

# DENTAL *Club*

№3/4 (43/44) 2024 г.

18+

КОМПАНИЯ НОМЕРА

ПЯТЬ ЛЕТ ФИЛИАЛУ «Н.СЕЛЛА» В ЕКАТЕРИНБУРГЕ:  
ЭФФЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РЫНОК

Р. Юркевич

ОТКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ  
БЕЗ КОСТНЫХ МАТЕРИАЛОВ  
И ТЕНТОВЫХ ОПОР

Р. Ризванов

ТРИУМФАЛЬНАЯ АРКА

Р. Вольберг, Р. Михайлов

ВЕРТИКАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИЯ  
КАРКАСНОЙ МЕМБРАНОЙ ИЗ ПТФЭ  
ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ  
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



# GRAND MORSE®

## DENTAL Club

## » СОДЕРЖАНИЕ

### ЖУРНАЛ

#### Dental Club

№3/4 (43/44) 2024 г.

Информационное периодическое издание о стоматологии.

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

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

**Медицинский редактор:**  
Дмитрий Юдин

**Медицинский эксперт:**  
Илья Фридман

**Верстка:**  
Дмитрий Румянцев

**Корректур:**  
Ирина Иванова

**Фотограф:**  
Максим Денисов (#Dee Troy)

**Обложка:**  
© Татьяна Бакуменко / Фотобанк Лори

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

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

**Отпечатано:**  
ООО «ЕПресс»  
Заказ № 3421  
Подписано в печать: 24.12.2024 г.  
Тираж: 7000 экз.  
Свободная цена.  
Для лиц старше 18 лет.

От редакции.....2

### КОМПАНИЯ НОМЕРА

**Пять лет филиалу «Н.Селла»  
в Екатеринбурге: эффективное  
влияние на рынок.....4**

### ТРЕНДЫ

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**  
*Р. Вольберг, Р. Михайлов*  
**Вертикальная аугментация  
каркасной мембраной из ПТФЭ  
во фронтальном отделе нижней  
челюсти.....14**

### ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА

**МЕНТОРСТВО**  
*Р. Анисимов*  
**«Люблю истории, которые  
начинаются со слов: «Ребята,  
это будет хорошая идея!».....30**  
**КЛИНИКА НОМЕРА**  
**Превращать мечту  
в реальность: клиника  
«Зубные врачи»  
(г. Подольск).....42**

### ОПЫТ И ПРАКТИКА

*А. Вашуркин*  
**Применение протокола костной  
пластики B2S при тотальной  
реабилитации.....52**  
*Р. Юркевич*  
**Открытый синус-лифтинг без  
костных материалов и тентовых  
опор.....64**  
*Р. Ризванов*  
**Триумфальная арка.....72**  
*Г. Дмитриевский*  
**Сохранение розовой эстетики  
с помощью «корневого щита»  
или десневого трансплантата..82**

### НЕСТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ

**МЕДИЦИНА**  
*С. Качурин*  
**Легкий путь к здоровью  
и красоте, или, сложное  
решение?.....93**

РЕКЛАМА



**NEODENT.**  
A Straumann Group Brand





**Дорогие читатели!**

Вы держите в руках новый номер журнала Dental Club. В этот раз он посвящен различным методам костно-пластической хирургии от ведущих специалистов стоматологической области медицины России.

«Каждый из авторов медицинских материалов в нашем номере ассоциирован с той или иной методикой. Как ведущие opinion leader сферы стоматологии они знакомят вас с уникальными подходами, которые будут полезны в практике, – отмечает Дмитрий Юдин, медицинский редактор журнала Dental Club, к.м.н., челюстно-лицевой хирург, врач НМИЦ «Радиологии» (МНИОИ им. П. А. Герцена), научный сотрудник НМИЦО ФМБА России, ответственный секретарь секции «Онкоскрининг в стоматологии» СтАР, главный врач клиники ООО «Гетте и Юдин», депутат г. Москвы, основатель благотворительного проекта «ОДА». – Я горжусь тем, что нам удалось собрать уникальные кейс-репорты от профессионалов высокого класса в своей области. В большинстве случаев продемонстрирован полный протокол реабилитации».

С какими же работами вы познакомитесь, читая наш номер?

Стоматолог-хирург, директор дискуссионного клуба ITI Moscow-center Роман Вольберг с коллегой стоматологом-ортопедом Ровшаном Михайловым представили кейс вертикальной аугментации каркасной мембраной из ПТФЭ во фронтальном отделе нижней челюсти.

Кейс применения протокола костной пластики B2S при тотальной реабилитации представил врач – стоматолог-ортопед, хирург Александр Вашуркин. Доктор работал со сложным случаем: пришлось избавляться от некорректно установленных имплантатов, выбирая наиболее верный путь решения. Предпочтение было отдано варианту удаления имплантатов и одновременной реконструкции гребня с одномоментной установкой новых имплантатов с толстой стенкой NEODENT HELIX.

Роман Юркевич, к.м.н., врач – стоматолог-хирург, описывает кейс открытого синус-лифтинга без костных материалов и тентовых опор.

Георгий Дмитриевский, стоматолог-ортопед, хирург, имплантолог, пародонтолог, представил кейс практического обоснования одномоментной имплантации без костной регенерации. Автор материала рассказывает о подходе к сохранению объема десны (розовая эстетика) и при этом сохранении зубного ряда (белая эстетика).

Успешной командной работой в паре «врач – пациент» поделился Ренат Ризванов, стоматолог-хирург, челюстно-лицевой хирург, главный врач клиники «Редент» (г. Нижний Новгород). Доктор отмечает, что это прекрасный пример

взаимного доверия. При эффективном взаимодействии врача и пациентки удалось помочь в очень сложном случае. 35-летняя пациентка после неудачного лечения зубов и воспалительного процесса потеряла зубы и осталась со съёмным протезом и экстремальными дефектами. Успешный подход Рената Ризванова помог решить проблему и кардинально изменить ситуацию и состояние здоровья пациентки.

В рубрике «Клиника номера» представляем подольскую клинику «Зубные врачи». Ее коллектив сложился из опытных профессионалов, которые ставят во главу угла заботу о пациентах. О становлении клиники рассказывает один из ее основателей стоматолог-имплантолог, хирург, ортопед Александр Вашуркин.

О своем профессиональном пути в рубрике «Персона номера» рассказывает Роман Анисимов, стоматолог-хирург, имплантолог, дважды лауреат Всероссийского гранта для молодых ученых Национального Фонда Содействия Инновациям, автор научных статей, ментор, главный врач Vatech Center. Роман – представитель семейной династии врачей-стоматологов. Видимо, не случайно эта профессия стала для него любимым делом: Роман считает себя трудолюбом, очень любит сложные случаи, а также признается в любви к своим пациентам.

В этом номере мы также уделили внимание бариатрической хирургии. Сергей Качурин, бариатрический хирург, заслуженный медработник Москвы, заведующий хирургическим отделением Госпиталя для ветеранов войн №3 г. Москвы, руководитель Центра бариатрической и метаболической хирургии Best clinic, член Общества бариатрических хирургов России, член IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders), рассказывает в своей статье об этом направлении хирургии. Зачем нужна бариатрическая (метаболическая) хирургия, в каких случаях она просто необходима – говорим в материале номера.

«В качестве напутствия читателю я не устаю повторять, что наш журнал становится настоящим настольным альманахом, – подчеркивает Дмитрий Юдин. – Каждый наш номер благодаря описываемым авторским методикам может в разных ситуациях стать руководством к действию и помощью в решении той или иной практической задачи».

*Коллеги, желаем вам приятного и полезного чтения!*



# RE-BONE®

НАТУРАЛЬНЫЙ КОСТНЫЙ МАТЕРИАЛ,  
ОБРАБАТЫВАЕМЫЙ ПРИ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ



- ▾ Стерильность
- ▾ Биологическая совместимость
- ▾ Резорбция и ремоделирование



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

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

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



# ПЯТЬ ЛЕТ

# ФИЛИАЛУ В ЕКАТЕРИНБУРГЕ: эффективное влияние на рынок

Филиал компании «Н.Селла» в Екатеринбурге отмечает пятилетие. За эти годы здесь сложилась крепкая команда, а стоматологическое сообщество региона получило достойную профессиональную поддержку с точки зрения оборудования, знаний и технологий.



Компания «Н.Селла» более 30 лет работает на российском рынке стоматологического оборудования и материалов. Головной офис расположен в Москве. В 2010 году был открыт филиал в Санкт-Петербурге, а в 2019 году филиал открылся и в Екатеринбурге.

Екатеринбург считается городом для бизнеса. Достаточно упомянуть такие крупные фирмы, как Уральская горно-металлургическая компания, Трубная металлургическая компания, Русская медная компания... Город живет очень активно, а его деловая среда процветает. «В этом году нам исполняется 5 лет. Когда-то я начинала свой путь в одиночку, а сегодня нас уже 12 человек, и в планах – расширяться дальше», – рассказывает Диана Федотовских, директор филиала «Н.Селла» в Екатеринбурге.

Филиал расположился в самом сердце уральской столицы, на улице Бориса Ельцина, еще ее называют «Екатеринбург-Сити». Компания занимает площади в статусном бизнес-центре класса А с панорамными окнами и шикарным видом из окна, который

не оставляет равнодушным ни одного посетителя. А когда-то это было пустое помещение, бетонная коробка, из которой команде удалось сделать великолепный офис, одновременно профессиональный и гостеприимно-дружественный.

## Профессиональные решения

«Н.Селла» является эксклюзивным дистрибьютором медицинской оптики брендов Zimax, I.C.Lercher, стратегическим партнером компании Carl Zeiss на территории Российской Федерации. Компания представляет оборудование, приборы, наконечники всемирно известных производителей, таких как NSK, Dentsply Sirona, Melag, Cattani и других. Также это цифровое стоматологическое оборудование компаний Vatech, Dentsply Sirona, Shining.

И, конечно, это имплантационная система Grand Morse® NEODENT® от Straumann Group - с 2020 года

компания «Н.Селла» является эксклюзивным дистрибьютором этой системы. Благодаря появлению филиала в Екатеринбурге местные стоматологические клиники получили возможность более близко познакомиться и с системой Neodent. Ранее здесь были врачи, которые еще не знали о ней, а сейчас уже многие ее попробовали в работе и оценивают высоко. Академическое сопровождение и возможность опробовать систему на практике помогают принять решение.

В шоуруме филиала в Екатеринбурге представлено оборудование этих брендов. В частности, это установка фирмы Sirona, микроскоп фирмы Alltion. В витринах – медицинская оптика компаний Carl Zeiss, I.C.Lercher, Zimax, Labomed, а также оборудование упомянутых выше компаний.

В ассортименте представлены и приборы «Нейротех». Они являются удобным средством регистрации активности лицевых мышц, что используется для проведения миографических стоматологических исследований.







Заказчики, врачи-стоматологи, руководители клиник, лабораторий приходят в филиал с различными целями. Они знакомятся с новинками стоматологического оборудования, консультируются со специалистами «Н.Селла». Подбирают для себя необходимые инструменты, механизмы, медицинские изделия. Особый интерес у стоматологов вызывают представленные имплантационные системы, и сотрудники компании готовы подробно рассказать об их преимуществах и возможностях. Также здесь знакомят врачей с представленными бинокулярными оптическими системами. Квалифицированный менеджер выявляет потребности доктора, снимает замеры и предлагает наиболее оптимальный вариант.

### Опытные специалисты

Представители стоматологического сообщества региона высоко ценят

опыт и знания команды филиала. «Мы помогаем выбрать все оборудование в филиале – либо сами выезжаем в клинику, проводим презентацию. Такой подход эффективен: мы знакомимся с кабинетом врача, с его рабочими задачами и пожеланиями по оборудованию его рабочего места», – говорит Диана Федотовских.

Пять раз в неделю менеджеры филиала готовы ответить на все вопросы клиентов, дать им профессиональную консультацию. Также здесь есть свой небольшой склад, на котором хранятся все необходимые позиции. Это удобно, обеспечивает быструю доставку оборудования, хотя в любую точку Уральского федерального округа продукция доставляется и с основного склада Москвы.

Ни одна уважающая себя компания не обходится без своего инженера. И филиал «Н.Селла» – не исключение.

При покупке любого оборудования каждый доктор интересуется такой опцией, как техническое обслуживание приобретенного товара. У филиала есть свой технический центр, в котором можно отремонтировать крупногабаритное и нестационарное оборудование, провести сервисное обслуживание либо приобрести запчасти от производителя. «За время функционирования технического центра квалифицированный инженер починил более 250 единиц различного оборудования. В том числе это установки, наконечники, рентгены, автоклавы, – рассказывает Диана Федотовских. – А еще мастер смонтировал более 65 единиц оборудования, в том числе аспирационные системы, установки, сканеры, компрессоры, томографы и прочее». Важно, что инженер филиала ремонтирует не только оборудование, которое было приобретено здесь, но и те приборы, которыми стоматологи пользовались ранее.

### Центр обучения

«Н.Селла» проводит обучающие курсы на постоянной основе. В филиале в Екатеринбурге за эти 5 лет обучилось порядка 700 человек. И это не только Уральский федеральный округ, география обширная: это в том числе Барнаул, Уфа, Омск.

Со слушателями работало более 15 профессиональных лекторов, в том числе и иностранных. Среди менторов, выступающих в филиале, стоматологи-имплантологи, специалисты в области челюстно-лицевой хирургии Илья Фридман, Дмитрий Юдин, Евгений Антюхин, Павел Мельниченко, Игорь Кузьмин, Алим Чеченов и многие другие российские спикеры.

Благодаря деятельности филиала стоматологи лучше знают компанию, а гарантия качества, сервиса, инженерного обслуживания – еще один большой плюс. Стоматологическое сообщество не только Свердловской области, но и в целом Уральского федерального округа становится более лояльным к компании «Н.Селла», и этому способствует качественная работа филиала в Екатеринбурге.

– Наш филиал активно продвигает в регионе современные технологии. Большая доля стоматологов уже работает с нами. И благодаря этому сотрудничеству они активно постигают новые подходы, изучают оборудование – и в теории, и на практике.

Не все еще готовы к цифре и цифровому протоколу или, например, к использованию оборудования «Нейротех». Есть врачи, которые за движение, обновление и апгрейды – они ходят на наши курсы. Другая категория стоматологов пока медленно поворачивается к изменениям. Так что наша работа не массовая, а, скорее, штучная, индивидуальная.

Но мы в нескольких шагах от того, чтобы внедрять современное оборудование более широко, чтобы оно пользовалось еще большим спросом.

Еще одна сторона серьезного влияния нашей работы на стоматологическое сообщество региона – активная обучающая работа. С момента открытия нашего екатеринбургского филиала мы провели более 30 обучающих курсов по имплантологии и цифровому оборудованию. На обучение собирается от 12 до 40 человек в зависимости от темы. При этом темы отличаются по степени сложности.



Диана Федотовских, директор филиала «Н.Селла» в Екатеринбурге







**– Тимур Ливиевич, почему для открытия нового филиала компании «Н.Селла» 5 лет назад был выбран именно Екатеринбург? В России много активных, развивающихся крупных городов. Но выбор пал на административный центр Уральского федерального округа.**

– В 2010 году мы открыли филиал «Н.Селла» в Санкт-Петербурге, и для нас это оказалось полезным и эффективным опытом. А Урал – очень большой регион. И Екатеринбург – третий по площади и четвертый по численности населения город-миллионер в России. Конечно, такой мегаполис заслуживает особого внимания. В те годы нас уже знали в Свердловской области достаточно хорошо, мы занимались тогда одной из систем имплантации. Мы решили усилить позиции и открыли филиал в Екатеринбурге в 2019 году. Тем временем мы перешли на другую имплантационную систему, кроме того, у нас много и других брендов, известных в России, которые требуют особого подхода – не только академической поддержки, но и сервиса. И нам показалось, что лучше нас такую поддержку и сервис никто не обеспечит.

Почему именно Екатеринбург? Во-первых, этот город фактически расположен посередине нашей большой страны, соединяя Европу с Азией. Наверное, это был наш шаг на Восток. Ведь туда идти долго, но двигаться

туда надо, а логистика непростая. При этом и Уральский, и Сибирский федеральные округа нам важно охватить своей работой. Скажем, Центральный федеральный округ, Южный федеральный округ тоже очень перспективны, но они густонаселены, есть огромное количество инструментов для работы с докторами, много дилеров и торгующих компаний. И они на юге страны более активны. А вот на Урале такую активность надо повышать.

В Екатеринбурге до открытия филиала у нас уже были дилеры, с ними были выстроены крепкие партнерские отношения. Мы ценим сотрудничество в формате vip-vip, когда в выигрыше обе стороны. Но складывалась ситуация, когда дилеры в каких-то моментах не выдерживали конкуренции с представителями других компаний. Мы считаем, что лучше нас нашу работу не сделает никто. Поэтому приняли в 2019 году решение открыть филиал в Екатеринбурге – и сейчас я могу с уверенностью сказать, что это было правильно и эффективно.

**– При этом Екатеринбург и в целом Свердловская область сегодня очень активны в деловой сфере. По версии журнала Forbes, в 2023 году Екатеринбург вошел в топ-5 российских городов, лучших для развития бизнеса.**

– Да, город развивается очень динамично. Много новостроек, офисных зданий и бизнес-центров, активно

Вице-президент  
компании «Н.Селла»  
Тимур Ильягуев:

**«Решение об открытии филиала в Екатеринбурге 5 лет назад оказалось верным и эффективным»**

совершенствуются инфраструктура и дороги, там много крупных компаний. Екатеринбург – некий деловой хаб. С точки зрения инвестиций место очень удачное. Да и еще ранее, когда мы начали туда ездить и развивать работу «Н.Селла» в Екатеринбурге, увидели большое количество интересных клиник, лабораторий, сильных докторов, с которыми мы сотрудничаем и сейчас, в том числе в сегменте менторства.

**– В 2020 году началась пандемия коронавируса – как раз в тот период, когда филиалу нужно было активно идти в рост. Как екатеринбургский филиал справился с такой кризисной ситуацией?**

– Когда было принято решение об открытии офиса в Екатеринбурге, мы нашли очень достойное место. Это одна из самых дорогих площадок в городе, крупный бизнес-центр с прекрасным видом из окон. Сначала была идея сделать небольшую площадку на 100 с чем-то квадратных метров. Но я изучил аналитику по ситуации в стоматологической индустрии в Уральском федеральном округе, и мы с руководством «Н.Селла» приняли решение увеличить площадь филиала. Мы взяли площадку в 300 квадратных метров. Это серьезные инвестиции.

С высоты прошедших лет мы видим: не зря рискнули. Сразу решили развернуть филиал на большом

пространстве – и это дало возможность потом не переделывать уже сделанное. Сначала мы освоили 100 метров площади: казалось бы, образцы имплантатов не требуют большого зала, плюс кабинет обучения на 12 человек – вполне хватает. Но быстро поняли, что надо максимально представить весь свой портфель. Это оборудование, различные установки, рентген-аппараты, медицинская оптика, наконечники, моторы и так далее. Для оборудования, для приборов нужен не только склад, но и сервис, и демонстрационный зал. Мы над этим усердно поработали. Звезды сошлись. В итоге мы оборудовали прекрасный филиал, которым гордимся.

И тут началась пандемия коронавируса. Думаю, если бы это был какой-то пилотный проект, новая компания, стартап, вряд ли проект это выдержал бы. Но благодаря нашему многолетнему опыту и ресурсам мы справились.

Да, мы столкнулись со сложностями. С другой стороны, арендодатели пошли нам навстречу. Мы же ищем не просто поставщиков услуг и покупателей. Мы ищем партнеров. И в этом бизнес-центре мы тоже нашли партнеров, которые с пониманием отнеслись к ситуации: предоставили нам арендные каникулы, скидку. И мы благодарны за такую поддержку.

**– Прошло 5 лет. Филиал в Екатеринбурге отмечает свой первый юбилей. Что сделано за эти годы?**

– Мы построили хороший офис, привлекли новых заказчиков. Но главное – нам удалось собрать и обучить очень качественную команду. Кто-то из сотрудников проходил у нас обучение, придя с базовыми знаниями, кто-то пришел уже с хорошим опытом из индустрии стоматологии, кого-то привлек наш офис, и потом эти люди оставались, потому что их устраивали условия работы, команда, атмосфера. И сейчас это сложившийся дружный профессиональный коллектив, 12 человек, которые работают в филиале именно потому, что им комфортно работать плечом к плечу друг с другом. Наши люди – вообще самый главный наш актив. У нас и в Москве, и в Санкт-Петербурге очень сильные специалисты.

И мы вкладываемся в наши кадры. Рады, что наши сотрудники сами

с интересом овладевают знаниями. И растут. Скажем, директор филиала в Екатеринбурге Диана Федотовских когда-то пришла к нам администратором, а теперь возглавляет филиал. Или, например, руководитель подразделения в филиале начинал с должности менеджера. То есть кадровый рост есть, и такой тренд мы вообще поддерживаем в нашей компании. Если компании нужно искать руководителя в какой-то коллектив извне, значит, что-то происходит не так. Мы же предпочитаем развивать наших руководителей в своей же команде, возвращая наших специалистов, давая им знания и опору для такого развития. Думаю, это самый верный – уважительный и эффективный – подход и к людям, и к компании.

Мы обеспечили наших коллег очень качественными условиями работы, а это один из важнейших принципов. Ты можешь быть способным, но при несоответствующих условиях тебе не удастся выложиться. Есть место и возможности не только для роста действующих сотрудников, но и для новых сотрудников, и мы ждем их.

**– Какие перспективы развития филиала в Екатеринбурге вы видите?**

– Думаю, что это не последний наш филиал. У нас нет задачи открыть филиалы по всей стране, есть регионы, где наши дилеры прекрасно справляются. Скажем, это Дальний Восток, Кавказ, южные регионы и так далее. Но у нас есть задача донести свою продукцию до наших заказчиков, обеспечить их качественным, быстрым

сервисом, академической поддержкой – всем, что необходимо. Если для этого нужно открывать офисы в регионах, мы будем это делать.

Сотрудники нашего офиса в Екатеринбурге – мотивированные, искренне болеющие за дело. Команда нашего филиала проводит интересные мероприятия не просто с точки зрения профессионального развития или реализации бизнес-задач, но и с точки зрения общения: заказчиков и партнеров приглашают в гости. И это ценно. Там проходят бизнес-завтраки, бизнес-встречи. И наши заказчики, клиенты, врачи с радостью приходят в филиал: пообщаться, наладить взаимодействие. Доктор приходит не для того, чтобы сразу что-то купить, хотя от этого и зависит доход сотрудников и компании. Наш интерес в том, чтобы он пришел посмотреть, выбрать продукцию, может быть, чему-то научиться, может быть, узнать что-то новое. И наши коллеги работают очень усердно над налаживанием профессиональных крепких контактов. Такая включенность определяет готовность людей к свершениям. Убежден, что наш филиал будет развиваться и работать так же успешно и эффективно и что наша команда будет развиваться и становиться лучше.

На долю офиса в Екатеринбурге выпало немало сложностей – и период пандемии, и нынешняя ситуация в экономике. Но то, как коллеги с этим справляются, позволяет мне думать, что у нашего филиала в Екатеринбурге все будет хорошо, а значит, и в целом у нашей компании «Н.Селла».





## Врачи-стоматологи Екатеринбурга поделились своими пожеланиями в адрес команды екатеринбургского филиала компании «Н.Селла»



*Екатерина Савина, врач – стоматолог-терапевт, хирург, стоматологический центр VIZARD, Екатеринбург:*



*Сергей Савин, врач – стоматолог-ортодонт, ортопед, директор стоматологического центра VIZARD, Екатеринбург:*



*Александр Ширихин, хирург-имплантолог, ортопед, главный врач стоматологической клиники «Дент-АЛЛ», Екатеринбург:*

– Мы всегда хотим идти в ногу со временем и работать на самом лучшем оборудовании, обеспечивая комфорт для себя и безопасное лечение для наших пациентов. Большая часть оборудования, на котором я работаю, появилась благодаря компании «Н.Селла». Качество и ответственность за оборудование — это то, что сильно выделяет ее среди других стоматологических компаний. Сервис, который обеспечивает «Н.Селла», безупречен. Все быстро, четко, как и должно быть в современном ритме жизни. Отдельное спасибо руководителю отдела нецифрового оборудования Эдуарду Лейсу, который сопровождает нас на всех этапах уже долгое время. Наше сотрудничество с компанией «Н.Селла» строится на полном доверии. Благодарим за эффективную работу и желаем филиалу «Н.Селла» в Екатеринбурге дальнейшего роста!

– Мы взаимодействуем с компанией «Н.Селла» с 2021 года. Компания хорошо понимает стоматологический рынок, предлагает исключительно качественное оборудование. Отдельно хотел бы отметить руководителя отдела нецифрового оборудования Эдуарда Лейса, который учитывает все наши пожелания, сообщает о выгодных условиях, делает лояльные финансовые предложения и обеспечивает отличный сервис на протяжении всей нашей совместной работы. Поэтому наши основные идеи по модернизации начинались и начинаются всегда с «Н.Селла». Желаем филиалу в Екатеринбурге дальнейшего развития.

– С компанией «Н.Селла» мы сотрудничаем с февраля 2023 года. Это было одно из лучших решений. Швейцарские импланты «Неодент» удовлетворили всем нашим потребностям: высокое качество, функциональность, доступная ценовая категория. Мы занимаемся имплантацией и протезированием зубов любой сложности, чаще всего тотальной реабилитацией на 4 или 6 имплантах. Внедряем самые новые технологии и оборудование. Огромный плюс работы с «Н.Селла» – это быстрое реагирование на наши запросы, огромный выбор материалов. С открытием филиала «Н.Селла» в нашем городе появилась возможность брать лучшие швейцарские импланты, костные материалы, обучаться на высококлассных авторских курсах, ремонтировать оборудование любой сложности. Компании «Н.Селла» мы желаем расти и развиваться, быть всегда первыми и лучшими. Ждем новых идей и открытий!

**Н.СЕЛЛА**  
THE DENTAL COMPANY

**СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР  
ПО РЕМОНТУ ОБОРУДОВАНИЯ**



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

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

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

РЕКЛАМА



# Panda Scanner

# PANDA smart

*Умное сканирование. Разумный выбор*



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

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

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



Меньше и легче.  
Всего 138 г



Высокая точность –  
5 мкм



Цвет корпуса –  
на выбор



Подключи и сканируй.  
Не нужен адаптер питания



## КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ.

Вертикальная аугментация каркасной мембраной из ПТФЭ во фронтальном отделе нижней челюсти.  
Клиника «Европейский центр Стоматологии»



Вольберг Роман Вячеславович  
Хирург

- ITI-fellow. Директор дискуссионного клуба ITI Moscow-center.
- Спикер компаний (KOL) Straumann, Geistlich, Meisinger.
- Лектор Simko-Academy и GreenDent-academy.
- 2013 г. – Московский государственный медико-стоматологический университет.
- 2014 г. – интернатура по ректорской программе Московского государственного медико-стоматологического университета на базе отделения челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 1.
- 2016 г. – клиническая ординатура по имплантологии на базе МГМСУ, кафедра хирургии полости рта и имплантологии, под руководством профессора Панина А. М. и доцента Воложина Г. А.
- 2017 г. – профессиональная переподготовка по ортопедической стоматологии РМАПО.
- Выпускник магистерской программы профессора Иштвана Урбана в REGENERATION INSTITUTE, Венгрия, Будапешт.
- Выпускник магистерской программы профессора Скулеан / University of Bern / Швейцария, Берн.
- Стажировка в клинике профессора Зукелли и профессора Кортеллини.



Михайлов Ровшан Тофикович  
Ортопед

- 2001 г. – диплом Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ).
- С 2001 г. по 2003 г. – дополнительное образование в клинической ординатуре на кафедре «МедБиоЭкстрем» Института повышения квалификации медицинских работников Управления делами Президента РФ.



## Введение

Целью любой стоматологической реабилитации пациента является восстановление трех основных параметров:

- функции,
- фонетики,
- эстетики.

Протезирование с опорой на дентальные имплантаты является одним из наиболее комфортных для пациентов способов достижения этих целей. Для того чтобы обеспечить долгосрочную службу любой ортопедической конструкции, важно создать костные и мягкотканые условия для имплантата с одной стороны и провести грамотное протезирование с точки зрения принципов биологической ширины с другой стороны.

Когда речь заходит о планировании имплантации, многие клиницисты в первую очередь обращают внимание на объем костной ткани, который уже в первые месяцы после удаления зуба становится меньше ввиду резорбции альвеолярного гребня из-за потери периодонтальной связки и резорбции лучковой кости.

При оценке необходимого объема костной ткани, если опираться на данные из литературы, на сегодняшний день необходимо создать костную поддержку по 1,5 мм кости вокруг имплантата с каждой стороны по ширине и обладать хотя бы 7-8 мм костной ткани по высоте, чтобы иметь возможность установить имплантат длиной 7-8 мм. Данные параметры учитывают нативный объем костной ткани, который не граничит с анатомически важными зонами. Если речь идет о нижнелуночковом нерве или других ветвях тройничного нерва, рекомендуется также соблюдать зону безопасности в 1,5 мм, что в ряде случаев увеличивает объем костной ткани по высоте до 8-9 мм.

Если речь заходит о десневом компоненте, то тут учитывают несколько параметров:

- объем прикрепленной слизистой (качественный параметр),
- горизонтальный и вертикальный (высота и ширина) компонент импланто-десневой манжеты (количественный параметр).

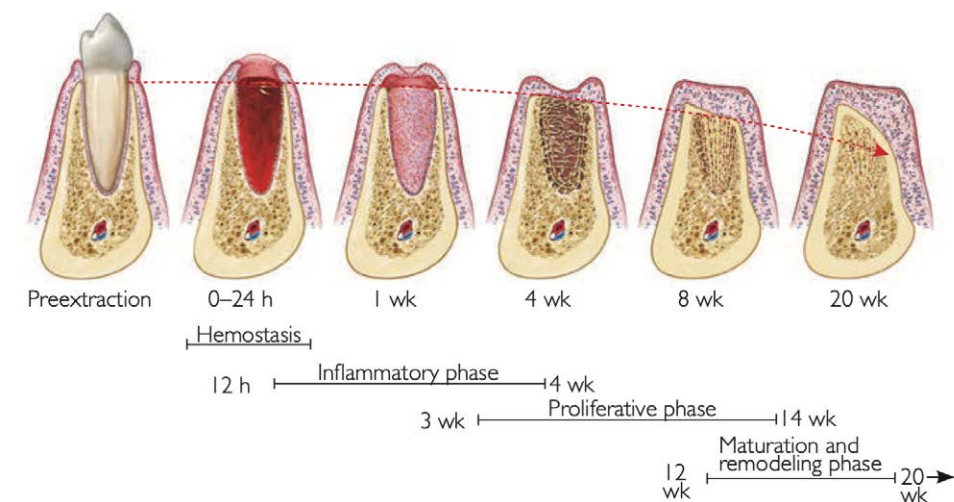
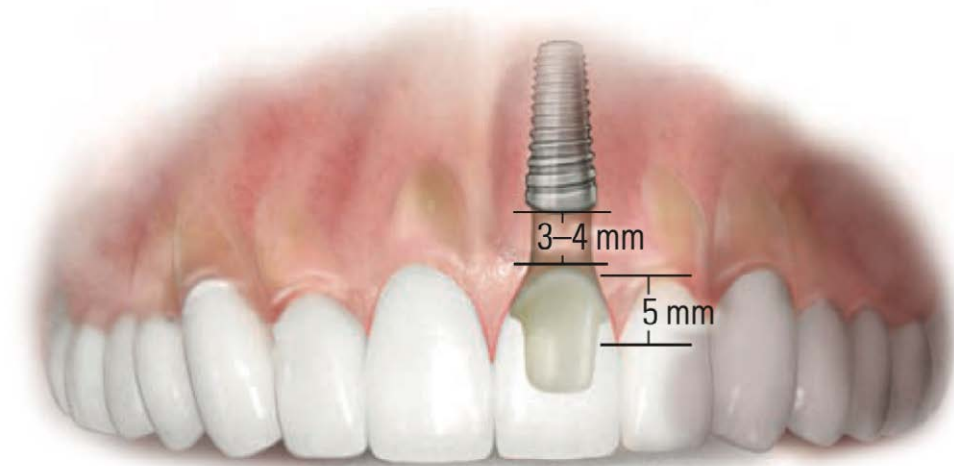


Fig 3-3 Healing process following tooth extraction. (Reprinted with permission from Avila-Ortiz and Zadeh.<sup>11</sup>)



Если мы говорим об объеме прикрепленной слизистой, то, исходя из данных литературы, этот тип слизистой имеет большое значение в долгосрочном периоде как фактор поддержания индивидуальной гигиены, и для обеспечения адекватного комфорта пациента нужно стремиться создать хотя бы 1-1,5 мм прикрепленной слизистой.

