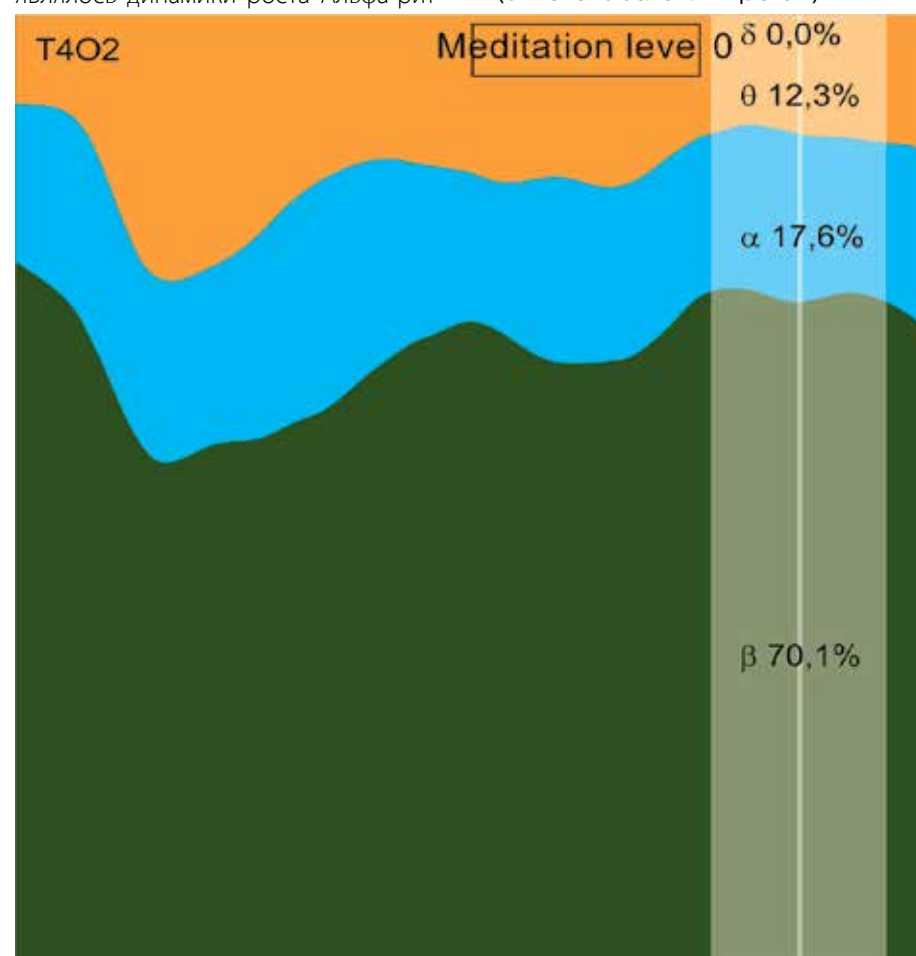


Рис. 4. ЭЭГ после психокоррекции (рост Альфа-ритма выделен синим)



Рис. 5. Каппа, изготовленная по методу Сильвестрини, сделанная в вертикаляторе из акрила

После изготовления и активации каппы под контролем ЭМГ начался курс транскутанной электростимуляции трансаурикулярным методом по 15 минут каждые 7 дней. Депрограммация, проводимая подобным образом, задействовала только ноцицептивный рефлекс в обход миотонического, что позволяло намного быстрее перестроиться всем группам жевательных мышц, выстроить новую правильную мышечную энграмму всех жевательных движений.

По истечении 3 месяцев получена стабильная и устойчивая поверхность



Рис. 6. ЭМГ после лечения

ная ЭМГ с полным балансом жевательных мышц (височных и жевательных).

Контрольная МРТ демонстрирует полную репозицию суставного диска ВНЧС с 9 на 12 часов условного циферблата соответственно.

В итоге были устранены клинические проявления заболевания, прошли жалобы на боли и щелчки. Планируется проведение тотальной дефинитивной реабилитации пациентки путем одонтопрепарирования восьми зубов



Рис. 7. Контрольное МРТ

боковой группы на нижней челюсти и изготовление коронок из материала на основе диоксида циркония для поддержания новой конструктивной межальвеолярной высоты.

Таким образом, когда были проанализированы и учтены данные ЭМГ и ЭЭГ, проведена МРТ, полученные результаты исследования внесли коррективы в план лечения. Устранены факторы, препятствующие депрограммации и реабилитации пациента, путем более глубокого анализа и работы с причинами их возникновения. Такая схема применяется нами в повседневной практике каждый день и стала стандартом подхода к диагностике, ведению и реабилитации суставных больных.



Точное определение места повреждения нервов, степень атрофии мышц и повышенная нервная чувствительность - эти факторы стоматолог должен учитывать при проведении первичной диагностики.

Это уже не просто тренд, а обязательное условие в профессии... И просто фундаментальных знаний анатомии лица и взаимодействия основных систем не достаточно. Важно, чтобы материально-техническая база доктора позволяла производить соответствующую диагностику и коррекцию максимально качественно, с применением современных технологий, основанных на исследованиях в этой области.

Представляем приборы последнего поколения, российской компании «Нейротех», применение которых способно эффективно решать вопросы по более точной постановки диагноза, выбрать наиболее оптимальный план лечения и дальнейшей реабилитации пациента, провести коррекционную и восстановительную работу.

Комплекс беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «КОЛИБРИ»



Беспроводные датчики «КОЛИБРИ» являются удобным средством регистрации активности лицевых мышц, что используется для проведения миографических стоматологических исследований.

Система «Колибри» позволяет провести экспресс оценку уровня напряжения мышц путем регистрации разницы тонуса до (привычная окклюзия) и после расслабления (миоцентрическая окклюзия), а также дать объективную оценку зарегистрированному положению нижней челюсти.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Построение окклюзии;
- Заболевания височно-нижнечелюстного сустава;
- Аномалии прикуса;
- Бруксизм;
- Гипертонус и гипертрофия жевательных мышц.

Челюстно-лицевой хирург; стоматолог; физиотерапевт.
Заместитель декана медицинского факультета института Витте;
Ответственный секретарь секции «Онкоскрининг в стоматологии StAR»;
Врач МНИОИ им.П.А. Герцена;

**Доктор Юдин
РЕКОМЕНДУЕТ**

С 1998 года «Нейротех» ведет работу по созданию приборов для применения в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. За это время были разработаны четыре поколения электромиографических приборов с целью проведения научно-практических исследований при анализе активности лицевых мышц (жевательных, мимических).

Области применения приборов «Нейротех»:
терапия, хирургия, ортопедия, ортодонтия, протезирование.

При работе с приборами «Нейротех», приобретенными в нашей компании - оказываем академическую поддержку.

РЕКЛАМА

КОМПЛЕКТАЦИЯ

- Модуль регистрации (беспроводной датчик) (4 шт.)
- Модуль приема-передачи (антенна) (1 шт.)
- Зарядное устройство с переходником на micro USB (1 шт.)
- Комплект одноразовых поверхностных электродов (50 шт.)
- Флеш накопитель памяти с программным обеспечением (1 шт.)
- Эксплуатационная документация (1 компл.)

КАК ЭТО РАБОТАЕТ:

Датчики «Колибри» крепятся к лицу в проекции поверхностных жевательных мышц с помощью одноразовых электродов и регистрируют мышечный тонус. Полученный сигнал передается в приложение на ноутбук и отображается на экране в виде диаграммы. Система абсолютно безопасна и безболезненна в процессе исследования; применение беспроводных технологий делает работу максимально эргономичной для доктора и комфортной для пациента, а высокая эффективность и острое отображение позволяет проводить максимально эффективную оценку напряжения лицевых мышц и быстро интерпретировать полученную визуализацию мышечного тонуса.

Москва

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

www.instagram.com/nsella.ru/

Санкт-Петербург

Телефон/факс: +7 (812) 31-31-9-31
www.nsella.ru sp@nsella.ru

www.vk.com/nsella

Екатеринбург

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

www.facebook.com/nsella.ru/



Цымбалов Эдуард Ефимович

**к.м.н., врач
стоматолог-ортопед**

Основатель и руководитель
клиники Гармония Прикуса,
г. Самара (стоматология,
кинезиология, междисципли-
нарный подход)

Член Правления
нейромышечной секции СтАР

Член Международного
Колледжа Кранио-
Мандибулярной Ортопедии
(ICSMO)

Член Международной
ассоциации тейпирования
(Dokar Japanese Taping)

Сертифицированный
специалист-подиатр
компании Formtotics

ТАК ЛИ ПЛОХ «ПЛОХОЙ ПРИКУС» У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

В последние десятилетия все больше представителей медицинского сообщества говорят о необходимости целостного, холистического подхода в диагностике пациентов с нарушением функции височно-нижнечелюстного сустава. Изучению этиологических факторов, патогенеза и диагностике этого заболевания посвящены многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе.

Мы рассматриваем зубочелюстно-лицевую систему как неотъемлемую часть опорно-двигательного аппарата со своим комплексом генетически и филогенетически определенных паттернов. С этой точки зрения есть объяснение, как возникновение дисфункции в одной структуре формирует перепрограммирование всей скелетно-мышечной системы и создает патологические энграммы в рамках адаптации к существующей проблеме.

Информация о пространственном положении воспринимается телом посредством постуральных датчиков, к которым относится и проприорецепция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Уникальное расположение ВНЧС на пересечении сагитальной и трансверсальной осей тела, в центре опоры черепа на позвоночный столб сзади и на зубную окклюзию спереди; максимальное удаление от опорной площадки стоп; особенности анатомического строения как парного комбинированного сустава и возможность функционировать в трех взаимно перпендикулярных плоскостях; иннервация тройничным нервом, который имеет многочисленные связи с другими ЧМН, симпатическими и парасимпатическими ганглиями и ретикулярной формацией; наличие зубной окклюзии как ограничителя его движения; участие в жевании, глотании, сосании, речи, пении, дыхании, кашле, проявлении эмоций – делают этот сустав ключевым элементом опорно-двигательного аппарата и функциональным центром равновесия тела.

Так, Робинсон показал связь между разной длиной ног и жевательной эффективностью. Ордонез, анализируя позу пациентов с заболеваниями ВНЧС, обнаружил у 59% дисбаланс в длине ног, причем у 88% из них опре-

делена дисфункция мышц шеи, потеря вертикального размера прикуса и девиация нижней челюсти при открытии рта. Нобелевский лауреат Сперри указывал, что более 80% энергии, вырабатываемой мозгом, расходуется на поддержание тела в пространстве. Огихара (1988) сделал заключение о том, что люди с I классом прикуса по Энглю имели лучшую устойчивость в пространстве, чем люди с патологией прикуса II класса. В середине XX века Д. М. Литтлджон предложил концепцию взаимозависимых треугольников позвоночника. ВНЧС, который находится в основании верхнего треугольника, оказывает значительное влияние на работу нижнего треугольника. Действительно, смыкание зубов происходит более 2000 раз в сутки, когда человек жуёт, глотает. При этом окклюзионная нагрузка передается по системе контрафорсов черепа в височные кости справа и слева. Оттуда, через чешую затылочной кости, сбрасывается на позвоночный столб, где гасится диафрагмами тела. Нарушение в функциональном состоянии ВНЧС включает миофасциальные механизмы компенсации, которые со временем приводят к патологическому состоянию всего опорно-двигательного аппарата. Дисфункция ВНЧС может вовлекать в патологический процесс скелетную мускулатуру головы и шеи (Цымбалистов А. В., Червоток А. Е., 2009). В. Столл (1948) установил связь между окклюзией, шеей, постройкой, дыханием и состоянием общего здоровья. Хираяма (1993) обнаружил важную связь между постройкой и окклюзионными соотношениями у детей. Валентино (2002) указывал, что имеются достоверные миографические изменения тонуса жевательной мускулатуры при изменениях формы свода стоп.

Холистический принцип диагностики предполагает, что в результате нарушения процессов адаптации и компенсации в организме дисфункция ВНЧС может вызвать клинические проявления, которые не совпадают с ней по локализации.

При этом нарушение функции ВНЧС находится в числе самых распространенных патологических состояний челюстно-лицевой области.

До 76% пациентов, обращающихся к стоматологу, имеют типичные симптомы дисфункции ВНЧС (ДВНЧС) (Хватава В. А., 2005; Потапов В. П., 2010):

1. Звуковые явления при движении нижней челюсти.
2. Ограничение при открытии рта.
3. Отклонение от прямолинейной траектории при открытии и закрытии рта.
4. Боль в височно-нижнечелюстном суставе.

Во рту у пациентов часто определяются признаки окклюзионной дисгармонии: аномалии формы и размеров челюстей, скученное положение зубов, клиновидные дефекты и стираемость зубов, рецессии десны и т.д.

При этом пациентам не приходится в голову рассказать стоматологу про хроническую боль в голове и позвоночнике, мышечное напряжение и скованность в теле, психоэмоциональную лабильность.

Ввиду значительной распространенности, трудностей в диагностике, чрезвычайно разнообразной и сложной клинической картины ДВНЧС требует дифференцированного подхода (Пузин М. Н., Вязьмин А. Я., 2002).

Однако на сегодняшний день нет единого алгоритма диагностики и комплексного обследования пациентов с ДВНЧС, позволяющего получить целостную информацию о морфофункциональном состоянии зубочелюстно-лицевой системы и окклюзии (Антоник М. М., Буланова Т. В., 2004). Стоматолог, анализируя симптомы, жалобы пациента, принимает решение о целесообразности вмешательства в работу ВНЧС на свой страх и риск. Наиболее распространенным методом стоматологического вмешательства является коррекция окклюзии. С этой целью обычно применяются стандартные и индивидуальные стоматологические каппы-ортезы, пришлифовывание зубов, ортодонтическое лечение, протезирование зубов в новом конструктивном прикусе. Далеко не всегда это приводит к достижению стабильного положительного результата, улучшению позы и удовлетворению ожиданий пациента.

Отсутствие единой концепции этиологии и патогенеза нарушения функции ВНЧС, понимания о взаимосвязях в организме привело к различным оценкам влияния окклюзионного фактора на постуральный баланс при ДВНЧС.

В стоматологической клинике "Гармония Прикуса" г. Самары было проведено исследование с целью определить влияние окклюзии на постуральный баланс у пациентов с ДВНЧС.

В результате обследования 50 пациентов в возрасте от 25 до 42 лет с типичными клиническими признаками ДВНЧС были сделаны следующие выводы:

1. У всех пациентов с ДВНЧС имеются постуральные нарушения, нарушения установки и структуры сводов

стоп и окклюзионная дисгармония.

2. Стоматологические методы диагностики объективно оценивают состояние окклюзии при ДВНЧС как патологическую, не учитывая ее влияние на постоуру.

3. Анализ комплекса постуральных тестов позволяет определить характер окклюзионных влияний на постоуру.

4. Так называемый «плохой прикус» у пациентов с ДВНЧС, в среднем, улучшил показатели 27% тестов, исполняя роль стабилизатора постоуры.

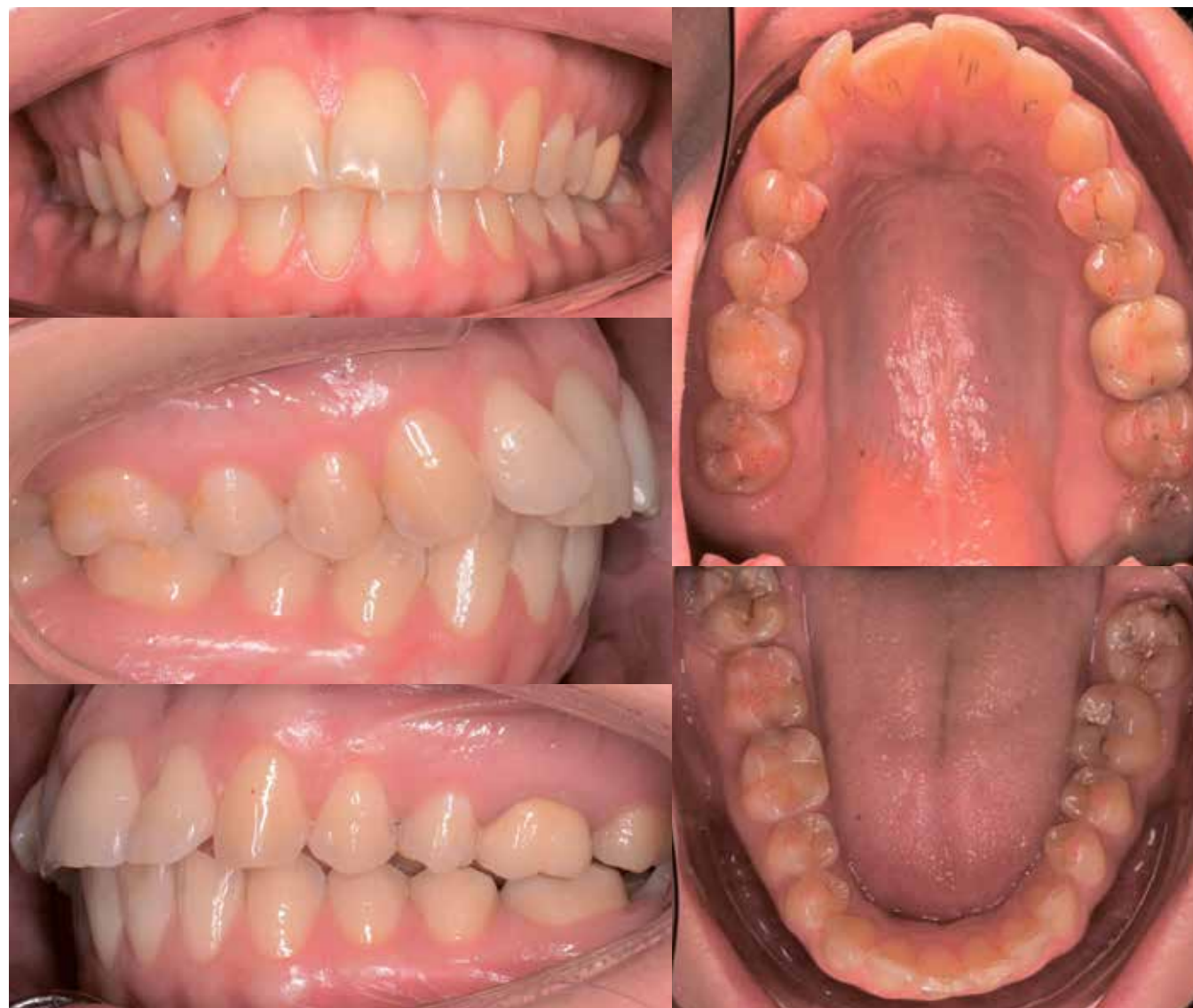
5. Несвоевременное вмешательство в зубочелюстную систему у таких пациентов может привести к срыву адаптационных процессов, возникших как реакция на имеющиеся постуральные нарушения.

