

18+

Йерко Лейтон Фуэнтеалба
(Yerko Leighton Fuentealba)

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБНОГО
РЯДА АТРОФИЧЕСКОЙ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СКУЛОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

М. Дзюба

ПОЛНЫЙ ЦИФРОВОЙ ПРОТОКОЛ
НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ ПРИ
ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ АТРОФИИ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Р. Анисимов

РАБОТА НАД ОШИБКАМИ:
ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
НЕ ПО ПЛАНУ

Д. Баймурзин

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
В УСЛОВИЯХ ВЫРАЖЕННОЙ
АТРОФИИ ГРЕБНЯ

Биноккулярные лупы

zumax



- Неповторимая легкость
- Максимальный комфорт

SLT



- Широкий диапазон освещения
- Емкость аккумулятора - 4400 мАч

HL8000



- Беспроводное освещение
- Гибкие параметры настройки

SLH

Различные увеличения и рабочие дистанции в наличии



- Призматическое увеличение
- Универсальность

SLE



осветитель
HL8200

РЕКЛАМА

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

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

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

DENTAL Club

ЖУРНАЛ

Dental Club

№3/4 (39/40) 2023 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

Корректура:
Ирина Иванова

Фотограф:
Максим Денисов (#Dee Troy)

Обложка:
Лицензионный договор № 752176-1 о предоставлении права использования произведений от 3 октября 2023 г. © Vitas / 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 № 2550 Подписано в печать:
05.10.2023 г.
Тираж: 7000 экз.
Свободная цена.
Для лиц старше 18 лет

» СОДЕРЖАНИЕ

От редакции.....2

КОМПАНИЯ НОМЕРА

Italiano Vero в стоматологии:

UBGEN – «Доверие с закрытыми глазами».....4

ТРЕНДЫ

Йерко Лейтон Фуэнтеалба

(Yerko Leighton Fuentetalba)

Полное восстановление

зубного ряда атрофической

верхней челюсти

с использованием скуловых

имплантатов.....12

М. Дзюба

Полный цифровой протокол

немедленной нагрузки при

экстремальной атрофии

верхней челюсти.....18

Д. Баймурзин

Реабилитация пациентов

в условиях выраженной

атрофии гребня.....26

Е. Березин

Протезирование полной дуги

с опорой на скуловые

имплантаты.....44

А. Бикбаев

Реабилитация пациентов

с тотальной атрофией верхней

челюсти скуловыми

имплантатами.....54

ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА

КЛИНИКА НОМЕРА

«Правильные пчелы»:

современный центр

стоматологии с семейным

подходом.....62

ОПЫТ И ПРАКТИКА

Р. Анисимов

Работа над ошибками:

тотальная реабилитация

не по плану.....72

Т. Юров

Техника All-on-4® для

случаев с тяжелой костной

атрофией.....78

П. Судаков, К. Григорян

Планирование и реализация

протезирования

на имплантатах с частичным

сохранением зубов.....84

ПРО БИЗНЕС

Б. Любошиц

Главная ставка –

на конкурентные

преимущества.....92

Уважаемые друзья и коллеги!

Номер, который вы держите в руках, посвящен теме тотальной атрофии костной ткани в стоматологии. С развитием стоматологии как направления медицины мы сталкиваемся с новыми проблемами. Совсем недавно они были нерешаемы. Однако сегодня у нас появились новые возможности, подчас прорывные, для решения таких сложных медицинских задач.

Выраженная атрофия костной ткани может являться как следствием отсутствия адекватного стоматологического лечения, так и осложнением от неграмотно проведенного лечения. Современные цифровые подходы в реабилитации – применение навигационных систем и имплантатов, которые раньше было даже невозможно представить (транссинусальные, птеригоидальные, скуловые), – существенно развязывают нам руки в нашей клинической практике.

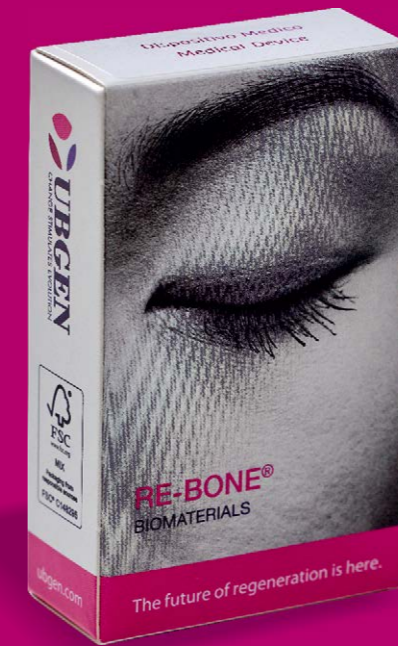
В этом номере мы решили отразить хирургические и ортопедические подходы к реабилитации сложных пациентов. Топовые российские и зарубежные менторы поделятся своими клиническими кейсами, которые, я уверен, каждый сможет взять на вооружение. Вы сможете использовать этот номер как настоящую настольную книгу по лечению пациентов с тотальной костной атрофией полости рта.

Приятного чтения!