Для учета количественного параметра удобно пользоваться «Прави-

лом 3А-2В», предложенным Фернандо Рохасом-Висказия. Суть этого правила сводится к тому, что вокруг имплантата необходимо создать 3 мм десны в апикально-коронарном направлении и 2 мм десны в буккальном. Данное правило продиктовано принципами биологической ширины (если речь идет о вертикальном компоненте) и созданием достаточной буферной зоны для защиты кости (если речь идет о горизонтальном компоненте).



В своей практике мы чаще всего опираемся на классификацию костных дефектов, разработанную и предложенную Эдмондом Бедрояном, так как с нашей точки зрения данная классификация является достаточно наглядной и сразу помогает клиницисту выбрать нужную методику и протокол лечения.

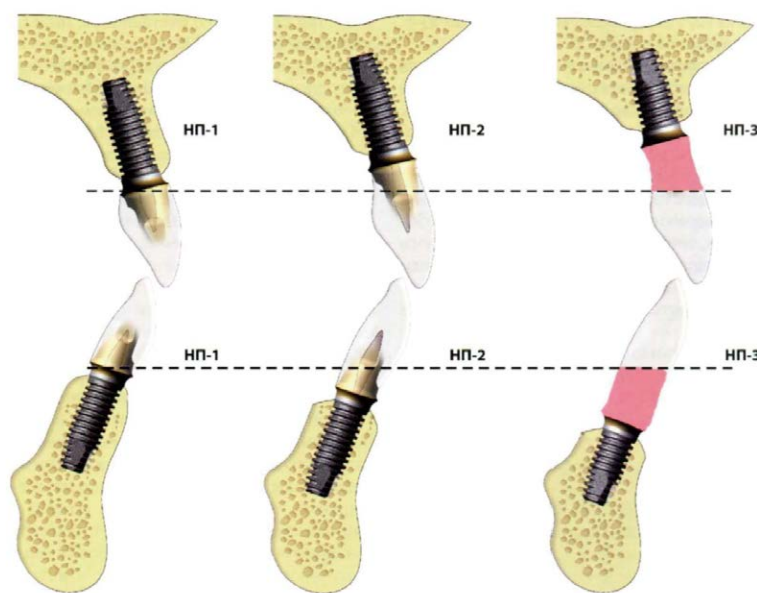
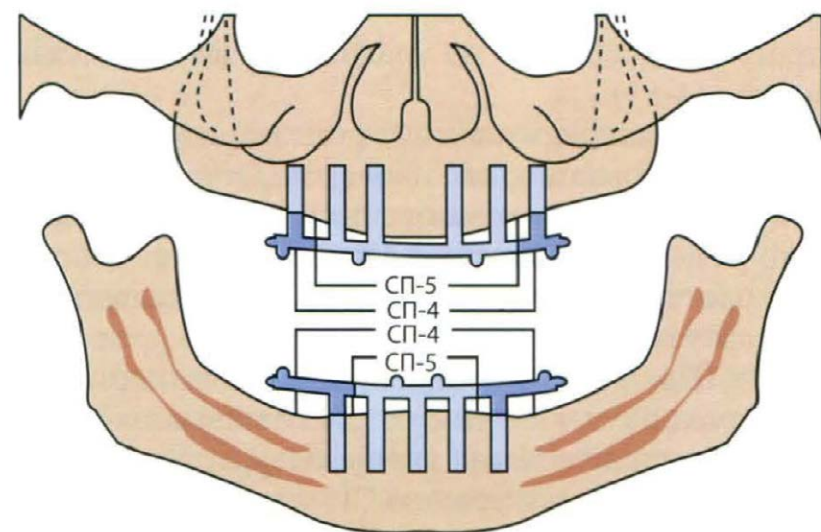
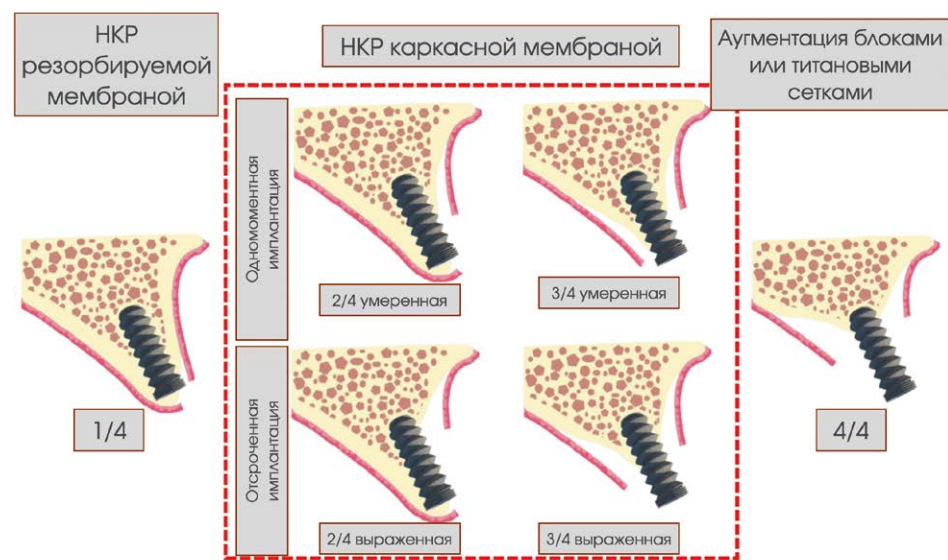
Также важно провести грамотное планирование, опираясь на то, какой тип конструкции будет установлен пациенту. С точки зрения классификации протезов с опорой на имплантаты самой распространенной является классификация Карла Миша, которая позволяет учесть количество и позиции имплантатов, исходя из будущей конструкции.

Как вы можете видеть, в данной классификации все конструкции с опорой на имплантаты разделены на две большие категории: НП – несъемные протезы, и СП – съемные протезы. Данная классификация, как уже указывалось ранее, позволяет учесть тип конструкции, исходя из выраженности утраты костной и десневой поддержки у пациента.

Также при планировании комплексных или сложных клинических случаев важно учитывать эстетические параметры и необходимую поддержку мягких тканей лица, чтобы правильно учесть край реставрации, необходимость аугментации костного и мягкотканного компонента, а также возможность изготовления конструкций типа НП1, НП2 или НП3.

Для этих целей в своей практике рекомендуется использовать LTR-классификацию (Lip-Tooth-Ridge classification) Адриана Поллини и соавторов.

Данная классификация позволяет учесть утраченные ткани и необходимый/возможный объем аугментации для создания оптимальной поддержки губы и мягких тканей лица при протезировании пациентов с опорой на дентальные имплантаты.



## Описание

В клинику обратилась пациентка 50 лет, соматически здоровая, категория ASA 1, без вредных привычек. В анамнезе было проведено удаление фронтальной группы зубов от зуба 43 до зуба 44 по причине утраты прикрепления и подвижности, вызванного хроническим пародонтитом. На момент обращения пациентка носила съемный протез на нижней челюсти.

## Материалы методы

При предварительной диагностике и внутриротовом клиническом обследовании был выявлен значительный вертикальный и горизонтальный дефект, относящий-

ся к типу 4/4 по классификации Бедрояна, то есть в данном случае невозможно провести имплантацию без предварительной аугментации альвеолярного гребня.

При ортопедическом планировании ввиду наличия интактных премоляров справа и слева было предложено два варианта лечения с опорой на имплантаты.

Первый включал удаление зубов 34.35.44.45, редукцию гребня и изготовление несъемной конструкции с опорой на 4-6 имплантатах в протоколе НПЗ (FP3). Но данный вариант рассматривался в последнюю очередь ввиду высокой травматичности и необходимости удаления интактных

зубов.

Также, ориентируясь на классификацию Поллини (LTR-classification), данный клинический случай относится к IV классу (комбинированный дефект с высоким эстетическим риском).

Второй вариант включал в себя проведение аугментации костной ткани во фронтальном отделе с последующей установкой 4 имплантатов и изготовлением несъемной конструкции.

Также ввиду отсутствия моляров на нижней челюсти справа и слева планировалось провести имплантацию в области 46.36.

Было принято решения идти по второму варианту.



Рис. 1

Фронтальная фотография костного дефекта. Определяется очень маленький объем прикрепленной слизистой. Также визуализируется переход слизистой нижней губы в дно полости рта. С точки зрения работы с лоскутом в указанной области – данная зона относится к III зоне (по классификации проф. И. Урбана), то есть это зона, где залегание челюстно-подъязычной мышцы проходит глубоко и где мобилизация язычного лоскута наиболее затруднительна и опасна с точки зрения расположения анатомически важных образований

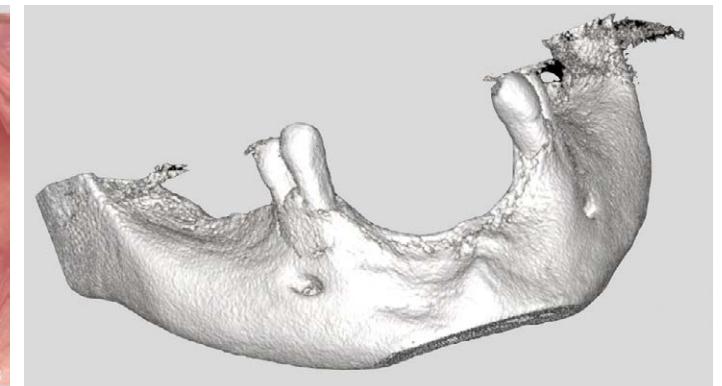


Рис. 2

3D-реконструкция костного дефекта



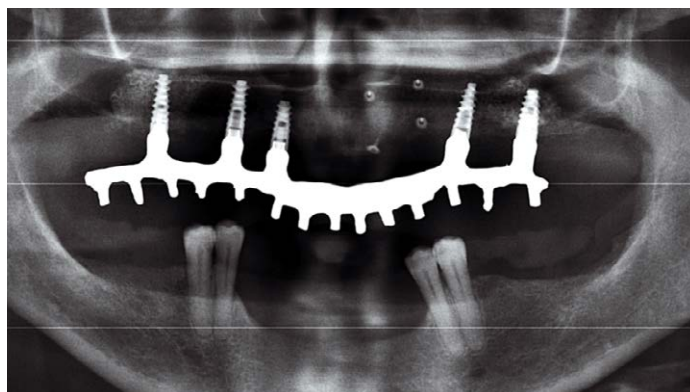


Рис. 3

Панорамная рентгенограмма костного дефекта. Видно, что ранее пациентке проводилась имплантация на верхней челюсти. Также с учетом расположения костных пинов можно сделать вывод о ранее проведенной костной пластике

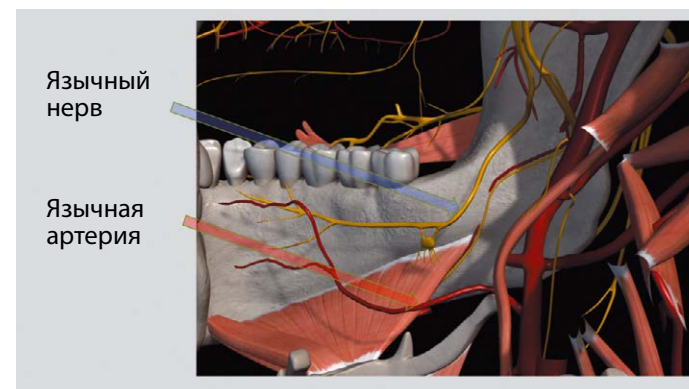


Рис. 5

#### Ключевые этапы работы с язычным лоскутом:

- скелетирование ретромолярной подушки,
- сепарация мягких тканей выше челюстно-подъязычной мышцы,
- мини-вертикальный разрез с язычной стороны по типу «Хоккейной клюшки», который соединяет горизонтальный разрез.

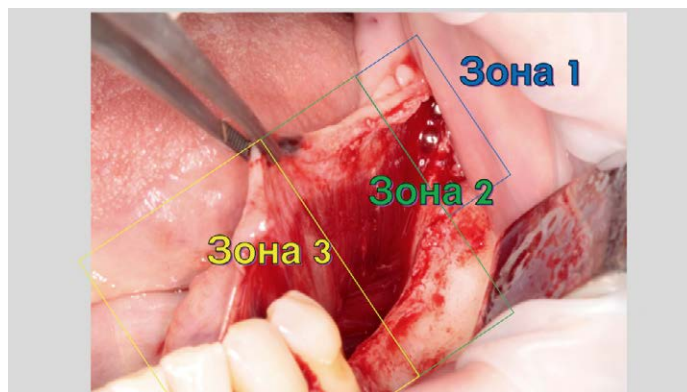


Рис. 4

Пример распределения зон язычного лоскута.

На данных слайдах представлены 3 анатомические зоны язычной области на нижней челюсти, с которыми придется работать клиницисту при мобилизации язычного лоскута. Так как в данном клиническом случае основная мобилизация будет осуществляться за счет язычного лоскута, по мнению авторов статьи, важно уделить внимание этому аспекту.

А также этапы работы с язычным лоскутом.

I зона – это зона ретромолярной подушки, там мобилизация проводится обратной стороной распатора.

II зона – от второго моляра до второго премоляра – зона высокого залегания челюстно-подъязычной мышцы. Здесь мобилизация проводится за счет отслаивания мышцы от покрывного лоскута также с помощью распатора и не составляет труда для опытного клинициста.

III зона наиболее сложная – она начинается от первого премоляра и доходит до центрального резца на нижней челюсти. В данной зоне челюстно-подъязычная мышца залегает достаточно глубоко, и для адекватной мобилизации лоскута в этой зоне необходимо аккуратно провести рассечение надкостницы обратной стороной скальпеля 15с и провести отслаивание верхнего и нижнего этажа лоскута с помощью острого распатора.

Второй особенностью работы в этой зоне является расположения веточек язычной артерии, которые иногда анастомозируют с ветвями лицевой артерии, перфорируя челюстно-подъязычную мышцу. Четкое понимание анатомии и аккуратная работа в этой зоне могут предотвратить нежелательное повреждение данных сосудов

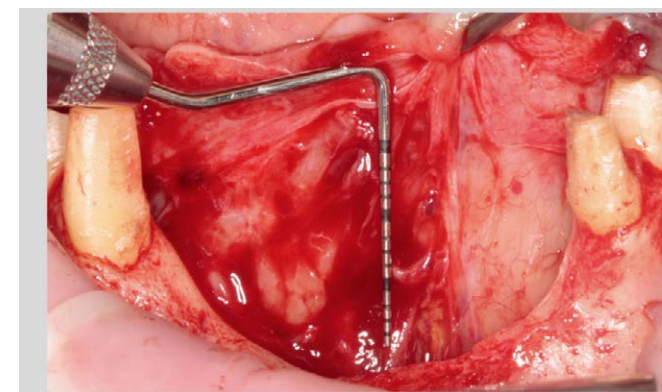


Рис. 6

После разреза по середине альвеолярного гребня в области отсутствующих зубов разрез был продлен внутрибороздково в области 44.45.34.35, далее продлен по середине гребня в области 46.47.48 и 36.37.38 соответственно. С язычной стороны были проведены два вертикальных разреза дистально за 45 и 35 зубами.

Отслоен полнослойный слизисто-надкостничный лоскут, после скелетирования зоны аугментации была проведена мобилизация щечного и язычного лоскутов. Основное внимание при мобилизации было уделено язычному лоскуту. Как видно из слайда, удалось добиться выраженной мобилизации лоскута на 15 мм, что более чем достаточно для перекрытия дефекта высотой в 1 см



Рис. 8

После фиксации мембраны с язычной стороны с помощью винтов производилась паковка графта с вестибулярной и окклюзионной стороны. После чего мембрана фиксировалась вестибулярно и графт допаковывался через боковые пространства от мембраны.

В качестве графта использовалась смесь аутогенной стружки (полученной из ретромолярной области справа и слева с помощью костного скрепка Safescraper meta) и ксеногенного костного материала (Geistlich Bio-Oss S 3 грамма). Графт был получен путем равномерного смешивания до однородной массы, соотношение ксено- и аутокомпонентов было 60/40 в пользу аутогенной костной стружки.

Сверху мембрана из ПТФЭ перекрывалась мембраной из нативного коллагена (Geistlich Bio-Gide 30\*40)

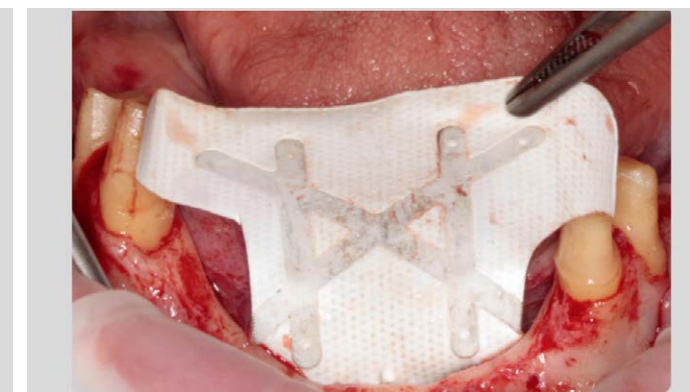


Рис. 7

Адаптация нерезорбируемой мембраны из политетрафторэтилена с титановым усилением (OSTEOGENICS PTFE-membrane Ti-250 30\*40). При адаптации мембраны важно отступить от соседних зубов на 1,5-2 мм от каждого зуба. Для фиксации мембраны использовались ударные пины Meisinger master pin с вестибулярной стороны и самонарезающие винты Osteogenics ProFix screw. Наибольшую трудность при фиксации мембраны составил доступ с язычной стороны, который был связан с глубиной расположения нативной кости

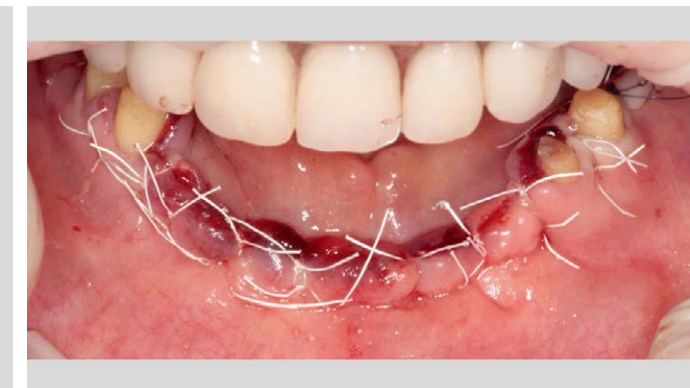


Рис. 9

Двухэтажное ушивание зоны аугментации с помощью горизонтальных П-образных и обычных узловых швов нерезорбируемым шовным материалом ПТФЭ 4/0. Важно убедиться в отсутствии натяжения при подвижности нижней губы.

В день операции на временный цемент был фиксирован заранее изготовленный армированный мостовидный протез с опорой на 34.35.44.45





Рис. 10

Вид через 3 недели после операции



Рис. 11

Вид через 4 месяца после операции с временным металлопластмассовым протезом

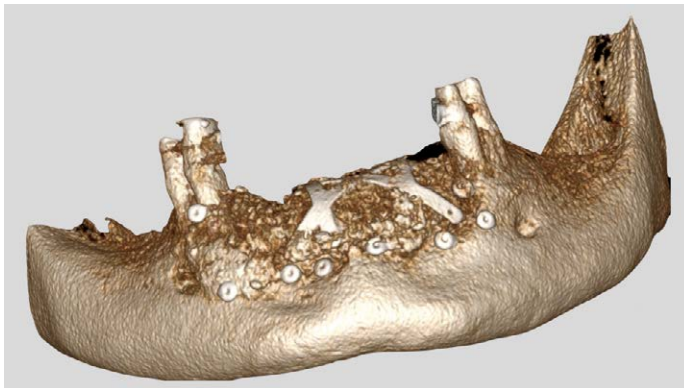


Рис. 12

3D-реконструкция конусно-лучевой томографии через 6 месяцев после операции

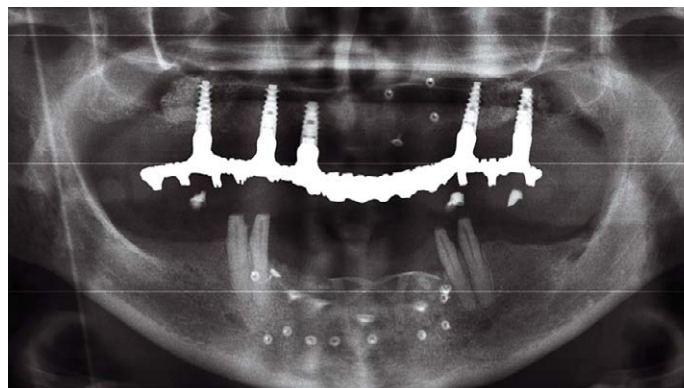


Рис. 13

Панорамная рентгенограмма через 6 месяцев после операции



Рис. 14

Срез КЛКТ с измерением объема аугментации через 6 месяцев после операции



Рис. 15

Внутриротовая фотография временной мостовидной конструкции перед следующим этапом хирургии через 6 месяцев после аугментации. Весь период заживления проходил без осложнений



Рис. 16

Окклюзионная внутриротовая фотография после снятия мостовидной конструкции

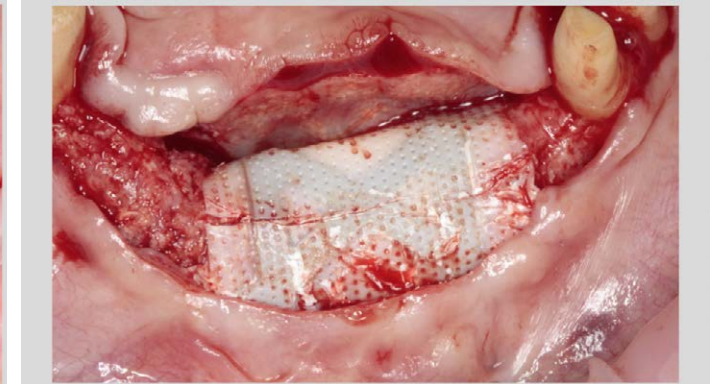


Рис. 17

Внутриротовая фотография после скелетирования зоны аугментации. Определяются граница аугментированной костной ткани и сама мембрана из ПТФЭ

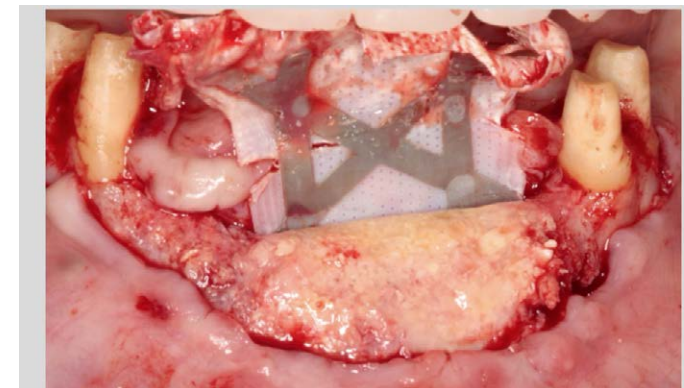


Рис. 18

После отделения мембраны с вестибулярной стороны видна «молодая» незрелая костная ткань. В литературе такую стадию аугментата называют «BABY BONE». Данный графт получал недостаточно кровоснабжения в коронарной части из-за эффекта полупроницаемости нерезорбируемой мембраны, и ему нужно еще некоторое время для «созревания»

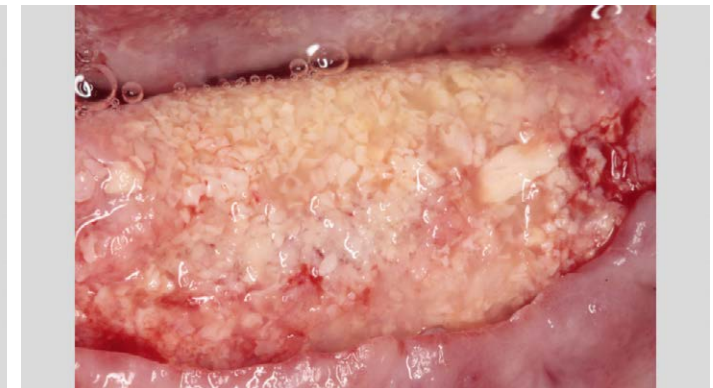


Рис. 19

Вид коронарной части графта крупным планом. На данном этапе еще определяются гранулы ксеногенного материала и фрагменты аутокости



Рис. 20

После полного удаления мембраны из ПТФЭ графт перекрывается мембраной из нативного коллагена (Geistlich Bio-Gide 30\*40) для защиты от врастания быстропролиферирующих клеток соединительной ткани и уменьшения резорбции аугментата



Рис. 21

Двухэтажное ушивание с помощью резорбируемого полифилламент Викрил 5/0





Рис. 22

Фиксация временного металлопластмассового мостовидного протеза сразу после удаления мембраны



Рис. 23

Вид на 14-е послеоперационные сутки



Рис. 24

Окклюзионная фотография зоны аугментации через 9 месяцев после проведенной костной пластики

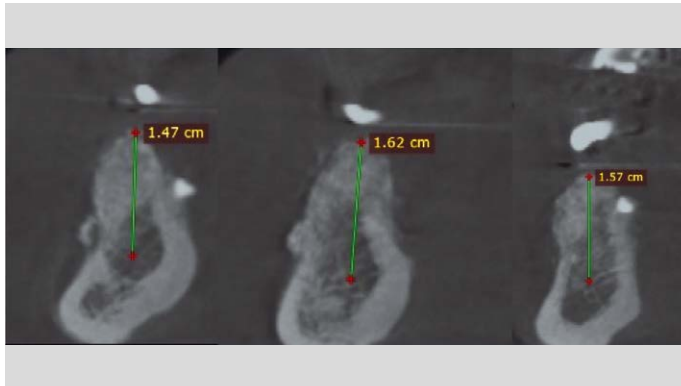


Рис. 25

Сагитальные срезы конусно-лучевой компьютерной томографии через 9 месяцев

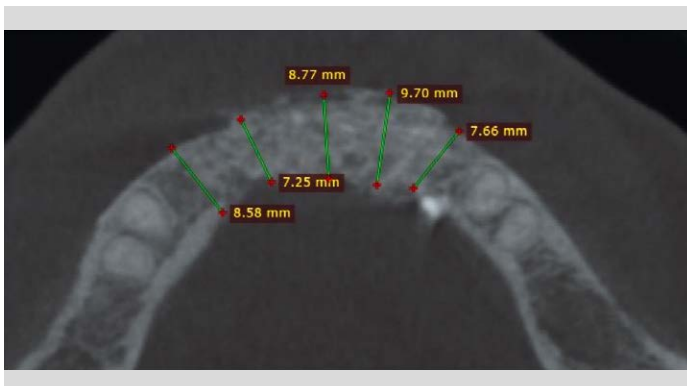


Рис. 26

Трансверсальный срез конусно-лучевой компьютерной томографии через 9 месяцев

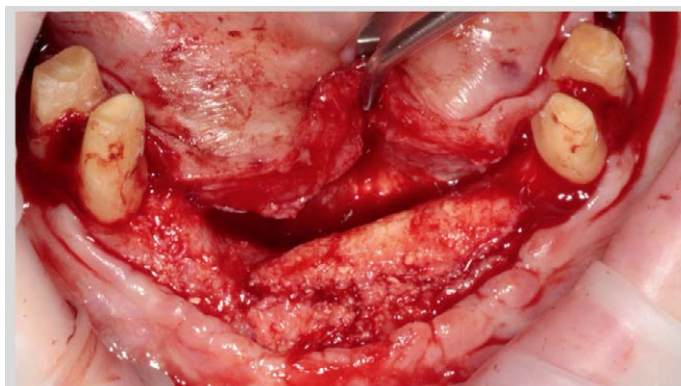


Рис. 27

Внутриротовая фотография зоны аугментации через 9 месяцев после операции или через 3 месяца после удаления мембраны ПТФЭ. Можно заметить значительное улучшение состояния регенерата и большее перестроение гранул ксеноматериала и фрагментов аутокости

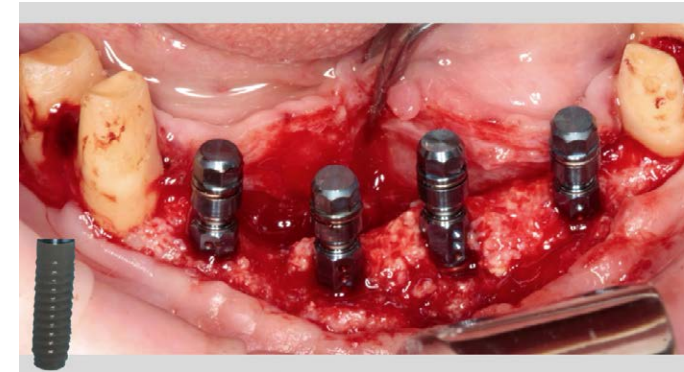


Рис. 28

Интраоперационное фото после установки 4 имплантов с коническим соединением и гидрофильной поверхностью в проекции 43.41.31.33 (Straumann SLActive BL NC 3.3\*12 mm).