Предлагаем ознакомиться с выпи-

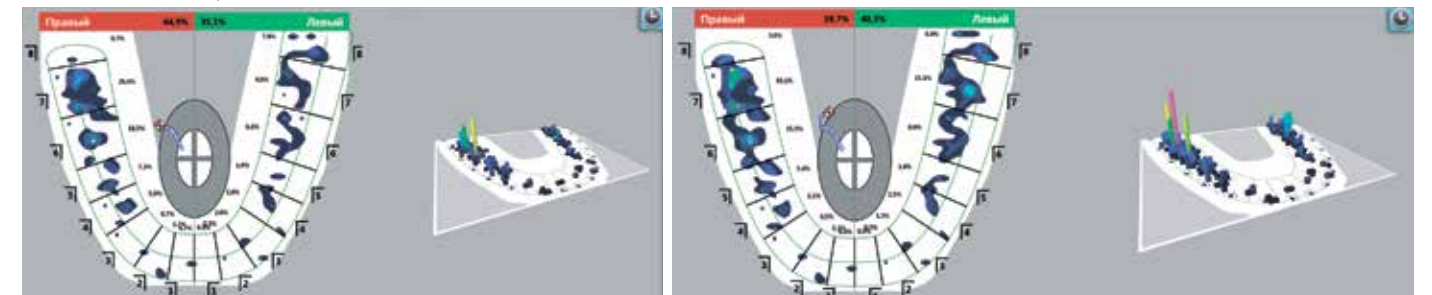
ской из медицинской карты.

Елена Ч., 1988 г. р., обратилась в ООО СК "Гармония Прикуса" с жалобами на криво расположенный зуб 1.2. При опросе выявлена боль в области правого ВНЧС, головная боль в височной области слева, в теменно-затылочной области справа, постоянный дискомфорт в шейном отделе позвоночника и крестцово-подвздошном суставе – больше справа.

При осмотре в полости рта – I окклюзионный класс Энгля справа, II окклюзионный класс Энгля слева. Сужение верхней и нижней челюстей – преимущественно справа. Межрезцовые линии не совпадают из-за смещения зубного ряда верхней челюсти вправо. Скученное положение зубов. Тортономалия зуба 1.2.

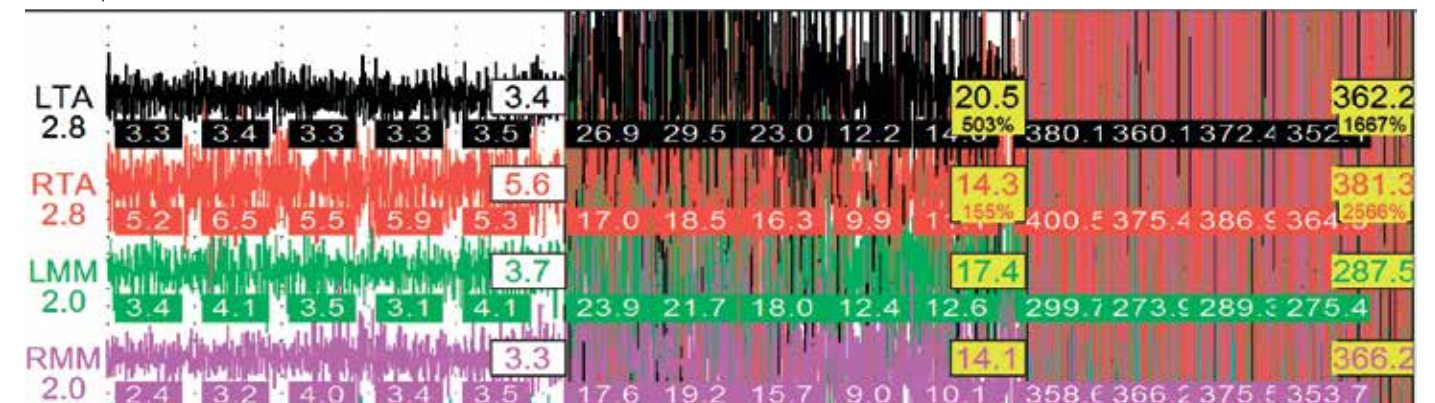


Компьютерный анализатор окклюзии T-SCAN, Tekscan, USA, выявил наличие первичного окклюзионного контакта на зубе 4.6. При достижении максимального усилия при смыкании зубов выявлен супраконтакт на зубе 4.7. При этом баланс сил составил 60/40% справа и слева соответственно.

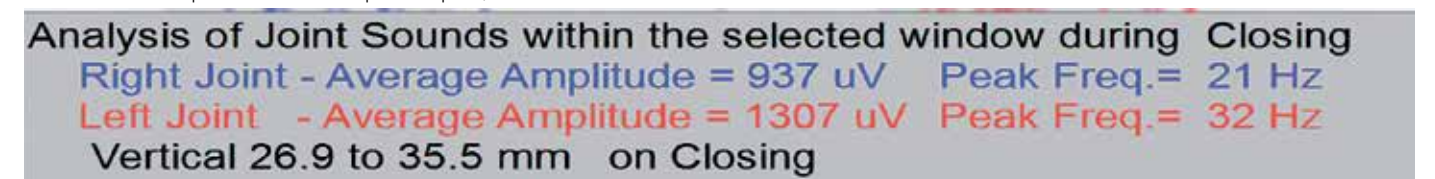


Анализ функционального состояния зубочелюстной системы на лечебно-диагностической системе K7, Myotronics, USA, выявил:

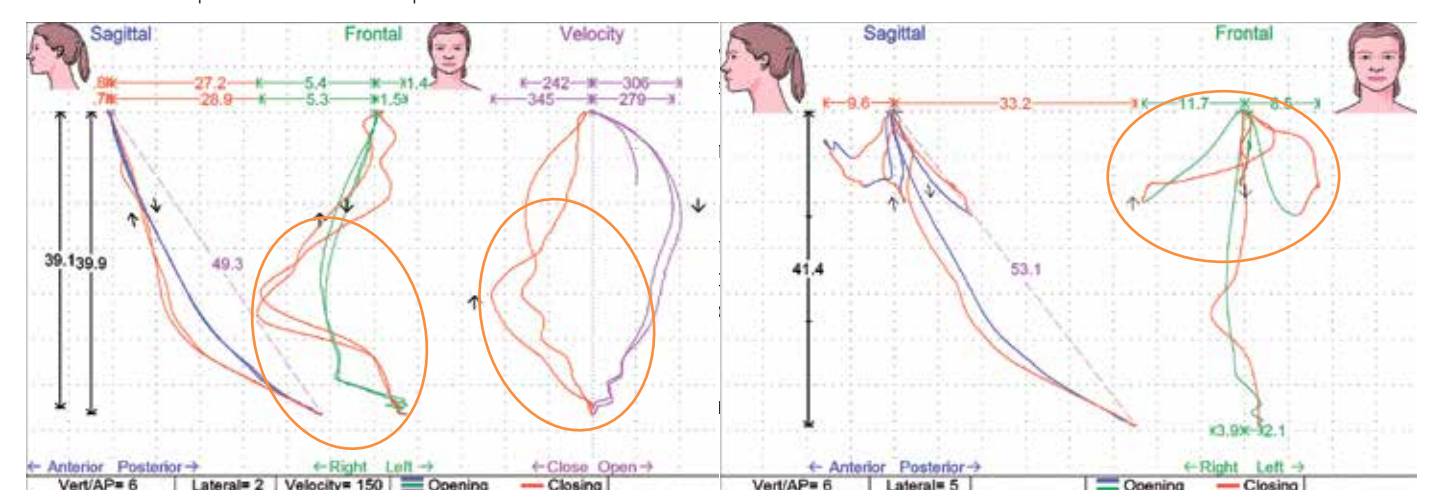
1) на электромиографическом модуле – несбалансированную, чрезмерную биоэлектрическую активность обеих височных (LTA/RTA) и собственно жевательных мышц (LMM/RMM) в тестах покоя, легкого смыкания зубов и их максимального сжатия в привычной окклюзии;



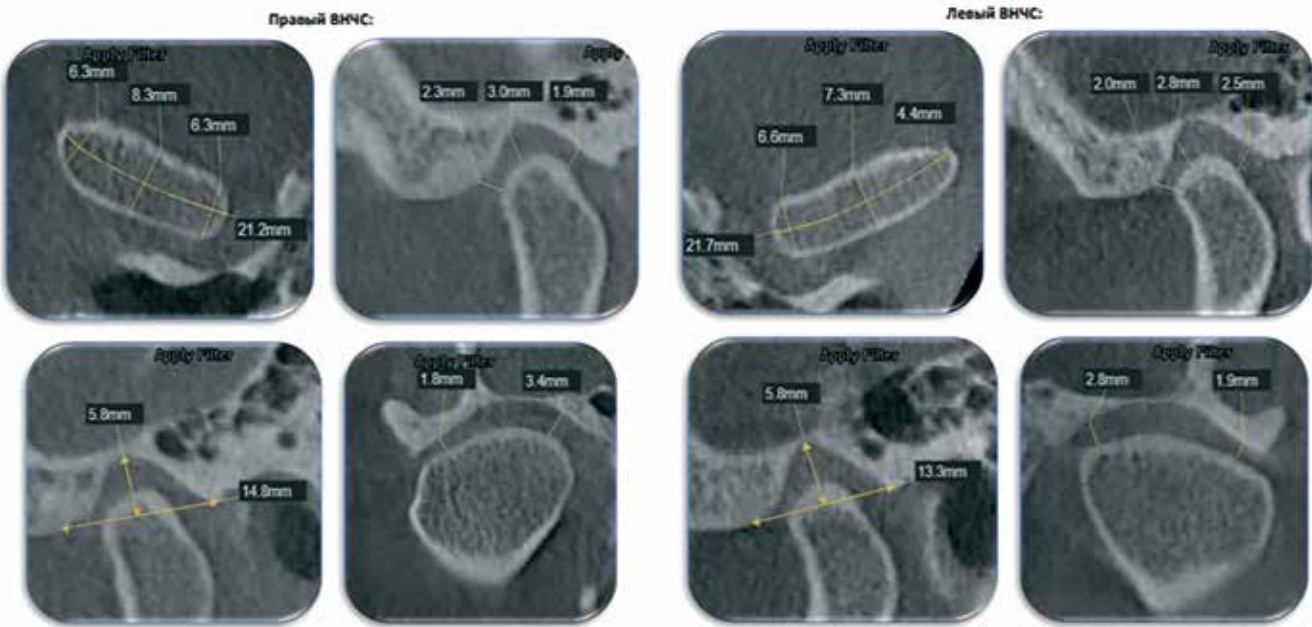
2) на сонографическом модуле – истончение, перфорации мениска ВНЧС справа и слева, проявляющиеся преимущественно во второй половине траектории;



3) на гнатогрифическом модуле – зигзагообразное отклонение нижней челюсти при открытии/закрытии рта, резкое изменение скорости этого движения во второй половине траектории. Ограничение бокового движения нижней челюсти влево, окклюзионный ролл по часовой стрелке.



Анализ двусторонней конусно-лучевой компьютерной томографии ВНЧС (КЛКТ ВНЧС): Дегенеративно-дистрофические изменения структур обоих ВНЧС. Асимметричное положение головок ВНЧС в привычной окклюзии: слева – центральное, справа – дистальное.



Ротационный подвывих С1. С-образная девиация носовой перегородки вправо.



На основании жалоб пациента, клинического осмотра, КЛКТ ВНЧС, компьютеризированного анализа окклюзии и оценки функционального состояния зубо-челюстной системы поставлен основной стоматологический диагноз: Артрозо-артрит ВНЧС, синдром болевой дисфункции ВНЧС, асимметричная аномалия прикуса II класса Энгля, правостороннее сужение верхней и нижней челюстей, скученное положение зубов на верхней и нижней челюсти, тортоаномалия положения зуба 1.2, ротационный подвывих С1.

Комплексная оценка стоматологических методов диагностики однозначно трактует такую окклюзию как патологическую. Прикус пациентки – «плохой».

При постратуральном осмотре обнаружена гиперемия кожи на задней поверхности шеи (подвывих С1 в результате родовой травмы). Окклюзионный ролл по часовой стрелке. Носогубная складка более выражена слева. При широкой улыбке/оскале не участвует в функции подкожная мышца шеи справа.



Установлено, что сосцевидный отросток височной кости выше слева, левое плечо выше, передняя и задняя верхние подвздошные кости выше справа.



Анализ стоп на плантоскопе GREENFOOT: Вальгусная установка правой стопы. «Псевдополая» деформация продольного свода стопы, преимущественно справа. Поперечное плоскостопие I степени слева, II степени справа.



При анализе комплекса постратуральных тестов в положении физиологического покоя нижней челюсти установлено: Модифицированный миофасциальный тест стоя – ограничение подвижности, преимущественно слева. Балансировочный тест по Ж. П. Амиг – разница 7 кг с перевесом влево.



Хорошая подвижность при поворотах головы в тесте Меерсмана.
Плантоскопия – Вальгусная установка правой стопы.



Анализ комплекса постуральных тестов при смыкании зубов установил:
Миофасциальный тест стоя – увеличение подвижности с левой стороны.
Балансировочный тест – показатели выровнялись справа и слева.



Увеличение подвижности головы в модифицированном тесте Меерсмана.
Плантоскопия – улучшение установки обеих стоп.



Таким образом, патологическая с точки зрения стоматологии окклюзия, без сомнения, улучшила постуральный баланс пациентки. При этом пациентка жалуется на криво расположенный зуб и просит стоматолога сделать зубные ряды ровными. Нужно ли стоматологу вмешиваться в прикус сейчас?

Этот пример наглядно демонстрирует, что для принятия решения о вмешательстве в прикус пациента стоматолог должен учитывать и факторы, находящиеся за пределами зубочелюстной системы. До начала окклюзионной коррекции необходимо найти и скорректировать нарушения в теле, вызывающие постуральный дисбаланс. При лечении пациентов с ДВНЧС нужно использовать все возможности междисциплинарного подхода, привлекая смежных специалистов (остеопатов, подологов, кинезиологов и т.д.).

Еще за 400 лет до нашей эры Платон говорил, что «основная ошибка при лечении любого заболевания – это представление об абсолютной раздельности частей тела. Собственно говоря, такое разделение вообще неправомерно. Именно здесь скрыта радикальная проблема неизлечимости многих заболеваний: врачи не видят целого».

В настоящее время стало очевидным, что до тех пор, пока «стоматологи не выйдут из рта» и не начнут учитывать в своей практике взаимовлияния неразрывно связанных частей тела, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава продолжит оставаться одной из наиболее значимых стоматологических проблем XXI века.

MELAG
competence in hygiene

Инновации и качество



Quality – made in Germany

РЕКЛАМА

РУ № ФСЗ 2011/11282 ОТ 27.12.2011

f @nsella.ru

@nsella.ru

B vk.com/nsella

Москва

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

Санкт-Петербург

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

Екатеринбург

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



ПЕПТИДЫ И РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В СТОМАТОЛОГИИ

Диана Слуцкая

Мое первое столкновение с пептидной темой состоялось еще на втором курсе медуниверситета. В перерыве между занятиями, разглядывая новинки в университетском книжном киоске, я зацепилась взглядом за небольшую книжку в мягком переплете. Название заинтриговало, и я купила ее, не раздумывая, благо цена не была по студенческому карману.

Называлась книжка «Роль опиоидных пептидов в регуляции гемопоза», написали ее корифеи местного НИИ фармакологии. Мне с моим тогдашним багажом биохимических знаний книжка показалась трудноватой, но, тем не менее, читая ее украдкой во время скучных лекций, я увлеклась и умудрилась осилить от начала и до конца.

Несмотря на то, что тема пептидов не стала моей (да и содержание данной книжки выветрилось у меня с годами из памяти просто абсолютно), именно пептиды подтолкнули меня к серьезным занятиям биохимией и, возможно, не дали уйти из науки, как сделало большинство моих сокурсников в первой половине 90-х годов.

После окончания университета и защиты кандидатской, уйдя с головой в коммерциализацию полученных знаний, я лет десять не сталкивалась с пептидами, пока не началось бурное

развитие регенеративной и антивозрастной медицины.

Именно этот процесс напомнил мне о существовании веществ, о которых я не вспоминала не то что со времен защиты диссертации, а даже с момента первого прочтения незабвенного трехтомника Ленинджера. Что тогда только ни вспомнилось... Никогда не подумала бы, что большая часть тех методик и веществ, которые тогда преподносились как единственно возможное средство продления активной фазы жизни, действительно дают подобный эффект. На многое из того, что всплыло тогда и пропагандируется сейчас как инструменты антиэйдж-технологий, я смотрю с улыбкой, но вот про пептиды я этого сказать не могу.

Да, пептиды – это серьезно. Моя первая биохимическая любовь поднялась из глубин памяти и заставила

судорожно искать все, что было с ними связано. Передо мной открылся если не океан новой информации, то, по крайней мере, что-то, сравнимое по своему объему с озером Байкал. Многое из этого обескураживало, заставляло вспоминать давно забытое, лезть в учебники, где-то просто приходилось вставать с ног на голову, чтобы хоть как-то уложить в сознании вновь открытое.