RE-BONE®

НАТУРАЛЬНЫЙ КОСТНЫЙ МАТЕРИАЛ,
ОБРАБАТЫВАЕМЫЙ ПРИ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ



- ▼ Стерильность
- ▼ Биологическая совместимость
- ▼ Резорбция и ремоделирование

Н.СЕЛЛА
THE DENTAL COMPANY

эксклюзивный дистрибьютор на территории Российской Федерации

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

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

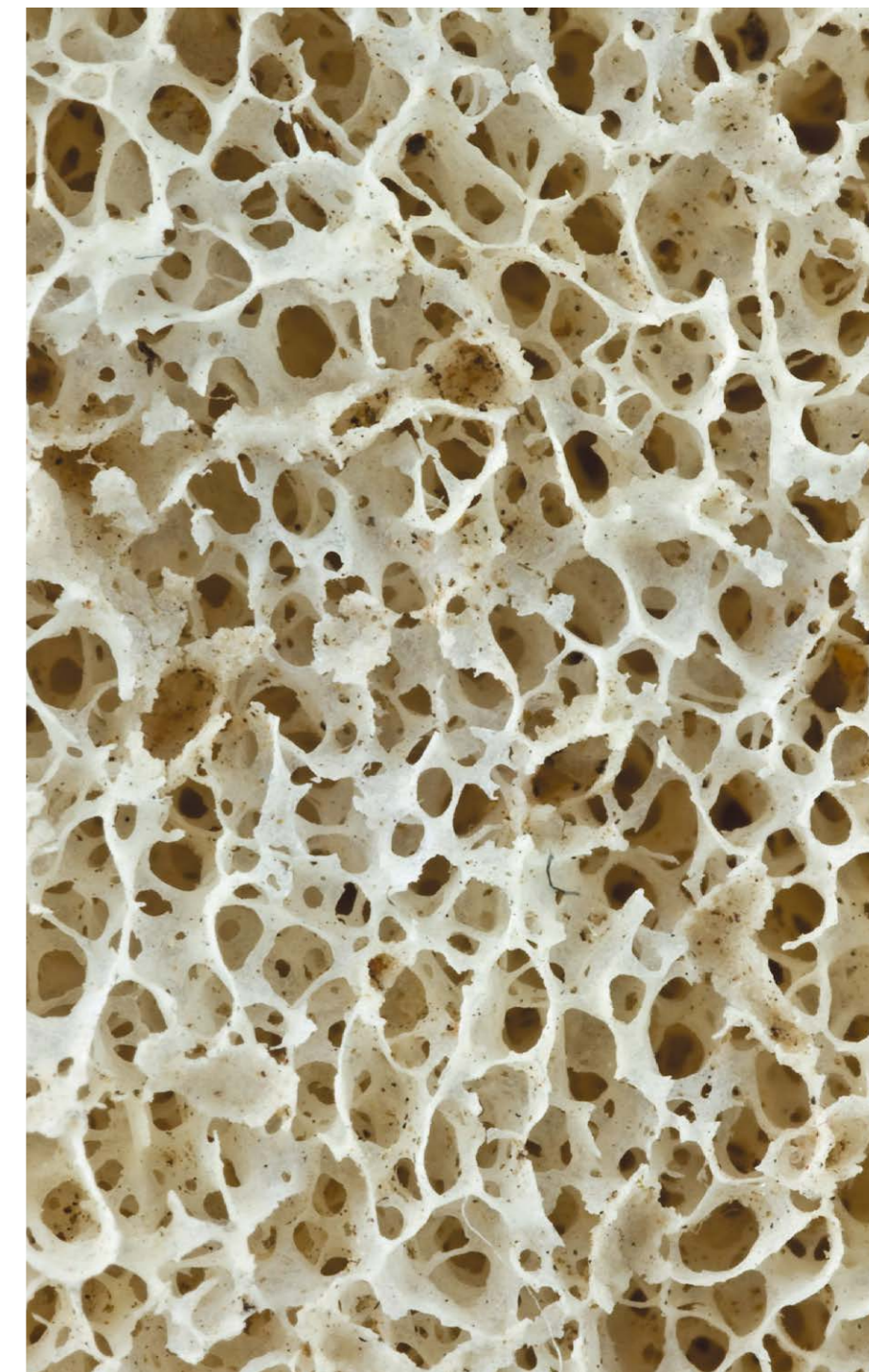
Екатеринбург
+7 (343) 345-45-39
ural@nsella.ru