Коронарно-апикальное позиционирование имплантов производилось, исходя из заглубления на 2-3 мм ниже ЦЭС соседних зубов. Установка имплантов производилась без использования хирургического шаблона

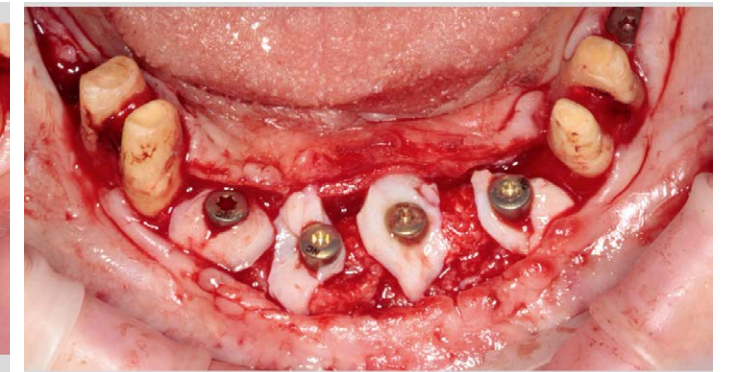


Рис. 29

На импланты были установлены короткие формирователи десны высотой 2 мм и диаметром 3.5 мм. Сверху на формирователи были фиксированы соединительнотканые трансплантаты (методика Пончо), полученные с бугра верхней челюсти справа и слева. В области 46.36 были установлены импланты (Straumann SLActive BL RC 4,1\*10 mm)



Рис. 30

Рана ушита монофиламентом Моносин 5/0 без натяжения



Рис. 31

Вид раны на 14-е послеоперационные сутки



Рис. 32

Вид раны на 14-е послеоперационные сутки с временным мостовидным протезом. Через 4 месяца была произведена замена формирователей десны на более высокие и сделана панорамная рентгенограмма

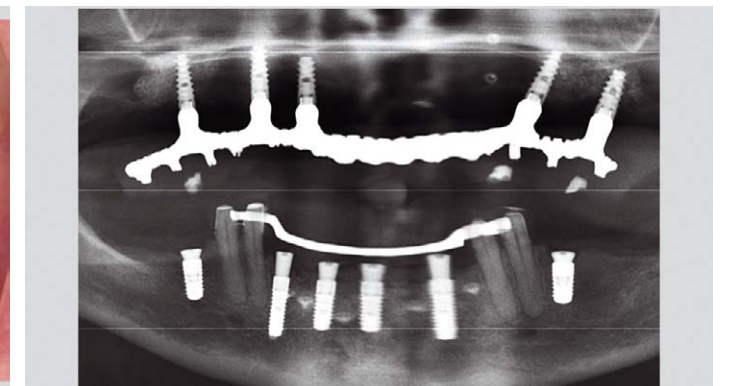


Рис. 33

Панорамная рентгенограмма через 4 месяца после имплантации





Рис. 34

Внутриротавая фотография состояния слизистой через 4 месяца после имплантации. Определяется выраженный дефицит прикрепленной слизистой в области установленных имплантатов. Поэтому следующим этапом пациенту была проведена вестибулопластика апиально смещенным лоскутом по Кларку с использованием слизисто-десневого трансплантата, взятого с неба



Рис. 35

Внутриротавая фотография через 3 недели после пластики преддверия



Рис. 36

Фронтальная фотография потстоянных реставраций через 2 года после протезирования



Рис. 37

Окклюзионная фотография потстоянных реставраций через 2 года после протезирования

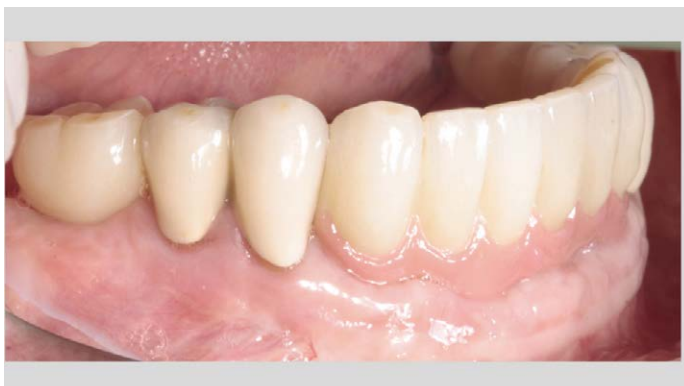


Рис. 38, 39

Боковые фотографии постоянных реставраций через 2 года после протезирования

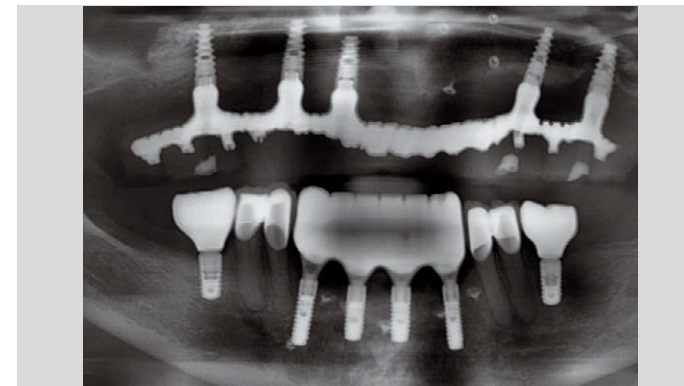


Рис. 40

Панорамная рентгенограмма реставраций через 2 года после протезирования

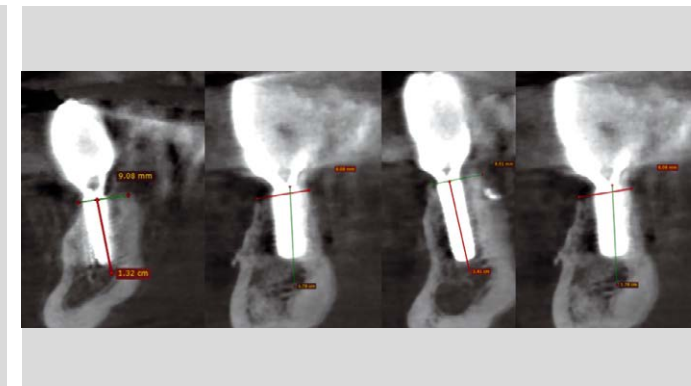


Рис. 41

Сагитальные срезы КЛКТ в проекции каждого имплантата с постоянными реставрациями через 2 года после протезирования



Рис. 42

Фронтальная фотография через 5 лет после протезирования



Рис. 43

Боковые фотографии через 5 лет после протезирования



Рис. 44

Боковые фотографии через 5 лет после протезирования



Рис. 45

Окклюзионная фотография через 5 лет после протезирования



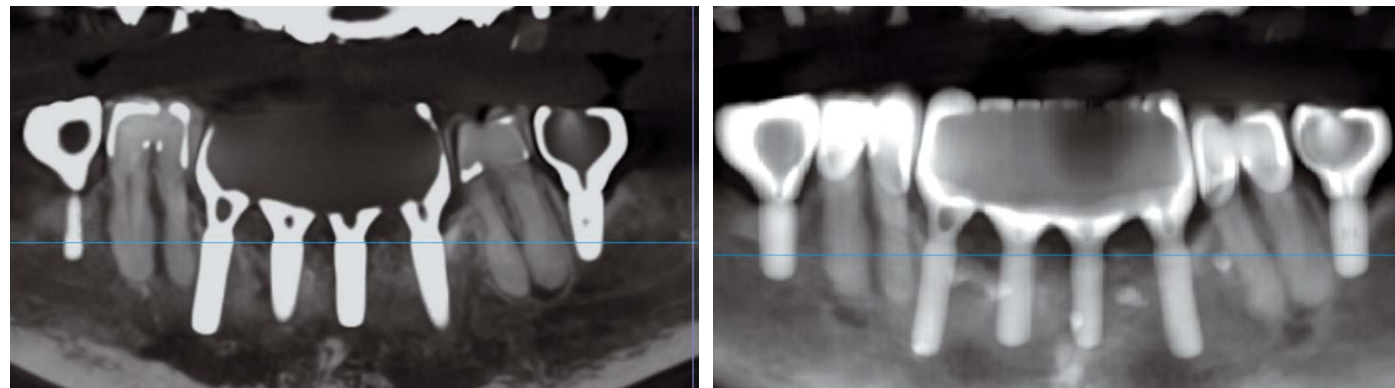


Рис. 46, 47

Панорамная реконструкция из КЛКТ через 5 лет после протезирования постоянными конструкциями

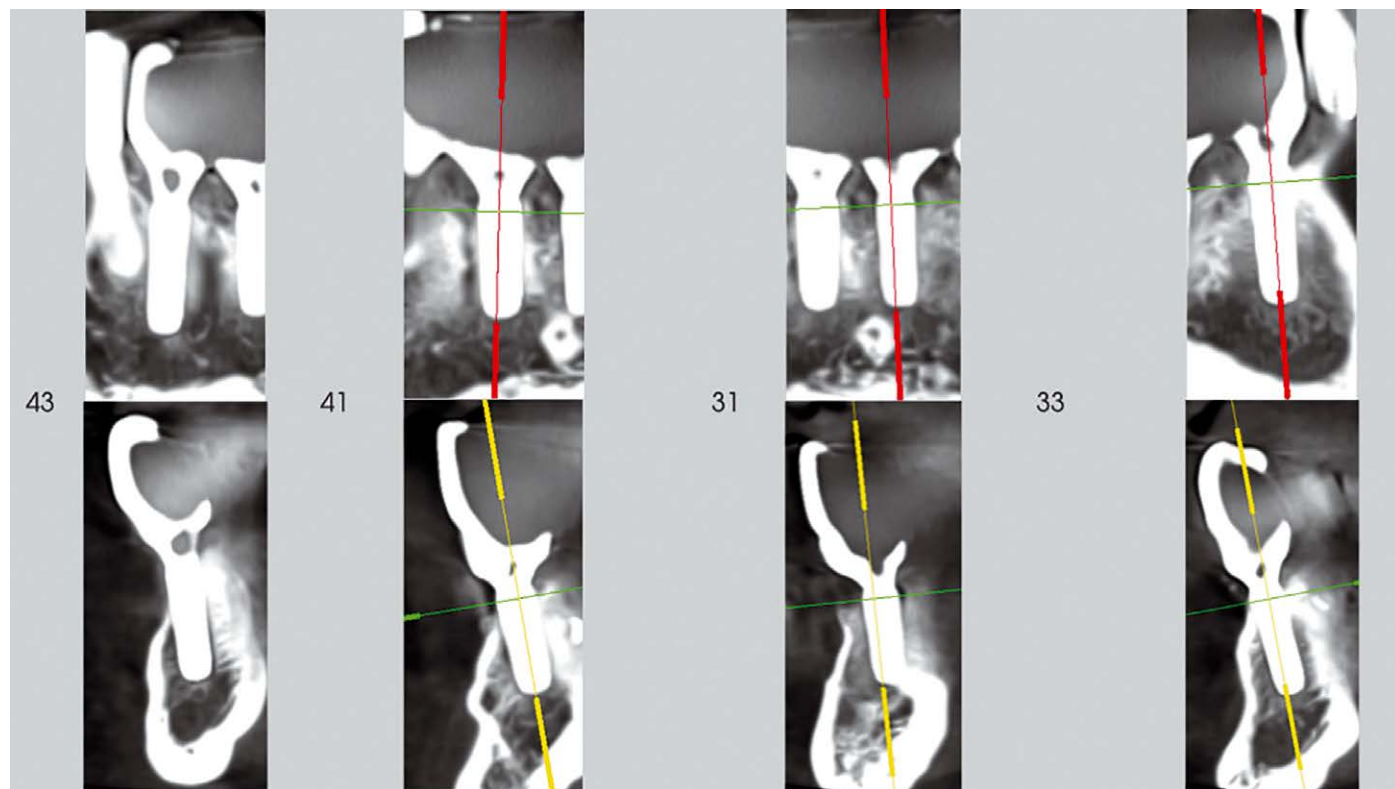


Рис. 48

Сагитальные срезы КЛКТ в проекции каждого имплантата с постоянными реставрациями через 5 лет после протезирования

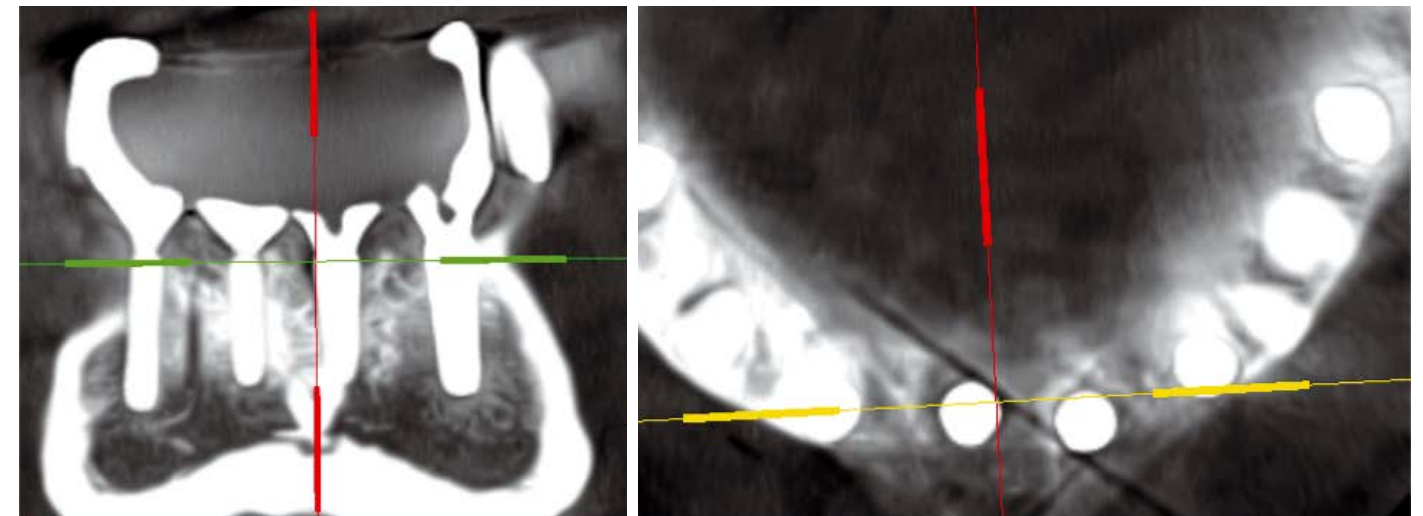


Рис. 49

Окклюзионный срез КЛКТ на уровне соединения «имплант – абатмент» через 5 лет после протезирования постоянными реставрациями

В ходе последнего осмотра, который был проведен через 5 лет после постоянного протезирования, не было выявлено никакого патологического отделяемого или кармана в области постоянной реставрации. Также не было кровоточивости при зондировании или наличия кармана с язычной или вестибулярной стороны, насколько возможно было провести зондирование.

На последних срезах КЛКТ мы можем видеть, что есть незначительная атрофия маргинальной костной ткани в проекции 43 и 41. Нужно учитывать, что не всегда КЛКТ может давать четкую картину по объему костной ткани вокруг имплантата, что связано с программным обеспечени-

ем, которое обрабатывает снимки, и возможным наличием артефактов.

Самое главное, что при клиническом обследовании не было выявлено никаких патологических признаков, говорящих о воспалительном процессе вокруг имплантатов, или субъективных жалоб пациента.

Следует также отметить, что пациент высокомотивирован и осуществляет самостоятельно очень хорошую гигиену, которая включает в себя, помимо использования зубной щетки, использование межзубных ершиков, которые позволяют обеспечить чистую поверхность всех элементов конструкции.

## Выводы

НАПРАВЛЕННАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХОРОШО ИЗУЧЕННЫМ И ПРЕДСКАЗУЕМЫМ МЕТОДОМ РЕГЕНЕРАЦИИ ВЫРАЖЕННЫХ ВЕРТИКАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ. Данный клинический случай показывает хорошую выживаемость имплантатов в аугментированной кости даже в таком случае, когда более 80 % имплантата находится в аугментате. Помимо достаточного объема кости, большое значение для выживаемости имплантатов и стабильности костного гребня играет количество и качество мягких тканей, которые защищают кость и позволяют осуществлять хорошую самостоятельную гигиену.

Из основных ошибок, которые хотелось бы отметить в данном клиническом случае, авторы статьи не рекомендуют:

- 1) проводить установку формирователей десны сразу в момент имплантации в незрелый графт;
- 2) проводить аугментацию мягких тканей по высоте методикой Пончо;
- 3) протезировать имплантаты с уровня платформы, а использовать мультиюниты или концепцию «одного абатмента»;
- 4) устанавливать 4 имплантата, а ограничиться 3 имплантатами, установленными по навигационному шаблону.

Также хотелось бы отметить, что большее заглубление имплантатов (на 1,5-2 мм) могло способствовать более стабильному уровню маргинальной кости и более эстетичному результату протезирования.



# Точность и Простота



## ENDO-MATE AT

Стильный и компактный эндомотор



## ENDO-MATE TC2

Беспроводной эндодонтический микромотор



## ENDO-MATE DT

Эндодонтический микромотор



«ЛЮБЛЮ ИСТОРИИ,  
КОТОРЫЕ НАЧИНАЮТСЯ  
СО СЛОВ: «РЕБЯТА, ЭТО  
БУДЕТ ХОРОШАЯ ИДЕЯ!»

*Стремление к быстрому принятию решений, к большой нагрузке, к трудностям, которые закаляют, к спонтанности и перемене мест, желание наполняться знаниями и делиться опытом с коллегами – все это основные принципы жизни и работы героя нашего сегодняшнего материала. О своем профессиональном*

*пути рассказывает Роман Анисимов, стоматолог-хирург, имплантолог, дважды лауреат Всероссийского гранта для молодых ученых национального Фонда содействия инновациям, автор научных статей, ментор, главный врач Vatech Center.*

### Семейная династия

**– Роман, что в свое время привело вас в профессию стоматолога? С чего все начиналось?**

– Думаю, истоки в семье. Моя мама Наталья – врач-стоматолог, дед Павел Григорьевич – владелец стоматологической клиники. Я был окружен людьми этой профессии и с детства понимал, что это хороший способ себя реализовать. Я никогда не мечтал, как маленькие дети, скажем, стать космонавтом, пилотом или футболистом – для меня была понятна профессия стоматолога, и я всегда знал, кем хочу стать.

**– Как складывалась ваша студенческая жизнь? Сразу ли вы поняли, поступив в вуз, что выбор верен?**

– После школы я поступил в Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского на стоматологический факультет. Да, признаюсь, в ходе практики на операциях общего характера мне становилось плохо неоднократно. И я сильно переживал, волновался, а справлюсь ли, когда буду оперировать сам. Но не узнаешь, пока не начнешь. И все сложилось так, как нужно.

Когда начинаешь практиковать самостоятельно, появляется уверенность в своих силах, ощущение, что ты рулишь, управляешь процессом. И это здорово.

Учеба давалась мне легко, а параллельно я работал, занимался спортом, на двух последних курсах стал реализовывать себя в профессии. Тогда как раз впервые в истории команда России участвовала в международной студенческой олимпиаде в Дубае, и мы открыли эту традицию, это было в 2012 году.







**– В нашем профессиональном становлении важны люди, которые подчас оказывают на нас серьезное влияние. Кто был для вас таким наставником?**

– Я считаю таким значимым человеком в моей жизни декана нашего факультета. Это Дмитрий Евгеньевич Суетенков. У нас небольшая разница в возрасте, мы начали плотно общаться и постепенно сдружились, дружим и до сих пор. Он много чем помог – советами, практикой. Показал, что такое этика в нашей профессии. Заложил и много личного.

### Полное погружение

**– Как вы определили свое направление в стоматологии, и с чего началась практическая деятельность?**

– Я сразу понял, что хочу быть хирургом. Хирургия – это быстрое

принятие решений. Работа, которая не предполагает монотонности, работа, где нужна скорость. А еще это эстетично, мне нравится результат. Да, конечно, я пробовал себя в разных направлениях, начиная еще под маминым руководством, работал и в городской стоматологии, но постепенно понял, что терапия – это не мое.

А после вуза, окончив его с отличием, я уехал из родного Саратова в Москву – и не секунды не жалею о переезде. В 2013 году я прошел интернатуру в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А. И. Евдокимова. Кстати, здесь я обрел и еще одного наставника в профессии. Это Григорий Александрович Воложин, в данный момент главный врач 8-этажного центра МГМСУ, человек, который научил меня делать все с легкостью, где-то даже с юмором. Я понял, как это важно в нашей профессии. И мы тоже стали

хорошими друзьями. Думаю, наставничество, когда оно превращается в настоящий тандем людей, которые близки не только в профессии, но и по духу, действительно располагает к личностному сближению, и такая дружба всегда ценное обретение.

Москва, конечно, дала много новых знаний, ощущений. Казалось, что я попал в какой-то другой мир. Но я понимаю, что нам всегда только кажется, что «где-то все по-другому». Это ограничения в нашей голове. Если ты хочешь что-то делать, чего-то добиться – для тебя всегда существует эта возможность. Везде есть клиники чуть более высокого или низкого уровня, как и специалисты. Так что считать, что только в Москве высший уровень, – преувеличение. Это касается и мнения о других странах. Нам кажется, что там лучше, чем у нас, и в стоматологии тоже. Но я посмотрел уже много мест, я там

работал, учился и преподавал, и теперь понимаю: это не так. Российская стоматология находится на очень высоком уровне. Сравнения с США, с Израилем – это стереотипы. Везде есть одаренные специалисты.

В Москве я быстро включился в работу, еще будучи интерном. И с тех пор всегда работал много, для меня не существовало преград. Всегда было несколько клиник, где я практиковал. Да, это были долгие часы без сна на момент становления, а потом еще и мытарства с подтверждением своего диплома за рубежом – и я подтвердил его в Австралии, затем в ОАЭ. Не жалею о такой насыщенной нагрузке, мне это нравилось.

**– А в чем вы заметили разницу между работой в стоматологии за рубежом и в России? Или такой разницы нет?**

– Да, она есть. В России принято пахать от рассвета до заката. Мы постоянно куда-то бежим. За рубежом я научился тому, что между жизнью и работой должен быть баланс. Там люди привыкли уделять себе больше времени. И там удавалось больше отдыхать. Но здесь люди работают очень много. Если ты скажешь коллеге: «Давай встретимся вечером», – скорее всего, это будет встреча после 22 часов вечера. Потому что врачи не только много работают, они еще и уделя-

ют много внимания саморазвитию, образованию. Но я, возможно, просто не люблю отдыхать.

**– Вы считаете себя трудоголиком?**

– Да, стопроцентно. У меня очень сильное смещение, и окружающие обращают внимание на это. Но мне комфортно в этом состоянии. Я люблю работать, ездить, я читаю лекции в разных городах, а раньше выступал с лекциями и в разных странах, даже в Аргентине (я прекрасно знаю английский язык: еще учась в школе, я год прожил и проучился в США, это дало хорошую практику). Сейчас есть задача возобновить ее.

Врач и пациент:  
как рождается тандем

**– Как вы формируете отношения с пациентом? Кто для вас пациент – подопечный, партнер, соратник?**

– Отношения с пациентами у врача всегда строятся по-разному – люди разные. Конфликтные пациенты всегда есть и будут. Но, как правило, как раз это те клиенты, которые, если ты найдешь с ними общий язык, будут твои навеки. Задача – уметь разруливать такие конфликты. Цель – не извиняться и идти на поводу, а найти компромисс. Не надо наседать, но и себя в обиду давать нельзя.

Если получается это сделать, то такой пациент становится человеком, который тебе верит. Вообще, доверие в отношениях между стоматологом и пациентом очень важно.

Конечно, бывают непростые с точки зрения клиники случаи, различные осложнения, неприживаемость имплантов, кровотечения и так далее. Как только ты начинаешь заниматься чем-то сложнее, чем удаление зуба, появляются хирургические риски. И это еще один серьезный момент во взаимодействии с пациентом. Я считаю, что не надо нагонять страха. Человек и так боится, приходя к врачу. Так что я стараюсь не пугать своих пациентов описаниями сложных хирургических манипуляций. Если хочется показать себя сильным специалистом, для этого есть другие способы, но играть





на страхе пациента нельзя. Общение должно быть комфортным, легким. Врач должен внушать чувство доверия и чувство легкости. Это именно то, как я живу и как работаю. Все должно быть просто и быстро.

**– А любите ли вы ваших пациентов? И вообще, насколько это нужно в профессии стоматолога?**

– У врача, конечно, должна быть эмпатия. Но не надо самоотверженности. Гиппократ в своих учениях говорил не о самоотверженности, а о тех самых партнерских отношениях врача и пациента. Он верно отмечал: врач делает то, что может. Забота о здоровье пациента и в его руках, половина успеха на врача, половина – на пациенте, на нем тоже большая ответственность.

**– Как я понимаю, чем сложнее клинический случай, тем вам интереснее работать?**

– Абсолютно! Чем сложнее, тем круче!

Я люблю приключения. И в жизни, и в работе. Заниматься рутинно одним и тем же скучно. А в хирургии ведь каждая операция – это новый опыт.

Нет такого зуба, о котором можно сказать: «Я не знаю, что с ним делать». Просто строишь план и начинаешь делать.

А бывает, что в процессе ситуация оказывается еще хуже, чем ты думал. Но это уже вопрос самообладания. Надо просто взять себя в руки.

**– Вы всегда уверены в себе?**

– Я считаю, что важно не сомневаться в себе. Бывают, конечно, моменты сомнений. Не только в мелочах, но и в масштабе. Порой задаешь себе вопросы: «А правда ли я хороший врач? Правильно ли, что я занимаюсь этим делом? Есть врачи лучше». Но это бывает в состоянии определенного стресса, депрессии. Порой нас могут смущать успешные истории в соцсетях, но «Инстаграм» – это лишь вывеска счастливой жизни. Только кажется, что у других все кейсы идеальны, а в жизни нет проблем. У каждого есть скелеты в шкафу.



А осложнений и трудностей в работе нет только у тех, кто ничего не делает.

**– Иногда сами стоматологи говорят, что представители их профессии часто испытывают не только стресс, но и депрессивные состояния. Вы с этим согласны?**

– Я не сталкивался с таким состоянием. Для меня профессия хирурга-стоматолога – одна из самых прекрасных специальностей. Ты не сталкиваешься со страданием, ты создаешь красоту, помогаешь человеку быть здоровым. Это позитивно.

О хирургии, профессиональных принципах и о том, как восполнить энергию

**– На чем вы работаете, какие имплантологические системы используете?**

– Начинал я, как и многие, с израильских имплантатов, затем осваивал и другие системы, имею опыт работы с десятками систем. Но в итоге я стал поклонником Straumann и Neodent. Мне нравится философия системы и ее возможности. С точки зрения



тируют или только удаляют, это общие задачи. Также ко мне часто перенаправляют сложных пациентов коллеги. Это клиенты, которым нужно провести, например, костно-пластические манипуляции.

Я бы отметил, что сегодня стоматолог стремится к результату, а результат должен быть долговечен. Без навигации это нереально. При тотальных работах 90 % кейсов сегодня делается по шаблонам, и это сильно упрощает жизнь. Я сам мало занимаюсь планированием шаблонов – это уже работа смежных специалистов: ортопеда, техника. Я считаю, что такое распределение задач более функционально, каждый выполняет свой этап быстрее и качественнее, и у врача-хирурга не забирается его время. Ведь наша задача – быть во рту у пациента, а не за ноутбуком.

Сегодня есть еще и прекрасные возможности искусственного интеллекта. Я стал активно использовать Diagnocat, это очень удобно. Вообще, цифровизация меняет нашу работу: разница с тем, как все было устроено всего лишь 10 лет назад, велика. Изменения колоссальные как в парадигме лечения, так и в коммуникации между специалистами.

**– Вы предпочитаете работу в команде, или вам комфортнее работать индивидуально?**

– Думаю, стоматология – не индивидуальный труд. У нас очень тесное общение с коллегами. Даже в неформальной обстановке мы все равно

современной стоматологии, нацеленности на долгосрочный результат Neodent включает в себя много технических фишек и особенностей. Да, может быть, лет через 20 мы узнаем что-то новое. Но сейчас эта система технически совершенна.

**– Что для вас главное в работе стоматолога-хирурга, какие принципы, методы?**

– Мой спектр деятельности – исключительно хирургия. И есть возможность погрузиться в нее максимально узко и глубоко. Я считаю, что в принципе не должно быть деления на хирургов, которые только имплан-







скатываемся на обсуждение работы и клинических случаев. Мы постоянно делимся опытом и перенимаем опыт. Невозможно в такой работе, как наша, быть волком-одиночкой, хотя у каждого своя специализация.

Но не во всех клиниках выстроена хорошая коммуникация между сотрудниками. А это важно. Пациента не должны футболить, его должны передавать из рук в руки, чтобы он получил полноценную помощь.

Вообще, человеческий фактор в работе стоматолога очень важен. Встретить единомышленников всегда сложно. И если ты нашел команду людей, с кем тебе комфортно работать, то результат будет отличный.

**– Используете ли вы в работе какие-то авторские приемы, наработки?**

– Есть и свои фишки, но об этом я не задумываюсь. Допустим, возможно, что швы, которые я накладываю, для меня привычны, а по сути это авторская разработка. То есть я не делаю на этом акцент. В целом в стоматологии много уникальных подходов, но ведь их приходится апробировать на пациенте. С морально-этической точки зрения это меня смущает. Поэ-

тому меня можно назвать больше консерватором в этом вопросе.

**– И вы включаетесь в работу в разных коллективах, разных клиниках?**

– Да, для меня удобен такой подход. Специфика хирургии предполагает, что эта работа локальная и быстрая. Это врач-ортопед видится с пациентом месяцами, а хирург – недолго и нечасто. Поэтому я выступаю как приглашенный имплантолог: приехал и прооперировал. А большая часть общения с ортопедами также происходит в моменте или удаленно. Но при этом не должно быть ситуации, когда хирургу звонят по какому-то клиническому случаю, а он не помнит, какую работу и у какого пациента выполнял. Я отслеживаю все свои работы.

Но я очень люблю перемещаться. В клиниках меня регулярно видят с чемоданом. Это знак: если я приезжаю на работу с чемоданом, коллеги понимают: значит, через несколько часов я уже буду читать лекцию где-нибудь в Астане. Опять же, это еще и приключение.

В прошлом году я читал лекцию в Таллине. Авиасообщение уже было сильно затруднено, пришлось выстраивать логистику иначе, но трансфер

опоздал. Это было ночью в ноябре. В итоге я шел пешком почти 10 километров, сначала в Нарве, потом уже у нас. Но даже такие ситуации стоят того, ведь это возможность повышать собственные знания и делиться своим опытом с другими.

**– Как вы переключаетесь, отдыхаете? Что помогает перезагрузиться?**



– Спорт для меня – важная часть жизни. Недаром говорят, что с человеком, который постоянно занимается спортом, можно иметь дело. Почему? Потому что он дисциплинирован. Поэтому спорт мне близок, не только потому, что это сегодня модно.

Когда-то в детстве я занимался плаванием, даже выступал на чемпионате штата Техас. А сейчас выбрал для себя тяжелую атлетику. Мне всегда хотелось быть более спортивным, поработать над своей фигурой. И я дошел до уровня выступления на соревнованиях. Тяжелая атлетика для меня – возможность перезагрузки. Спорт меняет фокус деятельности. Это единственное время в сутках, когда я не беру в руки телефон. Когда я тренируюсь, я откладываю все, чтобы голова отдохнула, я переключаюсь.

Вообще, я люблю активность и, опять же, скорость – как в профессии, наверное. Например, что-то, связанное с автомобилями. Недавно я ездил по гоночной трассе на настоящей гоночной машине. Это тоже отличный способ переключиться.