Поразило обилие подходов к пептидам, сформировавшееся за короткий промежуток времени. Школы, кланы бились между собой за право единственно верного понимания природы пептидов, придавая этому почти сакральный мистический смысл. Кто-то призывал забыть классическую биохимию, якобы не дающую возможности оценить всю полноту работы пептидных препаратов. Кто-то, наоборот, слишком упрощал, сводя к прописным истинам из учебников, и доказывал невозможность получения необходимых результатов, несмотря на имеющиеся

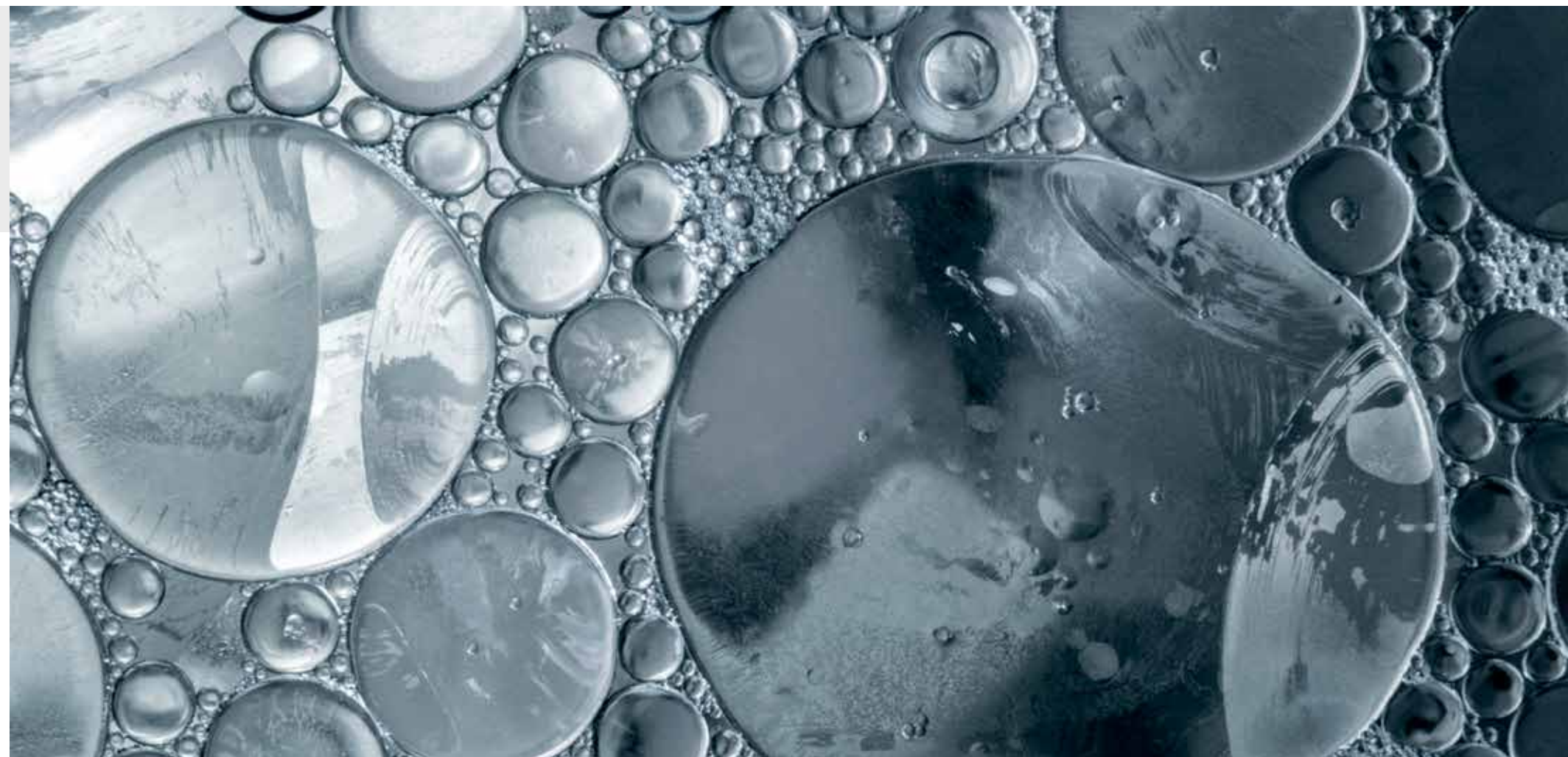
положительные результаты клинических исследований.

В общем и целом, единого мнения у научного и околонучного сообщества в отношении пептидов не сложилось, поэтому я не буду углубляться в определения, классификацию и описание механизмов работы пептидов, дабы не навлечь на свою голову гнев представителей разных традиций. Я хочу остановиться на том, что уже не вызывает вопросов, поскольку является документально оформленным доказательством эффективности работы пептидов в условиях клиники. И, учитывая специфику читающей аудитории, сделаю это на примере стоматологии. Кстати, вспоминая начало антиэйдж-революции, хочу сказать, что один из первых материалов про пептиды, попавшийся мне на глаза, касался именно стоматологии. Сейчас кажется смешным, но прочитанное тогда крамольное утверждение, что пептиды оставляют стоматологов без работы, повергло меня в изумление. Но

перейдем от лирики к делу.

Среди множества функций пептидов выделяется одна, можно сказать, что все сводится к ней, – поддержание гомеостаза в организме. Пептиды являются незаменимыми помощниками организма в стремлении к сохранению постоянства своего внутреннего состояния.

Долгие попытки разобраться в механизмах поддержания гомеостаза привели к успеху лишь в конце XX века. Многочисленные исследования практически одновременно сошлись в одной точке, доказав, что основные системы, ответственные за поддержание гомеостаза в организме, имеют единый механизм химической регуляции. И именно пептиды – ключевое звено этого механизма. Данное открытие, состоявшееся без малого через сто лет после открытия пептидов как таковых, показало колоссальные перспективы в познании фундаментальных механизмов жизнедеятельности и обеспечения нормального



функционирования и разработке новых способов коррекции нарушения функций организма на всех уровнях.

Пептидная регуляция гомеостаза занимает важное место в сложной цепи физиологических процессов, приводящих к старению клеток, тканей, органов и организма в целом. Морфофункциональным эквивалентом старения является инволюция органов и тканей любой локализации. И здесь мы плавно подходим к стоматологии и прямому объекту ее интересов – полости рта.

Избитая поговорка о том, что человек есть то, что он ест, имеет под собой вполне серьезное основание. И есть другая, реже употребляющаяся, но не менее основательная, что рот – это зеркало всего организма. Нарушение гомеостаза полости рта автоматически приводит к нарушению целостного гомеостаза. Участие пептидов в этом процессе весьма показательно.

Главным инструментом для поддержания гомеостаза полости рта является слюна, а способствует этому сложный биохимический состав, главными компонентами которого являются все те же пептиды, точное число которых неизвестно – сейчас речь идет о десятках, но, скорее всего, их на порядок больше. Попытки определить функции каждого из них пока еще тоже не увенчались успехом, но ряд функциональных моментов уже неоспоримо доказан.

Первый из них – это выраженная антимикробная активность пептидов. Всем известна ранозаживляющая способность процесса зализывания раны у животных. Человек, конечно, так не делает, но эндогенные антимикробные пептиды слюны неплохо работают и внутри полости рта, разрушая клеточную мембрану микроорганизмов еще до стадии внедрения их в мягкие ткани.

Другой момент – препятствие для деминерализации костной ткани. Свободные пептиды слюны не только способствуют сохранению минерального состава, но и стимулируют процессы костеобразования с восстановлением морфологически нормального костного матрикса. Потрясающей способностью пептидов слюны, выявленной в условиях клиники в последние годы, является то, что они способствуют бы-

строй интеграции искусственных имплантов в ткани ротовой полости.

Наблюдающийся с возрастом дефицит слюны, ведущий к ксеростомии (сухости полости рта), сопровождается и дефицитом пептидов. И здесь уже не обойтись без внешней терапии. Но это не означает, что пептидная терапия применима только для пациентов старших возрастных групп. Нет, возраст – не преграда. И теперь от эндогенных пептидов мы переходим к внешнему терапевтическому воздействию.

Экзогенное введение пептидов ведет к высвобождению веществ, для которых исходный пептид служит индуктором, позволяющим запустить пептидный каскад, лежащий в основе биологической регуляции. Эффект от применения пептидов может наступить спустя некоторое время и сохраняться достаточно долго. Замещение костных дефектов новообразованной костной тканью, отмеченная способность к остеоинтеграции – это иллюстрация долгосрочной работы пептидов. Антимикробная и противовоспалительная активность пептидов проявляется практически мгновенно.

Серия пептидных биорегуляторов Vivax Dent обладает высокой антиоксидантной активностью и оказывает противовоспалительное действие на ткани пародонта и хрящевую ткань суставов, способствует регенерации тканей пародонта.

Низкомолекулярный катионный пептид Варнерин позволяет снизить риск развития нозокомиальных инфекций, способствует решению проблем профилактики и лечения воспалительных осложнений мягкотканного пародонта и слизистой оболочки на этапах сложно-челюстного протезирования. Клиническое исследование местного использования этого пептида показало резкое снижение количества микроорганизмов в смешанной стимулированной слюне и налете, что доказало его выраженную антимикробную активность.

Пептидный биорегулятор Карта-лак демонстрирует воздействие на течение репаративного остеогенеза челюстей после хирургического лечения хронических периапикальных одонтогенных очагов инфекции у людей старших возрастных групп. Доказана эффективность действия данного препарата на репаративный остеогенез.

Сенсационное сообщение о том, что пептиды способствуют ускоренному восстановлению эмали и активно борются с кариесом, обновляя эмаль на 10-15 микрометров за сеанс применения, дает огромную перспективу для создания профилактических средств борьбы за здоровье зубов.

Суммируя накопленный клинический опыт, можно однозначно утверждать, что пептиды великолепно работают в следующих направлениях:

- Пептиды позволяют ускорить заживление послеоперационных костных ран челюстей и повысить степень минерализации костного регенерата.
- У представителей старших возрастных групп пептиды способствуют нивелированию возрастных отклонений в заживлении посттравматических дефектов костной ткани челюстей.
- Пептиды позволяют снизить риск развития инфекций, способствуют решению проблем профилактики и лечения воспалительных осложнений мягкотканного пародонта и слизистой оболочки на этапах сложно-челюстного протезирования.
- Пептиды обладают высокой эффективностью и безопасностью и могут быть применены при лечении стоматита, гингивита и пародонтита, повышенной чувствительности зубов и множественном кариесе, некариозного поражения различного происхождения, патологической стираемости зубов, в целях восстановления минерального состава эмали после процедуры отбеливания, завершающего этапа снятия зубных камней и налета, при ортодонтическом лечении.

В целом немало. Очень хотелось бы, чтобы огромный накопленный опыт исследования пептидов более широко стал использоваться в стоматологической практике. Я верю, что здесь они найдут широкое применение и большое будущее. Я верю и знаю.

Повязка для изоляции ран во рту

Reso-pac®

Периодонтальная повязка на основе целлюлозы – изоляция раны до 30 часов



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 пародонта после гингивэктомии
- Адаптация ткани в лоскутной хирургии
- После глубокого кюретажа
- При терапии гингивита, десневых карманов и перимплантита в сочетании с назначенным медикаментом
- Терапия гиперчувствительности пришеечных областей зубов в сочетании с фторидами

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.



- 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:

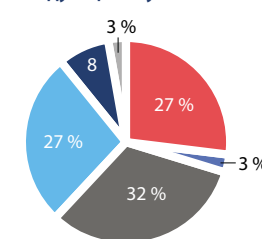
1. Смочите инструменты и перчатки, лишь затем выдавите необходимое количество Reso-pac® из тубы при помощи ключа.
2. Если работа производится с унидозами, извлеките необходимое количество пасты при помощи подходящего инструмента.
3. Мокрыми перчатками сформируйте материал в тонкий валик и поместите его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

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

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

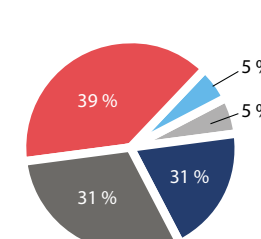
Повязка сама рассасывается, её не нужно будет удалять. Для пациента этот способ изоляции раны, очень комфортен, не затвердевает во рту, обладает нейтральным запахом и привкусом.

Я использовал Reso-Pac в следующих случаях:



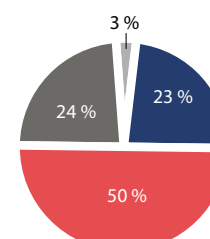
- 32 % Изоляция и стабилизация швов
- 27 % Изоляция раны после экстракции
- 27 % Изоляция после пародонтальной процедуры
- 8 % Как носитель медикамента или фторидов
- 3 % Ортодонтия - изоляция проволоки, брекетов и пр.
- 3 % Изоляция перимплантарной области после установки имплантата

После опробования Reso-Pac я:



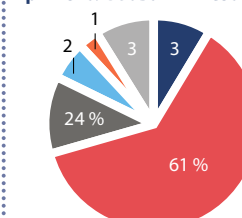
- 39 % Буду рекомендовать его своим коллегам
- 31 % Буду впрямь использовать его, предпочтительно в тубике 25 г
- 20 % Буду впрямь использовать его, предпочтительно унидозы по 2 г
- 5 % Не буду рекомендовать его
- 5 % Без отметки

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

f @nsella.ru

@nsella.ru

B 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

Екатеринбург

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

www.hager-werken.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 отметили, что эндодонтическое вмешательство может отсрочить или даже исключить необходимость удаления безнадежных зубов у пациентов на бисфосфонатах. Moynzadeh 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 метастазирующего 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 бисфосфонатами внутривенно [7]. Alsallee и соавт. описали 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 бисфосфонатами [8].

Следовательно, цель данной статьи – сделать 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 мине-

ральных исследований (the American Society for Bone and Mineral Research) [10] как зона оголенной кости (или оголенная кость), или кость, которая может быть зондирована через внутриротовую или внеротовую 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 терапия антимикробными



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

полосканиями полости рта и системным приемом антибиотиков (например пенициллина);

– 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, собраны доказательства и отчеты, и теперь известно, что все больше небисфосфонатных препаратов связаны 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, если врач-стоматолог не спросит 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 существуют 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 препара-

тами, 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 хирургических 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-терми-

нального 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 производство декоронации (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 остеоинтеграции [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) бисфосфоната 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.

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
	Zolendronate	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.

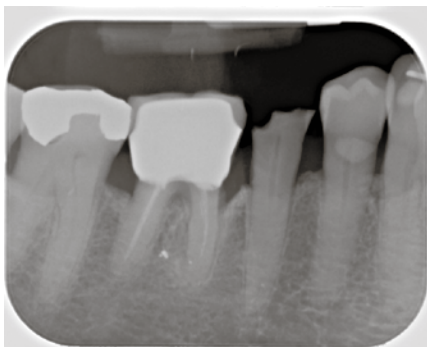


Рисунок 2а. Зуб 45, сочтенный невозможным для восстановления из-за наличия буккального перелома. Пациент в процессе лечения препаратом Denosumab, при этом проведение хирургических операций в полости рта противопоказано

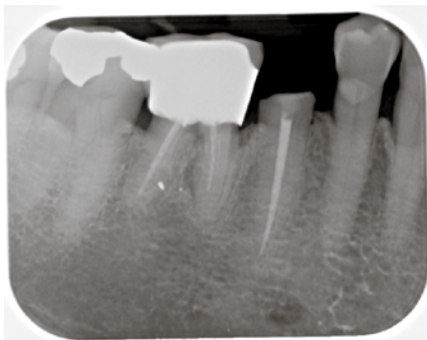


Рисунок 2б. Эндодонтическое лечение и декоронация были проведены в качестве альтернативы удалению

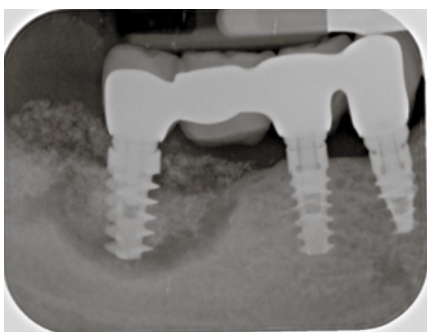


Рисунок 3. Клинический вид остеоэкстрекции вокруг дентальных имплантатов, установленных давно

Апикальная хирургия

Поскольку все хирургические манипуляции в той или иной мере включают в себя работу с костной тканью челюсти, есть риск развития остеоэкстрекции 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 рекомендаций, 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 многочисленные atraumatic techniques, с использованием кламмеров или без, такие как ligature suspension, 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 остеоэкстрекцию 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 atraumatic techniques (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 obturational 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 вентингом (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, остеоэкстрекция челюсти может развиваться через много лет после хирургического вмешательства, даже если процедура была проведена, когда пациент не находился под влиянием антирезорбтивного лечения. Это невероятно важное открытие имеет огромное значение для практикующих стоматологов, поскольку неправильным

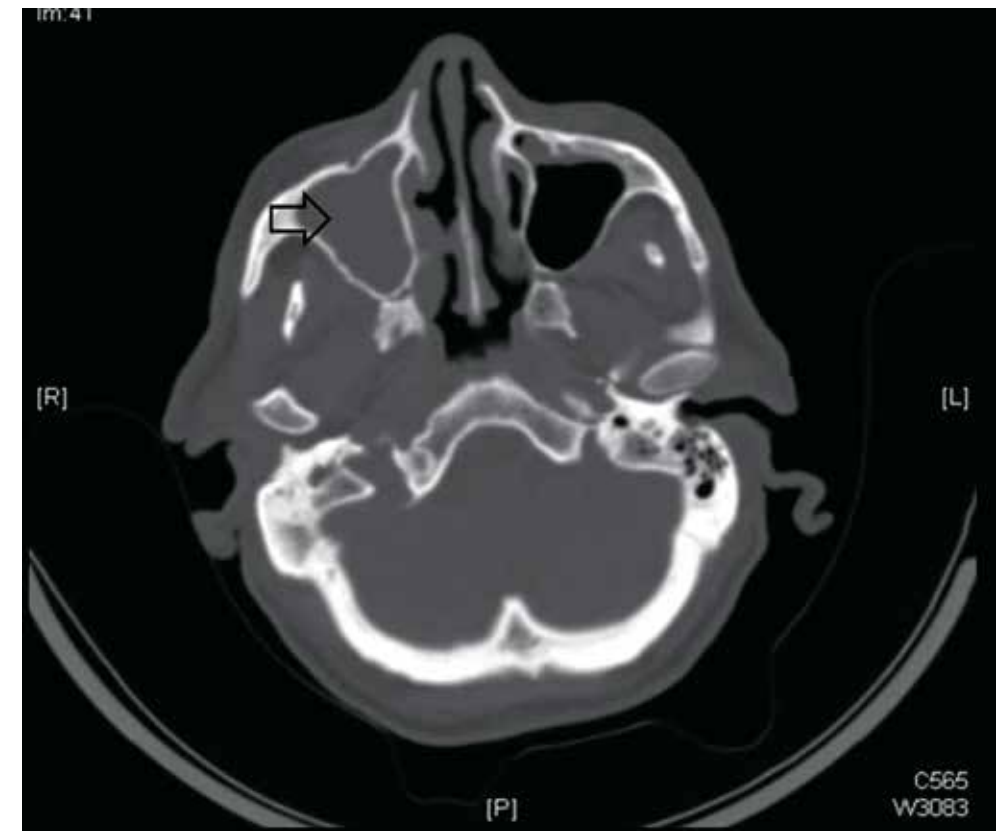


Рисунок 4. Поражение верхнечелюстной пазухи пациента с остеоэкстрекцией, вызванной продолжительным апикальным периодонтитом вокруг зуба 16