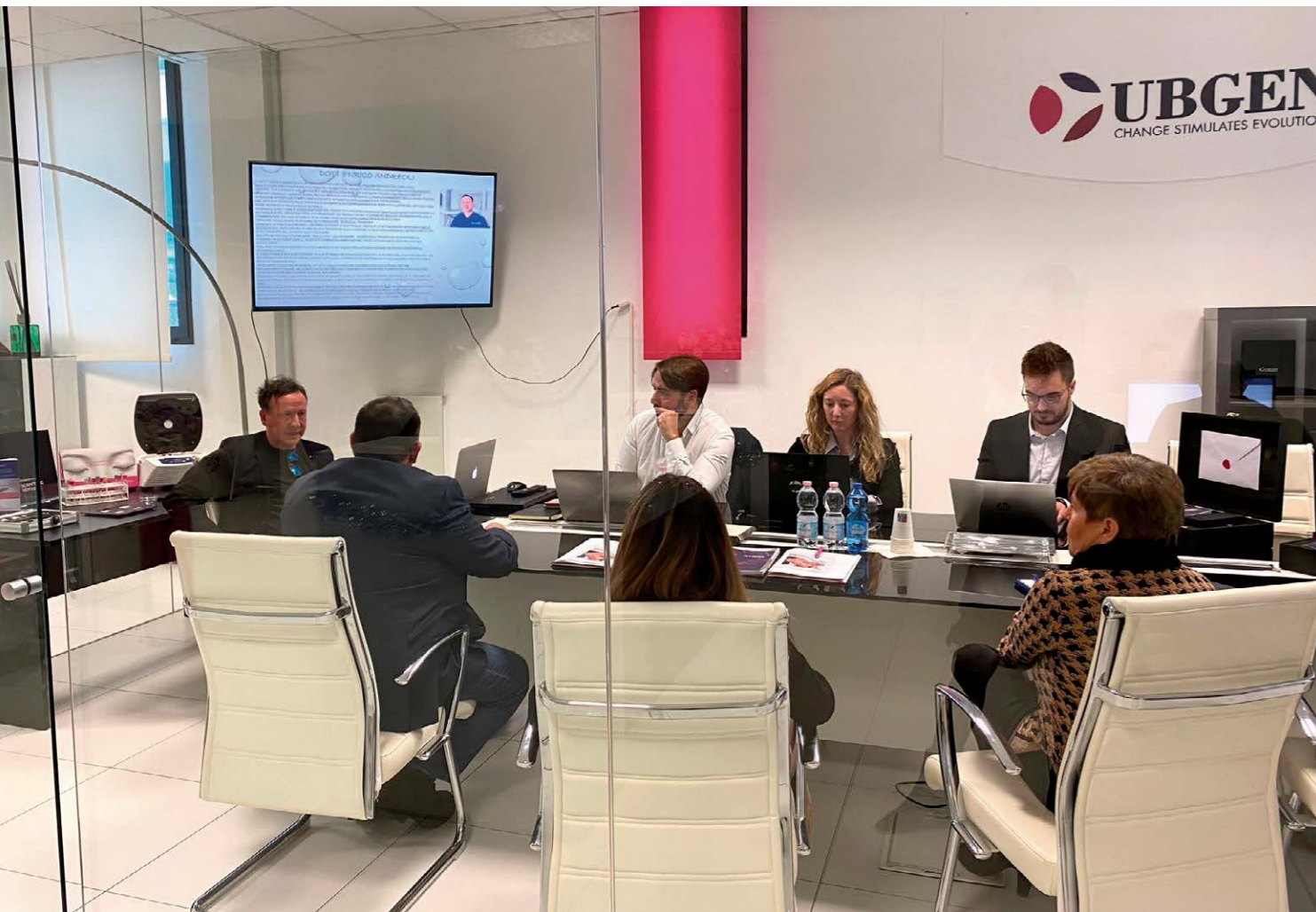
Italiano Vero В СТОМАТОЛОГИИ: UBGEN – «Доверие с закрытыми глазами»



Ultra Bone GENeration – итальянская компания, предлагающая надежные инновационные биотехнологии в области регенерации костных тканей в стоматологии. В своей работе команда UBGEN опирается на международные исследования и учитывает запросы и пожелания практикующих врачей.

Основатели компании – супружеская пара Иления Геретто и Марко Манно – талантливые и целеустремленные предприниматели, сумевшие увидеть невероятные возможности и перспективы в использовании бычьей кости в стоматологии.





Марко Манно является одним из пионеров продажи зубных имплантатов в Италии. За время своей работы в этой сфере ему удалось собрать крепкую команду профессионалов и наладить сотрудничество с ведущими хирургами-стоматологами. Ему часто доводилось слышать о несовершенстве материалов для регенерации кости. Идея создать компанию, специализирующуюся на распространении и коммерциализации инновационных биомедицинских технологий тканевой инженерии в стоматологической сфере, родилась в 2007 году на Международной стоматологической выставке в Кельне. Первые академические исследования и контрольные испытания проводились на биологическом факультете университета города Падуи. Следующим шагом после определения процесса децеллюляризации бычьего костного матрикса стало основание UBGEN –

компания, которая одной из первых получила сертификат на право изготовления биоматериалов полностью итальянского происхождения.

Результаты тщательного анализа рынка подтолкнули компанию сосредоточиться на создании полностью резорбируемых костнозамещающих материалов и мембран бычьего происхождения: в медицине эти биоматериалы широко используются, в том числе благодаря многочисленным научным данным, подтверждающим их безопасность и эффективность в регенеративной медицине. Разработка и использование эксклюзивного термогенного процесса позволили создать первый полностью резорбируемый продукт, получивший маркировку европейского соответствия (CE). Этот знак указывает на то, что изделие является безопасным для здоровья человека и не наносит ущерба окружающей среде.

Исследования и разработки компании позволили ей стать первой в создании и продвижении многих инновационных решений – таких как обработка бычьей кости при низкой температуре с использованием термошока, изготовление резорбируемых двусторонних мембран, использование титановой сетки, начиная с томографии. Они предложили комбинацию гиалуроновой кислоты с костным заменителем и, что немало важно, инициировали производство медицинских устройств для применения компонентов крови в стоматологии.

Как мы упоминали выше, биоматериалы UBGEN полностью производятся в Италии. Их качество проходит строгий контроль соответствия международным стандартам. Каждое медицинское изделие создается с использованием животных с итальянских ферм, которые находятся под постоянным контролем ветеринаров,

чтобы гарантировать отсутствие каких-либо инфекций, в том числе губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота (ГЭКРС). Для дальнейшей гарантии безопасности компания отбирает сырье от животных возрастом менее 24 месяцев. Непосредственно производство происходит в строго контролируемой среде с использованием инструментов и оборудования, которые проходят периодическое техническое обслуживание, чтобы обеспечить максимальную производительность и безопасность в отношении пользователя и самого конечного продукта. Весь процесс происходит под наблюдением квалифицированных операторов – от начала и до финальной упаковки. Каждая партия изготавливается при строгом контроле

качества посредством испытаний, проводимых как внутри компании, так и в аккредитованных сторонних лабораториях. Проверка включает химическую оценку, визуальный анализ и анализ жизнеспособности клеток. В настоящее время компания повышает производственные показатели за счет строительства нового технологического помещения.