Я очень ценю возможность сменить обстановки. Люблю уехать куда-то на несколько дней. Вообще, я большой любитель всего спонтанного. Могу внезапно сорваться и куда-то прилететь, пусть даже на день, сделать сюрприз друзьям. Даже выезд на



обучающие курсы полезны: ты не только при деле, но и попадаешь в новое место, это способ познакомиться с культурой нового города, новой страны.

### О менторстве, развитии и будущем

**– Менторство для вас – отдельная важная часть профессиональной жизни. А с чего все начиналось?**

– Сегодня в мире доступность информации очень высока. При этом знания быстро устаревают. Вообще,

ускорился ритм жизни. И чтобы как-то этому соответствовать, ты постоянно должен быть в тренде. А сначала начиналось с обучения. Иногда, как часто бывает у студентов, у молодых специалистов, финансовых возможностей пройти дорогое обучение не было – значит, это были книги, статьи, видео на YouTube. Я поглощал всю информацию.

При этом со студенческих времен у меня развивалось рабочее взаимодействие с компанией R.O.C.S., производителем зубных паст. И я как молодой врач много ездил в их команду, мы читали лекции о применении средств







**– Что вам больше нравится: преподавать самому или учиться?**

– Это трудно разделить. Когда ты учишься, ты не получишь 100 % полезной информации, ведь большую часть из того, что ты услышишь, ты уже знаешь. Вот почему надо быть максимально сфокусированным, тогда ты сможешь получить те драгоценные 10-15 % нового, того, чего ты не знаешь.

А когда ты преподаешь, испытываешь другие эмоции. Ты несешь в массы повышение качества лечения. Ты влияешь на здоровье людей, которых, может быть, и не увидишь.

Будучи ментором, ты повышаешь уровень профессионализма врачей, своих коллег, и они смогут оказывать помощь еще более качественно.

**– Чему вы учите на своих курсах? Ведете ли вы практические занятия для коллег?**

гигиены в постоперационный период и так далее. Когда это подается не от менеджера по продажам, а от действующего врача, аудитории это воспринимается лучше. Так я научился выступать с докладами на конференциях. Появились опыт, отсутствие боязни большой аудитории.

В 2018 году я провел первый собственный обучающий курс, и с тех пор начал активно выступать как лектор. В моем послужном списке более 10 стран, я объездил не только Россию, но и весь Казахстан, Беларусь. Я обрел огромное количество друзей в сфере стоматологии, это коллеги, с которыми мы пересекаемся на конгрессах, конференциях. Интересное наблюдение: порой ты изучаешь великолепные работы какого-то специалиста и думаешь: «Боже мой, вот это клиницист!» А потом ты знакомишься с этим человеком, и оказывается, он точно так же следит за твоими клиническими случаями и тоже считает тебя профессионалом высокого уровня. Такая обратная связь помогает обрести уверенность в себе. И, конечно, в рамках различных образовательных мероприятий ты узнаешь еще и массу нового о новых методиках.



– Все мои курсы посвящены разделам имплантологии. Костная пластика, немедленная имплантация и так далее. А что касается практики на месте, то это по большей части некоммерческое мероприятие для меня. Я просто люблю делиться знаниями, и бывает, действительно, что кто-то из коллег приезжает ко мне и я показываю, как работаю. Это некое легкое ощущение призвания. Я ведь вообще испытываю кайф от своей работы. А еще приятно поработать в паре или поделиться практическими хитростями с тем, в ком видишь потенциал. И знаешь, что твои знания действительно потом применят в работе.

**– Сколько лет вы в профессии?**

– Почти 12 лет. А в образовательной деятельности уже 6 лет. Это специфика поколения «миллениум»: люди очень быстро достигают серьезного уровня. Если раньше считалось, что ты сможешь передавать свой опыт лет через 30 практики, то сегодня все происходит гораздо быстрее.

**– Чем вы объясняете такой быстрый профессиональный рост нового поколения стоматологов?**

– Врач может быстро двигаться. Возможностей для быстрого развития в профессии масса. Нюанс в том, что, если человек горит своей специальностью, хочет повышать свой уровень, для этого у него есть все пути, надо просто ими пользоваться. Сегодня мы видим большое количество талантливых врачей, им чуть больше 30, но у них богатый опыт.

**– Каковы ваши планы? Какие цели ставите перед собой на ближайшее будущее?**

– Я хотел бы расширить количество стран, где оперирую. И работаю над тем, чтобы иметь возможность перемещаться. Россия, Эстония и Арабские Эмираты – это три основные страны, где я планирую сейчас работать. Также я хочу расширить свою лекционную деятельность на английском языке, хочется это делать на англоязычной аудитории. Интересно общаться с клиницистами из других стран, и не только исходя из чисто профессиональных задач. Любопытно знакомиться с иным моральным настроем, расширять свои границы, кругозор.

А вообще, я люблю истории, кото-

рые начинаются со слов: «Ребята, это будет хорошая идея!» И любую неожиданную возможность проявить себя в профессии, развиваться, освоить что-то новое всегда принимаю как следующий очень интересный шаг на своем пути.

**– Бывало ли у вас ощущение, что вы достигли потолка, что стало скучно в профессии?**

– Такое, скорее, бывает, когда опускаются руки, но это не то чувство, когда ты достиг потолка. Скорее, это ощущение таково: «Я столько делаю, но столько еще не знаю, столько еще хочется достичь!» Это в целом присуще человеческой природе. Надо просто выдохнуть, взять небольшую паузу – и идти дальше.

Помните, была шутка: если ты не хочешь идти на работу, открой список Forbes в журнале, посмотри на него – и иди работать. Так же и в нашей профессии. Я бы сказал: откройте журнал Dental Club – если вы еще не там, идите работать.





*С улыбкой по жизни*



ООО «Н.Селла» - эксклюзивный дистрибьютор  
Grand Morse™ Neodent® на территории РФ





# ПРЕВРАЩАТЬ МЕЧТУ В РЕАЛЬНОСТЬ: КЛИНИКА «ЗУБНЫЕ ВРАЧИ»

С ноября 2023 года в Подольске работает стоматологическая клиника «Зубные врачи». Ее коллектив – опытные профессионалы, которых объединило общее желание развивать стома-

тологию мечты. «Мы хотим быть вооруженными до зубов – во всех смыслах», – говорит один из основателей клиники, стоматолог-имплантолог, хирург, ортопед Александр Вашуркин.

Стоматология «Зубные врачи» удивляет с первого же шага, стоит вам только открыть дверь и зайти внутрь. Эта клиника расположена в одном из исторических зданий подмосковного Подольска: над помещением холла – высокий сводчатый потолок, старые кирпичные стены, массивная кованая черная лестница ведет на нижний этаж. Помещение под клинику коллектив искал очень тщательно – и они не прогадали.

Стоматолог, хирург-имплантолог Александр Вашуркин 8 лет в качестве главного врача успешно руководил работой одной из подольских клиник, однако наступило время двигаться вперед. «У каждого врача наступает момент, когда он достигает определенных высот, нужно расти дальше. Или менять место работы, или делать

что-то свое. И для нашего коллектива наступил этап, когда нужно было сделать выбор. Мы долго все взвешивали. Понятно, что это уже другой уровень ответственности: не только за свои руки, знания, навыки, но и за весь коллектив, который будет работать под твоим началом, чтобы люди не пожалели, что пошли за тобой. И мы решились», – рассказывает Александр Вашуркин.

Так часть коллектива прежней клиники основала собственную медицинскую организацию. Изначально была идея назвать клинику Dream, тем самым подсознательно задав максимально высокую планку. Но концепция несколько поменялась, когда нашлось то самое здание, где и обосновалась клиника.





### С уважением к традициям, не изменяя мечте

– Как вы нашли помещение под новую клинику, и чем вас привлек этот вариант?

– Помещения попадались разные, но не подходили по многим причинам. При этом нужны были большие площади, чтобы осуществить все задумки. И вдруг – подобная жемчужина. Здание – дом купца XVIII века, оно долгие годы не эксплуатировалось. Например, внизу на цокольном этаже были винный погреб и пивоварня, но все не оборудованное. Это было очень интересно. Я понял, что мы сможем сделать что-то такое, чего нет у других. Купольные потолки, старый кирпич – все это очень необычно. Мы решили использовать пространство, органично встроить в эту архитектуру современный интерьер, реализовать массу интересных дизайнерских решений, которые бы олицетворяли нашу миссию.

Так, чтобы первое же впечатление у посетителей было таково: они пришли в интересное место. А второе впечатление: высокое качество лечения.

И мы все сохранили. Сначала здесь отсутствовала часть перегородок, стены были известковыми, кованых лестниц (которые существовали когда-то), тут не было, вниз мы спускались по временной деревянной лестнице. Не было и пола – прыгали по камням и земле. Было с чем работать. Так мы погрузились еще и в творчество. Владелец здания поддержал идею бережного сохранения истории этого помещения. В итоге родилось интересное решение, объединившее прошлое, настоящее и будущее.

– Изменилась в итоге и концепция названия. В нем вы решили продолжить идею стиля и интерьера клиники?

– Да, захотелось поддержать и развить этот образ. Мы обратились

к истории русской медицины. Решили отразить в названии богатство нашей истории, опыт наших предшественников, уважение людей к русским врачам.

И название пришло на ум довольно простое: ведь именно так и называли раньше людей этой специальности, слова «стоматолог» не было. Было просто «зубной врач». И это было высокое звание. Мы решили, что это достойно. И даже специально подобрали стилистику шрифта. Все сводится к архитектуре, нашим истокам, любви к нашей родине.

### Выйти на новый уровень

– Идея основать собственную клинику выросла из желания выйти на новый уровень?

– В прежней клинике стало тесно. Постепенно разошлись наши с владельцами клиники взгляды на жизнь и на развитие в профессии. Я против того, что специалист из врача превра-



щается в бизнесмена. Для меня важнее медицина.

Было желание выйти на новый виток развития – вложившись идеями, мыслями, знаниями, инвестициями. Создать комфортные условия для сотрудников.

– Кто вместе с вами выступает основателями клиники «Зубные врачи»?

– Это мои коллеги: стоматолог, ортопед-гнатолог Павел Орлов, ставший главным врачом новой организации, терапевт Елена Корягина (отвечает за терапевтическую часть работы) и наш генеральный директор Дарина Разумная (отвечает за маркетинг, рекламу, управление). Сам я в этот раз решил сосредоточиться на врачебной практике и не занимаю каких-то руководящих должностей, работаю хирургом-имплантологом. Но делюсь своим опытом с коллегами, которым тоже важно развиваться в сфере управления.

– По какому принципу вы собрали команду новой клиники?

– На 80 % коллектив клиники «Зубные врачи» состоит из наших коллег, которые пришли сюда вместе с нами. Сейчас здесь работает 6 терапевтов, 2 ортопеда, 1 ортодонт и 1 хирург-имплантолог, закрывая все направления стоматологии.

Я позвал только тех людей, которым могу доверить свою маму. Тех, в ком уверен на 100 %. Если мы видели, что это не наш человек по качеству работ, по взглядам на командную составляющую, мы не приглашали такого сотрудника. В итоге удалось создать команду высокопрофессиональных, ответственных, внимательных людей. Моя мама лечится, например, у нашего терапевта, протезируется у Павла Орлова, импланты я ставил ей сам. Теперь и мой дядя лечится у нас, и в целом вся моя семья. Когда знаешь, что можешь полностью довериться врачу, это идеальный вариант.

– Как клиника «Зубные врачи» завоевывает доверие пациентов?

– Мы стараемся следовать важным принципам в своей работе. Первый: относиться к пациентам так, как мы бы

хотели, чтобы относились к нам.

И второй принцип нашей работы: качество превыше всего. Если мы видим, что может перевесить негативный исход, мы обсуждаем ситуацию с пациентом, находим необходимое решение. Но никогда не в ущерб качеству. А компромиссные решения мы не признаем, они могут переходить в конфликты. Например, изначально прогноз был не очень хороший, пациент настоял на своем и надеялся на положительный исход, а получилось иначе, хотя можно было бы все решить еще на этапе консультаций. Но не каждый пациент понимает позицию врача, некоторые пытаются настоять на своем и в итоге вредят себе.

Доктор должен иметь авторитет и на каком-то этапе сказать «нет». Поэтому важно, когда пациент доверяет своему доктору. Можно, конечно, найти врача, который позволит диктовать себе, как поступать, но это может закончиться плачевно. Например, недавно ко мне пришел пациент, который лечился у меня два года назад. Тогда он захотел провести лечение именно по своему сценарию. А в ито-





ге он рассказал, что потом столкнулся с осложнениями. «Я был не прав, надо было сделать, как вы рекомендовали. Теперь, пожалуйста, сделайте, как вы считаете нужным. Все, что вы советовали, было верным», – говорит этот человек.

Каждый должен пройти свой тернистый путь – и врач, и пациент. Кто-то сразу старается остаться у нас, прислушиваясь к врачам, кто-то настаивает на своем. Но мы обычно приводим весомые аргументы. Мы хотим, чтобы наш пациент получал качественное лечение и был доволен. И, конечно, вернулся к нам или посоветовал нас своим близким. Нельзя в медицине все решать с позиции «здесь и сейчас». Нужно думать о будущем.

**– Ваши постоянные пациенты из предыдущей клиники перешли в клинику «Зубные врачи»?**

– Да, они вышли на нас. У кого-то были наши номера телефонов, некоторые были нашими подписчиками в соцсетях. Две трети пациентов приходят к нам со словами: «Мы вас нашли». Это подкупает. Люди понимают, что нужно доверять проверенным врачам. Это ведь на долгие годы. Лучше, когда тебя ведет твой постоянный стоматолог, который знает все нюансы твоего здоровья, состояния полости рта, каждого зуба. И если врач работает качественно, пациент от него не уйдет.

Статистика за прошедшие 9 месяцев показывает, что две трети наших пациентов – те самые постоянные клиенты. Мы не простаивали ни дня. И сейчас наши пациенты уже приводят к нам своих родственников, друзей. Анализ возвратности пациентов подтверждает, что основной их приток дают сарафанное радио или рекомендации.

**– При этом вы не бюджетная клиника. Берете качеством?**

– Мы не демпингуем, наши цены чуть выше среднего, мы не ставим задачи снижать цену. Работаем в определенном ценовом сегменте. В цену заложено и техническое оснащение,



а это дорого, и материалы, и обучение докторов. Поэтому не можем себе позволить работать дешево. Если клиника готова демпинговать – значит, там пренебрегают какими-то моментами. Но либо доктор работает как есть, по накатанной, либо он развивается. И наши врачи постоянно обучаются, развиваются, а это тоже вложения.

Есть клиники, которые стремятся наработать количество пациентов. Зарабатывают на количестве, на опте, можно сказать. Мы так не делаем, нам важнее качество. Пусть пациентов будет меньше, но с каждым мы работаем индивидуально, качественно. Пусть это не совсем бюджетное лечение, но каждый наш пациент доволен. В итоге из месяца в месяц мы наблюдаем рост количества пациентов и процента возвратности.

**– Кто ваш пациент, откуда к вам приезжают клиенты?**

– К нам едут не только из Подольска. Но и из Москвы и других городов, и даже из других стран. За один день мы реализуем максимум пожеланий такого пациента, приехавшего издалека. Они находят нас точно так же: по сарафанному радио или в соцсетях. За несколько таких приездов пациент может пройти у нас полноценное лечение.

За рубежом подчас уровень стоматологии оставляет желать лучшего, фразы «я сделал зубы в Германии» или «в Италии» сегодня не говорят ни о чем – это вовсе не значит, что сделано хорошо. И опять же, за рубежом стоматология – дорогое удовольствие, лечение кариеса может стоить 1000 долларов, а в той же Швейцарии один имплантат стоит 5000 долларов. И в страховку это обычно не входит. Неудивительно, что из Европы едут лечить зубы в Россию – но при этом выбирают качество. Так нас находят наши зарубежные клиенты. Вот недавно мы приняли на лечение настоящего ковбоя из США, который, опять же, выбрал клинику «Зубные врачи» по рекомендации друзей. В Штатах лечение, которое он у нас прошел, стоит в 4 раза дороже. Думаю, медицинский туризм в России будет только развиваться.



**Dream-команда**

**– Стоматология мечты – эту цель вы сохранили, а как вы ее достигаєте? Как этому помогает обучение врачей и в целом работа с командой?**

– Постоянное наращивание профессиональных компетенций очень важно. Внутри клиники мы раз в месяц-два организуем собрания-обучения по своим методикам. Например, обучаем работе с суставом, с мягкими тканями. Важно, чтобы каждый наш врач





мог владеть методиками в этой сфере, а не только хирург и ортопед. Чтобы и ортодонт, и терапевт видели истоки каких-то осложнений и тоже могли проконсультировать, чтобы мы работали в связке. Это поможет комплексно решать проблему.

Также мы постоянно направляем наших докторов на дополнительное обучение. Это возможность еще подрасти в профессии. Находим такие возможности, оплачиваем курсы. Точечно рекомендуем коллегам в каких-то моментах подтянуть навыки.

За счет этого коллектив растет и действует как слаженный организм. Все делятся своим опытом. Если же доктор работает у нас недавно и мы видим, что ему нужна помощь, наши опытные доктора выступают наставниками. Так мы растим для себя новые кадры.

В итоге мы работаем как единая команда. У нас не бывает так, чтобы каждый видел путь решения проблемы пациента по-своему и противоречил мнению коллег. Стараемся работать в едином поле. Разногласия, если и бывают, то обычно на какой-то бытовой почве, но не в профессиональных вопросах. Каждого доктора мы стараемся снабдить всем необходимым оборудованием и инструментами, чтобы не было спорных моментов и в этом вопросе. Обсуждаем все рабочие проблемы, вместе находим решения на пути лечения пациента.

**– Чем может похвастаться клиника «Зубные врачи» с точки зрения оснащения?**

– У нас 5 кабинетов, пятый мы запустили совсем недавно. Клиника оснащена компьютерным томографом

с цефалостатом с максимальным разрешением (16 на 5), мы можем рассмотреть все головки суставов. Есть также интраоральный сканер. Во всех кабинетах стоят микроскопы, все терапевты работают с увеличением, ортопеды работают в биноклях.

Важно, что мы хорошо вложились в аппаратуру для наркоза. Так что мы лечим во сне стоматофобов. К тому же, это еще и ускоряет процесс. Если человек не хочет травмировать свою психику или желает сэкономить время – он может пройти лечение во сне. Например, недавно мы провели процедуру имплантации All-On-4. За 2,5 часа реализовали две челюсти, пациентка проснулась – и уже все готово. И паническая боязнь врачей не помешала реализовать такое сложное лечение.

Кроме того, мы ведем и юных пациентов, не отказываемся от детской

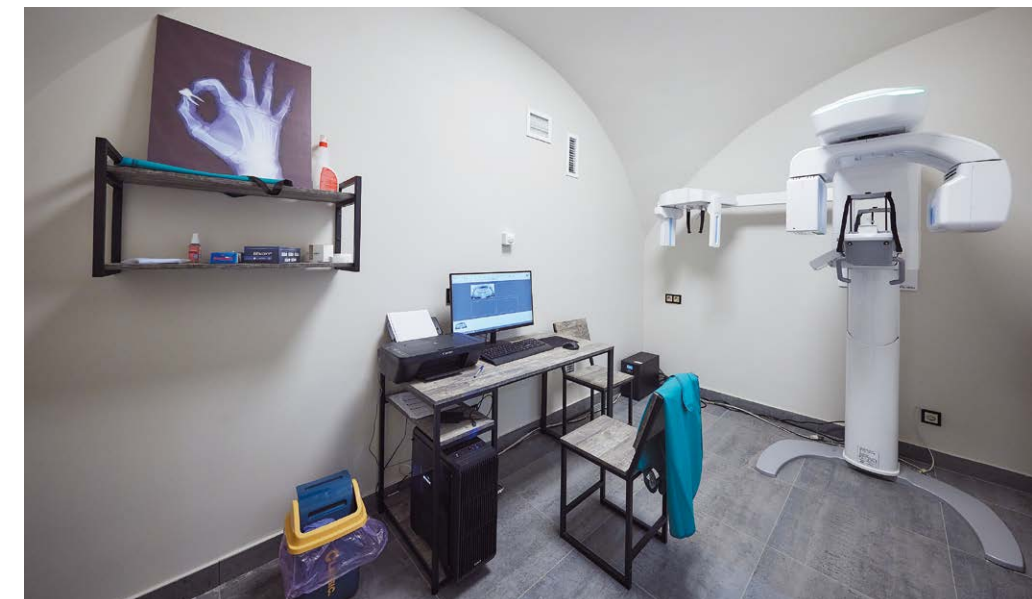
стоматологии, хотя упор клиника делает все же на взрослую стоматологию. Наши пациенты приводят к нам на лечение своих детей. Для детей при необходимости мы также используем методику лечения в процессе медикаментозного сна. Это избавляет от стрессов и страха и родителей, и самого ребенка.

Клиника имеет и прибор «Мист ТЕНС», а также миографы для качественной функциональной диагностики, поскольку мы занимаемся дисфункцией височно-челюстного сустава. Скоро приобретем еще один сканер. Также есть еще несколько интересных терапевтических инструментов. Одним словом, нет предела совершенству. Хочется быть вооруженными до зубов. И мы не собираемся останавливаться на достигнутом, планируем закупать еще оборудование.

**– Какие системы имплантации вы используете?**

– В основном это Neodent. 80 % всех хирургических операций мы осуществляем на этой системе. Также используем Straumann, у нее более узкое применение, например, в условиях критической атрофии, это вертикальные имплантаты с полированной шейкой. Мы ждем, когда имплантат Neodent с полированной шейкой будет сертифицирован в России, тогда необходимость использования Straumann отпадет. Также мы используем корейские системы для пациентов, у которых они уже стоят.

А в целом система Neodent благодаря своим преимуществам вытеснила другие системы. В чем ее преимущества? Это, во-первых, ее ортопедические элементы, очень грамотно реализованная форма мультиюнитов с биологичным решением поддержки ткани. Толщина стенки имплантата позволяет даже в условиях критической атрофии работать с тонкими диаметрами. Важны и универсальность имплантата, хорошие длины от 7 до 18 мм, высокий процент приживаемости имплантата. Риски отторжения минимальны. Одним словом, Neodent – это прекрасный продукт, с которым мы





с удовольствием работаем на протяжении уже 4-5 лет, как только система появилась в России.

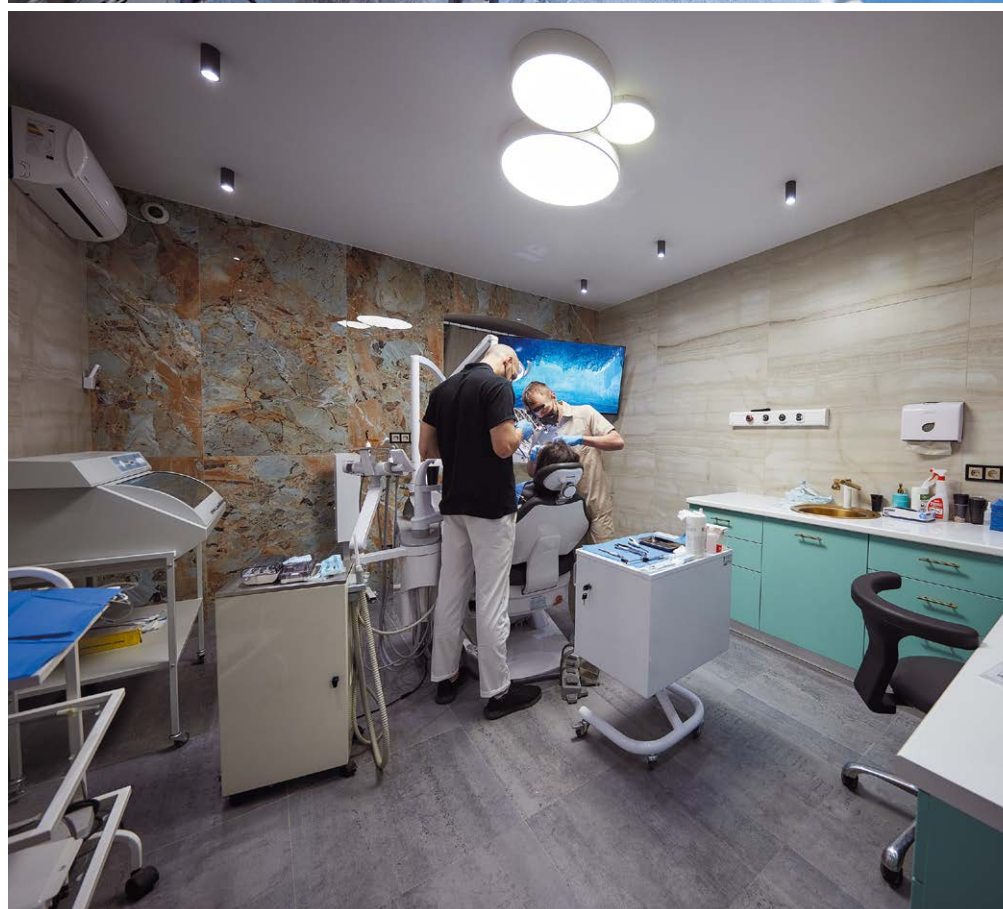
**– Нет предела совершенству. Какие же планы у клиники мечты «Зубные врачи», к чему стремитесь в дальнейшем?**

– Сейчас мы планируем полностью загрузить все наши пять кабинетов. Также стоит задача реализовывать большинство манипуляций в медикаментозном сне.

Будем продолжать расширять географию нашей пациентской аудитории.

А еще мы хотим стать клиникой № 1 в Московской области с точки зрения узнаваемости, качества, количества рекомендаций. А может, замахнемся и на большее. Хотим выйти на уровень работы без рекламы, только на сарафанном радио.

И, конечно, наша цель – быть последней инстанцией для наших пациентов на всех уровнях. И для многих мы уже таковыми являемся: в хирургии, в ортопедии. Люди приезжают к нам, потому что в других клиниках не могут реализовать свои планы по лечению – там не хватает либо оснащенности, либо знаний врачей. Мы гордимся тем, что с уверенностью предлагаем каждому нашему пациенту высокопрофессиональное, качественное лечение на лучшем оборудовании.



**Dentsply  
Sirona**

# Axano

## Инновации, которые восхищают



РЕКЛАМА

- Продуманный дизайн установки
- Цифровые возможности
- Превосходные рабочие процессы

**Москва**

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

**Санкт-Петербург**

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

**Екатеринбург**

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







### Вашуркин Александр Сергеевич

Врач – стоматолог-ортопед, хирург.

2012 г. – Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова. Специальность – стоматология ортопедическая.

2014 г. – Институт повышения квалификации специалистов «Санкт-Петербургский институт стоматологии» (специальность – врач-эксперт «контроль (экспертиза) качества медицинской помощи»).

2016 г. – Самарский государственный медицинский университет. Переподготовка по специальности стоматология хирургическая; ординатура по специальности стоматология ортопедическая.

Стаж работы 12 лет.

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТОКОЛА КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ B2S ПРИ ТОТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В нашу клинику обратилась пациентка с ранее установленными имплантатами с целью дальнейшего протезирования. После оценки снимков КТ и визуального осмотра были выявлены некорректно установленные имплантаты, которые буквально визуализировались сквозь десну (Рис. 1-3). Перед нами встал вопрос выбора дальнейшей тактики лечения.

В похожих на представленный клинический случай ситуациях есть несколько путей решения. Первый вариант заключается в удалении имплантатов и проведении отсроченной операции по восстановлению утраченного костного объема с последующей новой имплантацией. Этот вариант значительно увеличивал сроки реабилитации.

Второй вариант – это удаление имплантатов и одновременная реконструкция гребня с одномоментной установкой новых имплантатов с ранней нагрузкой. Эта тактика имела преимущество, и мы принялись осуществлять план. Удалили имплантаты, восстановили объем костной ткани и обеспечили поддержку мягким тканям пересадкой соединительнотканых трансплантатов. После детального изучения КТ (Рис. 6-10) был выбран вариант немедленной имплантации по протоколу B2s. Тотальная реабилитация на имплантатах с толстой стенкой NEODENT HELIX.

После откидывания лоскута визуализировали оголение имплантатов на всю длину (Рис 4.). Провели удаление (Рис. 5). Установили 4 имплантата в ограниченный костный объем (Рис. 11-12). Далее реконструировали гребень при помощи трансплантата с бугра верхней челюсти (Рис. 13-16) и провели профилирование кости под промежуточные коронки, пересадку мягких тканей, наложили швы. Временное протезирование провели на 5-е сутки (Рис. 17-19).

Первый этап позволил в кратчайшие сроки дать возможность пациентке обрести зубы и уйти от долгосрочной реабилитации.

Через 4 месяца приступили к постоянному протезированию, предварительно оценив состояние мягких тканей (Рис. 20, 21).

Была изготовлена работа из диоксида циркония на титановой балке (Рис. 22-24). Контроль КТ (Рис. 25-28).