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

1. 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.
2. 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.
3. Katz H. Endodontic implications of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws: a report of three cases. *J. Endod.*, 2005; 31 [11]: 831-834.
4. 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.
5. 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.
6. Moizadeh A.T., Shemesh H., Neirynck N.A., Aubert C., Wesselink P.R. Bisphosphonates and their clinical implications in endodontic therapy. *Int. Endod. J.*, 2013, May; 46 [5]: 391-398.
7. 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.
8. Alsalleeh F., Keippel J., Adams L., Bavitz B. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw reoccurrence after methotrexate therapy: a case report. *J. Endod.*, 2014; 40 [9]: 1505-1507.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Nicolatou-Galitis O. Bisphosphonates/denosumab/irinotecan. *Reactions*, 2014; 1489: 10-22.
15. 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.
16. 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.
17. Papadopolou E. Osteonecrosis stage II: Case report. *Reactions*, 2016; 1587: 214-216.
18. 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].
19. 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.
20. Zadik Y., Yarom N., Elad S. Medicolegal considerations in bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Oral. Dis.* 2013; 19 [6]: 628.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Ficarra G., Beninati F., Rubino I., Vanucchi 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Kang B., Cheong S., Chaichanasakul T., Bezouglaia 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.
32. 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.
33. Rosen H. Operative procedures on mutilated endodontically treated teeth. *J. Prosthet. Dent.*, 1961; 11 [5]: 973-986.
34. Bhuva B., Chong B.S., Patel S. Rubber dam in clinical practice. *Endod Pract Today*, 2008; 2: 131-141.
35. Tanikonda R. Canal projection using gutta-percha points: A novel technique for pre-endodontic buildup of grossly destructured tooth. *Journal of Conservative Dentistry*: JCD, 2016; 19 [2]: 194.
36. Fuss Z., Lustig J., Tamse A. Prevalence of vertical root fractures in extracted endodontically treated teeth. *Int. Endod. J.*, 1999; 32 [4]: 283-286.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Çaltı S., Serper A. Time-Dependent effects of EDTA on dentin structures. *J. Endod.*, 2002, Jan; 28 [1]: 17-19.
41. 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.
42. Saw L.-H., Messer H.H. Root strains associated with different obturation techniques. *J. Endod.*, 1995; 21 [6]: 314-320.
43. Kischen A. Mechanisms and risk factors for fracture predilection in endodontically treated teeth. *Endodontic Topics*, 2006; 13 [1]: 57-83.
44. Tsesis I., Rosen E., Tamse A., Taschieri 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.
45. 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.
46. Sedgley C.M., Messer H.H. Are endodontically treated teeth more brittle? *J. Endod.*, 1992; 18 [7]: 332-335.
47. Bürklein S., Schäfer E. Minimally invasive endodontics. *Quintessence International*, 2015; 46 [2].
48. 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.
49. Khademi A., Yazdizadeh M., Feizianfar 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.
50. 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.
51. Rundquist B.D., Versluis A. How does canal taper affect root stresses? *Int. Endod. J.*, 2006; 39 [3]: 226-237.
52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. 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.

58. Andreassen 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.

59. 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.

60. Tell 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.

61. Dang D.A., Walton R.E. Vertical root fracture and root distortion: Effect of spreader design. *J. Endod.*, 1989; 15 [7]: 294-301.

62. Assif D., Gorfil C. Biomechanical considerations in restoring endodontically treated teeth. *J. Prosthet. Dent.*, 1994; 71 [6]: 565-567.

63. Trope M., Maltz D.O., Tronstad L. Resistance to fracture of restored endodontically treated teeth. *Dental Traumatology*, 1985; 1 [3]: 108-111.

64. Schwartz R.S., Robbins J.W. Post placement and restoration of endodontically treated teeth: A literature review. *J. Endod.*, 2004; 30 [5]: 289-301.

65. Peroz 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.

66. 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.

67. 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.

68. Shillingburg Jr. H.T., Kessler J.C. Restoration of the endodontically treated tooth. *Quintessence Publishing [IL]*; 1982.

НОВАЯ ЭРА

В ТЕХНОЛОГИИ
ВИЗУАЛИЗАЦИИс микроскопами
ZEISS EXTARO 300

РЕКЛАМА



@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

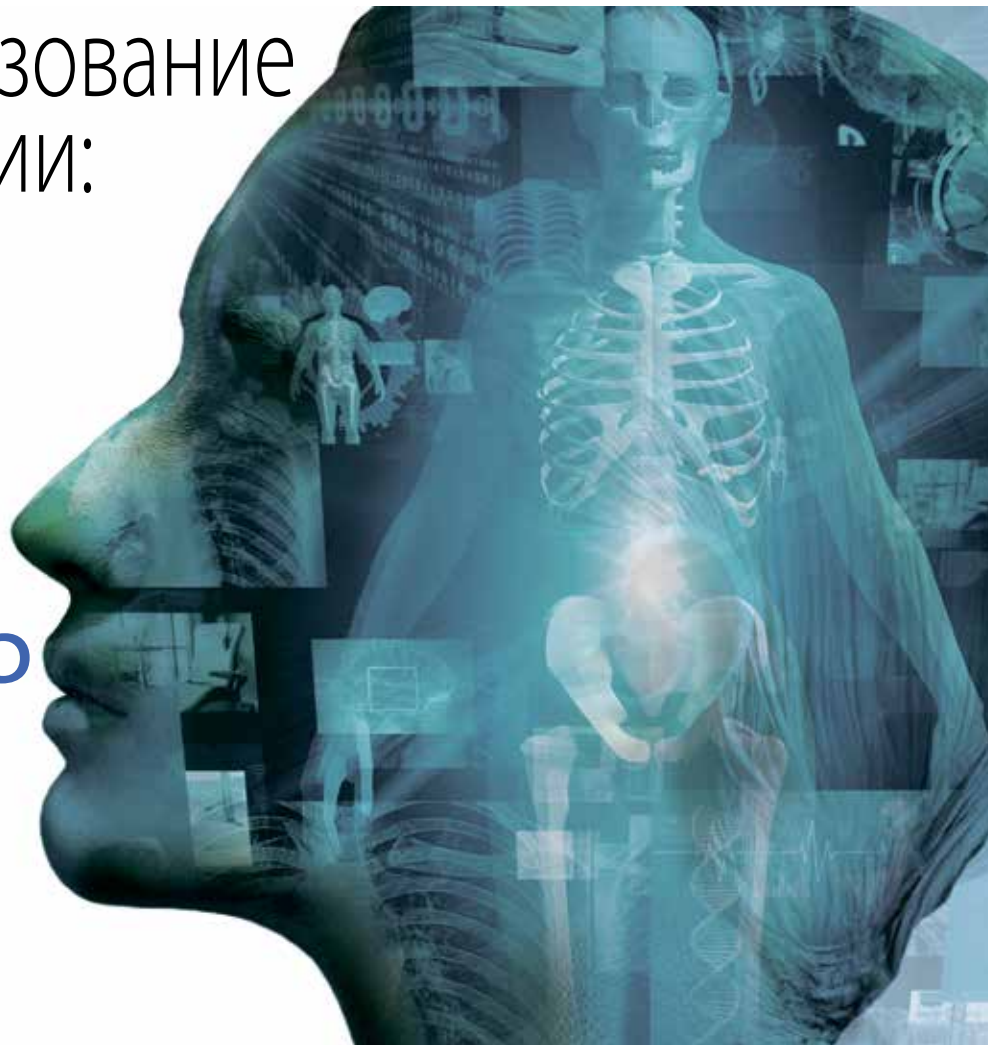
Телефон: +7 (343) 300-89-76
ural@nsella.ru, www.nsella.ru

ZEISS

Онлайн-образование в стоматологии:

ВРЕМЕННАЯ МЕРА ИЛИ НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

ЗА
против



Двадцать первый век – век инноваций и информационных технологий. Стало явью то, что совсем недавно считалось фантастикой. Человеческий гений воплотил в жизнь такие чудеса как бионические протезы, адронный коллайдер, обнаружил неуловимый бозон Хиггса. Но явью стали и кошмары. Вошло в мир слово «пандемия» – сколь красивое по звучанию, столь же ужасное по смыслу, а вместе с ним, будто со страниц постапокалиптических романов, возникли опустевшие улицы городов, карантин, пропускная система. И наш, уже изрядно технологичный мир, стал погружаться... в онлайн.

IT-технологии во всем их многообразии человечество использует давно. Но без альтернативы мы остались впервые. Планетарный шаг в сторону цифровизации, обусловленный пандемией коронавируса, затронул все сферы человеческой деятельности и поставил перед нами вопросы, однозначных ответов на которые не существует. Одним из камней преткновения современной действительности стало онлайн-образование во всех своих проявлениях.

И, конечно, медицинское стоматологическое сообщество, в котором обучение – синоним развития и профессионального роста, как и прочие, столкнулось с новым вызовом – онлайн-обучением в стоматологии.

Стоит отметить, что вебинар в обучении врача-стоматолога – явление не новое. Более того, существуют отдельные компании, которые давно продают весьма качественные онлайн-курсы, с креативной подачей информации, потрясающими авторами и по доступной цене. Отдельные производители специализированного стоматологического оборудования и материалов также предпринимали попытки, и порой довольно успешные, продвигать продукцию через обучающие вебинары. И все же отношение к обучению в Интернете оставалось довольно спорным, немного снисходительным, с изрядной долей скепсиса. Но в образовательном процессе онлайн присутствовал, находясь в глубокой тени «живых» мастер-классов, конференций и семинаров, которые проводились всегда с размахом, с приглашенными зарубежными гостями или лекторами, и неизбежно превращались в маленькие или грандиозные торжества профессионального обще-

ния. И вдруг все медицинское сообщество лишилось разом и праздников, и, что гораздо важнее, обучения. А на нем, как выяснилось, держалось очень многое. Невозможно представить на рынок стоматологическую продукцию, не предоставив учебного курса для работы с ней. Будь то новые материалы, оборудование или малейшее обновление к тому, с чем уже работают стоматологи – ко всему неизбежно должны прилагаться гайд и гид, инструкция и инструктор. В каждом продукте имеются определенные нюансы, и, как показывает практика, усвоить и понять технологию пользования ими проще от другого врача, а не от менеджера, пусть даже и специально обученного.

Привычная образовательная офлайн-программа условно делится на три части.

Первое – это курсы, проходящие в рамках программы НМО, позволяющей повышать квалификацию врачей не раз в 5 лет, как это было ранее,

а непрерывно. Они редко оплачиваются врачами самостоятельно – как правило, затраты берут на себя клиники. Этот вариант обучения актуален в основном для госучреждений и врачей, которым необходимо получить квалификационную категорию.

Вторая часть – дорогое модульное обучение, которое может быть реализовано только при соблюдении ряда условий. Модуль являет собой совокупность образовательных задач, функционально законченный фрагмент программы и законченный блок учебного материала. Требуется высочайшей подготовки со стороны лекторов, учащихся, методических пособий и материально-технической базы – возможности освоения мануальных навыков на универсальных модульных фантомах. Такого рода обучение может проводиться как в России – у нас есть надлежащим образом оснащенные площадки – так и за рубежом.

В целях экономии времени и денег необходимо понимать, как выбрать тот или иной курс. Определяемся с предметом изучения – темой. Обычно этот выбор сопряжен со специализацией врача. Вторым пунктом выбираем того, кто будет данную тему раскрывать – лектора. Имея за плечами даже базовые курсы, которые проводил признанный в профессии гуру, можно получить весомые преимущества при устройстве на работу. Имена таких лекторов, как правило, на слуху. А третьим фак-

тором будет место проведения мероприятия. Конечно, этот фактор становится значимым только в случае, если выбирать нужно из двух равнозначных курсов: с одинаково крутыми лекторами и потрясающе интересной темой. Организаторам придется постараться, чтобы условия обучения были комфортными настолько, что слушатели выберут именно их. Ведь такие встречи – это еще и обязательная атмосфера нетворкинга, информационного и энергетического обмена между людьми.

Третья категория образовательных мероприятий в стоматологии – обучение использованию того или иного продукта. Так называемые «продуктовые» курсы. Отношение к ним обычно предвзятое. Как правило, они бесплатные, и не всегда их проводят известные лекторы. Хотя бывает и так, что лектор, хоть и не очень известный, но отлично знает представляемый продукт и может оказаться талантливым преподавателем, делающим свои первые шаги на этом поприще. Уровень лектора и его подготовка напрямую зависят от того, какие вложения компания делает в сам продукт. Соответ-

ственно, чем выше ставки, тем более высоко уровня опинион-лидеров компания привлекает к продвижению. То, что о вашей продукции говорят ведущие специалисты отрасли, становится гарантией востребованности.

И все же к «продуктовым» курсам относятся не очень хорошо, опасаясь, что на рекламной части все закончится и существует риск просто потерять время. Однако мы предлагаем взглянуть на этот вариант обучения иначе – как на возможность узнать больше о новинках, о том, что приходит на рынок, о новых отраслевых трендах. В условиях офлайна и это преимущество

может оказаться спорным, ведь нужно ехать куда-то, тратить ресурсы и время, а в итоге, возможно, выяснится, что именно этот продукт вам в работе не нужен и совсем не интересен. Кстати, не все «продуктовые» курсы бесплатны. Они могут стоить довольно небольших денег, или цена выглядит как «купи продукцию и посмотри, как ей пользоваться», в «лучших» традициях сетевого маркетинга. Забегая вперед, отметим, что переход в онлайн именно этой категории обучения оказался максимально удобным для врачей-слушателей.

Существуют и довольно дорогие, но весьма востребованные «продук-

товые» курсы: обучение системам, материалам, составам, которые уже широко известны и востребованы, за авторством известного доктора или компании, представляющих очередное обновление.

Но если слушатель сталкивается только с проблемой выбора, то организаторы «продуктовых» курсов и компании, которые их проводят, должны решить более сложные задачи. И основная опять-таки упирается в человеческий фактор: необходим лектор, который должен быть максимально подготовлен, обладать огромным объемом знаний и клиническим опытом работы с этим продуктом, а самое главное – абсолютно объективно рассказать о нем.

Любое ноу-хау, приходящее на рынок, в обязательном порядке многократно тестируется. Однако получение разрешительных документов – это не конец, а только начало: при попадании продукта в руки торговых компаний испытания и изучения продолжают специалисты, которых привлекает продавец. Это необходимо для формирования максимально точного представления о нем, чтобы в дальнейшем врач-лектор не просто ретранслировал протокол применения, не просто рассказывал о преимуществах, но мог объяснить клинику того, как и какие механизмы работают, за счет чего, какие существуют опасности и как добиться максимальной эффективности применения.

И все привыкли к тому, что любой, кто хочет профессионально расти, осваивать новые системы и материалы, совершенствоваться в старом, легко может получить образовательные услуги: за рубежом, внутри страны, в столицах и регионах. Режим самоизоляции, ставший абсолютным форс-мажором и нарушивший все планы, стал толчком к экстренному реформированию системы обучения врачей-стоматологов.

Те, кто смог быстро переориентироваться, ушли в онлайн. Возникло немыслимое количество интернет-событий – конференций, марафонов, образовательных и нетворкинг-вебинаров. Вебинарные площадки стали самыми

востребованными, а в стоматологии это в основном коснулось именно образования. Отдельные лекторы и школы заняли принципиальную позицию, считая онлайн-формат абсолютно неприемлемым в профессии, требующей наравне с теоретическими знаниями огромного мануального опыта и навыков. Кто-то, приняв тот факт, что теория виртуально вполне передаваема, транслировал только ее. Какие-то онлайн-события были связаны с около-медицинской тематикой – правовые и экономические вопросы отрасли, актуальные всегда.

Почему это происходило? Ради денег? В чем-то – безусловно. Но главной целью было объединение – сохранение отраслевой общности. Оставаться на связи. Несмотря на общий спад, жизнь не остановилась. И формат онлайн стал объединяющим фактором. Огромное число обучающихся предложений самого разного качества – от сомнительного до высочайшего – вылилось в жесточайшую конкуренцию. Имели место как абсолютные пустышки, так и уникальные по своему содержанию события, произошедшие впервые и оставившие задел на будущее.

А перед слушателями, помимо проблемы выбора, встал другой вопрос – достаточно ли у каждого внутренней самоорганизации, чтобы учиться удаленно.

Легко понять и тех, кто отказался от онлайн-формата. Система защиты авторских прав и интеллектуальной собственности в Российской Федерации несовершенна. И очень велика вероятность того, что стоит хоть раз выступить в Сети, как выступление скопируют и будут распространять в коммерческих целях, без оглядки на законы, правила, директивы и международные конвенции. Проблема защиты авторского права в Интернете глобальна: действия правительств и парламентов разных стран, устанавливающие более строгую повестку в этом вопросе, вызывают волну протестов и рассматриваются как попытки подвергнуть Сеть цензуре и даже навредить креативному сектору экономики.

Отсутствие правового регулирования является огромным минусом он-

лайн-образования. Но главный минус – в невозможности передачи мануальных навыков, необходимых врачу. И, тем не менее, будущее у этого формата есть. Особенно учитывая фактор временной изолированности отдельных регионов мира.

Отметим также, что врачи-стоматологи – довольно закрытая профессиональная группа, для которой информационный обмен и обратная связь чрезвычайно важны. Необходимо встречаться с коллегами, с наставниками. Конечно, снимки можно просмотреть и обсудить в онлайн. Но дальше? Дальше в профессии стоматолога все связано с прикладными манипуляциями, и слишком малы пока возможности Сети для передачи врачебного опыта. И пройдет еще очень много времени, прежде чем технологии бионики шагнут настолько далеко, что рука наставника сможет «дотянуться» к ученику через тысячи километров в условно прямом смысле. Онлайн-образование – не замена классическому, и до тех пор, пока врач не сможет лечь в цифровой формат, он не сможет в нем полноценно учиться.

Но есть вещи, которым обучиться в онлайн можно. Те же «продуктовые» курсы как знакомство с новинками отрасли и рынка, классические теоретические курсы и практические мастер-классы, которые при определенных условиях в онлайн даже удобнее воспринимать.

Профессионально поставленный и снятый мастер-класс является, по сути, высокотехнологичной методикой и предоставляет огромные возможности: рассмотреть мельчайшие детали, вернуться к сложному моменту, уложить в голове алгоритмику действий преподавателя. Подобного рода материалы необходимы для качественного обучения в принципе, без привязки к формату. И знания подобным образом могут быть переданы врачам в любом уголке мира. Никуда не нужно ехать – достаточно освободить день и включить компьютер.