Готовая продукция хранится в средах с контролируемой температурой и влажностью, чтобы гарантировать их стабильность. Благодаря этим мерам гарантируется максимальная прозрачность производства от сырья до конечного изделия. В результате компания может предложить готовое интегрированное решение для костной хирургии в стоматологии, полную

линейку продуктов и услуг, которые работают последовательно и синергетически, оптимизируя каждую отдельную фазу регенеративного процесса.

Все это не представляется возможным без отличной команды, каждый участник которой осознает свою роль и вносит свой вклад в успех компании. В выборе специалистов UBGEN следует строгому шестимесячному «плану внедрения», разработанному для каждого профиля и основанному на трех этапах: определение подходящих кандидатов, отбор тех, кто идентифицирует себя с проектом как лично, так и профессионально, и оценка их навыков и отношения к работе. На каждом этапе контролируются ключевые показатели эффективности, чтобы создать команду профессиона-





лов и менеджеров, отличающихся ответственностью и преданностью делу. Сочетание таланта и целеустремленности является основой успеха в любой сфере. В настоящее время в штате состоят двенадцать человек.

UBGEN – растущая международная компания с большим потенциалом. Она поддерживает своих партнеров в Италии и за рубежом посредством встреч и обучающих мероприятий, посвященных различным темам в области пародонтологии и периимплантологии, касающимся постоянного развития методов, подходов и современных тенденций, принятых в свете новых рекомендаций, представленных Европейской федерацией пародонтологии. Компания также организует и спонсирует научные встречи и конференции, которые представляют собой идеальную возможность для обсуждения и обмена ценными знаниями, информацией и опытом между профессионалами в области стоматологии. В компании признают огромную важность обучения и инвестируют в образование, развитие навыков и продвижение исследований. При-

влекают авторитетных профессионалов и лидеров мнений к инициативам по обучению, чтобы гарантировать высочайший уровень научной компетентности и опыта в этой области. Кроме этого, UBGEN участвует в основных отраслевых выставках, признанных во всем мире. По мнению владельцев компании Илени и Марко, деятельность, в ходе которой можно установить прямой личный контакт с собеседниками, развивает подлинные и глубокие отношения.

В настоящее время UBGEN работает вместе с двадцатью восемью авторитетными лидерами мнений в области стоматологии с целью создания широкого набора профилей для улучшения развития бренда и оказания глобальной поддержки стоматологам.

Компания ищет научных партнеров, таких как врачи и профессора академий, готовых проверить себя и поделиться своими знаниями с другими специалистами. В течение года UBGEN встречается на национальных и международных мероприятиях с наиболее значимыми клиницистами, профессорами и исследователями в области стоматологии, которые используют биоматериалы компании в своей повседневной практике. После установления сотрудничества UBGEN согласовывает с профессионалом научную цель исследования, будь то разбор клинического случая

или же серии случаев, сравнительное или глубокое исследование *in vivo* / *in vitro*. Все это позволяет создавать международную научную сеть, повышающую надежность и внутреннюю ценность решений UBGEN.

Стремясь к лидерству и постоянному совершенствованию, расширяя партнерские отношения по всему миру, компания UBGEN формирует будущее регенеративной костной хирургии в стоматологии.

Иления Геретто,

генеральный директор UBGEN:

«Компания для меня – не просто успешная инвестиция. Я вижу в своем деле возможность помогать людям. Мы вкладываемся прежде всего в здоровье и улыбки. Верим в честную конкуренцию и командную работу. Мы с максимальным вниманием относимся к производству и выбору партнеров.

Сегодня мы экспортируем собственные медицинские изделия в 34 страны мира – в Европе, на Ближнем Востоке, в Северной Африке и Юго-Восточной Азии. Однако наша цель – стать крупнейшим игроком в течение ближайших пяти лет, и в планах – освоение рынков Северной Америки, Австралии и Новой Зеландии. Мы умеем сотрудничать. Это отражено и в фирменном стиле компании, разработанном совместно с одним из ведущих маркетинговых агентств нашего



региона. В Италии, когда мы кому-то действительно доверяем, говорим: «Можешь довериться мне с закрытыми глазами». Поэтому на упаковках UBGEN закрытый глаз: наши партнеры в нас уверены, и мы не подведем».

Марко Манно,

основатель UBGEN:

«Современные биотехнологии – это естественный эволюционный процесс, начавшийся с производства имплантатов, подкрепленный глубокими научными исследованиями и сердцем. Творчество, которое впоследствии ведет к развитию бизнеса. И прибыль является следствием, а не приоритетом. Наша цель внутри компании – обеспечить эффективное выполнение работ в соответствии с нашими стандартами и действующим законодательством. Одним из важнейших процессов является мониторинг и поддержание открытых коммуникаций с медицинским сообществом. Мы уделяем большое внимание мнению и запросам врачей – истинных профессионалов, стремящихся к улучшению качества жизни пациентов.

Будущее компании – в международном сотрудничестве и еще большем внимании к новейшим технологическим разработкам».

Доктор

Уолтер Стаблум:

«Мы познакомились с господином Манно и компанией UBGEN в 2018 году, и это положило начало дальнейшему продуктивному сотрудничеству в производстве биоматериалов в качестве ключевого лидера мнений. Компания представляет своим клиентам все необходимые инструменты и актуальные решения регенеративных проблем как с точки зрения надежности продукта, так и с точки зрения исследований в области периимплантационной регенерации.

От себя хочу добавить, что компания предлагает своим спикерам возможность проводить курсы и обучение с максимальной свободой и конструктивным обсуждением, что лично я очень ценю. Я горд быть частью этой команды. Спасибо, UBGEN!»