Финальное протезирование позволило восстановить жевательную эффективность и закрыть эстетическую потребность.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



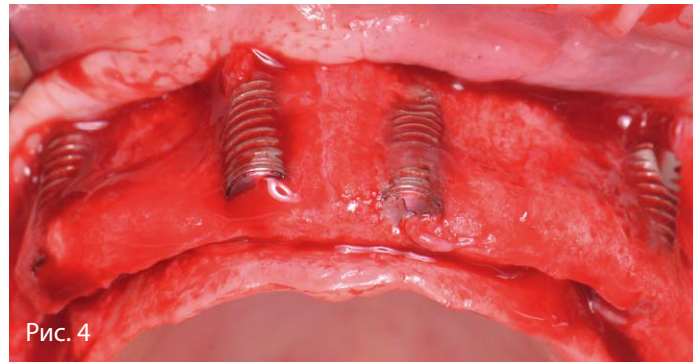


Рис. 4

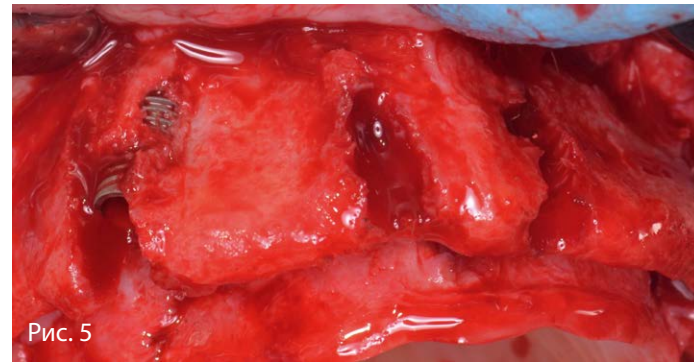


Рис. 5

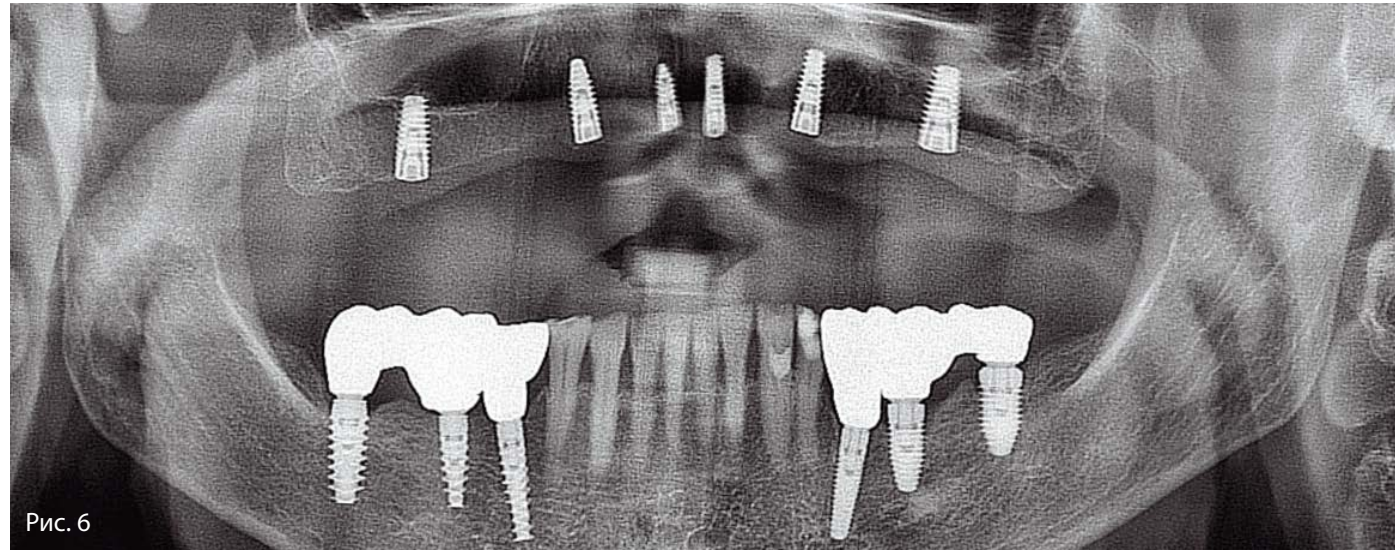


Рис. 6

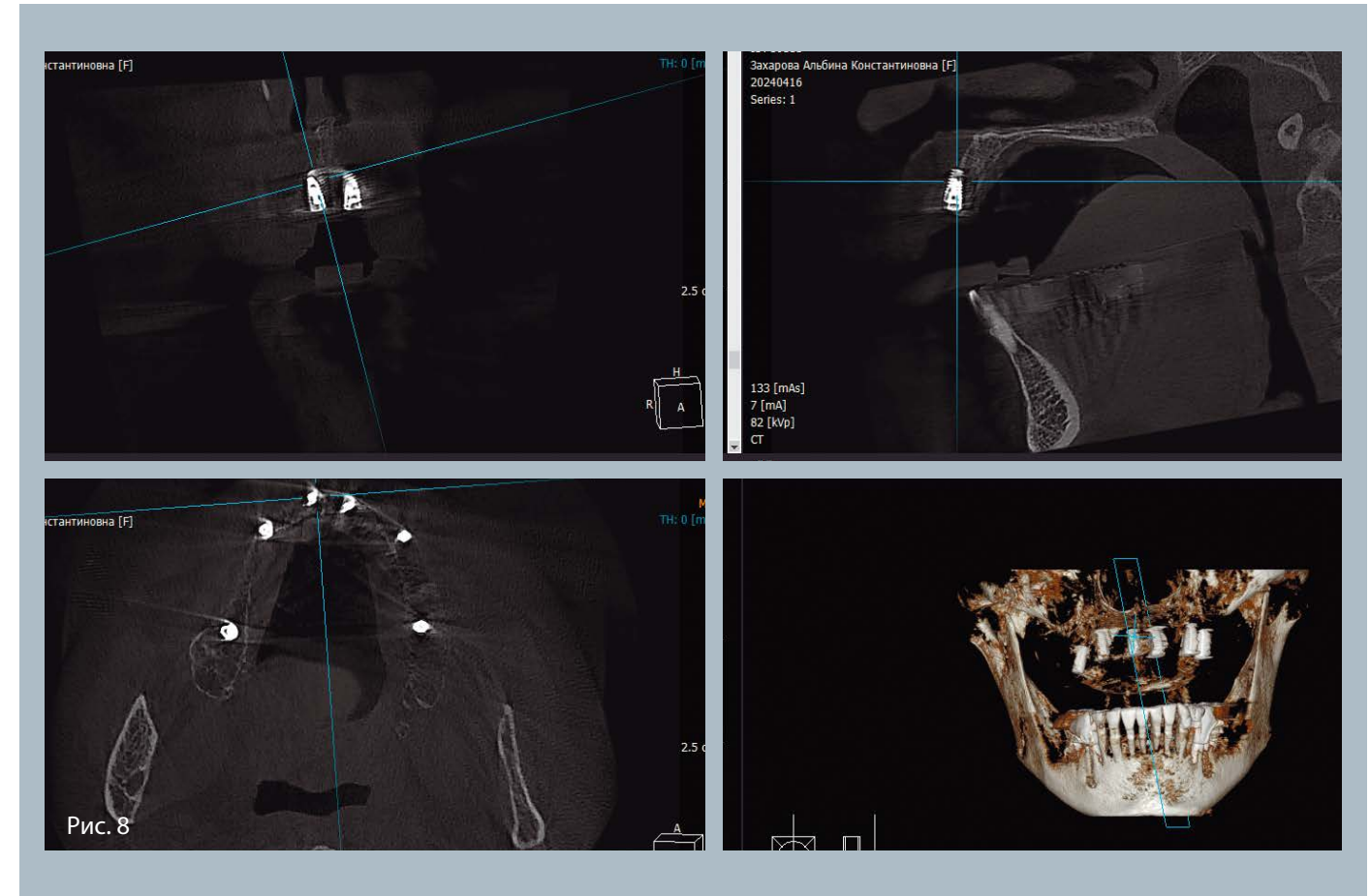


Рис. 8

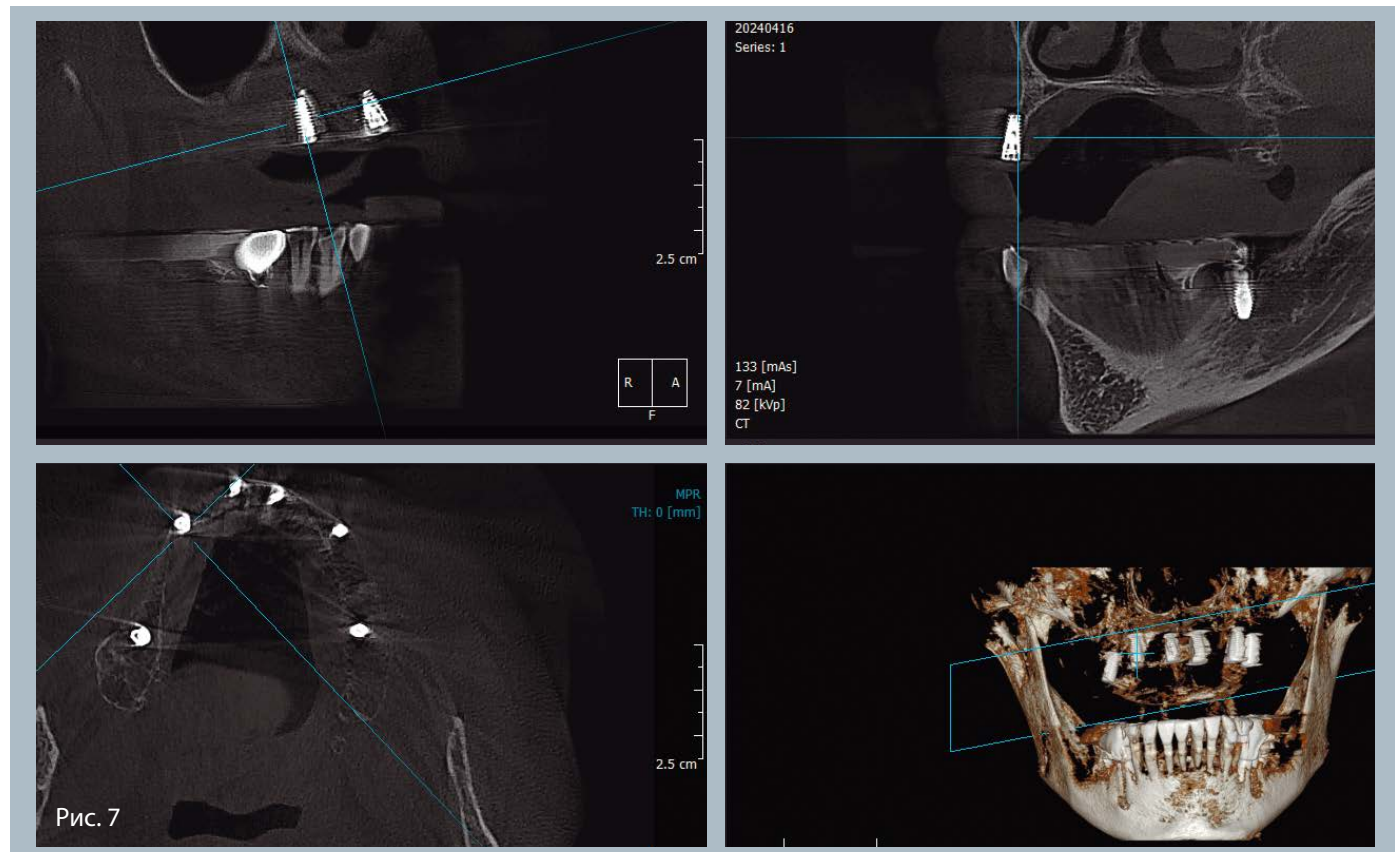


Рис. 7

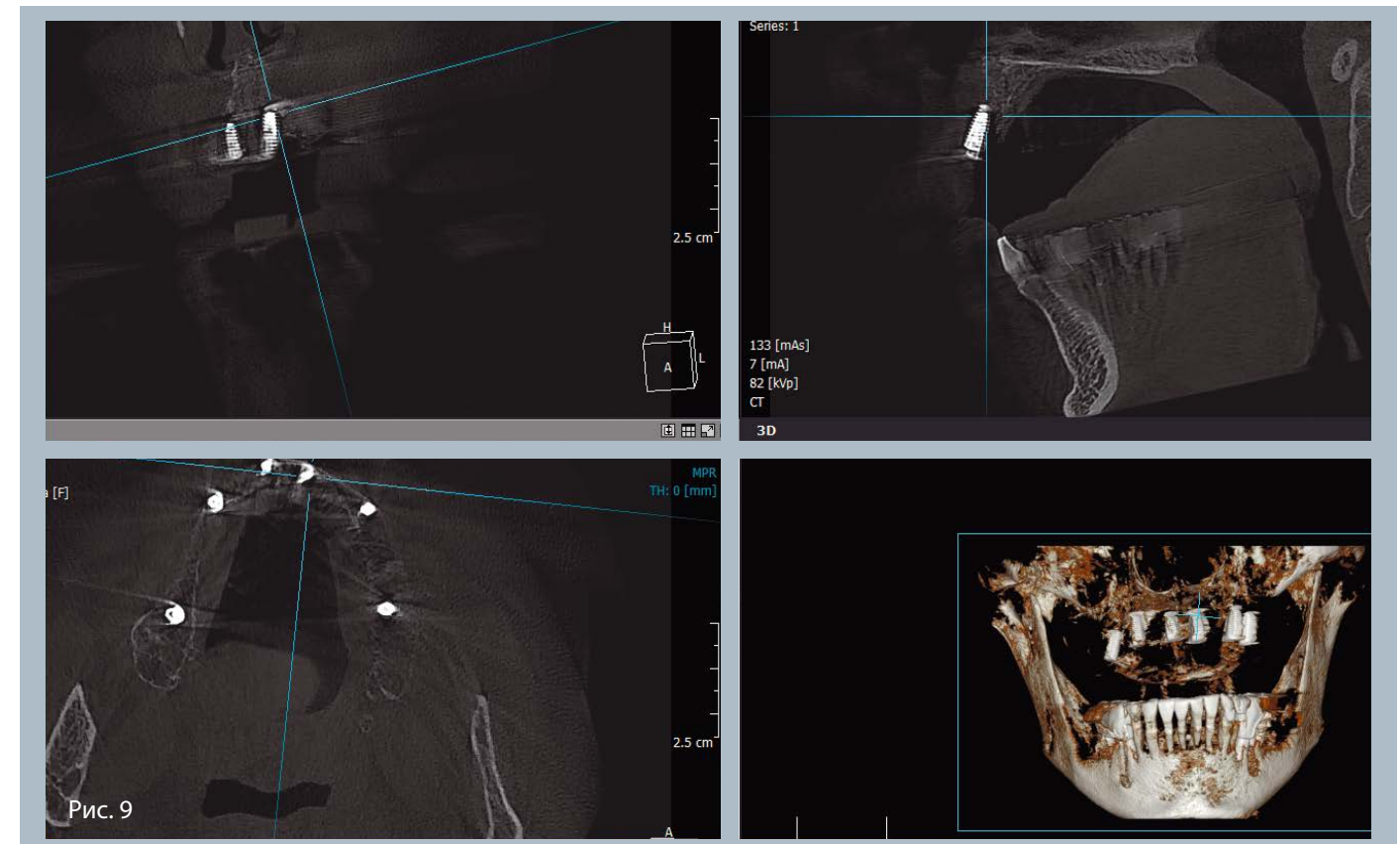
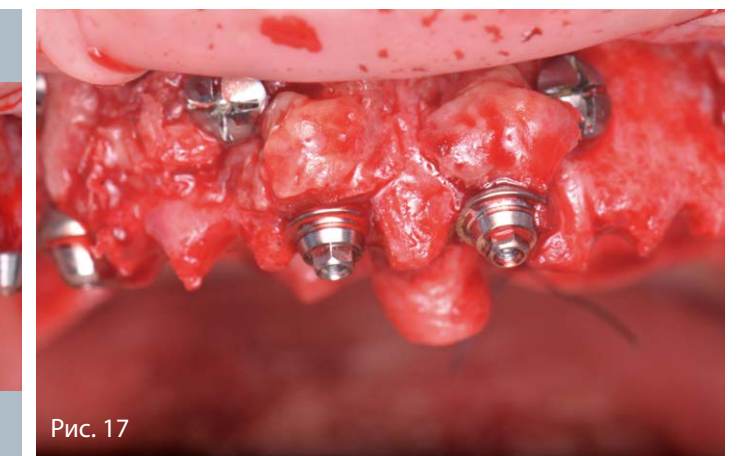
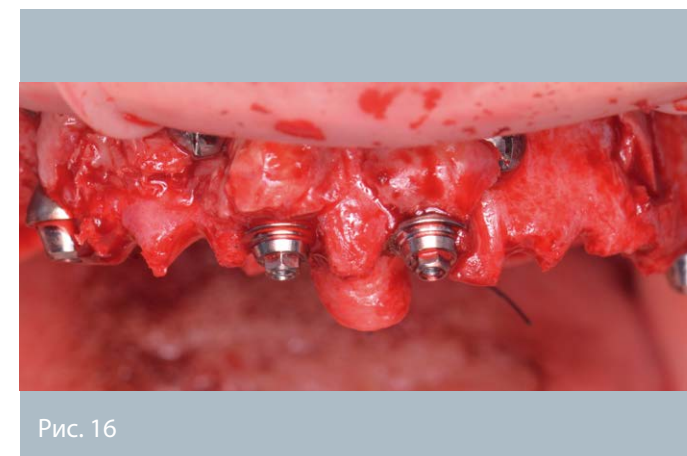
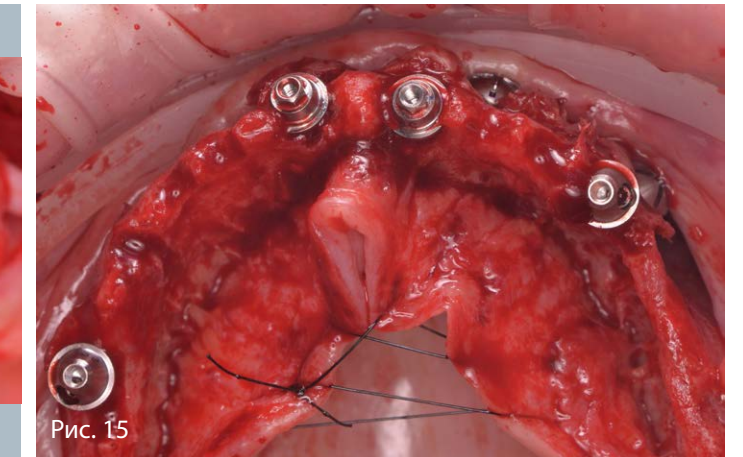
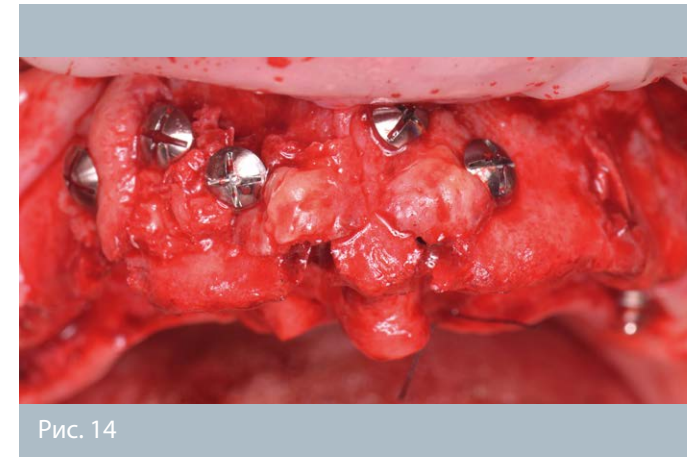
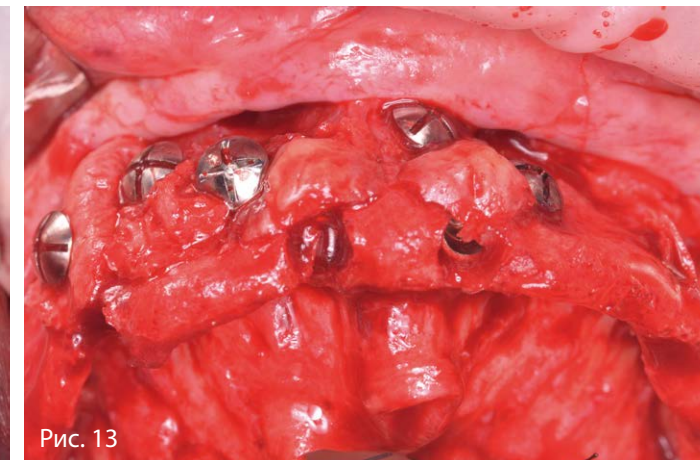
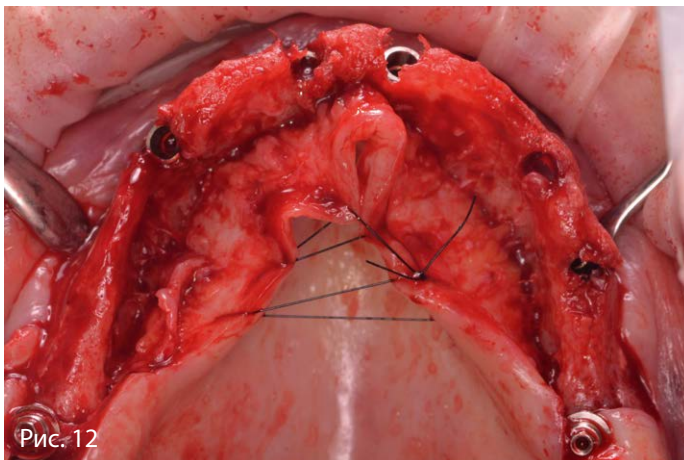
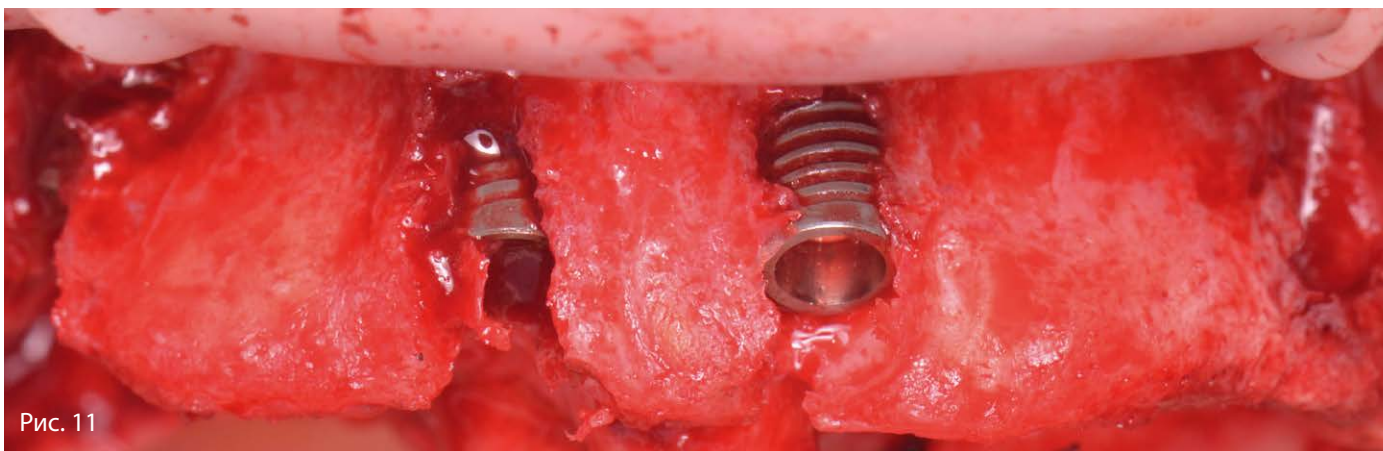
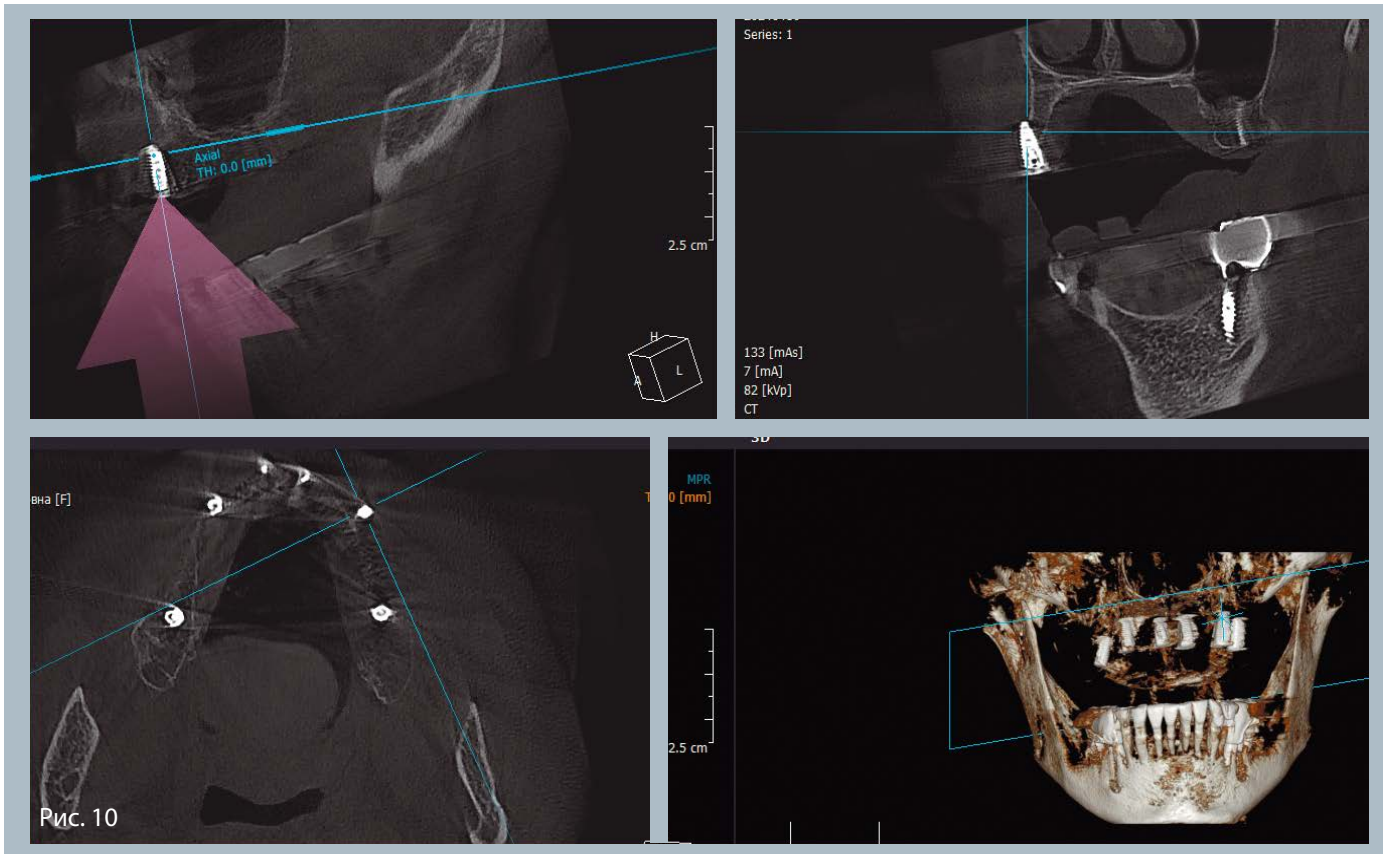
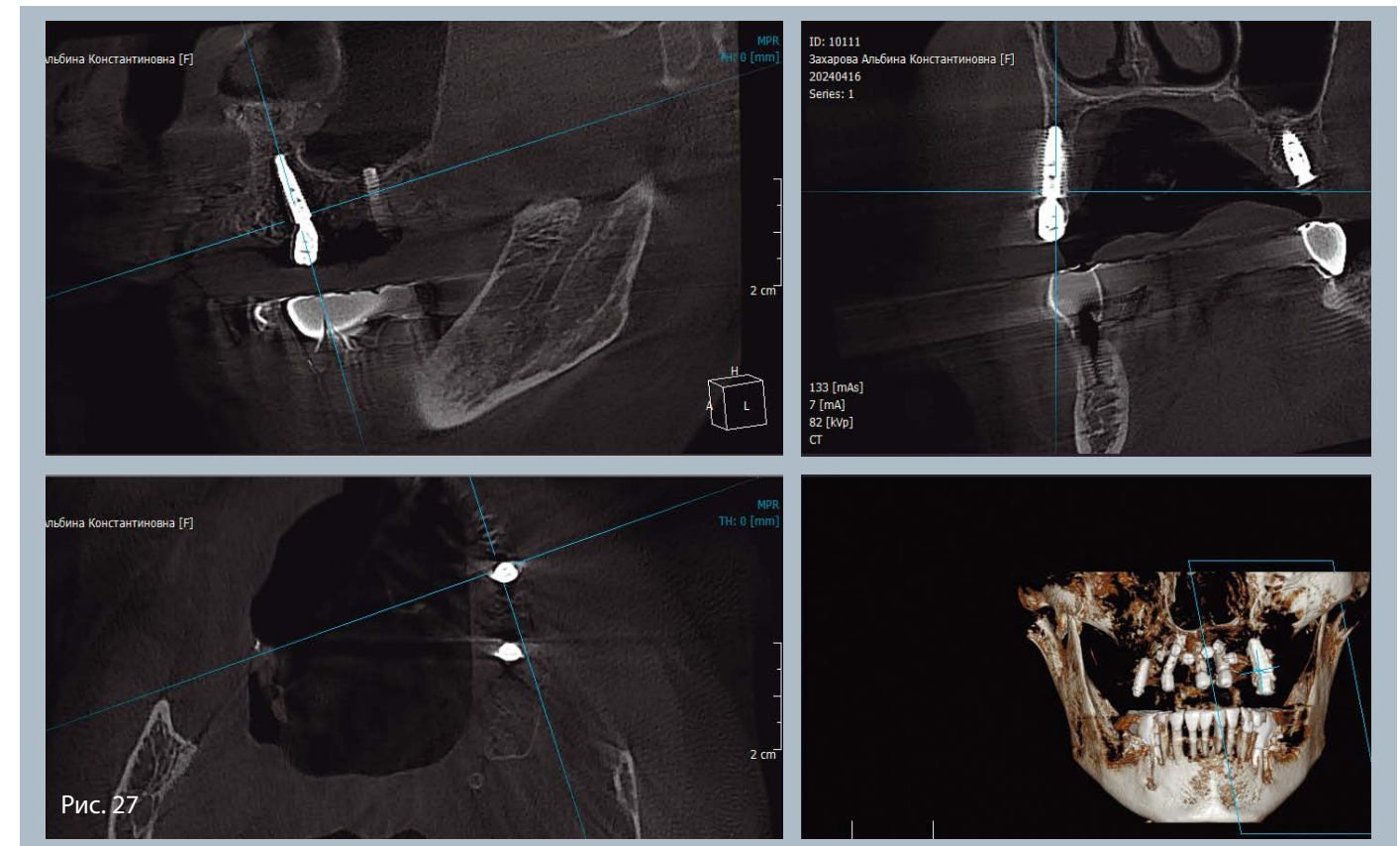
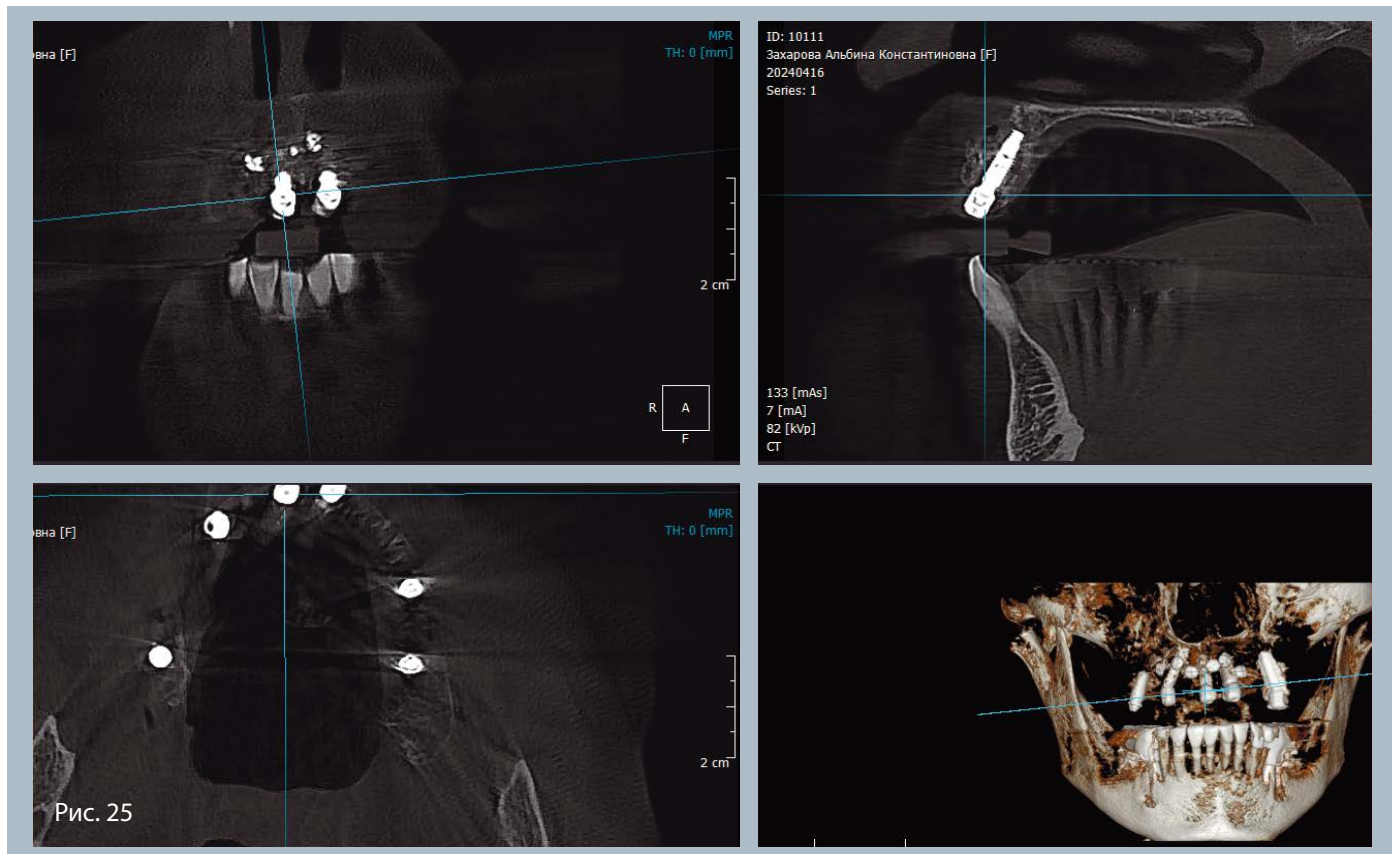