Методов передачи информации становится все больше, а вот времени у врачей, как правило, катастрофически не хватает. И организаторы

онлайн-курсов должны быть весьма убедительны и проявить недюжинный креатив, чтобы привлечь слушателя именно к своим мероприятиям.

Огромное количество всевозможных обучений, предлагаемых в Сети, стало одним из знаковых моментов карантинного периода. И, несмотря на некоторые улучшения эпидемиологической обстановки в нашей и других странах и снятие ряда ограничительных мер, предложений в Интернете меньше не становится. Увы, не весь учебный контент отвечает стандартам качества. Попробуем создать небольшой "лайфхак для потенциального слушателя онлайн-курсов", или "как выбрать необходимое именно вам обучение, не потратив лишнего времени и лишних денег". Как и сам наш мир, по версии космогонической мифологии, – все держится на трех китах: тема, лектор и формат.

О том, как определиться с темой в сметающем сознание информационном потоке, мы уже писали, и добавить к этому нечего. Наиболее органично вписались в онлайн пресловутые «продуктовые» курсы за счет существенной экономии ресурсов: не нужно никуда ехать и есть возможность отключиться в любой момент, когда пришло понимание, что транслируемая информация неинтересна. Или, наоборот, представленные в Сети материалы позволили слушателю обнаружить новые профессиональные решения, а заодно наметить на будущее заведомо полезный офлайн-курс – например, известный лектор, являющийся при-

знанной величиной в специализации, представляет новую революционную методику. Вторая составляющая успешного обучения в онлайн, равно как и в классической модели образования, заключается в человеке.

Лектор – ваш коммуникатор и главный источник информации, кровеносная и нервная системы учебного процесса. В условиях онлайн-обучения появляется возможность побывать на курсах самых признанных мастеров, попасть на встречи с которыми в офлайне практически не представлялось возможным, и основной сложностью являлась ограниченность мест. Онлайн способен вместить почти бесконечное количество слушателей. Выдержали бы серверы.

Итак, вы определились. Но внезапно возник равнозначный курс: не менее известный лектор и сногшибательная тема. Дежавю. Сбой в матрице. Но, на самом деле, все просто. Как и в случае с офлайн-мероприятиями, оцените «площадку»: огромное значение имеют оснащение и технические возможности. В записи будет курс или нет? От курса, представляющего собой только доступ к просмотру видеоматериала, вы не получите того объема информации и знаний, как от лекции, которую читает живой человек и есть хоть какая-то обратная связь. А она возможна в виде чата или прямого включения «в конференцию». Если это просто запись, вы должны понимать, насколько она вам нужна. Доступ будет открыт ограниченное время, это не методиче-

ское пособие, которое вы покупаете. В описании занятия обратите внимание на то, как оно выстроено и кто его ведет.

Обязательно изучите отзывы о своих «китах» в соцсетях – наши времена, бесспорно, хороши тем, что все тайное очень быстро становится явным.

Важно помнить, что в формате онлайн «бесплатно» – далеко не всегда синоним отрицательного опыта, а «за деньги» – не гарантирует положительного. Бывает по-разному, и исходить надо из вашего конкретного интереса. Вложения в собственный профессиональный рост – это самые надежные инвестиции. Ознакомившись с программой курса, постарайтесь заранее составить перечень вопросов, которые хотите задать лектору.

Почти полгода ограничительных мер в разных регионах страны и мира. Но благодаря возможностям Всемирной паутины обучение у врачей не прервалось. Проведены и прослушаны десятки вебинаров, курсов, мастер-классов – разная тематика, проблематика, продукты и технологические решения изучались в онлайн. И сегодня сложно не признать, что дистанционной индустрии образования в медицине быть – как вспомогательному сегменту. За полгода стали очевидными положительные и отрицательные стороны этого формата.

С вопросами о перспективах, плюсах и минусах онлайн-образования мы обратились к специалистам отрасли.





София Галабурда

Генеральный директор
международного консультационно-образовательного центра
современной стоматологии
«МедикалКонсалтингГрупп»

Обучение в онлайн – явление не новое и существует давно. Есть масса вариантов его использования и студентами ВУЗов, и специалистами. Пандемия показала, какого уровня должно быть онлайн-обучение в медицине в целом и в стоматологии в частности.

В момент всеобщего ухода на карантин у нас были запланированы офлайн-курсы. И требовалось срочное решение, как, в какой форме и на какой площадке эти курсы будут проведены. На подготовку и полный переход из офлайна в онлайн нам понадобилось два дня.

Мы давно рассматривали варианты, когда обучающие мероприятия частично можно было бы проводить в Сети. Но скажу честно, если бы не экстренная ситуация, я бы долго тянула даже с частичным переходом. Для меня классическое обучение в аудитории является самым лучшим. Видеть лектора, чувствовать его энергетику, задавать вопросы напрямую, а не в чате – это всегда ценилось и, уверена, будет цениться выше, чем просто прослушать даже самый интересный вебинар.

Более того, есть настолько практические курсы, которые в онлайн невозможно отработать в принципе. Наш тренинг-класс предназначен именно для практики и практиков. Он прекрасно оборудован. Мало кто может похвастать таким же оснащением.

Но для продолжения работы пришлось осваивать виртуальные платформы. Я очень благодарна лекторам, которые нас поддержали. Как оказалось, не все готовы транслировать себя в новом формате. Разные были страхи. Но многие откликнулись. Кто-то уже имел опыт работы в онлайн, а кому-то пришлось столкнуться с этим впервые и тоже очень быстро мобилизоваться.

Формат этот действительно сложный. Не всякий лектор способен удерживать аудиторию, когда нет привычного контакта. Но это и вызов! Профессиональный вызов: насколько ты сможешь вызвать интерес и удержать внимание к информации, которую хочешь донести.

Обратная связь и с лекторами, и со слушателями, которая у нас существует всегда, показала востребованность и такой формы обучения.

Многое зависит от используемой площадки. Нами были изучены и протестированы несколько виртуальных платформ, чтобы понять, какую и для каких целей эффективнее применять. Отдельные сервисы требуют предварительной загрузки видеоматериалов. И мы обязаны предоставить лектору уверенность в сохранении его интеллектуальной собственности.

Используя все доступные инструменты современных сервисов, мы провели не только короткие вебинары, но и полноценные семинары продолжительностью в один-два дня. Мы даже получили на эти курсы баллы НМО. Высокий уровень лекторов и мотивированность аудитории – вот успех любого обучения, независимо от того, в Сети оно проходит или нет.

У онлайн-обучения большие перспективы. Почти безграничные возможности. Почти.

Потому что нет живого общения, нет понимания отдачи аудитории. Сначала полностью дается материал, а потом задаются вопросы в чате. Это немного не то, к чему привыкли обе стороны. Но повторяю: перспективы есть. Планируется создание обучающих фильмов, пособий. Мы можем обеспечить очень высокий технический уровень как для теоретических курсов, так и для формата мастер-класса. В планах проведение телемоста, где мы попробуем совместить теорию и практику.

Пандемия поставила много новых задач, но мы справляемся. Нам удалось главное – сохранить людей. И лекторов, и слушателей. Наши курсы интересны, и их ждут.



Анастасия Луговкина

Руководитель отдела
консалтинга и развития
компании «Н.Селла»

В настоящий момент онлайн-обучение ворвалось в нашу жизнь и стало трендом 2020 года. Эта сфера стремительно развивается, использует новейшие технологии и подходы, расширяет спектр профессиональных и бытовых тематик, благодаря чему видеоуроки и курсы онлайн стали востребованы у всех категорий населения – от школьников до пенсионеров. Настал отличный момент, чтобы вспомнить про желания, которые откладывались на полку «потом, когда будет время». «Потом» наступило. И лучшее, что можно сделать с появившимся свободным временем – инвестировать его в свое

развитие и образование. Особенно когда это совершенно бесплатно или стоимость существенно ниже, чем при посещении курсов офлайн. Для обучения вам нужен только компьютер или телефон с доступом в Интернет. Стоматология не стала исключением. Образовательные курсы по всем направлениям этого отдела медицины буквально взорвали профессиональное сообщество. Популярность подобной формы обучения обусловлена несколькими причинами. Прежде всего, онлайн-индустрия стерла географические, временные и во многом финансовые факторы, которые влияют на возможность, а чаще на невозможность участия в офлайн-курсах. Значительно расширился спектр тематик и направлений, предлагаемых самыми топовыми спикерами. За очень короткий промежуток времени мы познакомились с огромным количеством новых лекторов, заявивших о себе на рынке образовательных услуг.

Как любое явление, дистанционное обучение имеет свои минусы, и я отмечу основные недостатки, которые мы обсуждали со слушателями и участниками. Формат неидеален для людей с низкой внутренней дисциплиной. «Ничего не случится, если я не посмотрю этот вебинар»: малейшая помеха – и вы уже отвлеклись от эфира или вообще забыли о нем. Наш самый злостный противник – собственная лень – зорко контролирует все

желания и мгновенно отсекает самые лучшие помыслы, как только чувствует крупицу сомнения в целесообразности того или иного запланированного действия. В этой ситуации в помощь будет видеозапись, если она предоставляется организаторами и содержание лекции действительно заслуживает того, чтобы посмотреть ее.

Если вы любитель живого общения, то вам явно будет не хватать общества. Только электронная переписка, чаты, письма – но это немного другое общение.

Также немаловажен фактор качества представляемого материала. К сожалению, количество и легкость организации мероприятия спровоцировали перенасыщение рынка и не всегда достойное содержание в плане актуальности и информативности лекций. На мой взгляд, основной недостаток курсов онлайн – в невозможности организовать полноценные занятия с отработкой практических навыков. Именно работа руками под руководством наставника является максимально эффективной и запоминающейся. Возможно, следующие поколения будут обладать такими технологиями! Ну а пока мы приглашаем присоединяться и участвовать в любом интерактивном учебном мероприятии, будь то онлайн или офлайн. Любая встреча, общение наполняют нас новыми эмоциями и стимулируют к дальнейшему развитию и успехам!



**Елена Липатова**

Врач-стоматолог,
член Европейской
Эндодонтической Ассоциации

Я не просто стоматолог-терапевт, мое специализированное направление – эндодонтия, лечение корневых каналов. Эта работа требует огромного количества дополнительных навыков, в том числе умения работать с операционным микроскопом. И я не только практикую, но еще и преподаю, а также много учусь сама.

Базовое университетское образование имеет строгие рамки утвержденной программы, порой они очень статичны и дают лишь основы. Стоматология – отрасль медицины, где постоянно что-то меняется. Появляются новые концепции, технологии и материалы. Каждый врач, специалист, преподаватель непрерывно учится сам – без этого невозможен профессиональный рост.

Период пандемии стал временем активизации онлайн-обучения и показал как плюсы, так и минусы такого рода взаимодействия в учебном процессе. Мое участие было двусторонним. Мне довелось провести порядка девяти вебинаров. Причем эти вебинары создавались специально для этого периода: организаторы курсов давали запрос по той или иной теме или касательно актуальной проблемы. Несмотря на карантин, врачи продолжали обучаться, уделяя этому пропорцио-

нально больше времени, чем обычно. Кто-то не работал, кто-то собирался посетить офлайн-мероприятие, которое реализовалось в онлайн-формате. Каждый смог познакомиться с теми или иными лекторами на будущее.

Если кто-то ставил целью получение новой информации, то тут все могло быть очень неоднозначно. С одной стороны, безусловное удобство домашней обстановки, в которой ты слушаешь лектора, а с другой – очень велик шанс отвлечься: коты, дети, родственники, «приветливый» шум перфоратора – нюансов масса. В то время как в условиях офлайн-мероприятия в аудитории слушателю нужно только сконцентрироваться на информации, его ничто не отвлекает. И перед лекторами стояла непростая задача: оставаться интересными аудитории, не имея обратной связи и также подвергаясь бытовому «нюансам».

Как слушатель я неоднозначно отношусь к онлайн-обучению. Но склоняюсь к тому, что это больше хорошо, чем плохо. Выделить время, чтобы поехать куда-то самой, при весьма насыщенном графике бывает сложно. А тут – огромный выбор мероприятий! Я смогла просмотреть несколько вебинаров: от часовых до полноценных учебных дней.

Что не устраивает меня и как лектора, и как слушателя: наша специальность для онлайн-образования слишком наполнена практическими нюансами. Например, невозможно сделать полноценный вебинар про работу с микроскопом. Это предмет, который надо трогать руками, настраивать, рассматривать детали и подстраивать под оператора. Любой практический навык невозможно на сто процентов передать через Сеть. Преподавателю, инструктору или лектору необходимо быть в прямом контакте с коллегой, держать его за руку, направлять, буквально «ставить руку», как при игре на фортепиано. Те доктора, которые занимаются хирургией, эндодонтией или пародонтологией, знают, что есть нюансы, связанные с мелкой моторикой, которые в онлайн-не передать невозможно.

С другой стороны, получение доступа к вебинару и возможность многократно пересмотреть материал позволяет лучше уловить нюансы. А в офлайн-курсе слушатель более активно участвует, более осмысленно задает вопросы, эмоционально включается, подпитывается энергией аудитории.

В практической деятельности также можно возвращаться к просмотренному вебинару за уточнениями, а это, согласитесь, удобно.

Еще момент: стоматолог – одна из тех профессий, в которой очень велик риск эмоционального выгорания. И, конечно, организаторы курсов это учитывают. Любое офлайн-мероприятие – это праздник общения, знаний. Все делается для того, чтобы было комфортно учиться, преподавать, общаться. Я всякий раз стараюсь рассказать своим слушателям о каких-то психологических особенностях нашей работы, о том, что нет только побед, есть и трудности, и вижу, как у людей теплеют глаза, они расслабляются, уходят напряжение и неуверенность. Потому что приходит понимание, что ты не один столкнулся с какой-то проблемой и все можно решить. Поделился с коллегами интересным случаем и сразу получил отклик. Задал вопрос и получил ответ. Работа составляет огромную, если не основную, часть нашей жизни. И если заглянуть в телефон любого стоматолога, там, наряду с фото детей, собак, котиков и еды, превалируют зубы – все фотографируют то, что делают и чем гордятся. Онлайн-формат такой человеческой отдачи не дает. И оказалось, что привычное общение с коллегами – это важно и этого не хватает. И главное – только онлайн-обучение для врачей невозможно. Любая теория должна быть подкреплена практикой. В живом контакте с предметом, инструментами и технологиями. С эмоциональной поддержкой и мгновенной обратной связью.

**Илья Фридман**

Доктор

Плюсы, безусловно, есть. Но это плюсы технические. Это не то, что может заменить полноценное образование. В этом моя позиция. Это позиция любого интеллектуала. Позиция любого аналогового человека, которому еще только предстоит в какой-то час стать цифровым. Учитель – это тот, кто передает знания. Теорию. Учить дистанционно действительно можно. Можно даже отдать это на самообра-

зование, а потом только контролировать – сдавать экзамены по принципу «выбери из нескольких вариантов». Это эффективно только в одном – контроль полученных знаний.

Образование и интеллект – это не то, на чем стоит экономить время и усилия. «Век живи, век учись» – люди посвящали этому жизнь. А сейчас нам предлагается быстро выучиться, быстро протестироваться – абсолютно суррогатное поведение со всех сторон. Чем больше человек интеллектуален, тем больше ему требуется человеческого общения.

Выучить можно дистанционно: говорить лекций, дать тестов, убедить в теоретическом владении материалом. Но это не обучение.

Настоящее образование не складывается только из теоретических знаний, настоящее образование – это всегда навыки: передача и контроль навыков.

Не контроль владения информацией. А то, что возможно передать только при личном общении. Да, технологии могут обеспечить виртуальное присутствие специалиста. Да, возможно дистанционное консультирование, может быть оценен рентгеновский снимок. Чтобы поставить предварительный ди-

ствие той формы передачи информации, когда я могу беседовать с каждым лично – это огромный минус. Ссылаясь на свой опыт вебинаров, хочу сказать, что мне тяжело так общаться: фактически я не с людьми говорю, а с камерой, и не чувствую обратную связь.

Из плюсов: онлайн-курсы стоят не больших денег. Зато увидеть и прослушать можно массу полезного и нового, а уж я со своей стороны выкладываюсь по полной программе как на «живых» курсах, так и на вебинарах.

Те, кто хочет, приезжают ко мне лично. Находят и средства, и возможности, и время. У кого такой возможности нет – могут прослушать вебинар.

До пандемии мы планировали большой мастер-класс в «Медикал-КонсалтингГрупп», но так случилось, что его срочно пришлось проводить уже в онлайн. Мы готовились. Провели отличную съемку с двух камер. И первое онлайн-мероприятие прошло у нас достаточно неплохо. Стало ясно, насколько важен технический уровень. Это обязательно должна быть высококласная профессиональная макросъемка, с двух или более точек. Вся суть таких мастер-классов именно

агноз, в большинстве случаев сегодня действительно не нужен пациент. А пациенту необходимо, чтобы его видели, слушали, чтобы в нем принимали участие. Во всех этих цифровых отношениях забыта вторая сторона. Издержки цифровизации. Мне кажется, это очень волонтаристское разобщение людей, намеренное стирание межличностного общения, чтобы человек все больше склонялся к роботизации.

Есть реальность – вот тебе дополненная реальность! А зачем мне нужна ваша дополненная реальность? Мне и в этой хорошо. Зачем мне суррогатная реальность? Я хочу, чтобы вокруг меня по-настоящему все было, а не то, что мне показывают волшебные очки.

Еще раз: плюсы в онлайн-образовании есть. Но только технические. И они должны быть использованы для службы человеку, но никак не заменять человека.

У меня есть абсолютно конкретная рекомендация – не делать из цифровизации фетиш. Цифровой документооборот – отлично! Но и в нем должно быть место человеческому общению. Когда тебе начинает нравиться беседа с компьютером больше, чем с живыми людьми, все – пора к психологу.

в том, чтобы в мельчайших деталях показать, что я делаю руками. И дать возможность рассмотреть все тонкости работы. У техников самый популярный метод обучения – стоять за плечом. Обычно для обучения я собираю у себя в лаборатории пять-шесть человек, и у них, у каждого, есть возможность подойти, посмотреть, задать вопросы и получить ответы. Но если нет возможности заглядывать через плечо – могут выручить высокотехнологичная съемка и хороший оператор. Хороший оператор тоже невероятно важен, ему необходимо понимать, что он снимает, уловить и показать каждый момент, каждое движение. И транслировать это можно уже на любую, даже очень большую, аудиторию. Все мельчайшие детали – вот они – налицо. Каждый мастер-класс состоит и из теоретического блока, к которому я тщательно готовлюсь.