Профессор, доктор

Андреа Тедеско:

После многих лет работы в регенеративной хирургии я наконец нашел компанию, которая производит биоматериалы исключительного качества с использованием инновационных и высокотехнологичных процедур. Они создаются истинными профессионалами, ориентированными на исследования и инновации».

Профессор, доктор

Сильвио Малони:

«Меня особенно впечатляет то, насколько UBGEN открыты новым горизонтам, то, сколько внимания уделяется клинической оценке не только уже существующих биоматериалов, но также новых и индивидуальных решений.

Костный материал полностью реторбируем и биосовместим. Мембраны изготовлены из бычьего перикарда, подтверждают свою эффективность во многих хирургических областях; они чрезвычайно гибки и способны стабилизировать объем трансплантата на протяжении всего регенеративного процесса. Из своего клинического опыта могу подтвердить, что они отлично подходят для лечения хирургических регенеративных участков с дефектами высотой до 4 мм. Эти примеры были продемонстрированы в научных исследованиях, которые я лично опубликовал в международных журналах по этой теме.

UBGEN предоставляет своим клиентам линейку с широким диапазоном размеров, веса и форматов, что подходит для различных операций – от небольших регенеративных процедур до самых сложных и непредсказуемых ситуаций, в том числе в сочетании с индивидуальными титановыми сетками».



Синергия в Имплантологии

Две связанные хирургические системы, управляемые одной педалью



Surgic Pro+ × Variosurg 3

Хирургическая микромоторная система

Ультразвуковая хирургическая система



Доктор
Йерко Лейтон Фуэнтеалба
(Yerko Leighton Fuentealba)
Чили

Доктор стоматологических наук, Университет Ла Фронтера, Темуко, Чили

IMF, Чилийский университет, Сантьяго, Чили

Челюстно-лицевая хирургия, Университет Маймонида, Буэнос-Айрес, Аргентина

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА АТРОФИЧЕСКОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКУЛОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Медицинский анамнез пациента

Пациентка с контролируемой гипертонической болезнью, гипотиреозом, атрофической и адентичной верхней челюстью обратилась в стоматологическую службу для получения заключения другого врача о возможности восстановления верхней челюсти при помощи имплантатов, поскольку не смогла привыкнуть к обычному протезу.

План лечения

Была изготовлена восковая модель верхней челюсти в соответствии с эстетическими и функциональными потребностями пациентки. Существующий верхнечелюстной протез использовался в качестве рентгеновского шаблона при КЛКТ-сканировании, а также для получения ориентиров в лицевой области и STL-файлов для изготовления протеза. Интеграцию снимков выполняли в программе планирования. Для принятия решения о вариантах вмешательства, подходящих для пациентки, оценивали параметры верхней и нижней челюсти, а также хирургические и профилактические аспекты: стабильность альвеолярного отростка относительно передней стенки верхнечелюстной пазухи, параметры сагиттального перехода между верхними зубами и положение альвеолярного гребня, который, даже будучи тонким, непосредственно связан если не с поддержкой обычных имплантатов, то с фиксацией скулового имплантата на месте клыка; наличие межчелюстной кости вокруг носонебного канала (область, важная для установки обычного имплантата).

На основе этого удалось спланировать пятиугольное размещение имплантатов для поддержки 12 верхних зубов: два длинных имплантата, опирающиеся на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи на месте моляров, два скуловых имплантата на месте клыков и один носонебный имплантат на месте центральных резцов. Использовали имплантаты Neodent® Helix GM® и Zygoma GM™. Основная цель: установка имплантатов в нативной кости верхней че-



Рис. 1. Первичная рентгенограмма



Рис. 2. Модель для планирования хирургического вмешательства



Рис. 3. Пригнанный хирургический шаблон

люсти, пятиугольное размещение имплантатов и использование бычьего костного трансплантата для контурирования. План был представлен пациентке и предусматривал возможность немедленной нагрузки, если это позволяли моменты вращения, применяемые во время хирургической процедуры.

Описание процедуры

Под внутривенной седацией под контролем анестезиолога, сделанной в дополнение к инфильтрационной анестезией верхней челюсти, был высвобожден полнослойный супраальвеолярный лоскут с двумя постериальными проколами для экспозиции верхнечелюстной и скуловой кости, а также опорожнения носонебного канала методом электрокоагуляции. Был установлен хирургический шаблон для выполнения первичного сверления под имплантаты Zygoma GM™ в соответствии с протоколом Neodent®, маркировки кости для наклона имплантатов Helix GM® в боковой части и сокращенного протокола сверления под имплантат Helix GM®, расположенный в носонебной области. Все имплантаты были установлены с моментом затяжки более 50 Н/см. Затем были установлены конический мини-абатмент 30° GM Exact Mini Conical Abutment для боковых имплантатов, 45° для имплантатов Zygoma GM™ и конический мини-абатмент GM Mini Conical Abutment для имплантата в носонебной области. Участок хирургического вмешательства закрыли рядом с временным абатментом GM Temporary Abutment под мостовидный протез для немедленной функциональной нагрузки протеза, напечатанного на 3D-принтере.

Описание протеза

После получения гипсовых моделей универсального оттиска методом синкристиализации [аргондугвая сварка – прим. переводчика] была изготовлена сварная балка, для которой использовались титановая балка диаметром 2 мм и титановые колпачки Neo Mini Conical Abutment Titanium Coring. Затем балку покрывали акриловым стоматологическим материалом. Протез был установлен пациентке через 72 часа после операции.