Рис. 9

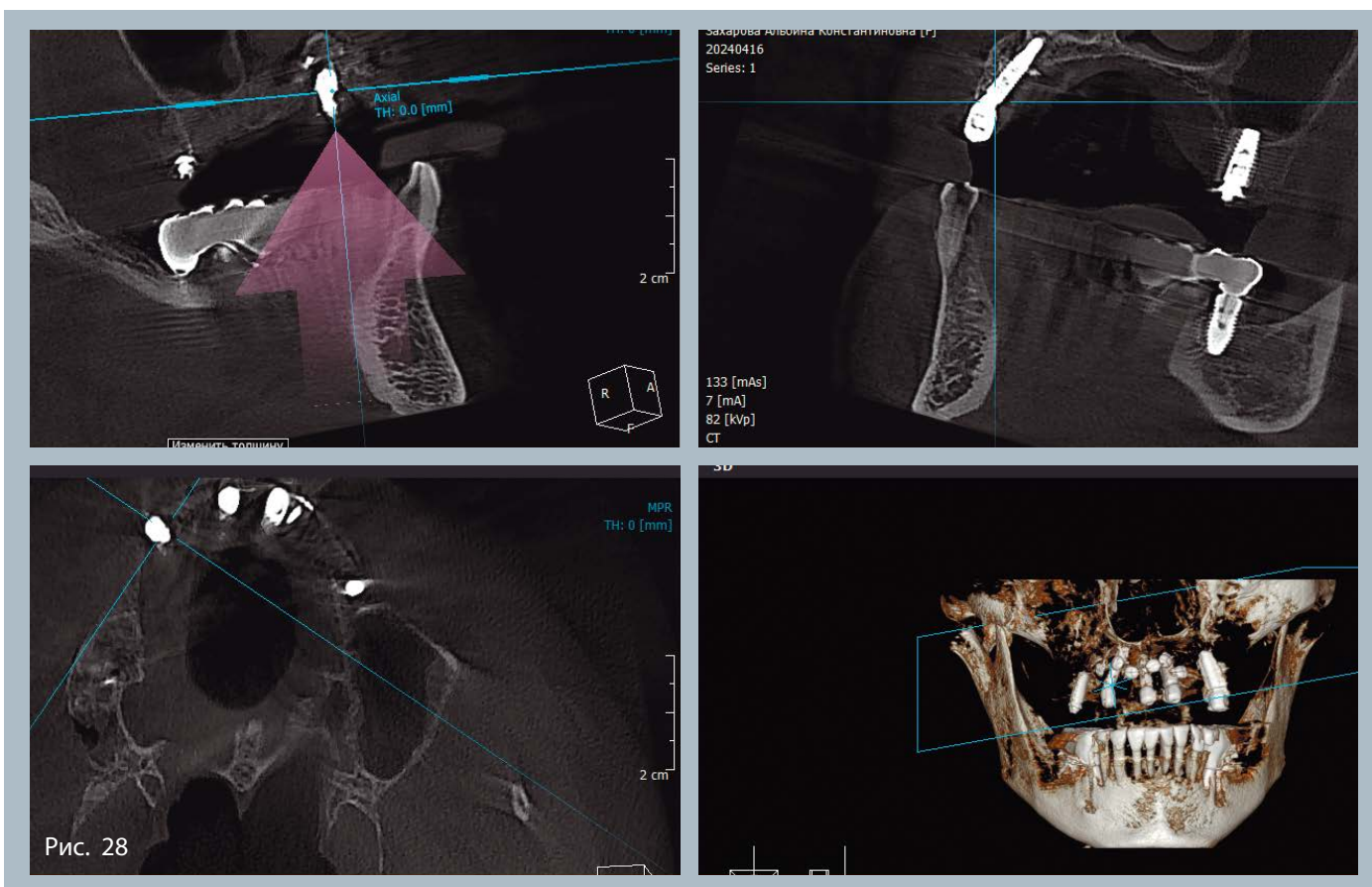












# NEODENT®

A Straumann Group Brand

## NEODENT® NEOARCH® – НЕМЕДЛЕННОЕ НЕСЪЕМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ



ООО «Н.Селла» - эксклюзивный дистрибьютор  
Grand Morse™ Neodent® на территории РФ



# БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ

zumax



- Призматическое увеличение
- Универсальность

**SLE**



- Неповторимая легкость
- Максимальный комфорт

**SLT**



**HL8200**

осветитель для SLE / SLT

- Четкое и бестеневое изображение
- Облегченная конструкция



- Беспроводное освещение
- Гибкие параметры настройки

**SLH**



**HL8260**

осветитель для SLT

- Беспроводное освещение
- Сенсорное управление



- Инновационная оптическая система
- Регулировка рабочей дистанции

**DFK**

Различные увеличения и рабочие дистанции в наличии



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

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

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





Юркевич  
Роман Игоревич

к.м.н., врач – стоматолог-хирург  
г. Москва, частная практика

e-mail: nelx2y@yandex.ru

# ОТКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ БЕЗ КОСТНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ТЕНТОВЫХ ОПОР

## Актуальность

Установка зубных имплантов в жевательном отделе верхней челюсти часто сопряжена с необходимостью восстановления нужного объема костной ткани. Одним из самых распространенных видов костной пластики на верхней челюсти является открытый синус-лифтинг, благодаря которому можно эффективно восстанавливать высоту костной ткани. Методика открытого синус-лифтинга была впервые описана в восьмидесяти годах XX века [1; 2; 3].

Синус-лифтинг в большинстве случаев проводится с использованием различных видов костных материалов: аутогенная костная стружка, ксеногенные и аллогенные костные материалы, а также различные варианты их комбинаций [4].

При проведении синус-лифтинга самым частым осложнением является частичный или полный разрыв мембраны Шнейдера, который можно восстановить при помощи коллагеновой мембраны или ушивания перфорации резорбируемыми шовными материалами. Однако стоит понимать, что даже качественно восстановленная целостность мембраны Шнейдера не всегда может гарантировать

полную герметичность субантрального пространства. В связи с этим использование мелкодисперсных костных материалов может приводить к частичной или полной дислокации (миграции) материала в просвет верхнечелюстного синуса. При возникновении такого рода осложнений чаще всего требуется ревизия костной раны с полным или частичным удалением костного материала. При этом качество и количество костного регенерата даже через полгода может быть неудовлетворительным [5].

В 2004 году командой шведских врачей был предложен альтернативный вариант проведения открытого синус-лифтинга без использования костных материалов, эффективность которого была позднее продемонстрирована в большом количестве других научных работ. В качестве филлера для заданного объема субантрального пространства и подпорки (тента) для мембраны Шнейдера было предложено использование кровяного сгустка и апексов зубных имплантов. Позже, в 2019 году, этой же командой исследователей была выпущена статья с наблюдениями за такими имплантатами со сроками от 3 до 17 лет после протезирования с суммарной выживаемостью имплан-

татов 95,9 %, что доказывает высокую эффективность данной методики [6; 7].

Однако есть клинические ситуации, когда установить зубный имплантат невозможно по причине сильной атрофии альвеолярного гребня и, соответственно, невозможно применить апекс имплантата в качестве опоры-тента для мембраны Шнейдера.

В современной литературе были описаны случаи применения коллагеновых губок в качестве филлера для субантрального пространства без одномоментной установки имплантатов. Помимо получения вертикального объема костной ткани в субантральном пространстве в среднем от 7,46 до 8,48 мм также были продемонстрированы обнадеживающие результаты биопсии полученной костной ткани [8].

Автором данной статьи также была проведена успешная попытка реабилитации пациента с дефицитом альвеолярного отростка по высоте и ширине с использованием аутокостного блока из ретромолярной области нижней челюсти и коллагеновых губок с проведением отсроченной имплантации зуба, то есть без стабильной опоры для мембраны Шнейдера.

## Описание клинического случая

Пациент (женщина, 64 года, без вредных привычек, удовлетворительный уровень гигиены), находящаяся на этапе ортодонтического лечения, была направлена лечащим врачом-ортодонтом после создания места для проведения имплантации и протезирования в области зуба 16 (Рис. 1). При изучении данных КЛКТ была обнаружена выраженная атрофия альвеолярного гребня, сочетающаяся в себе дефицит костной ткани как по ширине, так и по высоте (Рис. 2). При таком количестве резидуальной костной ткани одномоментная установка зубного имплантата с внутренним коническим соединением в правильное ортопедическое положение была невозможна. В данном клиническом случае автором был предложен открытый синус-лифтинг



Рис. 1. Осмотр полости рта перед планированием имплантации. Зуб 16 отсутствует, получено адекватное мезиодистальное расстояние между зубами 16 и 17

без использования костных материалов и без одномоментной установки зубного имплантата.

Все этапы операций проводились в амбулаторных условиях, под местным обезболиванием.

Первое хирургическое вмешательство (декабрь 2023 года) включало в себя проведение открытого синус-лифтинга и восстановление ширины альвеолярного отростка при помощи пересадки аутокостного блока.



Для скелетирования костной поверхности зоны интереса был проведен угловой разрез в области зубов 15-17. Остеотомия для создания доступа к мембране Шнейдера проводилась с использованием углового повышающего наконечника (1:5) и шаровидного алмазного бора Komet (GEBR. BRASSELER GmbH & Co., Германия, арт. ZR8801L315008). Костное окно было аккуратно надломано и отделено от мембраны Шнейдера с помещением его на время операции в стерильный физиологический раствор. Далее при помощи кюрет была проведена отслойка и элевация мембраны Шнейдера с гиперкоррекцией по высоте. На момент отслаивания видимых перфораций обнаружено не было, ротоносовая и носоротовая пробы были отрицательны. После создания достаточного объема субантрального пространства было плотно заполнено коллагеновыми губками Коллапол КП-3 (НПК «Полистом», Россия). Губки вносились в сухом виде, их смачивание кровью происходило непосредственно в субантральном пространстве (Рис. 3). Ширина альвеолярного гребня в области зуба 16 была восстановлена при помощи забранного из ретролярной области нижней челюсти костного блока с кортикальным и губчатым слоями. Костный блок был адаптирован к реципиентному ложу и фиксирован при помощи безударного пина и осциллирующего наконечника. Костный блок передней стенки верхней челюсти, забранный для доступа в пазуху, репозирован без дополнительной фиксации (Рис. 4). Рана ушита без натяжения швами ПТФЭ 5.0. Результат проведенной операции можно увидеть на срезах КЛКТ сразу после операции (Рис. 5).

Медикаментозная терапия включала в себя: а/б терапию (Амоскилав 875+125 мг, 2 таблетки в день, 5 дней), прием НПВС, ротовые ванночки хлоргексидинсодержащими растворами, применение препарата Назонекс местно в нос справа (3-4 раза в день, по 4 пшика, 10 дней). Снятие швов было проведено на 10-е сутки, рана заживала без особенностей, затруднения носового дыхания не наблюдались, выделений из носа не было.

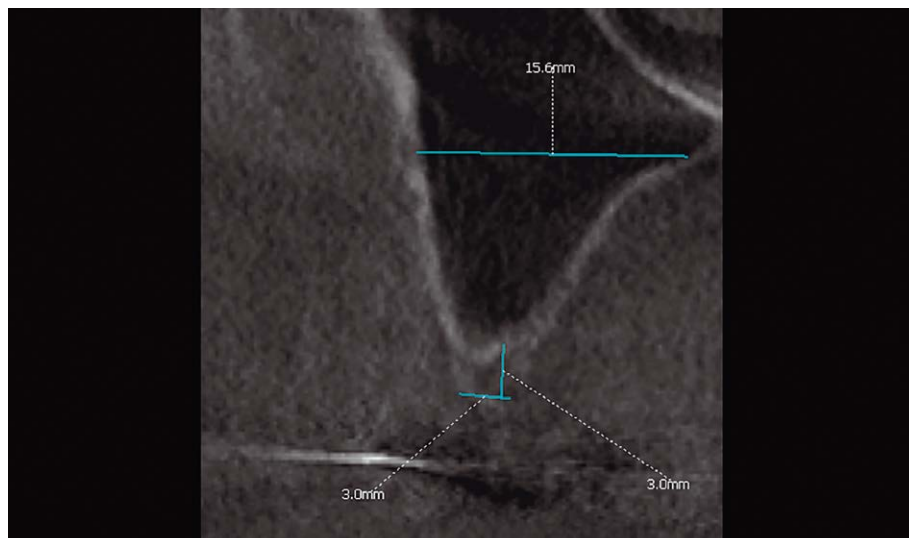


Рис. 2. Начальные костные условия в области отсутствующего зуба 16, по данным КЛКТ



Рис. 3. Плотная паковка и адаптация коллагеновых губок в субантральном пространстве



Рис. 4. Фиксация комбинированного костного блока при помощи безударного пина, репозирование передней костной стенки верхней челюсти

Через 3 месяца была проведена повторная КЛКТ челюстей, на срезах которой четко определялись процесс остеогенеза в субантральном пространстве и консолидация костного блока с альвеолярным отростком (Рис. 6). От начально заданной высоты субантрального пространства в 19,1 мм (измерение проведено по данным КЛКТ сразу после операции) была обнаружена атрофия костной ткани вплоть до 12,2 мм, что составило степень усадки 36,13%. Однако полученного объема костного аугментата было достаточно для проведения имплантации зуба.

Второе вмешательство (март 2024 года) включало в себя проведение линейного разреза в области зуба 1.6, скелетирование костной поверхности, удаление фиксирующего пина, забор костного блока 10 мм в высоту при помощи трепана, создание остеотомического ложа для имплантата с полным протоколом сверления, установку дентального имплантата Dentium Superline SW 4010 (Dentium Co., Ltd., Южная Корея) с первичной фиксацией 35 Нсм, фиксацию ФДМ, ушивание простыми узловыми швами.

На Рис. 7 показана полученная ширина альвеолярного отростка, а также низкая степень усадки объема костного блока. Гистологическое исследование полученного костного столбика не проводилось, однако на Рис. 8 видна его васкуляризация, а также правильное строение новообразованной костной ткани субантрального пространства без примесей костного материала. После проведения окончательной остеотомии под имплантат проведено зондирование пародонтальным зондом на всю глубину препарирования костной ткани для проверки плотности полученного регенерата. Несмотря на полный протокол сверления под дентальный имплантат была получена удовлетворительная первичная стабильность имплантата (35 Нсм), одновременно установлен формирователь десны (Рис. 9). Послеоперационная ОПТГ показывает правильное позиционирование имплантата, а также достаточный объем костной ткани по всему периметру тела имплантата, в т.ч. и над апексом имплантата (Рис. 10).



Рис. 5. Срез КЛКТ в области отсутствующего зуба 16 сразу после проведения открытого синус-лифтинга: визуализируется формирование кровяного сгустка в субантральном пространстве

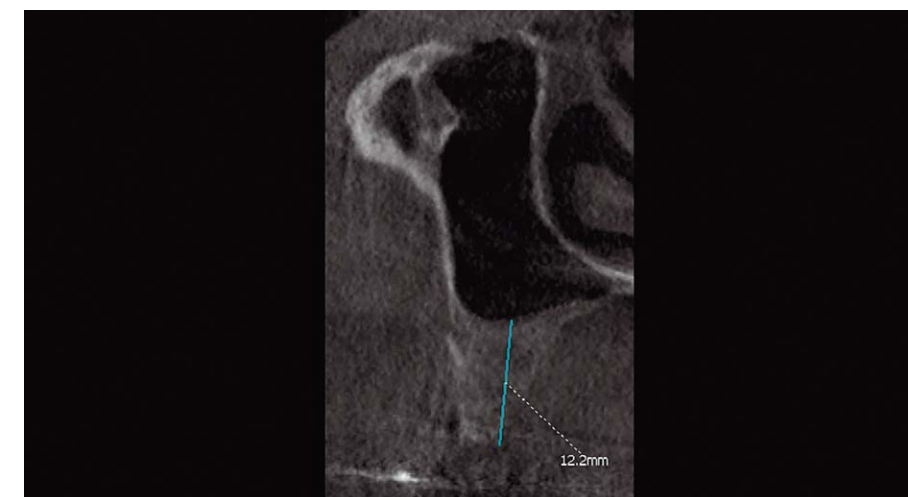


Рис. 6. Срез КЛКТ в области отсутствующего зуба 16 через 3 месяца после открытого синус-лифтинга: визуализируется формирование костной ткани в субантральном пространстве



Рис. 7. Окклюзионный вид альвеолярного отростка через 3,5 месяца после костной аугментации: отмечается удовлетворительная консолидация костного блока



Медикаментозная терапия включала в себя: а/б терапию (Сумамед, 1 таблетка в день, 3 дня), прием НПВС, ротовые ванночки хлоргексидинсодержащими растворами. Снятие швов на 7-е сутки, рана заживала без особенностей.

Через 3,5 месяца после установки имплантата (июнь 2024 года) пациентка была передана врачу-ортопеду для снятия слепков. В начале июля 2024 года проведена фиксация временной коронки с применением винтовой фиксации (Рис. 11), на срезах контрольной КЛКТ через 2 недели после фиксации коронки отмечаются удовлетворительный объем костной ткани, отсутствие признаков периимплантита, а также дальнейшая незначительная степень усадки регенерата вплоть до апекса имплантата (Рис. 12). Стоит обратить внимание на структуру полученной костной ткани: начало формирования кортикального слоя над апексом имплантата и «правильный костный рисунок» губчатого слоя.

### Обсуждение полученных результатов

Предварительные результаты данного клинического случая наглядно показывают, что для проведения костной аугментации субантрального пространства не обязательно использовать костные материалы с долгим сроком биодеградации в качестве филлера. Более того, важно провести установку дентального имплантата в относительно ранние сроки (в данном случае имплантат был установлен через 3 месяца после синус-лифтинга) для того, чтобы новообразованная костная ткань начала функционировать, воспринимая жевательную нагрузку. Коллагеновые губки не способны долгое время выполнять функцию остеокондукции, средний срок их деградации составляет около 2-3 недель.

Суммарная степень усадки высоты костного регенерата составила 47,64 % за первые 7,5 месяцев наблюдения от начально заданного объема субантрального пространства по высоте, однако автором предполагается, что после начала этапа функциональ-

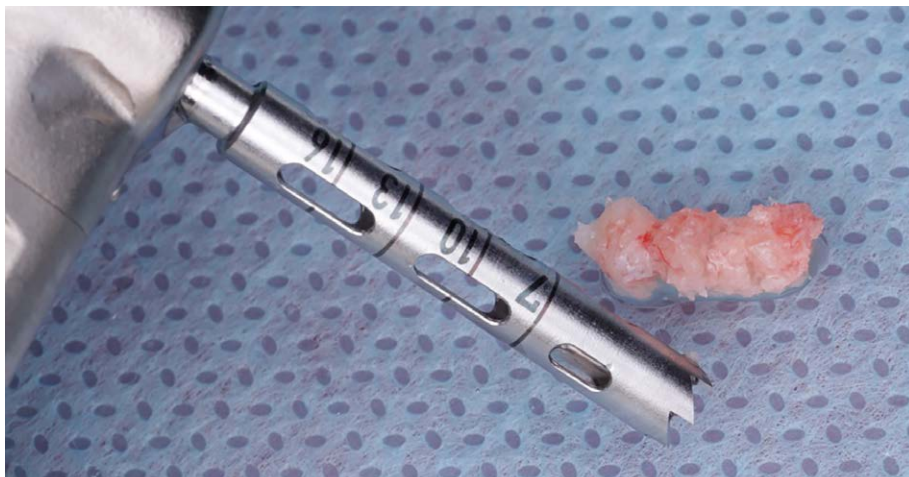


Рис. 8. Вид новообразованной костной ткани субантрального пространства. Забор костного столбика осуществлен при помощи 2 мм трепана



Рис. 9. Состояние после установки дентального имплантата в позицию зуба 16: отмечается удовлетворительный объем костной ткани по всему диаметру шейки имплантата

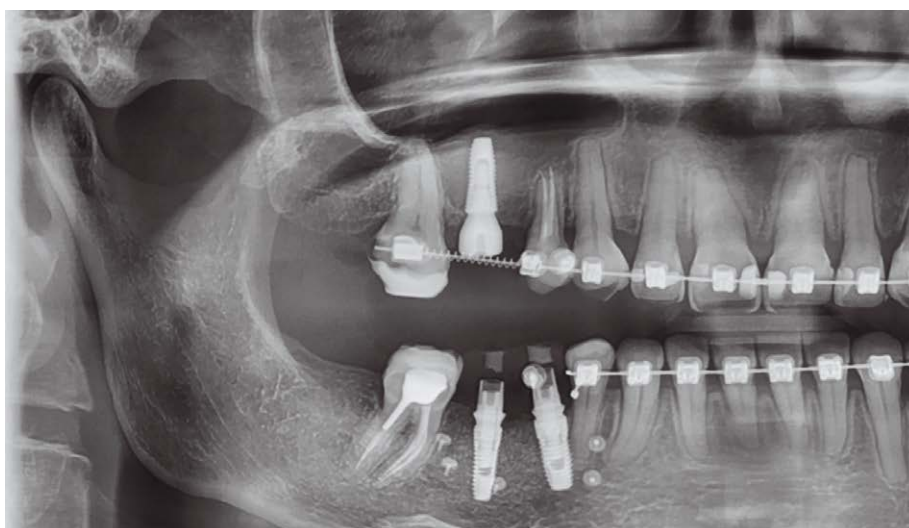


Рис. 10. Контрольная ОПТГ сразу после установки дентального имплантата и формирователя десны в позиции зуба 16

ной нагрузки данная атрофия должна приостановиться и стабилизироваться за счет поддержки уровня высоты костной ткани апексом имплантата и дальнейшего созревания костной ткани.

Сразу после проведения открытого синус-лифтинга вертикальный объем субантрального пространства составлял 19,1 мм, через 3 месяца после открытого синус-лифтинга тот же объем составлял 12,2 мм, через 7,5 месяцев после открытого синус-лифтинга уровень костного дна пазухи стабилизировался на отметке 10 мм (апекс имплантата). При этом уже в начале этапа функциональной нагрузки отмечаются сформированный губчатый слой и начало кортикализации дна гайморовой пазухи.

Проведение открытого синус-лифтинга без костных материалов и одномоментной имплантации требует большей степени элевации мембраны Шнейдера, учитывая степень последующей усадки объема костной ткани. Необходимы дальнейшие наблюдения за подобными клиническими случаями для подтверждения эффективности данного метода и определения показателей выживаемости дентальных имплантатов, а также степени стабильности костной ткани.



Рис. 11. Оклюзионный вид временной коронки винтовой фиксации в позиции зуба 16

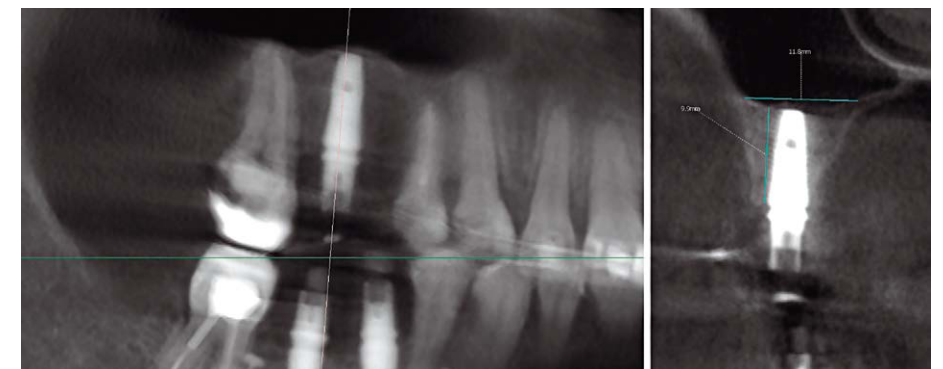


Рис. 12. Контрольная КЛКТ через 4,5 месяца после имплантации в области зуба 16: отмечается дальнейшее уменьшение объема костной ткани вплоть до апекса имплантата

### Использованная литература

- 1) Boyne P. J. Grafting of the maxillary sinus floor with autogenous marrow and bone //J. Oral Surg. – 1980. – Т. 38. – С. 613-616.
- 2) Tatum Jr H. Maxillary and sinus implant reconstructions //Dental Clinics of North America. – 1986. – Т. 30. – №. 2. – С. 207-229.
- 3) Wood R. M., Moore D. L. Grafting of the maxillary sinus with intraorally harvested autogenous bone prior to implant placement // International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. – 1988. – Т. 3. – №. 3.
- 4) Browaeys H., Bouvry P., De Bruyn H. A literature review on biomaterials in sinus augmentation procedures //Clinical implant dentistry and related research. – 2007. – Т. 9. – №. 3. – С. 166-177.
- 5) Hsu Y. T. et al. Complications of sinus floor elevation procedure and management strategies: A systematic review //Clinical Implant Dentistry and Related Research. – 2022. – Т. 24. – №. 6. – С. 740-765.
- 6) Lundgren S. et al. Bone reformation with sinus membrane elevation: a new surgical technique for maxillary sinus floor augmentation //Clinical implant dentistry and related research. – 2004. – Т. 6. – №. 3. – С. 165-173.
- 7) Lundgren S. et al. Clinical outcome and factors determining new bone formation in lateral sinus membrane elevation with simultaneous implant placement without grafting material: a cross-sectional, 3-17 year follow-up study //Clinical Implant Dentistry and Related Research. – 2019. – Т. 21. – №. 5. – С. 827-834.
- 8) Berberi A. et al. Sinus floor augmentation with ambient blood and an absorbable collagen sponge: a prospective pilot clinical study //Implant Dentistry. – 2017. – Т. 26. – №. 5. – С. 674-681.



# КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ

ДЛЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ  
СИСТЕМЫ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ

ВМЖО  
Н. СЕЛЛА

Академическая поддержка



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

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

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

Оформить заказ



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

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

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

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

## Комплекс для функциональной стоматологии в индивидуальном кейсе

Комплекс беспроводного мониторинга электро-физиологических сигналов «Колибри»

Датчик функциональной активности Callibri.  
Депрограмматор U-DENT

Устройство для определения психофизиологического состояния Brainbit



BRAIN • MUSCLE • JOINT • OCCLUSION

www.nsella.ru





Ризванов  
Ренат Ильшатovich

Врач – стоматолог-хирург,  
челюстно-лицевой хирург

Главный врач, клиника «Редент»,  
г. Нижний Новгород

# ТРИУМФАЛЬНАЯ АРКА

Реферативная практика.

Эта история о командной работе «врач – пациент».

О максимальной мотивации  
и желании получить результат.

Об опыте. О доверии

Я всегда очень благодарен таким пациентам, и, как правило, лечение проходит максимально результативно и в позитивном ключе! И также хочу сказать спасибо всем коллегам за то, что доверяете своих пациентов нам!

Хочу поделиться хирургическими этапами данного клинического случая.

Девушка, 35 лет, доктор, без вредных привычек. В анамнезе неудачное лечение зубов, большой воспалительный процесс в области всех резцов на верхней челюсти – лечение в стационаре: удаление зубов и цистэктомия, на выходе съемный протез.

Экстремальный дефект, рубцы, фобии... Тщательная подготовка с применением цифровых протоколов.

Необходимо было очень тщательно спланировать лечение, права на ошибку не было.

По моему мнению, критически необходимо перед началом лечения обо всем поговорить и договориться «на берегу», особенно когда речь идет о костной пластике: все этапы, сроки, обязательные выполнения рекомендаций и возможные осложнения. Мы должны предупредить наших пациентов максимально.

Имплантация, да и вообще хирургия должна быть ортопедически ориентирована. Поэтому планирование было, конечно же, с участием врача-ортопеда Игоря Левушкина.