Но замечу, что обучение – это взаимный процесс, а режим онлайн не дает мне возможности посмотреть на моих слушателей и чему-то научиться у них. В итоге получается, что есть плюсы, есть минусы и каждый волен выбирать.

**Дмитрий Никоненко**

Зубной техник, Москва

Первое, о чем хочется сказать, давая оценку обучению онлайн в нашей профессии – это доступность. Доступность для тех ребят техников, которые по тем или иным причинам не могут приехать непосредственно на курсы. Но отсутствие живого общения, отсут-

**Андрей Акулович**

Кандидат медицинских наук, профессор, руководитель «Центра отбеливания зубов профессора Акуловича»

Если взвесить плюсы и минусы, то очевидным плюсом является возможность находиться дистанционно от лектора, от источника информации. Это очень хорошо с той точки зрения, что на живое обучение надо ехать, покупать билеты, бронировать отель и много чего еще. Вы можете находиться там, где вам удобно. На этом,

**Анна Свирь**

Не могу сказать, что у меня есть однозначное мнение «за» или «против» и я могу категорично высказываться относительно формата онлайн. Я считаю, что этот формат имеет право на

собственно, плюсы заканчиваются. Все остальное в онлайн-образовании, особенно в стоматологии, – это огромный жирный минус.

Минусы абсолютно во всем. Минус для того, кто потребляет это: ни один лектор не даст на вебинаре и части той информации, которая вам реально нужна, прекрасно понимая, что вся информация сейчас ворует, перепродается и распространяется. Зная это, ни один лектор не будет раскрывать самого интересного на вебинаре. Какое онлайн-образование может быть у медика? Это как онлайн учиться водить автомобиль – вот самое правильное сравнение. Нам нужно видеть конкретную ситуацию.

Сегодня огромное количество аферистов и воров завязаны на онлайн-образовании. На каждом курсе, который вы оплачиваете, обязательно найдется кто-то, кто это запишет и выложит в каком-нибудь «Телеграме» за две копейки. Это очень популярно.

Кому интересны вебинары? Тем, кому не хватает рекламы и самопиара. Вот они проводят бесконечное количество вебинаров. Для того, чтобы их видели, чтобы их не забыли.

жизнь как дополнительный, но ни в коей мере не как единственный. Дело в том, что стоматологи принадлежат профессии, в которой очень важны прикладные и мануальные знания и навыки, в ней нельзя ограничиться только онлайн-обучением. Есть профессии, которые могут позволить обучаться только в онлайн-формате, но это не про стоматологию. При этом я искренне считаю, что у такой формы обучения невероятные возможности. Мне самой доводилось учиться онлайн. Это позволяет расширить горизонты и убирает многие границы. Потому что сегодня ты можешь поучиться в каком-нибудь американском вузе или у европейского гуру, завтра – где-то в китайском университете. Это здорово убирает географические ограничения. Но, возвращаясь к нашей целевой аудитории, к стоматологам, онлайн может быть только дополнительной формой обучения, но ни в коей мере не

А бесплатный вебинар – это самая извращенная форма онлайн-образования. Потому что, если он бесплатный, значит, за него платит своим временем и мозгами слушатель. Совершенно точно, что этот вебинар уже кто-то оплатил и сейчас вам будут втюхивать и проедать мозги какой-то информацией, которая ангажирована на сто процентов, потому что бесплатного ничего не бывает. Тем не менее, колоссальное количество людей клюет на халаву, на бесплатность, слушают эти вебинары, им внушают взгляды те компании, которые это оплатили, а потом они так и работают – некорректно и неконкурентоспособно. И как может быть иначе, если их обучали какие-то рекламные менеджеры?

Многие лекторы с ума посходили от количества вебинаров, которые они провели в эти карантинные времена. И стоматологов вымотали: по десять-двадцать вебинаров в день проходило. И к чему это привело? К тому, что многие лекторы остались сейчас невостребованными, потому что люди наслушались этого онлайн, наслушались бесплатных вебинаров, и теперь им не нужно никакое обучение вообще.

основной. Как мне кажется, психологически мы устроены таким образом, что человеческое общение помогает гораздо больше и степень усваиваемости информации гораздо выше, когда отсутствует технологический барьер. Нам более комфортно находиться в ауре человека. Хотя бывают и обратные ситуации, когда, наоборот, некий психологический дискомфорт нивелируется за счет онлайн: ты можешь спрятаться и дистанцироваться. Если коротко: онлайн для стоматологии является дополнительным инструментом, очень важным, но никак не единственным и исключаящим офлайн-образование.

Автор:
Елена Трубачева

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНСУЛЬТАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

MEDICAL

consulting group

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЧЕВИДНЫЕ ВЕЩИ

Контакты:

Телефон / факс: 8 (495) 775-82-25,
8 (910) 442-07-94
www.medical-cg.ru
info@medical-cg.ru

 @medical.cg

 vk.com/medical_cg

 @medical_consulting



КАЛЕНДАРЬ СЕМИНАРОВ на 2020 год



Дата	Лектор	Мероприятие	Место проведения
02 октября	Артур Бетуганов	Курс по дентальной фотографии	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
03-04 октября	Андрей Финкельштейн	Безопасная стоматология – максимальный результат с минимальными осложнениями!	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
10-11 октября	Васильева Мария	Практический семинар по ортодонтии. «Экспресс-методы диагностики патологии прикуса и планирование ортодонтического лечения с учетом постуральных особенностей	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
16 октября	Дмитрий Никоненко, Павел Егоров	Мастер-класс "Новое поколение цельнокерамических реставраций. Гармония цвета и формы"	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
22-23 октября	Елена Липатова	ЭНДОЛечение МОЛЯРОВ и ВСЕ ОБ ЭНДОДОНТИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ. ТЕОРИЯ+ПРАКТИКА	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
24-25 октября	Светлана Кобзева	Взаимодействие врача и зубного техника на всех этапах имплантологического лечения. Способы реабилитации при полном отсутствии зубов. Клинические и лабораторные этапы изготовления съемных и условно-съемных ортопедических конструкций	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
26-30 октября	Фридман Илья	Фундаментальные принципы успешного имплантирования. Классические и современные концепции планирования и осуществления имплантации	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
05-06 ноября	Дмитрий Никоненко	Практический курс с отработкой. Фронтальная эстетика. Блич-техника. Noritake	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1

19-20 ноября	Елена Липатова	КАРИЕС, ПУЛЬПИТ В КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ И НАУКЕ. ТЕОРИЯ+ПРАКТИКА	г. Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 15, корп. 2, БЦ «Фернан Леже», офис 307 (3 этаж) – учебный класс в офисе "Н.СЕЛЛА"
20-21 ноября	Изгарева Олеся	Пластика рецессий: от консультации пациента до проведения самостоятельной операции	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
21 ноября	Тали Гольдберг	СПб. Семинар для ассистентов стоматолога	г. Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 15, корп. 2, БЦ «Фернан Леже», офис 307 (3 этаж) – учебный класс в офисе "Н.СЕЛЛА"
27 ноября, 14 декабря	Вера Кобзева	Сервисное поведение Администратора в работе с Пациентами	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
03 декабря	Екатерина Салыгина	СПб. Документооборот-2: как безопасно и эффективно выстроить отношения с сотрудниками	г. Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 15, корп. 2, БЦ «Фернан Леже», офис 307 (3 этаж) – учебный класс в офисе "Н.СЕЛЛА"
04 декабря	Липкинд Жанна	Улыбка в один визит. Методика реставрации зубов готовыми композитными винирами COMPONEER	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
07-11 декабря	Фридман Илья	Фундаментальные принципы успешного имплантирования. Классические и современные концепции планирования и осуществления имплантации	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
12-13 декабря	Елена Липатова	Мир микроскопной стоматологии. Погружение в новую реальность & Эндо Практик Project	г. Москва, ул. Волочаевская, д. 12А, стр. 1
19-20 декабря	Соломонов Михаил	Эндодонтия №3. Перелечивание (ортоградная ревизия). Клинические решения и техники	Уточняется

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И ТЕЛЕМЕДИЦИНА В СТОМАТОЛОГИИ: КРАТКИЙ ОБЗОР

Автор: Гайнутдинова Анна Евгеньевна

Стоматологические клиники все активнее обращаются к идее сотрудничества со страховыми компаниями в рамках ДМС. Такая работа может оказаться эффективной и выгодной для медицинской организации, если будут правильно выстроены диалог со страховщиком и сама методика взаимодействия.

Добровольное медицинское страхование сегодня может стать выгодным преимуществом для стоматологической клиники. Современный подход к взаимодействию лечебного учреждения и страховой компании, грамотное соблюдение всех регламентов работы по ДМС приводят обе стороны к выигрышу – прибыли, притоку новых клиентов и повышению репутации.

При этом, открывая для себя сферу ДМС, клиникам не стоит забывать и о возможностях телемедицины (которая, кстати, часто входит в страховой полис). Мы не случайно говорим в этом номере журнала Dental Club

об этом направлении. Нынешний год изменил многое. На собственном опыте мы с вами испытали возможности и преимущества онлайн-взаимодействия в самых разных сферах жизни. Оказавшись в условиях пандемии и в изоляции, нам пришлось очень быстро перестраиваться, переориентировать свои профессиональные и личные цели и даже учиться чему-то новому. Стало понятно, что цифровые технологии прочно вошли в нашу жизнь – причем если раньше это казалось чем-то далеким, то сегодня стало ясно: цифровизация, онлайн-технологии касаются каждого. Жизнь уже

изменилась – и будет правильно принимать эти изменения и обращать их в свою пользу. Телемедицина с этой точки зрения – прекрасный механизм для обеспечения медицинскими услугами, причем самыми современными, человека, живущего даже в самом отдаленном регионе страны. Внезапно негативная ситуация с развитием пандемии коронавируса и карантинными мерами принесла и свои плюсы. И научила обращать негатив в преимущества. Думается, что в ближайшее время телемедицину ждет новый толчок развития.

Сотрудничество
стоматологических
клиник и страховых
компаний: общая
цель – качество

Страхование медицинских услуг первым пришло именно в сферу стоматологии, ведь эта медицинская специальность опережала другие по своему развитию лет на 10. Однако в первые годы страховой медицины говорить о цивилизованном подходе к работе не приходилось. Клиники старались лечить пациента в рамках ДМС так, чтобы была использована вся страховая сумма. Или же выходили на вариант оказания услуг, не входящих в программу страхования услуги (обычно это были услуги протезирования, имплантации, косметологии). Но эти времена ушли в прошлое.

И все же и сейчас не все клиники и врачи готовы правильно работать в рамках ДМС. Мы убеждены, что успешной работе со страховщиками нужно учиться. Слушатели курса «ДМС: как работать со страховыми пациентами» Учебного центра «МедикалКонсалтингГрупп» получают знания, которые помогают использовать наиболее успешный опыт совместной работы крупнейших страховых компаний и стоматологических клиник.

При ДМС (добровольном медицинском страховании) страховщик компенсирует медицинскому учреждению (полностью или частично) расходы, возникающие в связи с обращением пациента (застрахованного лица) за медицинской помощью, оказываемой в соответствии с программой страхования. Стоматологическое лечение – одно из самых дорогих. Так что практически при любом посещении стоматолога наступает страховой случай. Поэтому страховые компании строго выбирают клинику для сотрудничества и обычно выдвигают жесткий список требований. Это ведение медицинской документации, специальный прайс, высокое качество оказываемых услуг, четкое соблюдение всех условий программы. Все препятствия преодолели, а условия выполнимы



Тадевосян А.Г., врач-ортопед, клиника «Альбис»

при условии наличия ключевого критерия – хорошо обученных сотрудников клиники.

Работу по ДМС можно сравнить с уходом за английским газоном: чтобы он был идеален, говорят, нужно стричь траву и поливать газон в течение 300 лет. И те клиники, которые достаточно давно сотрудничают со страховщиками, в полном объеме ощутили и трудности, и прелести этой непростой работы. Однако плюсов, безусловно, больше. При грамотно выстроенной работе доля страховых пациентов может достигать 50%, а эффективная работа с застрахованными – гарантия многолетнего обслуживания и пациента, и его ближнего круга уже без привязки к страховой программе.

Неочевидным преимуществом работы по ДМС для стоматологических клиник является вынужденно высокий уровень дисциплины. Культура потребителя растет: сервис для пациента сегодня – это не только наличие бахил и улыбка доктора, но и уровень ведения медицинской документации, который защитит и пациента, и, возможно, клинику в случае досудебных разбирательств.

Страховщики проводят тотальную медицинскую экспертизу на ежемесячной основе, и клиники понимают: чем выше контроль качества, тем выше качество оказанных услуг. У страховых компаний ни одна жалоба не остается без рассмотрения. И это не значит, что страховщик всегда идет на поводу у пациента. Наоборот, такой строгий подход к соблюдению правил добровольного медицинского страхования обеспечивает надежность взаимоотношений клиники и страховщика. Результатом таких совместных усилий является повышение в разы выручки клиник за счет потока страховых пациентов.

Не получается ли, что при таком строгом отношении страховщика к клинике при работе с ДМС страховая компания и является истинным клиентом? Это не так. Приоритетом клиники и врачей остается здоровье пациента. Важно помнить, что пациенты и компании, в которых они работают, голосуют рублем. Компании меняют страховую компанию примерно раз в два

года, подыскивая новые варианты. Но если ваша клиника себя зарекомендовала – захотят остаться с вами и новой страховой.

Телемедицина – актуальное направление в новых реалиях

Кстати, необходимость владения знаниями в области страхования обострилась в 2020 году. 2020 год оказался годом перемен: для кого-то он стал проклятием, кому-то дал новые возможности, движение, энергию. В условиях пандемии набрала обороты страховая телемедицина. Услуги телемедицины начали развиваться с 2018 года, когда вступил в силу закон № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья». Сначала телемедицина входила в полис ДМС, но сегодня уже является самостоятельным продуктом. При этом все же основная аудитория пользователей телемедицины – это пациенты, застрахованные по ДМС.

Появление телемедицины тесно связано с развитием онлайн- и цифровых технологий в различных сферах нашей жизни – и в медицине тоже. Действительно, население пока не очень активно использует возможности телемедицины, но, скорее, только из-за низкой осведомленности. Хотя почти все страховые компании включают в свои программы цифровую медицину – это тренд. И сервис постепенно становится все более востребованным.

Возможность получить врачебную помощь из дома в любое время суток становится все более востребованной. Такое отношение к медицине диктует и нынешний ритм жизни: сбережение временного ресурса и денег актуально для пациентов. Телемедицинские услуги не всегда могут заменить очный прием, но, тем не менее, становятся важной помощью на первом этапе. Наконец, активное внедрение подобных новых технологий и подходов способствует развитию

культуры сохранения здоровья.

Сейчас основными направлениями телемедицины являются консультационные услуги практически по всем заболеваниям, включая стоматологический спектр. Техническая оснащенность клиник позволяет собирать анамнез, подтвержденный высококачественными исследованиями и снимками. Услуга «второе мнение», когда пациент может получить обратную связь от самых высокопрофессиональных специалистов из любой клиники РФ и мира, дает неоспоримое преимущество тем лечебным учреждениям, которые дорожат своей репутацией и здоровьем пациентов.

По данным Минздравсоцразвития РФ, почти 40% обращений клиентов в лечебные учреждения носит профилактический характер. То есть фактически пациент мог бы получить такую консультацию в онлайн-формате, без обязательного личного посещения врача. Новая услуга позволяет снизить финансовую нагрузку на пациента в части приема, чтобы он мог потратить высвободившиеся средства на более качественные материалы и процедуры.

Телемедицина расширяет географию оказания услуг. В том числе позволяет жителям отдаленных регионов получать медицинские услуги у лучших специалистов ведущих российских лечебных учреждений, не выходя из дома.

Рынок со временем сможет использовать услуги телемедицины для увеличения продаж практически любых видов медицинских консультационных услуг. В этом инновационном направлении, конечно, тоже есть свои плюсы и минусы. Например, страховщики и клиники не всегда технически могут обеспечить защиту персональных данных пациента или конфиденциальность врачебной тайны.

Однако уже в первый год внедрения телемедицины в России прибыль этой отрасли составила более 15 млрд рублей. Преимущество в освоении рынка телемедицины – у крупных сетевых клиник. Этому способствуют узнаваемый бренд, репутация, доверие со стороны пациентов, квалифицированные кадры. Но крупные компании

порой неповоротливы, и их могут обогнать более мобильные средние игроки и даже стартаперы, которые с энтузиазмом внедряют инновационные решения и могут занять существенную долю формирующегося рынка телемедицины.

Схемы работы со страховой компанией

Выстраивание работы со страховой компанией может идти по нескольким направлениям:

- Классическая рискованная схема страхования.
- Депозитная схема страхования.
- Обслуживание страховых пациентов по прикреплению к ЛПУ.
- Рискованная схема с франшизой.

Цель страховой компании – получение прибыли, но такую же цель ставит перед собой и стоматологическая клиника, работающая по ДМС, – в этом направлении у СК и клиники одинаковая задача. Какую же схему лучше вы-

брать, чтобы это было выгодно обеим сторонам?

Классическая рискованная схема ДМС позволяет клинике получать прибыль не только от выплат СК за обслуживание пациентов. Это также продажа «нестраховых» случаев (а это может составлять до 30% к объему страховых выплат), увеличение пациентов по рекомендации за счет знакомых и родственников застрахованных (каждый застрахованный пациент обеспечивает минимум одно эффективное обращение по рекомендации). Также это увеличивает базу пациентов-физических лиц после завершения периода страхования или после увольнения из компании-страхователя (со своей клиникой остается до 20% пациентов через год после окончания страховки).

В случае депозитного страхования компания перечисляет страховщику определенную сумму – это фактически становится счетом, с него работодатель снимает средства на лечение своих сотрудников. Такой договор дает возможность потратить средства

не только на услуги, входящие в договор ДМС, а также обеспечивает прозрачность. Однако на рынке считается более предпочтительным рискованная схема страхования.

При прикреплении пациентов к лечебному учреждению страховая компания перечисляет клинике стоимость годового обслуживания, а клиника берет обязательства обслуживать застрахованных пациентов за фиксированную стоимость. Такой вариант выгоден клинике, она обеспечена потоком пациентов. Недостаток такой схемы: пациенты могут пользоваться по ДМС только конкретной клиникой, а это может ограничивать их в выборе услуг.