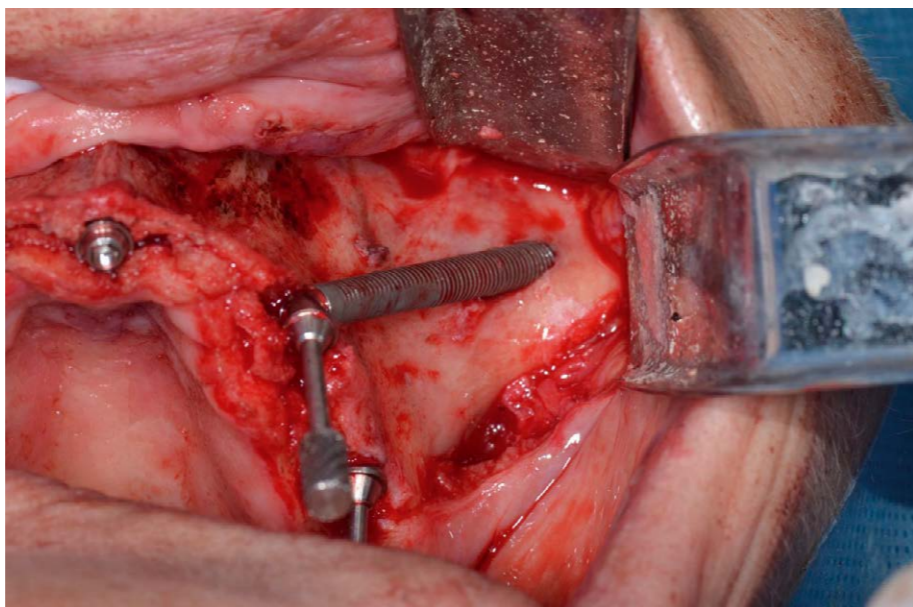


Рис. 4. Внутривидеоснимок имплантата Zygoma GM™

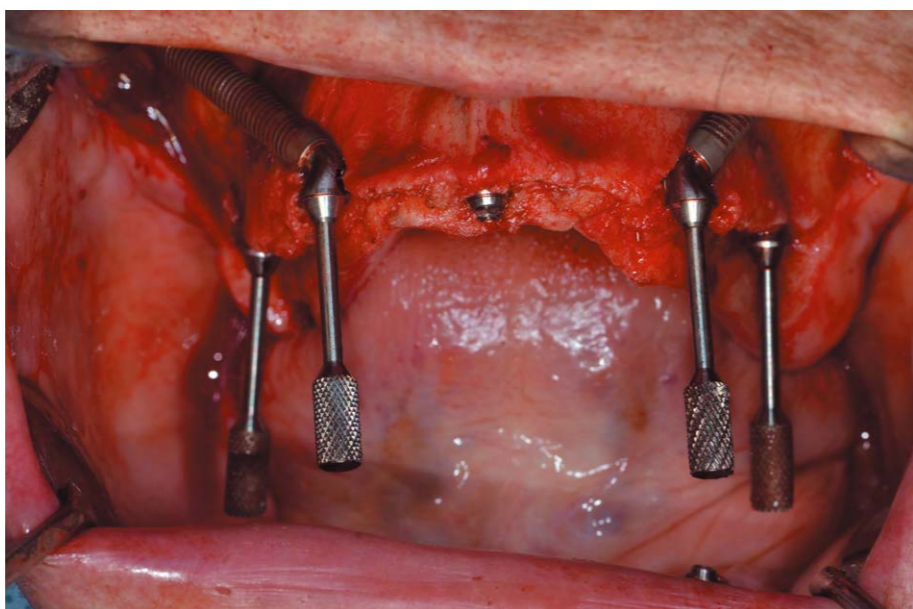


Рис. 5. Внутривидеоснимок установленных абатментов



Рис. 6. Внутривидеоснимок имплантов с пригнанным хирургическим шаблоном

Операционный протокол соответствовал плану хирургического вмешательства. Имплантаты GM имеют отличные эксплуатационные характеристики; протокол сверления можно изменить и использовать в нем крутящий момент, обеспечивающий немедленную функциональную нагрузку. Реабилитация с немедленной нагрузкой при использовании сварной балки ускоряет процесс и устраняет микроперемещения над имплантатами. Окончательная реабилитация прошла успешно.

Какие были еще варианты лечения? Почему выбран этот вариант?

Пациентка обращалась в другие стоматологические клиники, и одна хирургическая бригада предлагала ей провести операцию по реконструкции костной ткани с дальнейшей установкой имплантатов. Другие бригады сказали только, что случай сложный и пациентке придется продолжать пользоваться протезами. Мы выбрали вариант с установкой скуловых имплантатов, исходя из состояния нативной кости, которое позволяло ее использовать. Мы не использовали трансплантаты из-за наличия системных заболеваний у пациентки, а также пожилого возраста, что увеличивает риск осложнений после хирургического вмешательства. Основные преимущества этого варианта лечения об-