Провели внутриротовое сканиро-

вание, КЛКТ:

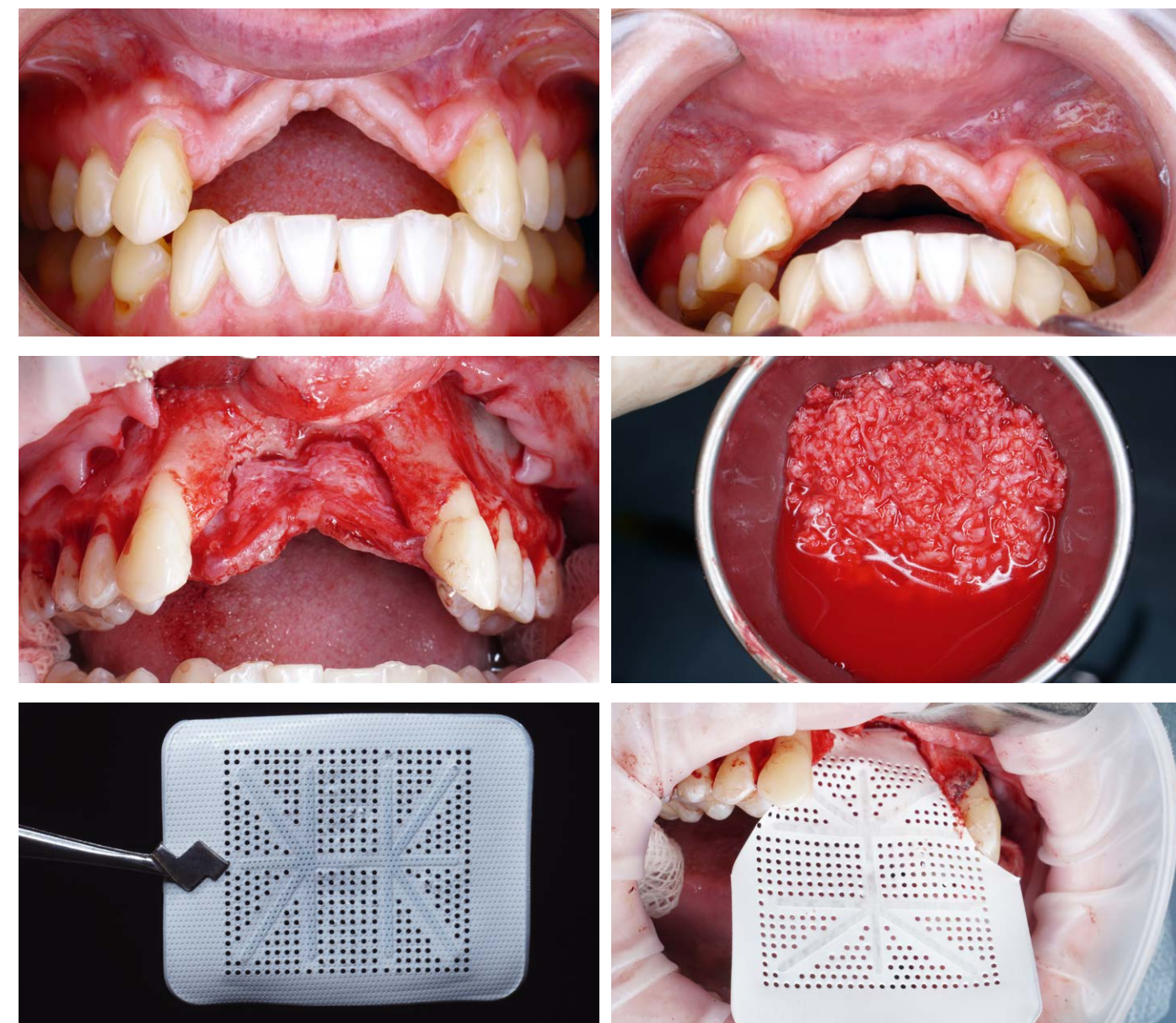
- распечатали модель верхней челюсти с дефектом;

- смоделированы примерно будущие зубы;

- пластмассой восстановлен дефект относительно будущей конструкции и с учетом поддержки мягких тканей верхней губы.

Проведение аугментации на верхней челюсти в переднем отделе – непростая задача: это самая сложная зона для работы по ряду причин.

Перед каждым вмешательством обязательна профессиональная гигиена полости рта.





**Хирургический этап №1**

Направленная костная регенерация:

- проведено местное обезболивание;
- формирование максимально безопасных полнослойных лоскутов с вертикальными разрезами вестибулярно в области первых моляров;
- декортикация принимающего ложа;
- механическая и химическая обработка зубов рядом с дефектом;
- мобилизация вестибулярного лоскута;
- забор аутострукки с нижней челюсти в ретромолярной и наружной кривой зонах с помощью костного скребка, а также забор костных блоков трепанами, которые размельчались в костной мельнице;
- добавление ксеногенного материала бычьего происхождения (Bio-Oss) и получение микса ауто с ксено, где ауто значительно больше;
- в качестве каркасной мембраны была выбрана перфорированная ПТФЕ-мембрана с титановым усилением 40x50 (RPM);
- безопасное двухэтажное ушивание со смещением на один сосочек в сторону дефекта.

Снятие швов через 3 недели, и сдаем временную конструкцию в виде капы.

Ожидание чуть больше года, и переходим к следующему этапу.

**Хирургический этап №2**

По тем же этапам проводим вторую операцию.

Раскрываем зону костной пластики, удаляем мембрану и получаем очень хороший результат.

Совместно с ортопедом принимаем решение установить имплантаты с коническим соединением (Mis c1) в позицию 1.1 и 2.1, и на выходе конструкция с двумя консолями на боковые резцы. Имплантация проходила по навигационному шаблону, полный протокол сверления, под заглушки.

И проводим вторую НКР для создания дополнительного объема и защиты регенерата от возможной резорбции. Наглухо ушиваем без натяжения.

Снятие швов через 3 недели.

Через несколько месяцев обязательным этапом – работа с мягкими тканями.

Очень маленькое преддверие, недостаточно кератинизированной

десны и объема мягких тканей. Принято решение провести мягкотканную пластику методикой двойного стрипа по Урбану.

**Хирургический этап №3**

- Провели разрез по мукогингивальной границе и расщепление вестибулярного лоскута;

- иссечение мышечных волокон до надкостницы;

- вестибулярный лоскут подшит к надкостнице максимально апикально;

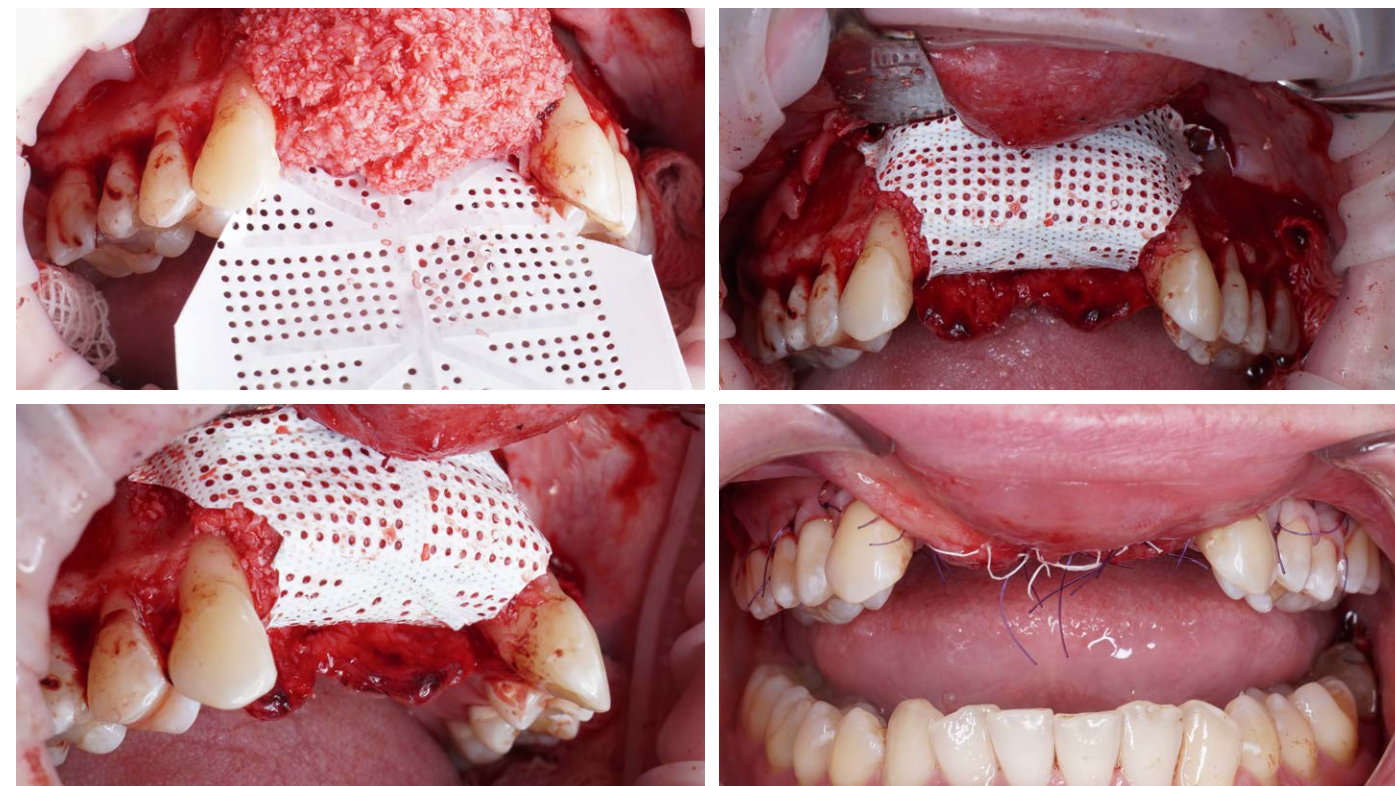
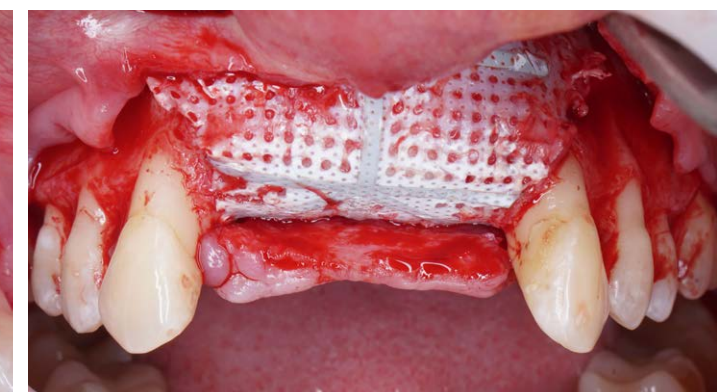
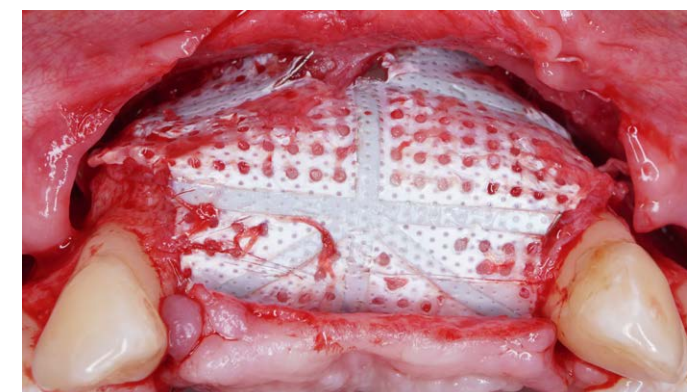
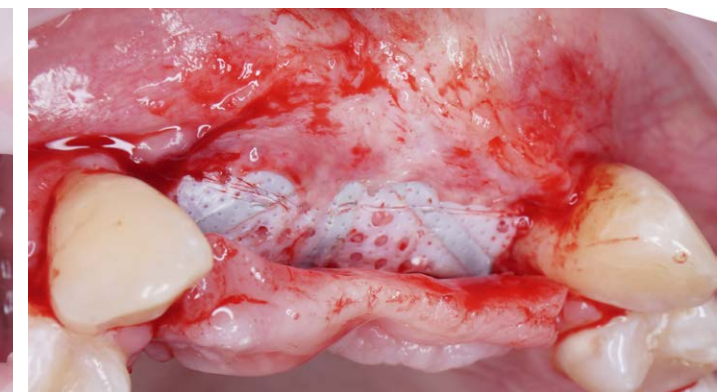
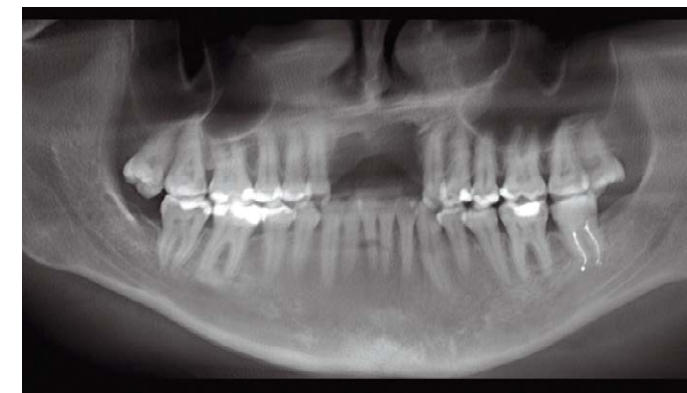
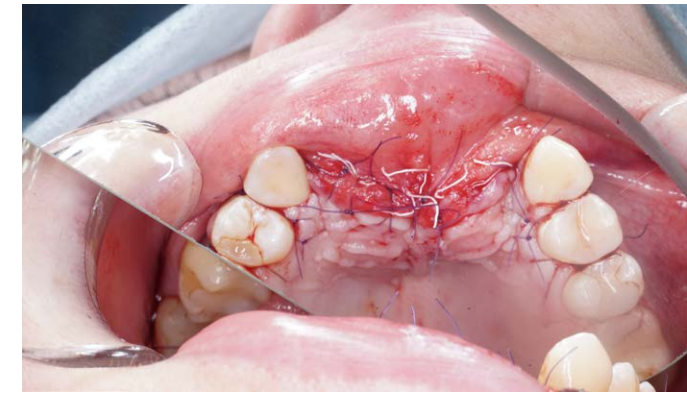
- с неба забраны два стрипа – свободные десневые трансплантаты, и фиксированы к надкостнице вестибулярно апикально;

- два трансплантата вестибулярно над зенитами от 1.3 до 1.7 и от 2.3 до 2.7, фиксированы так к надкостнице, но на уровне истинного преддверия, корональное другого стрипа;

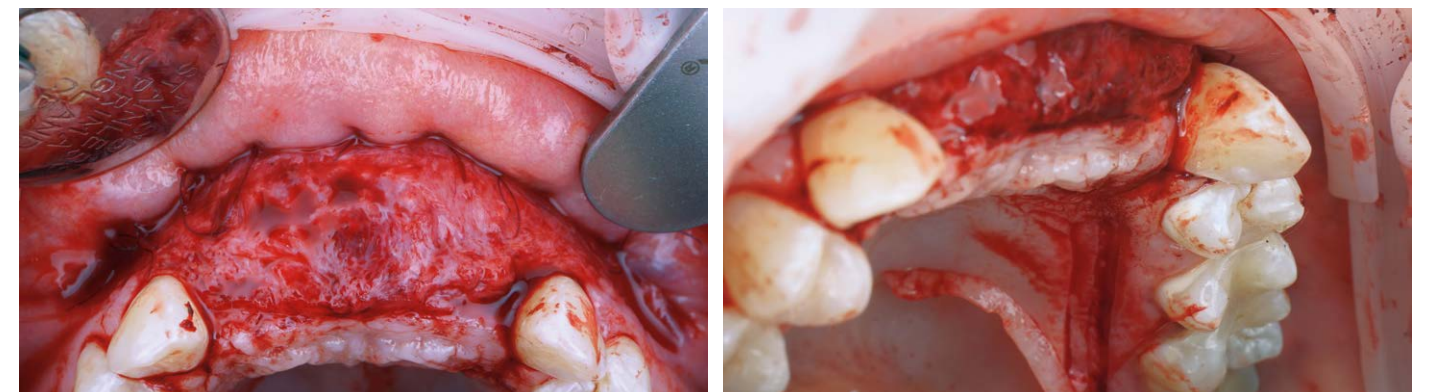
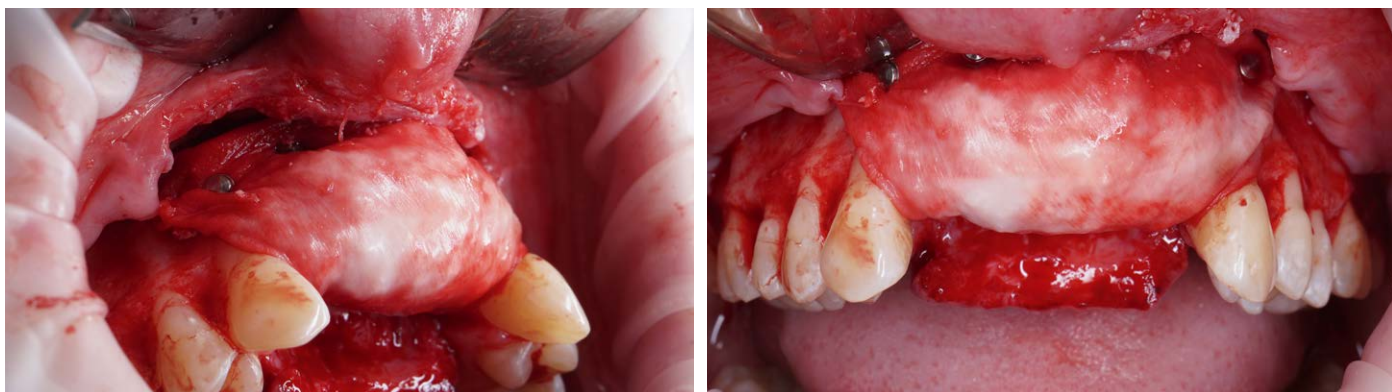
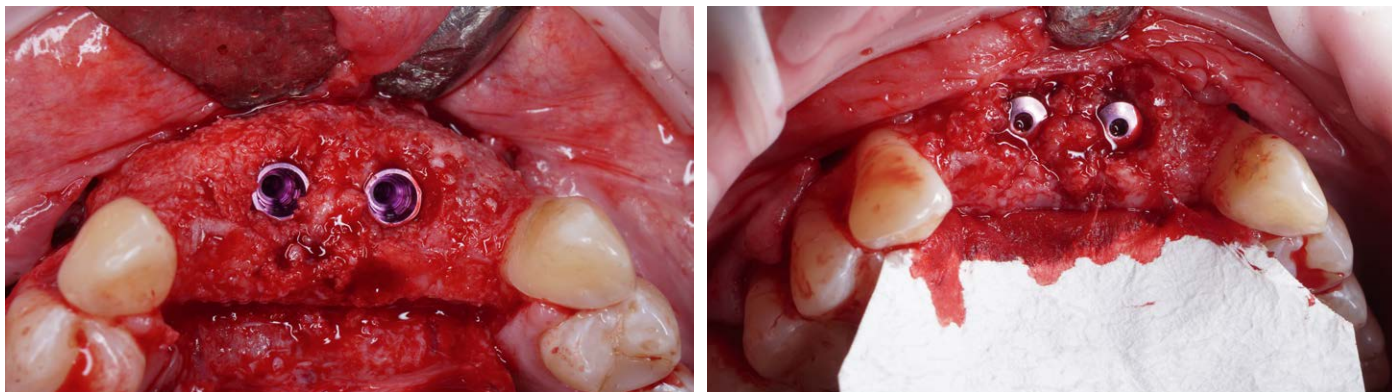
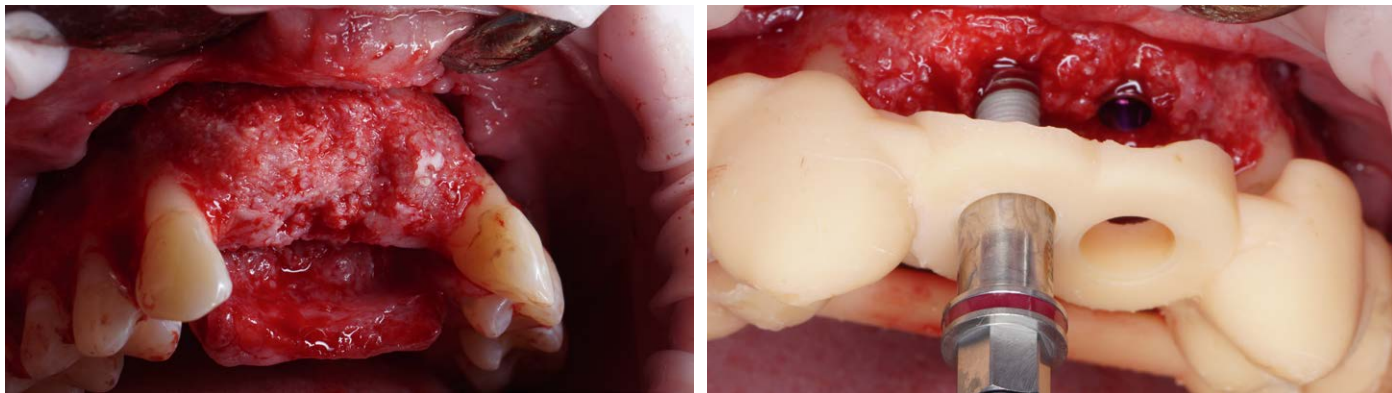
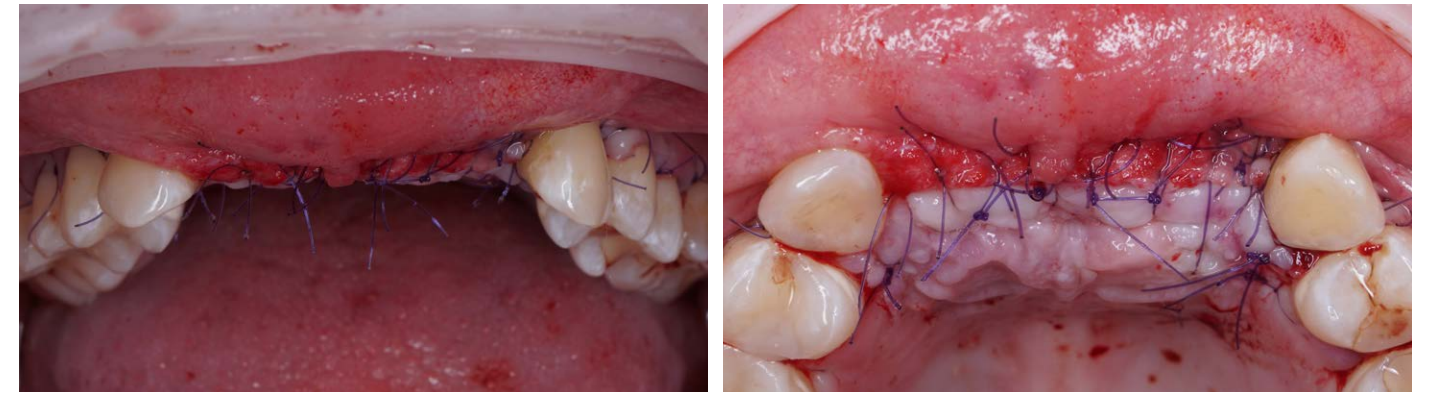
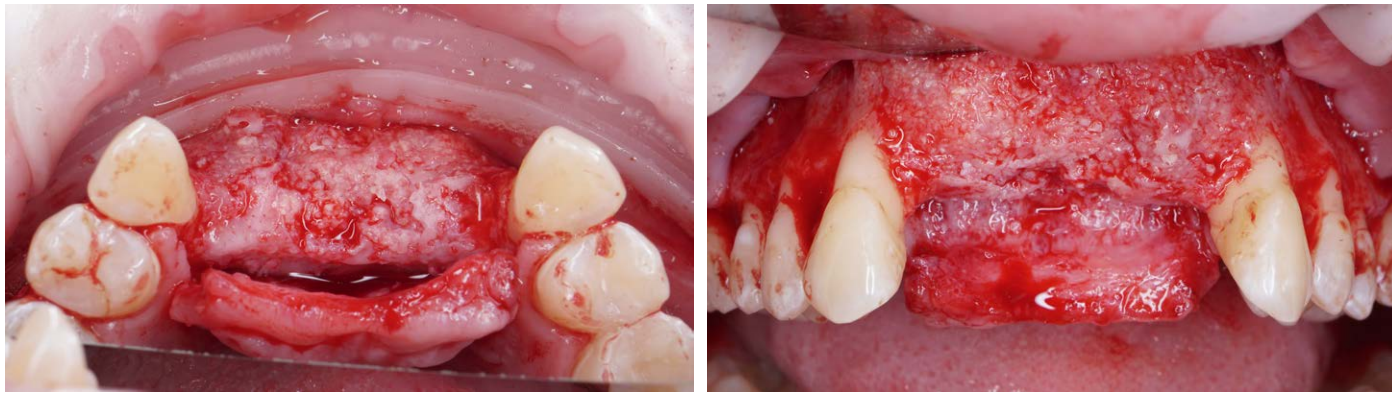
- на оставшийся большой открытый участок был уложен и фиксирован ксеногенный коллагеновый матрикс (mucograft).

Снятие швов через 3 недели и контрольный осмотр через 2,5 месяца.

Созданы отличные условия для протезирования.











# НОВАЯ ЭРА В ТЕХНОЛОГИИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

РЕКЛАМА РЗН 2019/9018 от 07.10.2019

**ZEISS**

с микроскопами  
**ZEISS EXTARO 300**

**В** vk.com/nsella

**Москва**

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

**Санкт-Петербург**

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

**Екатеринбург**

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



# БИНОКУЛЯРНЫЕ ЛУПЫ

  
**I.C. LERCHER**

**НЕМЕЦКОЕ КАЧЕСТВО  
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР**



РУ РЗН 2021/14793 от 14.07.2021  
РУ РЗН 2021/14791 от 14.07.2021

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

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

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



РЕКЛАМА





Дмитриевский  
Георгий Евгеньевич

Стоматолог-ортопед, хирург,  
имплантолог, пародонтолог.

Частная практика (г. Москва).

Практическое обоснование  
одномоментной имплантации  
без костной регенерации.

Участник международных  
конгрессов и обучающих  
мероприятий от мировых  
звезд стоматологии.

# Сохранение розовой эстетики с помощью «корневого щита» или десневого трансплантата

В современной имплантологической практике, которая нераздельно сочетает в себе понятия и принципы пародонтологии и ортопедии, все больше внимания уделяется изучению вопросов розовой и белой эстетики

при использовании малоинвазивных методик, изучение которых начинает переплетаться в повседневной практике, для достижения лучшего результата клинической задачи.

В центре внимания данного клинического случая группа фронтальных зубов верхней челюсти от 1.2 до 2.2.

Нас интересует удаление центральных зубов с различными вариантами сохранения вестибулярного объема (Рис. 1 и 2).

Итак, после удаления зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 (Рис. 3), как видно на Рис. 4, в лунке зуба 1.1 была оставлена вестибулярная часть корня. Это как раз первый способ сохранения ве-

стибулярного объема по методике «корневого щита».<sup>1</sup>

В лунки зубов 1.2 и 2.2 установлены имплантаты. А в лунках отсутствующих зубов (1.1 и 2.1) были уложены коллагеновые губки ParaSorbe Cone.

Для сохранения объема десны (розовой эстетики) были пересажены десневые трансплантаты с бугра верхней челюсти в позиции остальных зубов, в том числе и в зону зуба 2.1, как на Рис. 5.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

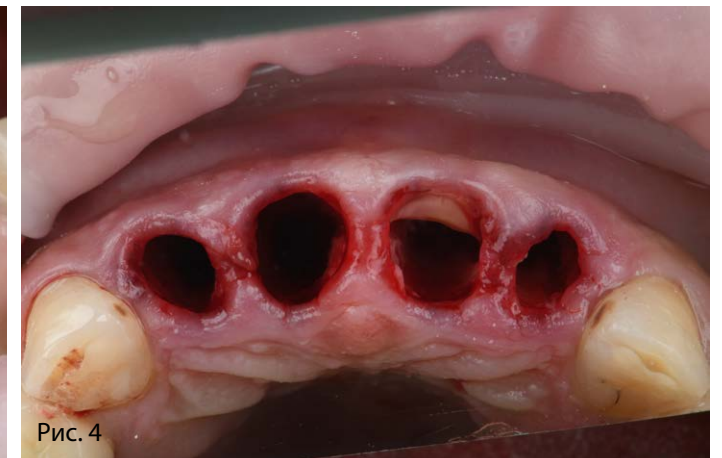


Рис. 4

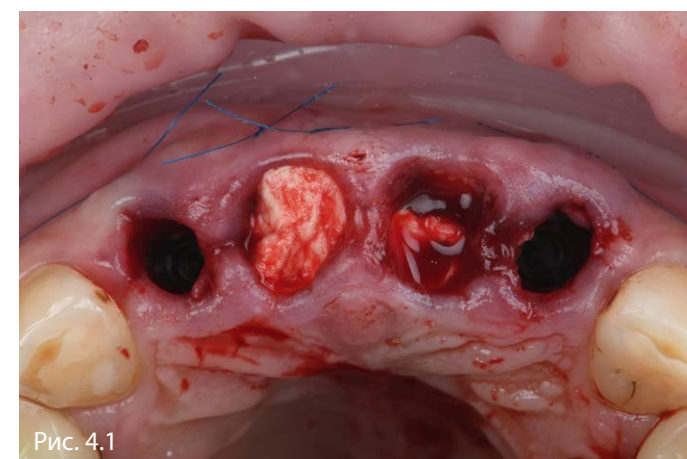


Рис. 4.1



Рис. 5

<sup>1</sup>Evaluation of alveolar process resorption after tooth extraction using the socket shield technique without immediate installation of implants: a randomised controlled clinical trial  
Getúlio Batista de Oliveira 1, Iêda Margarida Cruzóe Rebello 2, Kátia Montanha Andrade 1, Nara Santos Araujo 1, Jean Nunes Dos Santos 3, Patricia Ramos Cury 4  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256958/>  
Comparing conventional flap-less immediate implantation and socket-shield technique for esthetic and clinical outcomes: A randomized clinical study  
Cong Sun 1, Jinxiu Zhao 2, Zhi Liu 1, Lei Tan 1, YaLi Huang 1, Liang Zhao 1, Hong Tao 1  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31680339/>



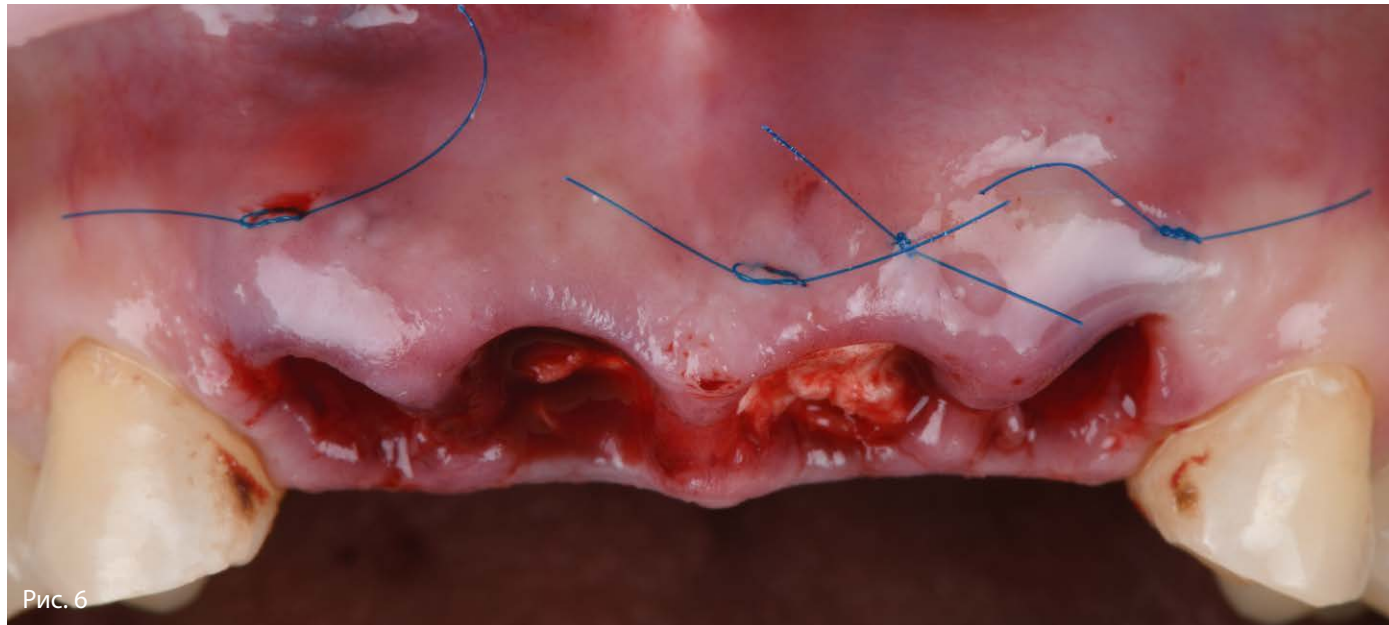


Рис. 6

По итогу операции: были удалены 4 фронтальных резца, установлены 2 имплантата, пересажены 3 десневых трансплантата, произведена 1 гемисекция корня (Рис. 6).