Полис ДМС с франшизой имеет ограничения. С одной стороны, это способ экономии для компаний-страхователей и для страховой компании – часть затрат по наступлению страхового случая ложится на клиента. Такой полис дешевле, но не всем пациентам удобен: попытка сэкономить может привести, напротив, к дополнительным расходам – все будет



зависеть от объема и частоты обращения к врачам.

«Трудности перевода»: как найти взаимопонимание между клиникой, страховой компанией и пациентом

Неподготовленность стоматологов к работе с ДМС может провоцировать трудности развития этого направления. Врачи порой считают, что программы страховых компаний, в которых прописаны исключения, не позволяют лечить пациента по современным стандартам. Но программа страхования – лишь документ, который регламентирует, какие случаи и процедуры оплачиваются за счет страховки, а какие не оплачиваются. Она не ограничивает медицинские стандарты, применяемые лечебным учреждением. Более того, перечень разрешенных услуг полностью соот-

ветствует российскому законодательству и всем нормативным документам, а страховая компания тщательно отслеживает все законодательные изменения и оперативно вносит корректировки в медицинские программы.

Еще одна сложность – когда клиника набирает обороты по работе с ДМС, большое количество программ и исключений становится причиной разногласий между врачами, администрацией и пациентами. Это может приводить к конфликту с застрахованными лицами или к появлению нарушений программ ДМС.

Пациенты, имеющие полис ДМС, часто и сами слабо информированы об объеме программы страхования. Часто в первый раз они узнают подробности, уже сидя во врачебном кресле. Это может привести к негативному отношению пациента к клинике, породить недоверие. А у доктора уже не будет второго шанса, чтобы произвести благоприятное первое впечатление.

Еще одна сложность во взаимодействии клиники со страховой компани-

ей – дополнительная административная нагрузка в связи с обслуживанием страховых пациентов.

Наконец, частым спорным моментом является различное отношение многих клиник и страховых компаний к соотношению «цена/качество».

Мы приходим к выводу, что краеугольным камнем проблем во всех случаях будет человеческий фактор: неправильно выстроенные коммуникации, недопонимание с обеих сторон, различие восприятия, низкая информированность.

Безусловно, у каждой клинки свой путь. Но взаимодействие со страховой компанией – тот случай, когда нужно не изобретать велосипед, а просто воспользоваться уже отработанными методиками и объективно положительным опытом коллег. На курсах компании «МедикалКонсалтингГрупп» мы вместе найдем решение, максимально подходящее именно для вашей клиники и ваших сотрудников.



Мартынова М. И., врач стоматолог-терапевт, эндодонтист. Клиника «Альбис»

Работать по ДМС – да или нет?

– Безусловно, да. Рынок ДМС растет большими темпами, в среднем на 20% в год, и составляет до 35% от рынка всех платных услуг. Какова будет доля вашей клиники – зависит только от вас, а наш Учебный центр поможет достичь максимальных результатов.

С чего начинать?

– Пул страховых компаний, имеющих лицензию по ДМС, – более 250, крупных игроков – 20. Выбирайте страховые компании с рейтингом не ниже В++ (умеренный уровень кредитоспособности/финансовой надежности/финансовой устойчивости). Это гарантия того, что финансовая устойчивость компании позволит ей выполнять взятые на себя обязательства.

Информацию о потенциальном страховщике можно найти на специализированных сайтах, посвященных финансам: «Банки.ру», «Сравни.ру», АСН. Представители СК периодически проводят встречи в формате круглого стола с представителями ЛПУ для обсуждения сотрудничества: на таких встречах вы получите максимум информации для принятия решения о сотрудничестве и прямые контакты лиц для дальнейших переговоров.

Что еще важно?

– Стоит обязательно пройти обучающие курсы, чтобы определиться с приоритетными направлениями, в которых вы будете двигаться, в том случае, если вы только планируете начать работу по ДМС. Если вы уже работаете со страховыми компаниями, успешный опыт коллег, разбор практических кейсов, информация об изменениях в законодательстве помогут вам избежать подводных камней в этой непростой, но необходимой и прибыльной части вашего бизнеса.



Анна Гайнутдинова
Руководитель отдела продаж ООО «МедикалКонсалтингГрупп»
Директор Управления по работе с нестраховыми посредниками ЦО «Росгосстрах» (2013-2019)
Руководитель направления по страхованию личных видов (ДМС, НС) СК «Альфа Страхование», ОСаО «РЕСО-Гарантия», «Ренессанс Страхование» (2006-2013)

Это интересно:

В Древнем Китае врачи, обслуживающие элиту, получали жалование, пока пациенты были здоровы. То есть врач был экономически заинтересован в здоровье пациента.



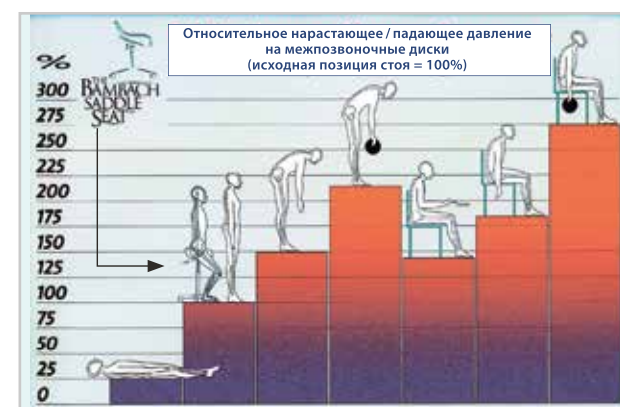
Седло для ежедневной работы



Мари Гэйл
Разработчик, Эрготерапевт –
всю жизнь занимается конным спортом



- » Поддерживает естественную форму позвоночника и таза
- » Значительно сокращает давление на межпозвоночные диски
- » Угол наклона и высота регулируются



ОСАНКА играет важнейшую роль:



ПРОБЛЕМА

Обычный стул заставляет позвоночник искривиться в «С»-образную форму дуги. Это положение значительно увеличивает давление на межпозвоночные диски, что приводит к болям и сокращает мобилизацию спины, шейного отдела, плечей и рук.

РЕШЕНИЕ

Сидя в седле, позвоночник остаётся в естественной «S»-образной форме. Именно благодаря характерному подъёму задней части седла, копчик получает поддержку. Эта часть является основной характеристикой оригинального стула Bambach.

Bambach® стандартный стул-седло

Эрготерапевтический стул-седло

- стандартная форма седла
- подходит для всех людей со стандартным положением таза
- обеспечивает здоровую и естественную осанку
- устраняет и предотвращает боли спины

Каждый стул – ручная работа!



@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

КАК ПРИВЛЕКАТЬ КЛИЕНТОВ В СТОМАТОЛОГИЮ?

Нет сайта? Считайте, что вас нет

В перечне отраслей, наиболее пострадавших от распространения COVID-19, медицину представляет стоматология. Постановления Правительства и Главного санитарного врача предписывали клиникам оказывать только экстренную помощь. Плановые мероприятия, такие как профилактические осмотры, лечение кариеса, протезирование зубов, профессиональная чистка, не проводились. Поток пациентов снизился почти на девяносто процентов, примерно настолько же сократив и доходы предприятий.

Восстанавливать позиции и уровень прибыли придется в острой конкурентной борьбе. И для этого прекрасно подходят безграничные возможности Всемирной паутины.

Рассмотрим пять стратегий, которые помогут привлечь клиентов из Интернета.

Первый и самый простой способ совмещает лендинг и контекстную рекламу. Остановимся на том, что такое контекстная реклама. Это рекламные объявления, которые появляются на топовых позициях поисковой выдачи "Яндекс" и Google в ответ на запросы пользователя. Или это может быть баннер – графическая версия контекстной рекламы, которую можно видеть на полях все тех же поисковых систем, либо других интернет-ресурсов. Этот инструмент реагирует на заинтересованность пользователя, на общий контекст того, что последний ищет в Сети.

Лендинг представляет собой страницу в Интернете с кратким, но содержательным описанием услуги или продукта, включающим также упрощенную форму обратной связи. Нет смысла рекламировать на лендинговой страничке клинику, лучше посвятить ее отдельной услуге или персоне – вра-

чу. Предложение должно учитывать потребности целевой аудитории, а не ваш собственный вкус – они могут не совпадать. И во избежание промахов

изучите вашу целевую аудиторию.

Главное, о чем должна рассказать лендинговая страница и чем привлечь клиента – выгода. Информации на ней мало, поэтому постарайтесь сформулировать уникальное и яркое торговое предложение. Используйте факторы, которые повысят доверие пациентов к клинике – в медицине это очень важно. Чтобы человек доверил вам свое здоровье, докажите свою компетентность. В этом помогут отзывы, подробная информация о врачах, сертификаты, кейсы, различные фото и видеоматериалы. Следуя инструкциям, расположенным в рекламных кабинетах "Яндекс.Метрики" и Google Analytics, настройте цели рекламной кампании и обязательно отслеживайте конверсию ваших страниц – соотношение числа посетителей, выполнивших какие-либо действия, к общему числу посетителей сайта, выраженное в процентах. Для анализа поведения пользователей вам помогут карты и вебвизор в "Яндекс.Метрике". Работать с ними интересно и увлекательно.

Перед запуском контекстной рекламы проверьте, готов ли лендинг к привлечению клиентов, используя для этого чек-лист с пошаговым описанием всех запланированных и реализованных действий, касающихся наполнения страницы, контекста и непосредственно целей кампании.

Вторая стратегия совмещает сайт, контекстную и таргетинговую виды рекламы.

Чтобы сделать классный сайт, порой требуются годы. А как поступать, если результат нужен быстро? Проработать страницы сайта, на которые высок спрос, а потом запустить рекламу.

Прежде чем начинать кампанию, необходимо проверить, все ли учтено в разработке сайта, убедиться в уникальности торгового предложения и том, найдет ли пользователь ответы на четыре вопроса «почему»: почему эта услуга или продукт; почему у нас; почему по этой цене; почему сейчас.

В чем различия методов продвижения?

SEO-оптимизация – игра в долгую. Этот метод позволит сайту попасть в ТОП поисковой выдачи, но на это уйдет порядка шести месяцев. А по конкурентным запросам – больше. Зато после того, как сайт выйдет в ТОП, нужно будет просто поддерживать результат, вкладывая минимум денег.

Контекстная и таргетинговая реклама сразу дают быстрый, но затратный результат.

Остановимся на отличиях этих видов продвижения.

Контекстная реклама настраивается под запросы пользователей "Яндекс" и Google.

Таргетинговая реклама (от английского target – цель) – это объявления в соцсетях, те самые, что мы видим со сноской «Реклама» в ленте новостей или на стенах сообществ. Транслируется аудитории в соответствии с заданными параметрами: пол, возраст,

интересы, образование, геолокация – диапазон настроек широк. Таргетинг подходит, когда вы продвигаете новый продукт или нужно сообщить об акции, а целевая аудитория невелика.

Рекомендуется запускать контекстную и таргетинговую рекламу одновременно и тестировать, какая лучше сработает.

Третья стратегия базируется на репутации врача в сети. В медицинской сфере отзывы решают все. Причем оценка доктора как профессионала важнее суждений о клинике. Пациенты, за редким исключением, идут к конкретному врачу по рекомендации знакомых или прочитав чьи-то впечатления в Интернете. Поэтому очень важно работать с отзывами на всех возможных площадках: от популярных медицинских порталов до форумов на сайтах местных СМИ.

Существуют три правила формирования положительной репутации врача.

Во-первых, необходимо размещать отзывы на всех доступных ресурсах, будь то медицинские форумы и агрегаторы, соцсети или сайты клиник. Во-вторых, в обязательном порядке поддерживайте обратную связь и отвечайте вежливо, терпеливо и по существу. Адекватный ответ от первого лица сильно снижает негатив, люди думают: «Вот молодец, не боится, отвечает, не скрывается». И третье правило: размещайте только реальные оценки – скрины переписки, видеообращения, текстовые отзывы со ссылкой на профиль пациента



в соцсети, с его согласия, разумеется, фотографии «до» и «после», можно анонимно.

Четвертая стратегия касается агрегаторов, о них мы уже упоминали. Агрегатор — это сайт, который собирает и классифицирует предложения разных компаний на одном ресурсе. Некоторым пациентам пользоваться агрегатором удобнее, чем искать информацию на официальных сайтах клиник, потому что можно сравнить несколько предложений сразу и ознакомиться с отзывами. К тому же агрегаторы занимают высокие позиции в поисковой выдаче по ключевым медицинским запросам.

МИХАИЛ ШАКИН автор блога shakin.ru

«Ценность агрегаторов для поисковых систем и пользователей заключается в следующем:

- Во многих случаях они полностью удовлетворяют интент.
- Зачастую именно агрегаторы дают больше всего информации, например, о тех же услугах, товарах или специалистах. В этом плане обычные сайты или интернет-магазины не могут конкурировать с ними.
- До сих пор во многих регионах либо вообще нет сайтов какой-либо тематики или подтематики, либо их очень мало и качество этих ресурсов оставляет желать лучшего. В таких случаях агрегаторы уверенно занимают практически весь топ».

Размещение информации о клинике в агрегаторе дает шанс довольно быстро найти своих пациентов. Но на их выбор будут влиять несколько факторов, которые необходимо учесть. Это отзывы, цена приема, стаж врача и наличие у него научной степени, хорошая фотография, репутация клиники и транспортная доступность, удобство записи и доступное время приема, и самое «вкусное» — скидки.

Исследуя стратегии продвижения, нельзя отказываться от возможностей, которые предоставляют многочисленные социальные сети. И пятая стратегия, которую мы рассмотрим, касается именно этого Интернет-сегмента:

социальная сеть как личный бренд врача. Продвижение личного бренда в соцсетях позволяет врачу завоевать доверие потенциальных пациентов и стать более узнаваемым. При прочих равных к кому вы обратитесь — к стоматологу, о котором слышите впервые, или к тому, на кого подписаны в "Инстаграме"?

Попробуем разобраться, как создается личный бренд. Для начала определимся с целевой аудиторией. Мы не впервые в этом материале акцентируем внимание на первостепенной необходимости выделить группу людей, на которую будет направлено ваше предложение. Нельзя предлагать продукт всем подряд, это ведет лишь к снижению продаж, огромным расходам на рекламу, которые никогда не окупятся и не дадут результатов в виде новых клиентов. Часто приходится слышать: «Да мы и так знаем своих клиентов». И это ошибка, которая ведет ваших пациентов к конкурентам. Но предположим, что мы действительно все понимаем о нашей целевой аудитории, пора разобраться, что должно следовать за этим. Следующим этапом необходимо разработать уникальное торговое предложение — отличительный потребительский мотив, альтернатива имиджевой и развлекательной рекламе, то, что отличает вас на рынке и напрямую говорит клиенту, почему купить нужно именно у вас. Зная аудиторию, мы представляем и то, в какой соцсети она сосредоточена. И составляем контент-план. Он напрямую зависит от приоритетов подписчиков, но главное — публикации должны быть регулярными и интересными. Это могут быть экспертные статьи и советы, личное мнение, интересные случаи из практики, рассказы о себе, ответы на вопросы, портфолио, отзывы. Приглашайте пользователей за кулисы своей работы.

Не пренебрегайте оформлением. Минимально необходимый набор — это фотография врача, специализация, квалификация, опыт работы, место работы, профессиональные интересы. Страница не должна быть обезличенной, не смущайтесь рассказывать о себе — пусть люди сразу понимают,

Материал готовили интернет-маркетологи "Скобеев и Партнеры"



Ильяна Левина
Директор по маркетингу
ООО "Скобеев и Партнеры"



Екатерина Сластухина
Ведущий интернет-маркетолог
ООО "Скобеев и Патрнеры"

что это не блог со статьями про стоматологию, а страница интересного человека. Взаимодействуйте с вашей аудиторией. Важно отвечать на комментарии, делать опросы, выкладывать фото и видео своей работы, организовывать прямые эфиры.

Более семидесяти процентов пользователей выходят в Интернет с мобильных устройств.

В период самоизоляции мобильный трафик вырос в среднем на двадцать процентов, в зависимости от региона. Но этот рост связан не только с пандемией. Тенденция наблюдалась и раньше. Уже в 2018 году Mobile опередил десктоп и продолжает стремительно расти, забирая долю стационарных компьютеров. По данным Mail.ru, число смартфонов составляет более семидесяти процентов.

Согласно исследованиям Российской ассоциации электротехнических компаний, вклад мобильной экономики в ВВП России в 2018 году составил 1,6 трлн рублей, увеличившись за год на четыре процента. В 2019 году этот рост продолжился.

Это соотношение можно использовать в продвижении. Все больше компаний начинают разработку мобильных разрешений к десктопу, а не наоборот, как было раньше. Сайты

становятся проще, короче и удобнее в первую очередь для аудитории, которая заходит с телефонов. Набирает обороты голосовой поиск, что отражается на поисковой выдаче, запросы становятся конкретнее и длиннее. Следовательно, меняются и структура сайта, и подача контента.

По данным "Яндекса", 64% людей вводят запрос «клиника» именно с экрана смартфона. Ежемесячный спрос по этому ключевому слову с десктопа составляет 2,2 млн, а с мобильных — 3,9 млн. Уже сейчас разница составляет 1,77 раз. Тенденция явно не в пользу стационарных компьютеров и ноутбуков. И в 2020 году она сохраняется.

Параллельно с ростом мобильного трафика сокращается время, которое пользователи проводят на сайте: это касается и смартфонов, и компьютеров. За последние три года оно сократилось на 49 секунд. По сравнению с посетителями, которые выходят в Интернет с компьютеров, мобильные пользователи проводят на сайте на 57% времени меньше.

О чем это должно нам сказать? Только о том, что с сайтом без адаптивной версии можно даже не пытаться выходить на рынок. Обязательно проверьте, как работает мобиль-

ная версия вашего сайта: навигация, меню, корректно ли масштабируются элементы дизайна и контент в целом, какова скорость загрузки. Отдельно исследуйте опцию оформления заказа, особенно если к сайту подключены электронные платежи. Работа с формой обратной связи и корзиной должна быть интуитивно понятной и не вызывать затруднений.

Проверьте не только функциональность основных страниц и переходов, но и орфографию в текстах. Нелепые ошибки способны испортить общее впечатление и солидности организации не добавляют. Будьте краткими. Чтобы завладеть вниманием пользователей, важно сделать сообщения громкими и емкими, никакой воды.

Нужно помнить, что никакой внешний канал продвижения сам по себе не заменит собственной работы команды клиники по выстраиванию внутренних бизнес-процессов. Врачи, администраторы, управленцы, маркетологи, даже охранники — все должны работать как единая команда, создавая атмосферу и образ медучреждения в глазах пациента. Вместе они делают клинику местом, в которое человек захочет вернуться, порекомендует друзьям и куда будет напрямую обращаться.