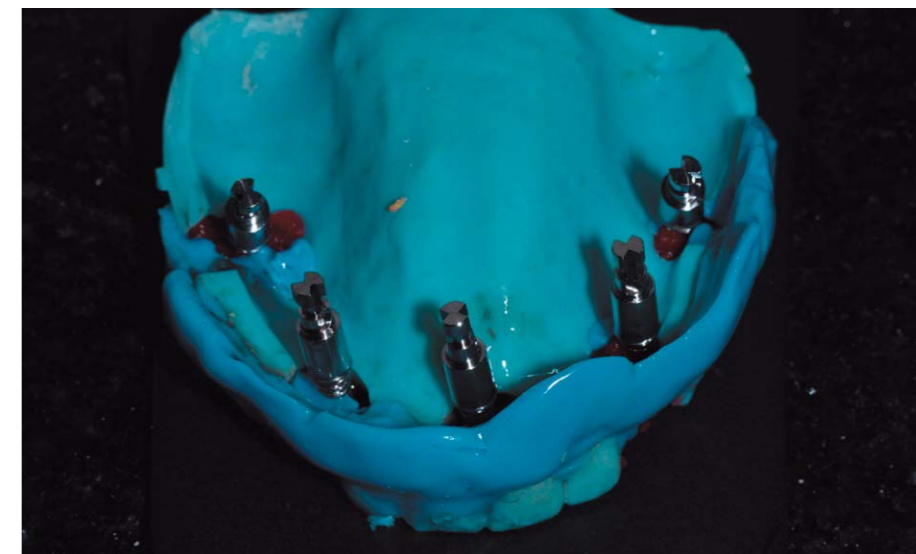


Рис. 7. Модель с гибридными аналогами Mini Conical Abutment Hybrid Repositionable Abutment Analog



Рис. 8. Внутривидеоснимок по истечении периода заживления

условлены использованием нативной кости и правильной хирургической и ортопедической оценкой, возмож-

ностью немедленной нагрузки, плюс-ми одноэтапной операции и снижением затрат пациента.