Поскольку зона передних зубов является зоной улыбки и эстетики, была произведена немедленная нагрузка на свежеставленные имплантаты. В качестве временной

конструкции был использован прежний мост пациента, адаптированный на временные титановые основания. Эта конструкция является не только эстетическим параметром, но и имеет биологическое влияние: препятствует экстракции кровяного сгустка в альвеоле после удаления зуба.

Этап временной ортопедической работы:



Рис. 7

Перебазировка старой конструкции (Рис. 7)



Рис. 8

Работа с поддесневой частью временного моста, которая корректируется композитом (Рис. 8)



Рис. 9

Фиксация моста и поддержка десневого контура (Рис. 9)

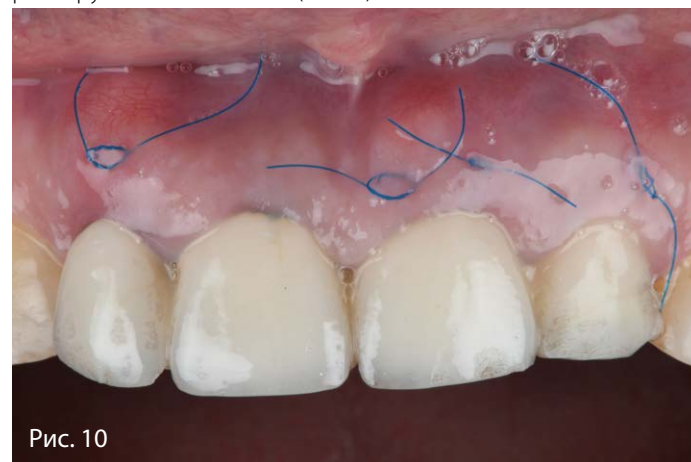
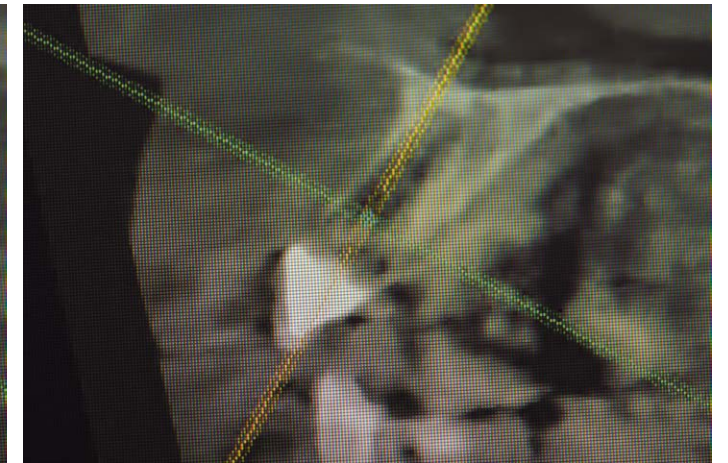
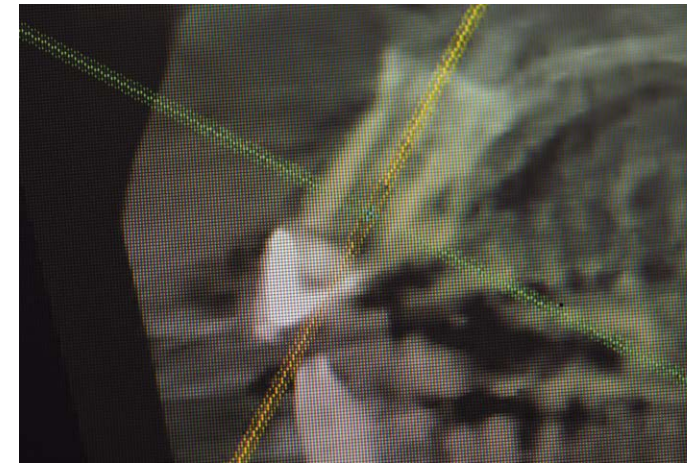


Рис. 10

Через 7 дней провели контрольный осмотр (Рис. 10)



Для наглядности необходимо сравнить лунки зубов с фрагментом корня и без него



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13

После 3 месяцев осмотр, контрольное исследование КЛКТ и начало протезирования (Рис. 11, 12, 13)





Рис. 14

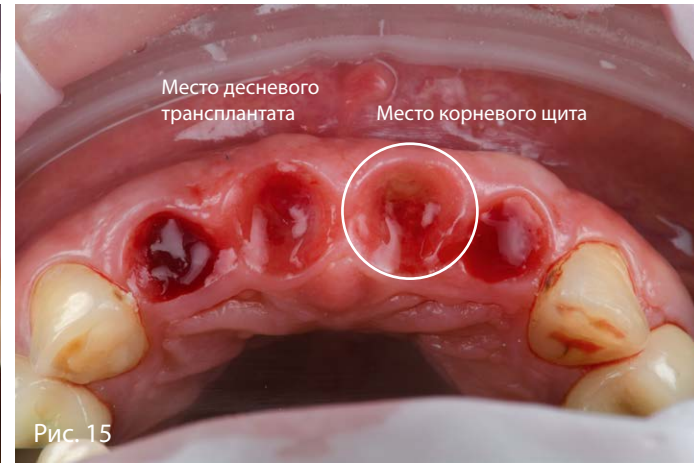


Рис. 15

Этап протезирования. Оценка мягких тканей (Рис. 14, 15)



Рис. 16

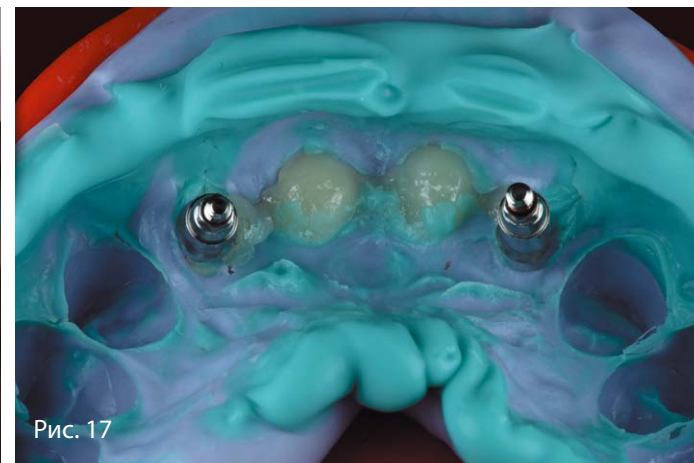


Рис. 17

Далее был получен оттиск (Рис. 16, 17)



Рис. 18



Рис. 19

Изготовление циркониевой конструкции цементной фиксации (Рис. 18, 19)



Рис. 20



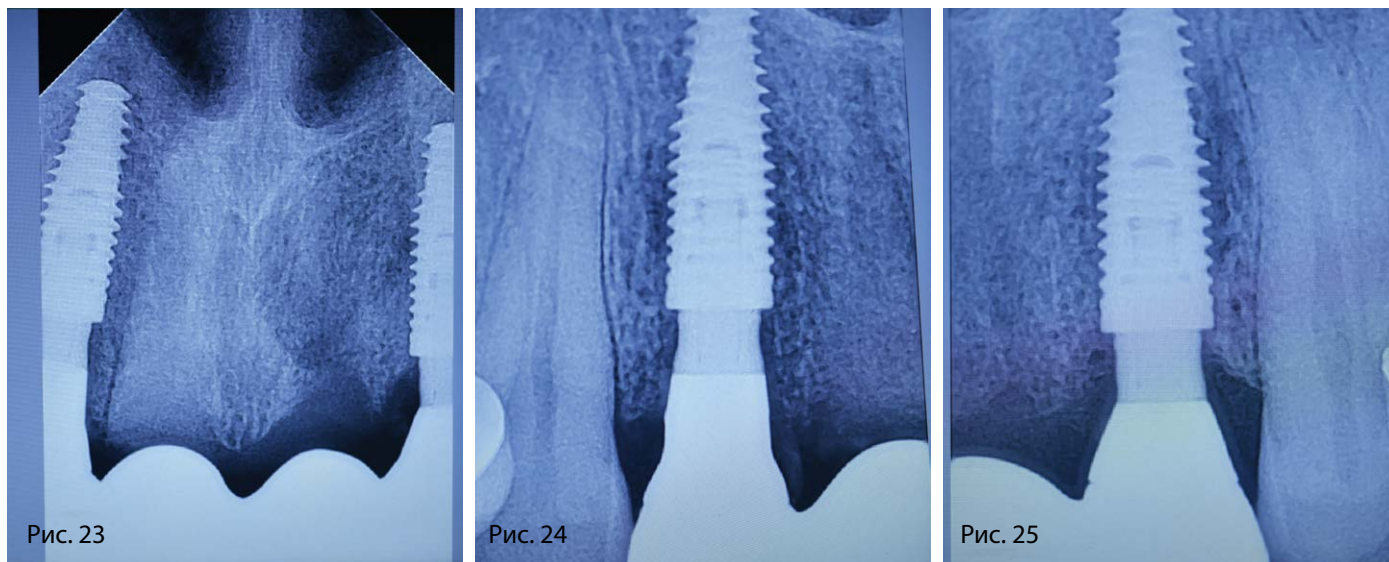
Рис. 21

Установка постоянной работы (Рис. 20, 21, 22). Рис. 20 – фиксация постоянных абатментов



Рис. 22





Контрольная прицельная рентгенограмма (Рис. 23, 24, 25)



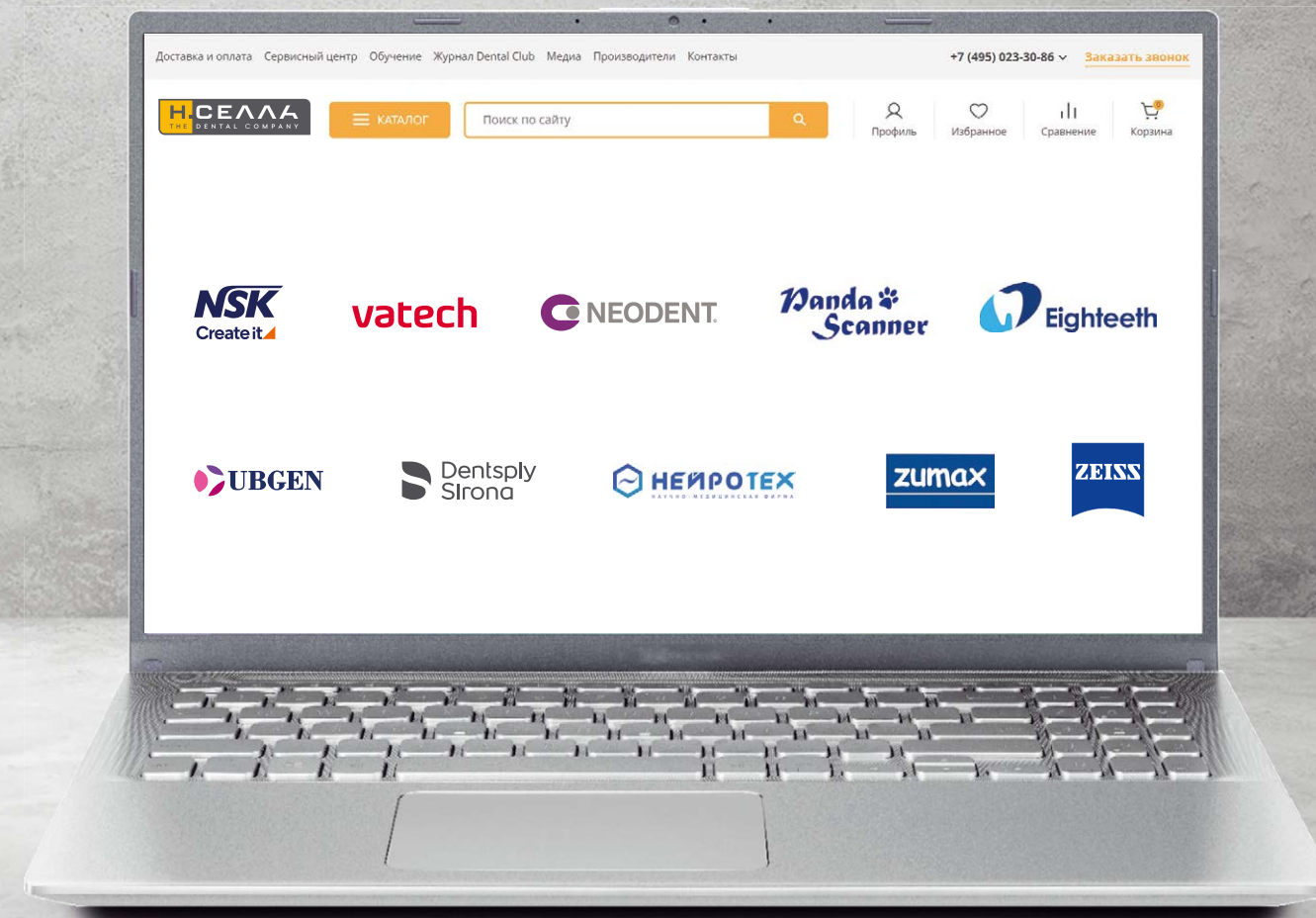
Контроль работы спустя 1 год. Можно оценить контур десны и увидеть, какая разница в восприятии розовой эстетики в области зубов 1.1 (где остался «корневой щит») и в области зуба 2.1 (где был пересажен десневой трансплантат) (Рис. 26)

Для достижения максимального эстетического результата розовой и белой эстетики можно применять один из вышеперечисленных вариантов, однако при методике «корневого щита» необходимо учитывать:

1. парадонтологическое состояние корня;
2. возможность атравматичности операции;
3. наличие увеличения (микроскоп, бинокуляр).

При пересадке десневого трансплантата важно учесть:

1. фенотип десны принимающей зоны;
2. ширину, высоту и толщину ССТ;
3. зону забора ССТ;
4. объем хирургического вмешательства.



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



Широкий ассортимент



Доставка по России



Гарантия и собственный сервис



Покупка в кредит и в рассрочку



Тест-драйвы, обучение и техническая поддержка



Специальные условия





## Синергия в Имплантологии

Две связанные хирургические системы, управляемые одной педалью



## Surgic Pro+ × VarioSurg 3

Хирургическая микромоторная система

Ультразвуковая хирургическая система



# GapSeal®

## Абсолютная защита периимплантных тканей от микробной контаминации

РЕКЛАМА РУ - ФЭСЗ 2010/07468



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

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

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



Качурин  
Сергей Александрович

Врач-хирург, бариатрический хирург, высшая категория, обладатель статуса «Московский врач».

Заслуженный медработник Москвы, заведующий хирургическим отделением Госпиталя для ветеранов войн № 3 г. Москвы, руководитель Центра бариатрической и метаболической хирургии Best clinic.

Член общества бариатрических хирургов России, член IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders).

# ЛЕГКИЙ ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ И КРАСОТЕ ИЛИ СЛОЖНОЕ РЕШЕНИЕ?



В современной индустрии красоты в разрезе вопроса о похудении все чаще на слуху «резекция желудка» как легкой и быстрый способ похудеть.

Так ли это на самом деле? Давайте разбираться.

Будем называть вещи своими именами: речь пойдет о бариатрической (метаболической) хирургии. Итак, что такое бариатрическая хирургия? Зачем она нужна и кому просто необходима.

Само название «бариатрическая» хирургия берется из греческого «baros» (вес) и «iатos» (врач). Однако те операции, которые мы сейчас используем в своей каждодневной практике, изначально не создавались для снижения массы тела. Первичное их применение было исключительно для лечения сахарного диабета II типа, трудно поддающегося консервативной терапии.

У каждого нашего пациента своя история и свой путь к принятию решения о хирургической коррекции избыточной массы тела. Для кого-то это необходимость, вызванная медицинскими показаниями, а именно коррекция осложнений, вызванных избыточной массой тела – сахарный диабет II типа, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бесплодие, проблемы опорно-двигательного аппарата (коксартроз, гонартроз, люмбагия и прочие), а для кого-то избыточная масса тела – это просто неудобно. Человек не может заниматься теми вещами, которыми хотел бы (путешествия, прогулки, спорт и другие). Кто-то испытывает неудовлетворение своим внешним видом, глядя на себя в зеркало, что впоследствии порождает депрессию, комплексы, расстройство пищевого поведения, сексуальную дисфункцию. А для кого-то это подход с позиции «Я хочу есть все и при этом не набирать вес».

Какая позиция при этом правильная? По сути, нет неправильной позиции. Есть только наличие/отсутствие медицинских показаний. Прежде чем пациенту будет проведена операция, он пройдет полное медицинское обследование, включая консультацию психотерапевта. Если мотив пациента

адекватен и коррелируется с состоянием его здоровья – операции быть.

К разговору о психологическом аспекте бариатрической хирургии: точно могу сказать, что это хирургия «мотивационная». Положительный результат зависит от желания пациента и того, насколько он готов внести кардинальные изменения в свою жизнь после операции и проходить все трудности реабилитации. Прежде чем решиться на бариатрическую операцию, каждый пациент должен для себя ответить на вопрос «Зачем мне это нужно?».

В реабилитации и при последующем снижении массы тела в жизни изменится многое: пищевые привычки, образ жизни и даже отношения с друзьями и близкими, ведь кардинальные внешние перемены всегда несут за собой внутренние.

### Чем опасно ожирение?

Сегодня ожирение – одна из глобальных проблем здравоохранения, затрагивающая миллионы людей по всему миру, и, наверное, сейчас уже можно это назвать неинфекционной пандемией.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 году более 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет страдали избыточным весом, из них более 650 миллионов – ожирением. Это около 13% населения мира. С тех пор цифры продолжают расти. Уже в 2022 году более 1 миллиарда человек – т.е. каждый восьмой житель Земли – жили с ожирением. С 1990 года это число удвоилось среди взрослых и увеличилось в четыре раза среди детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет.

Согласно данным исследования, опубликованном в журнале The Lancet (рус. «Ланцет»), британском еженедельном рецензируемом общем медицинском журнале, одном из наиболее известных, старых и авторитетных общих журналов по медицине, Россия находится на пятом месте в мире по распространенности ожирения, и количество людей с этим заболеванием неуклонно продолжает расти. Ежегодно в нашей стране «ожирение»

диагностируется у 370 тысяч человек.

Ожирение связано с более чем 190 сопутствующими заболеваниями и состояниями, включая:

- сердечно-сосудистые заболевания – ожирение является важным фактором риска развития ишемической болезни сердца и инсульта;
- диабет II типа – большинство людей с диабетом II типа страдают ожирением, поскольку избыточный вес оказывает влияние на способность организма контролировать уровень сахара в крови;
- некоторые виды рака – при ожирении повышен риск развития рака молочной железы, толстой кишки, простаты и т.д.;
- заболевания опорно-двигательного аппарата – избыточный вес выражено увеличивает нагрузку на суставы (в первую очередь это тазобедренные, коленные суставы и позвоночник);
- респираторные проблемы – ожирение может вызвать или усугубить проблемы с дыханием, включая астму и синдром обструктивного апноэ сна (патология, связанная с резким уменьшением или полной остановкой дыхания во сне).

Что не менее важно, ожирение нередко ведет к психологическим проблемам – низкой самооценке и даже депрессии, поскольку люди с избыточным весом часто плохо себя чувствуют физически и к тому же подвергаются социальному давлению и буллингу.

Согласно национальным рекомендациям по лечению морбидного ожирения, ожидаемая продолжительность жизни сокращается на 9 лет у женщин и на 12 лет у мужчин.

### Почему именно бариатрическая (метаболическая) хирургия?

Для многих людей с ожирением проведение бариатрической операции становится единственным шансом вернуться к нормальной жизни и здоровью, особенно когда другие методы не приносят результатов. Либо это «мост» к лечению заболеваний, когда избыточная масса тела не позволяет оказать качественную медицинскую помощь (в моей практи-

ке такая проблема чаще всего возникает у пациентов ортопедического профиля, когда пациент нуждается в проведении эндопротезирования коленных или тазобедренных суставов, однако избыточная масса тела не позволяет выполнить такие операции).

Однако, как мы уже отметили, этот метод требует обдуманного подхода и готовности к изменениям в образе жизни после операции.

### Какие виды бариатрических операций существуют?

Бариатрические операции – это операции, которые направлены на уменьшение объема желудка в целях ограничить количество потребляемой пищи и/или усвоение калорий. Такие операции влияют еще и на гормональный статус человека, способствуя снижению аппетита и помогая управлять метаболизмом.

Бариатрическая хирургия включает в себя несколько типов операций, каждая из которых имеет свои особенности и подходит для разных пациентов в зависимости от состояния их здоровья, веса и медицинских показаний.

### Внутрижелудочный баллон

Не совсем хирургическая процедура в традиционном ее понимании. Это временная мера, при которой в желудок вводится силиконовый баллон, заполненный физиологическим раствором. Баллон занимает место, за счет чего уменьшается объем доступного пространства для пищи. Остается баллон в желудке несколько

месяцев, после чего его необходимо удалить. В настоящее время практически не используется как самостоятельный метод, чаще всего как подготовка к основной бариатрической операции (например, у пациентов со «сверхожирением»).

### Бандажирование желудка

При бандажировании желудка вокруг верхней его части устанавливается силиконовый бандаж – создается небольшое пространство, которое может вместить ограниченное количество пищи. Оно задерживает пищу, создавая ощущение полного желудка, т.е. насыщения. Бандаж можно регулировать, меняя объем физиологического раствора в нем.

Сегодня внутрижелудочный баллон редко применяется в качестве самостоятельного метода снижения веса – его используют, как правило, в качестве подготовки к основной операции в случаях, если в данный момент провести ее нет возможности (например, из-за наличия у пациента тех или иных сопутствующих патологий).

### Продольная резекция желудка

Одна из самых распространенных операций в бариатрии. Во время нее удаляется часть желудка – в зависимости от конкретной ситуации может удаляться довольно значительная его часть, до 80%. Хирург оставляет тонкий вертикальный «рукав» (из-за этого операцию еще называют «рукавной» резекцией), который соединяет пищевод с кишечником. В результате операции сокращается количество пищи,

которое желудок способен вместить. Влияет операция и на активность гормонов, связанных с чувством голода и сытости.

### Гастрошунтирование (шунтирование желудка)

Во время данных операций отсекается большая часть желудка и формируется маленький желудочек. К нему подшивается петля тонкой кишки на определенном уровне от двенадцатиперстной кишки или толстой кишки. Шунтирующих операций существует несколько видов (классическое Roux en Y, минигастрошунтирование с одним анастомозом (MGB), билиопанкреатическое шунтирование (в том числе SADI, SADI S, SASI). Результатом операции становится сокращение количества пищи, которое человек может съесть за один прием – соответственно, изменяется процесс пищеварения (всасывание тех или иных веществ).

### Как выбирается пациент для бариатрической операции?

Одним из критериев отбора пациента для выполнения бариатрической операции является Индекс массы тела (ИМТ) – числовой показатель, который используется для оценки соотношения веса человека и его роста и определения, находится ли вес в пределах нормы. ИМТ – один из наиболее широко используемых методов для оценки степени ожирения, поскольку его расчет прост и не требует сложного оборудования.

### Пример расчета ИМТ:

Расчет ИМТ производится по формуле

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес в килограммах}}{(\text{рост в метрах})^2}$$

Например, если человек весит 70 кг при росте 1,75 м, его ИМТ будет равен

$$\text{ИМТ} = \frac{70}{1,75^2} \approx 22,86$$



На основании ИМТ можно сделать общие выводы о соотношении веса и роста:

- меньше 18,5 – недостаточный вес;
- 18,5–24,99 – нормальный вес;
- 25–29,99 – избыточный вес;
- 30 и выше – ожирение.

Важно отметить, что ИМТ является лишь ориентировочным показателем и не учитывает множество других важных факторов, таких как процентное содержание жира в организме, распределение жира, возраст, пол и мышечная масса. Поэтому для более точной оценки состояния здоровья и рисков, связанных с ожирением, рекомендуется обратиться к специалисту.

Бариатрическая операция показана людям с индексом массы тела 40 и выше или тем, кто имеет ИМТ 35 и выше в сочетании с серьезными связанными с ожирением заболеваниями, такими как диабет II типа, бесплодие, проблемы с тазобедренными и коленными суставами и т.д.

В отдельных случаях операция может проводиться при ИМТ до 35 единиц, но в данном случае решение об операции принимается индивидуально.

### Что может пойти не так?

Любое хирургическое вмешательство имеет свои риски и осложнения,

и бариатрическая операция не исключение.

К ним относятся возможные осложнения самой операции – именно по этой причине важно доверить проведение подобного вмешательства высококвалифицированному специалисту, который имеет опыт проведения таких операций. А еще лучше – специализируется именно на них.

Среди отдаленных последствий – возможное развитие демпинг-синдрома, желчный рефлюкс, изжоги, дефицит питательных веществ, витаминов и т.д. Правильный выбор операции позволяет предотвратить развитие этих событий. В послеоперационном периоде пациенту желательно наблюдаться у своего лечащего врача, сдавать все необходимые анализы и проходить обследования, для того чтобы адаптация к измененному процессу пищеварения проходила максимально безопасно и комфортно.

Избыточный вес обязательно вернется, если не изменить образ жизни и не сформировать корректное пищевое поведение. Бариатрическая операция не является панацеей в лечении ожирения, это лишь «инструмент», посредством которого можно достигнуть желаемого результата. Она не может заменить собой дисциплину и ответственное отношение к своему здоровью.

Зачастую у пациентов могут возникнуть проблемы, связанные с адаптацией к новому образу жизни и но-

вой внешности. В своей практике мы каждому нашему бариатрическому пациенту рекомендуем работу с психологом, как минимум, в первые месяцы после выполненной операции.

Не нужно забывать о том, что бариатрическая операция – первая в череде операций, которые могут последовать через какое-то время. Когда человек теряет половину от исходной массы тела, избыточная кожа уже не может сократиться. Здесь на помощь нам приходят пластические хирурги, выполняя «скульптурирование» тела пациента.

Предоперационная подготовка, сама операция, послеоперационное сопровождение, включая рекомендации диетолога, психологическую поддержку и медицинское наблюдение, критически важны для минимизации рисков и достижения наилучших долгосрочных результатов.

В идеале все это должно происходить в одном медицинском учреждении под контролем мультидисциплинарной бариатрической команды.

Подытожу сказанное словами наших пациентов, которые в 100 % случаев произносят примерно через полтора-два года после выполненной бариатрической операции следующее: «Это было лучшее решение в жизни, жаль, я не сделал этого раньше».



**Dentsply  
Sirona**

# Только лучшее в ваших руках



**B** vk.com/nsella

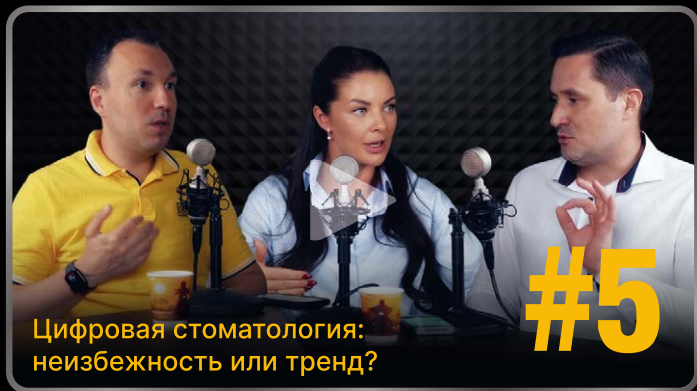
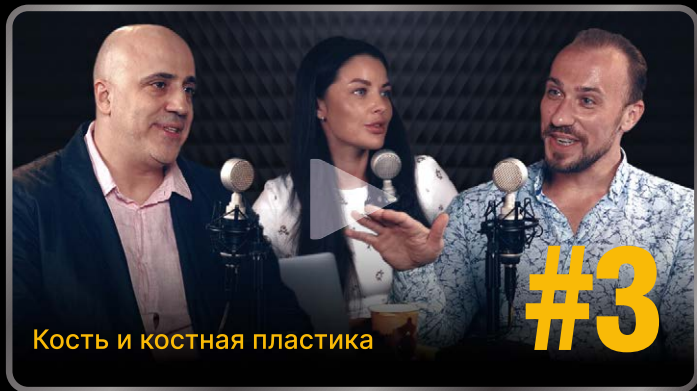
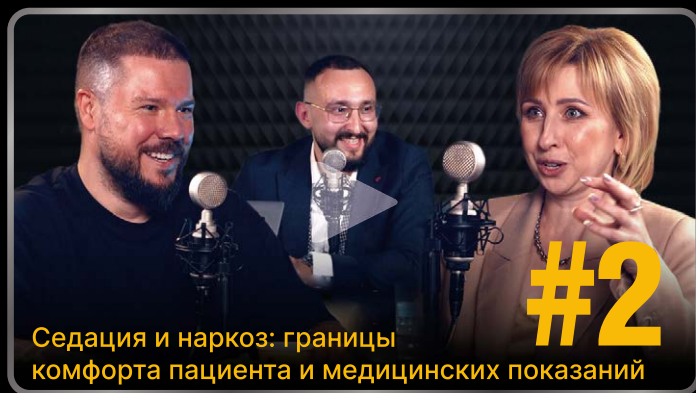
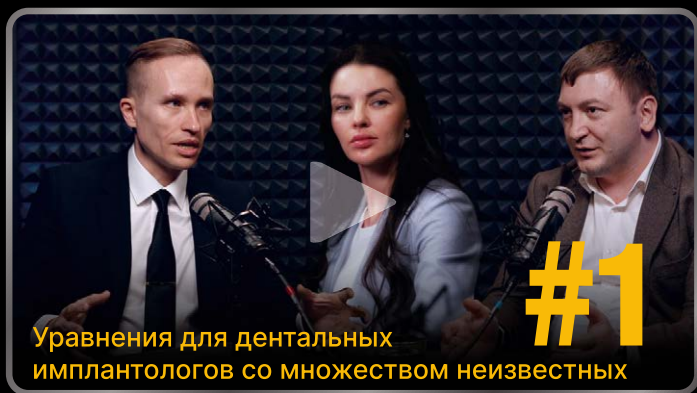
**Москва**  
Телефон: +7 (495) 771-75-39  
info@nsella.ru, www.nsella.ru

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

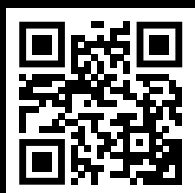
**Екатеринбург**  
Телефон: +7 (343) 345-45-39  
ural@nsella.ru, www.nsella.ru



# DENTAL club podcast



СМОТРИ ТАМ, ГДЕ УДОБНО!



ВКонтакте



YouTube



Дзен

**Н.СЕЛЛА** - генеральный спонсор  
THE DENTAL COMPANY