РАБОТА НАД ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ РОСТОМ И ВДОХНОВЕНИЕ: КАК МЫ С ВАМИ ПРОВЕЛИ ВРЕМЯ НА САМОИЗОЛЯЦИИ

Пандемия коронавируса и связанные с ней внезапная изоляция, пауза в интенсивной работе, финансовые сложности поставили нас перед фактом: мы оказались заперты перед экраном компьютера и у нас появилось время, которое – о чудо! – можно использовать для своей пользы. Как этот период прожили стоматологи? Рассказываем.

Переход в режим самоизоляции весной 2020 года привел всех нас к тому, что вся наша жизнь перешла в онлайн, начиная с покупок продуктов в магазинах и заканчивая общением с близкими. Те, чья профессиональная деятельность встала на паузу, были в некоторой растерянности. Но стало понятно, что будет правильно использовать появившийся временной ресурс. Интернет дал возможности каждому проявить себя. Смелчаки регистрировались в TikTok и публиковали там свои видеоклипы – пели и танцевали. Любители спорта перенесли в онлайн свои тренировки и пробежки – и даже пробегали марафоны на балконах

и в комнатах вокруг столов и кроватей! Любители коллекционирования самых различных предметов превратили соцсети в настоящие онлайн-выставки своих сокровищ. Фурор произвел проект «Изоизоляция», в котором каждый мог проявить смекалку и творчество, изображая сюжеты известных картин.

В профессиональных сообществах создавались свои активности, и стоматологи – не исключение. В период изоляции родились удивительные проекты, быстро завоевавшие популярность в стоматологической среде, и мы уверены, что они продолжат развиваться и дальше.

Коронавирус изменил нашу жизнь и наше мышление, наш подход к собственной жизни. Мир еще не переживал такую ситуацию. Именно сейчас, в этом моменте, мы с вами сами делаем историю. И проекты, родившиеся в этот период, – уже тоже часть этой истории.

Творчество

«Талант за Экраном стоматолога».

Автор проекта – Наталья Ткачева, руководитель производства титановых инструментов «Экрадент»

<http://zaekranom.ru/>
@zaekranomtkacheva

Уникальный онлайн-проект, родившийся в период изоляции, к которому было приковано внимание многих стоматологов, создала Наталья Ткачева, руководитель производства титановых инструментов «Экрадент», Посол мира, ставшая автором и музой проекта. Как рассказывает Наталья, идея родилась еще 4 года назад, но сначала в виде конкурса красоты в сфере стоматологии. Но чувствовалось, что чего-то не хватает. «Судьба подарила мне шанс стать соорганизатором поэтических и театральных вечеров на острове Панган в Таиланде, и я поняла, что красивее, чем люди, читающие стихи на сцене, поющие,

проявляющие свой талант, нет. Именно красота души дарит искренние эмоции, – рассказывает Наталья Ткачева. – А когда началась эпидемия коронавируса, я почувствовала, что соцсети профессиональных стоматологических сообществ наполнились тревогой и беспокойством о будущем. Я решила, что нужно – и можно! – перенастроить коллег с волны страха на волну творчества, красоты и позитива».

Буквально за неделю в порыве вдохновения Наталья создала сайт, а в жюри пригласила своих коллег, которые вносят особенный просветительский вклад в развитие сообщества: «Это Эльдар Темботов – креативный диджитал-дизайнер, Виктор Щербаков – гениальный фотограф, талантливый художник Татьяна Рождественская, Олеся Изгарева с ее прекрасным вокалом, Олег Конников, который играет на гитаре, поет и пишет стихи, а еще Андрей Яременко – организатор поэтического движения для студентов, Давид Авшаров – творческая личность, Настя Овсянникова и Юлия Пильневич, создатели бренда Pill Bird. Все эти люди – не просто доктора от бога, но еще и люди с глубокой душой».

В рамках проекта можно было создать музыкальное или поэтическое выступление и выложить в соцсети. «Было страшновато: как воспримут мою идею? Ведь докторам нужно было выкладывать в соцсети свое творчество за Экраном профессии, обнажать душу – такая огласка среди коллег... Как они это воспримут?» – рассказывает Наталья. Сначала работ было немного. Проект поддержала компания «Н.Селла», начав выкладывать стихотворения своих сотрудников. И пошла волна. Конкурс объединил коллег из



Элеонора Алексеева

Стоматолог-терапевт, компании «Интердентос» и «ПрезиДЕНТ», победительница конкурса «Талант за Экраном стоматолога».

<https://www.facebook.com/tkacheva.antex/posts/2743982305880469>

– Еще в школе я решила стать врачом. В моей профессии для меня важна возможность помочь. А за Экраном профессии я занимаюсь музыкой, пою и играю на гитаре. С удовольствием подключаюсь к творческим проектам.

Я убеждена в том, что все в жизни приходит, только если ты это попросил. С конкурсом – не исключение. Очень хотелось выполнить что-то необычное, но я не знала, как это преподнести, и вдруг наткнулась на проект Натальи Ткачевой. Конкретной задумки не было, но очень хотелось послать некий месседж коллегам, попасть в самое сердце. Мне потребовалось всего три дня на создание текста и запись звука. Такое ощущение, что нам помогали высшие силы. Текст был написан на одном дыхании. Ну а вдохновляет меня музыка, ежедневный источник моей творческой энергии.

К своим 27 годам я поняла, что надо двигаться туда, где интересно, получать опыт и становиться лучше себя самого. Учиться быть счастливым в моменте и не торопить события. Думаю, надо спокойно и осознанно принимать все обстоятельства в своей жизни: у вселенной точно есть план – лучший для каждого из нас.



разных городов, настоящее сплочение в творчестве! С каждым разом работы становились все профессиональнее. «Мы получали поток благодарностей, коллеги поддерживали друг друга. В пабликах, соцсетях стоматологических сообществ существенно поменялся градус на креативно-позитивный», – говорит Наталья Ткачева.

Всего в конкурсе приняло участие 113 работ от 72 участников. Кто же возьмет главный приз, решить было сложно. Но работа Элеоноры Алексеевой поразила своей проникновенностью. В видеомедитации Элеонора показала душу стоматолога, всю соль этой профессии. «Представь, насколько

ко ты важен этому миру. Твой талант несравним ни с одним чудом света. Твои руки возвращают здоровье людей. Вспомни улыбки благодарных пациентов. Почувствуй свою роль в их жизни», – обращается Элеонора Алексеева в своем видео к коллегам.

«Элеонора смогла сказать в нескольких фразах о том, насколько это важная миссия – быть врачом, быть стоматологом», – замечает Наталья. Элеонора Алексеева получила в качестве приза фонд в 100000 рублей в виде подарков от спонсоров.

«Спасибо за создание такого душевного проекта с фантастической атмосферой, который дал мощный импульс, заряд энергии, позитива

и любви!», «Я вспомнила, что умею петь!» – десятки подобных отзывов получил проект, который раскрыл способности участников и помог им самореализоваться.

«Стоматологи привыкли общаться только на профессиональную тематику. И вдруг оказалось, что они столь талантливы! Многие, работая вместе много лет, не знали этого друг о друге. Это произвело буквально взрыв в нашей среде», – говорит Наталья Ткачева. После конкурса многие стоматологи вспомнили о своих увлечениях, осознали, что могут творить, и даже продолжили в этом профессионально развиваться.

Образование

Марафон по блогерству для стоматологов «Я лечу». Автор проекта – Олеся Изгарева, вице-президент Независимой Ассоциации Пародонтологов России, главный врач клиники IDC-Skolково, хирург-пародонтолог, блогер

 @izgarova_olesia

«Медицинский блогинг, в частности стоматологический – это специфическая ниша со своими правилами. Как вести грамотный профессиональный блог врача, мне самой пришлось выяснять опытным путем. Так родилась идея курса «Я лечу», который объясняет, как развиваться в медийном пространстве корректно, понятно и привлекательно для аудитории», – рассказывает Олеся Изгарева, вице-президент Независимой Ассоциации Пародонтологов России, главный врач клиники IDC-Skolково, хирург-пародонтолог.

«Когда началась эпидемия коронавируса мы перешли на режим изоляции, многие мои коллеги внезапно остались без работы. Таких историй я услышала этой весной немало. Люди внезапно стали обращаться к идее правильного построения своей карьеры и использования блогерства

и развития личного бренда», – рассказывает Олеся Изгарева. Олеся поняла, что тут могут помочь ее знания: ее профессиональный блог привлекает большое количество и подписчиков, и пациентов. Так появился новый инфопродукт – «Марафон по блогерству для стоматологов»: чат в WhatsApp, аудиосообщения с фото- и видеоматериалами и текстовыми сообщениями. После каждого эфира можно было получить обратную связь, задать вопросы. 3,5 недели длился первый марафон, в котором приняло участие 25 человек, затем, в июне, прошел второй курс с 20 участниками.

«Медицинский блогинг очень недооценен. И в первую очередь самими врачами. Мои зарубежные коллеги давно и успешно развивают свои бренды в соцсетях, повышают уровень



грамотности населения и, конечно, привлекают новых пациентов», – говорит Олеся Изгарева. – Наши стоматологи все еще имеют зашоренное мышление, очень зависят от чужого мнения. Основные страхи – «А что подумают коллеги? Вдруг они будут меня читать, следить за мной в соцсетях». Эти блоки мы прорабатывали в марафоне».



Вероника Сидоренко

Хирург-имплантолог, пародонтолог, клиника «Президент», Митино, одна из победительниц марафона «Я лечу»:

 @doctor_sidorenko_veronika

– Я давно знакома с блогером Олеси Изгаревой, с ее интересной, живой подачей информации. Когда она объявила о проведении марафона, я поняла, что принять в нем участие будет интересно и полезно. Плюс появившееся в период самоизоляции время пришлось кстати. До прохождения марафона я уже делала свои первые шаги в развитии личного блога, но обжигалась, сталкиваясь с некомпетентными или необязательными «наставниками». Олеся научила, как это сделать блестяще!

Когда-то я считала, что не могу писать тексты, теперь же я почувствовала вкус к этому. Олеся оценила мою работу в марафоне – в качестве победителя я получила интервью со мной на страницах журнала Dental Club. В конце обучения Олеся вознаградила каждого за старания, тонко уловив, что кому будет полезно на его этапе развития.

Олеся Изгарева – сильнейший мотиватор, она заряжает своим личным опытом и энергией. Во время марафона я усовершенствовала и свои умения в редакции фотографий, видео, узнала много нового о продвижении, познакомилась с инструментами для планирования. Мой блог ориентирован на пациентов. И я уже вижу эффект: число подписчиков увеличилось, как и обращения ко мне как к врачу, хотя у меня нет рекламы в постах. Уверена, что марафон «Я лечу» – очень нужный продукт для стоматологов.

В марафоне было несколько победителей. Проект поддержало 17 компаний, которые предоставили свои подарки. Все призы были направлены на усиление или формирование личного бренда. Победитель марафона Вероника Сидоренко получила в качестве приза интервью в журнале Dental Club. Олеся Изгарева планирует провести ребрендинг своего проекта и позже заново запустить его, следуя многочисленным пожеланиям коллег.

Олеся Изгарева подчеркивает, что блогинг – это путь самопрезентации и притяжения окружающих, тех, кто на одной волне: «Блог – это прекрасный метод монетизации. Врач может не только увеличить поток пациентов, но и самостоятельно формировать уровень аудитории, с которой хочет работать».

Судя по отзывам о проекте, марафон действительно дал участникам мотивацию к саморазвитию и хорошие знания для этого: «Новый вектор, новый глоток свежего воздуха!», «Я многое переосмыслила в жизни, вы будто вывели меня из анабиоза», «Когда видишь первые плоды и то, как это работает, это реально затягивает», «Есть стимул и планы на дальнейшее развитие».

Сегодня соцсети стали способом поиска врача и, наоборот, пациента, считает Олеся Изгарева. «Важно не количество подписчиков, а количество обращений», – объясняет Олеся. – У одного из моих коллег только около 8 тысяч подписчиков. Это немного, но у него полная запись. Потому что важно, как человек себя позиционирует. Стоматологи часто думают, что работа у кресла – это все, что они должны делать. Но надо уметь взаимодействовать с командой и с пациентами. Это личностный рост. А еще одна из ключевых обязанностей врача – учить своих пациентов. Блог – это инструмент в том числе и для трансляции принципов культуры здоровья, формирования потребностей пациента».

TRENDS

Как показала практика, стоматологу сегодня, как, впрочем, и любому специалисту, уже тесны рамки одной своей профессии. Очень важно улучшать знания и навыки, причем как раз для того, чтобы повысить экспертность в своем любимом деле. И выход в публичную сферу может помочь в этом.

Соцсети являются мощным инструментом на пути к достижению главной цели – стать успешнее, получить новых клиентов. Развитие личного бренда – это способ повысить популярность. Интернет-платформы дают возможность продемонстрировать аудитории свою компетентность. Это в некоторой степени публичное доказательство профессионализма и качества услуг, за что автор блога – врач – отвечает своим именем.

В наше время стоматологу стоит освоить блогерство, получить базовые навыки маркетинга, а еще – использовать знания психологии. Ведь ведение социальных сетей – это еще и работа с подписчиками, их запросами и ожиданиями. Кстати, нужно помнить, что блог профессионала – это уже не просто личная страница. Будет правильно составить портрет своей аудитории и ориентироваться на нее. И помнить, что пациенты обращают внимание не только на компетенции врача, но и, в случае взаимодействия с ним в соцсетях, на его отношение к своей клиентуре, его образованность и культуру общения.

Профессиональный РОСТ

Марафон клинических случаев.

Автор проекта – журнал Dental Club

Период изоляции разрушил наши планы – в том числе и профессиональные. Ушла выставочная активность. Врачи осели дома, работать было невозможно. Как долго продлится изоляция, что нас ждет дальше – никто не знал. Редакция журнала Dental Club приняла решение поддержать свою целевую аудиторию. Важно было дать сигнал: мы на связи, мы вместе! Сохранить контакт с коллегами, остаться в профессиональном поле.

Так родилась идея Марафона клинических случаев. Мы руководствовались тем, что каждый пациент и его случай уникален, как бы стандартно мы ни описывали его в протоколе. А значит, и работа каждого доктора уникальна. Если до этого наш журнал распаивал свои двери докторам с именем, с бэкграундом, то в марафоне мы решили предоставить площадку докторам с опытом. Регалии были не важны. Было гораздо интереснее дать коллегам возможность стать авторами. Редакция предполагала, что у каждого стоматолога есть такие клинические случаи, которыми интересно поделиться. А возможностей высказаться у врачей не так много. Да и не всегда есть вре-

мя, сесть, описать, систематизировать фотографии, саму работу, изложить все в описании. А в период изоляции свободное время как раз появилось.

Марафон клинических случаев оказался привлекательным для стоматологов не просто как возможность творчества или дополнительного образования, а как способ обобщить свой опыт, обсудить его на площадке журнала. Целью марафона было также вовлечь коллег в профессиональную беседу и тем самым помочь стать ближе.

Отреагировали подписчики соцсетей журнала не сразу, но постепенно активизировались. Сначала откликнулись самые активные участники аудитории журнала, которые поняли, что это отличная возможность поделиться с коллегами своими успехами или неожиданными решениями. То, что публикацию увидит 5 тысяч подписчиков журнала, мотивировало участников марафона.

Для Dental Club это был пробный шаг: переживали не меньше, на кону была и репутация журнала. Будет ли интересен проект, как долго продлится изоляция и наш марафон клинических случаев? Но идея сработала. Можно по-

радоваться такому неожиданному обретению, которое подарил нам период изоляции. Мы превратили сложности в преимущества. Марафон клинических случаев – лучший вариант площадки для общения вне границ, пространства и времени.

Первые участники проекта заслуживают особого почета – ведь они не побоялись публиковаться в таком широком сообществе. А это риск – тебя могут не только похвалить, но и покритиковать. Но зато участники марафона почувствовали свои силы, сумели адекватно воспринять критику, порадовались поддержке, проверили свои знания и опыт – марафон клинических случаев стал их первым шагом в открытое публичное пространство. Это путь к блогерству, развитию личного бренда в том числе. Кого-то марафон приведет к лекторской деятельности, кому-то поможет развивать свое лидерство, кому-то просто важно быть признанным и востребованным в профессиональном сообществе. Проект будет продолжаться – и уже появились заинтересованные компании, которые готовы предоставлять призы для участников.

Марина Лепина

@dentalclub_magazine

Онлайн как путь к офлайну

Период изоляции заставил нас искать новые пути взаимодействия и самореализации. И это удалось. Мы убедились на практике, что и онлайн-общение дает свои плюсы, расширяет наши возможности. Стоматологи остались в тренде, смогли сберечь свое время и деньги и при этом овладеть новыми знаниями или же сами поделились ими. Дистанционная активность в Интернете для многих оказалась одиозной.

Однако не будем забывать, что в стоматологии любая деятельность «вне станка» сложна, ведь эта профессия предполагает множество практических манипуляций. Думается, онлайн-образование, например, не может заменить полноценную научную конференцию или мастер-класс. Так же и онлайн-общение – хоть и дающее много полезного, но оно не заменит нам нетворкинг, спор вживую с коллегой-оппонентом, личную теплую встречу. Поэтому давайте будем воспринимать наши новые пути в онлайн-взаимодействии как первый шаг к офлайну.

Давайте встречаться!

P.S. Редакция благодарит всех стоматологов и партнеров, принявших участие в проекте. А также всех читателей и активных подписчиков – за вашу поддержку и искреннее доверие к нашему изданию.

МАРАФОН КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ПРИНИМАЙТЕ
УЧАСТИЕ
И ВЫИГРЫВАЙТЕ
ПРИЗЫ!

СПОНСОРЫ МАРАФОНА:



Подробную информацию и кейсы участников ищите в социальных сетях журнала

f @dentalclubmagazine

@dentalclub_magazine

B vk.com/dentalclub_magazine

GapSeal®

GapSeal®

Абсолютная защита периимплантных тканей от микробной контаминации

РЕКЛАМА



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



@nsella.ru



@nsella.ru



vk.com/nsella



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, износостойчивые
- не подвержены коррозии
- имеют стойкое цветовое покрытие (полученное методом анодирования)



@nsella.ru



@nsella.ru



vk.com/nsella

Москва

Телефон: +7 (495) 771-75-39
info@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

РЕКЛАМА



Только лучшее в ваших руках



РЕКЛАМА



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