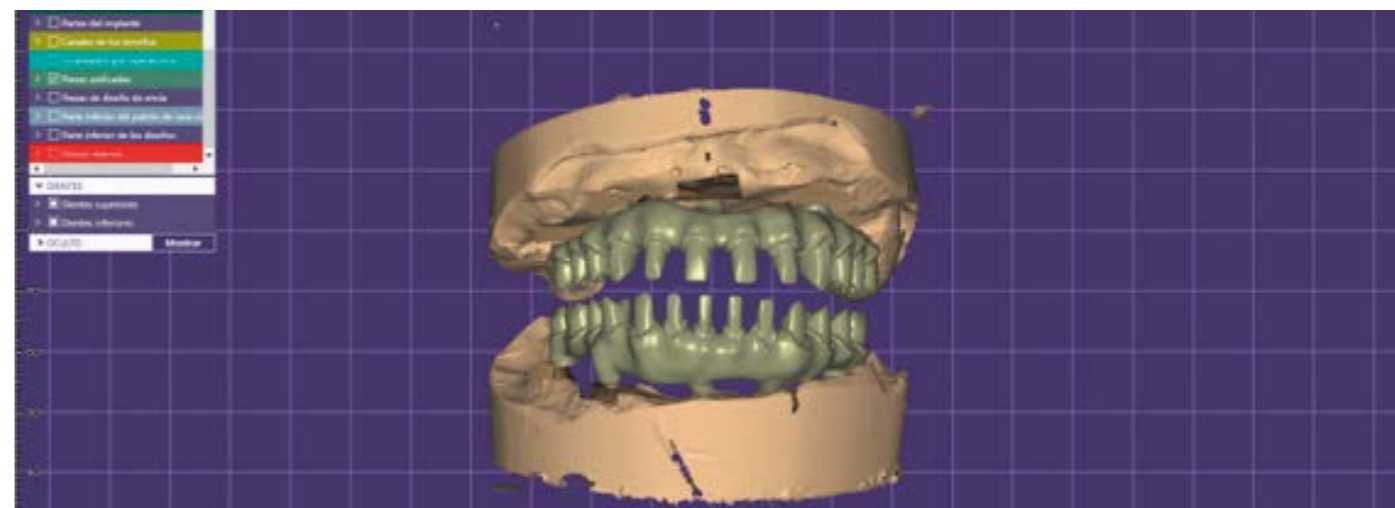


Рис. 9. 3D-модель металлоконструкции протеза

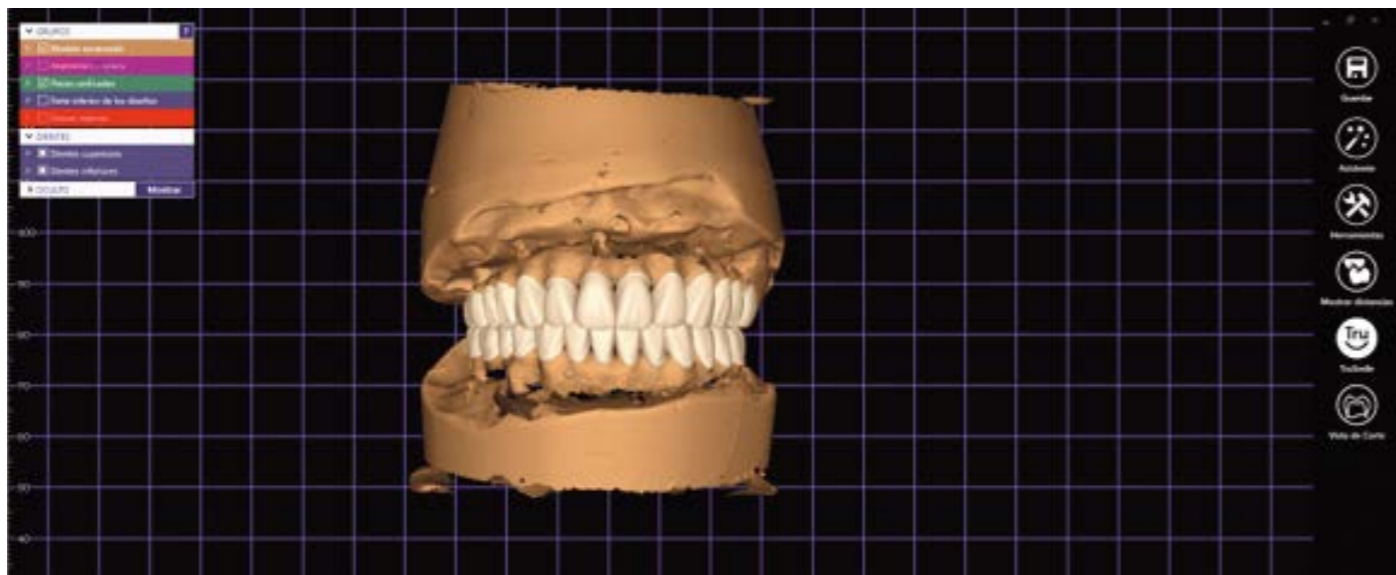


Рис. 10. 3D-модель металлоконструкции с акриловыми зубами



Рис. 11. Металлоконструкция с молярами и центральными резцами, установленными для подгонки и проверки прикуса



Рис.12. Готовый постоянный протез

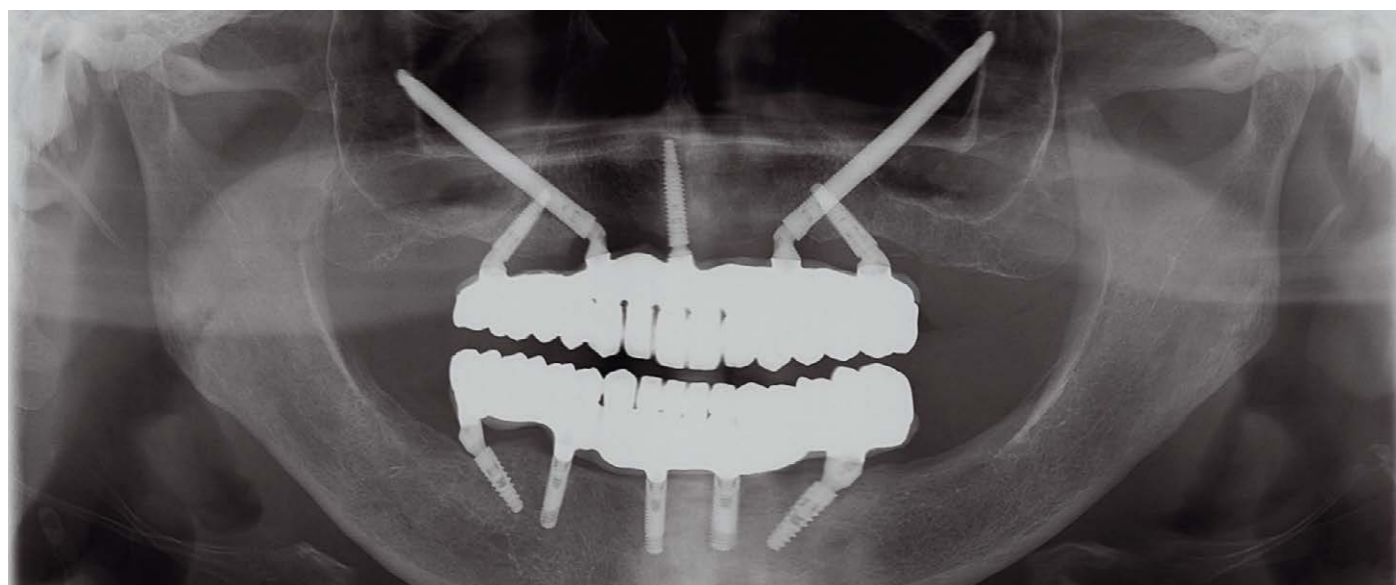


Рис. 13. Панорамная рентгенограмма после установки постоянного протеза через 72 часа после операции



РЕКЛАМА





Дзюба
Михаил Владимирович

Кандидат медицинских наук, международный спикер компаний MIS, JDental Care, главный врач и руководитель Dziuba Implant Studio. Является специалистом в области дентоальвеолярной, пародонтальной хирургии и цифровой имплантологии.

ПОЛНЫЙ ЦИФРОВОЙ ПРОТОКОЛ НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ АТРОФИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

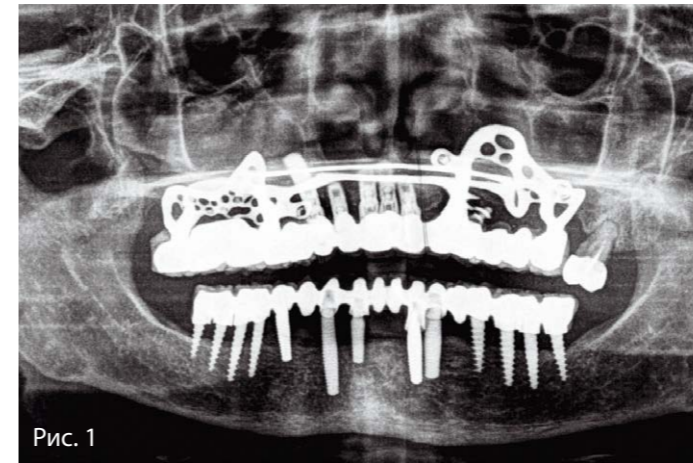


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

С каждым годом в своей практике мы все чаще сталкиваемся с основным осложнением в имплантологии – периимплантитом.

Как точно подметил профессор Ланг, периимплантит – это ятрогенное заболевание (буквально: «болезнь, порожденная врачом», от греческого *iatros* («врач») и *genes* («порождающий»)). Эта тема и пути профилактики и лечения уже достаточно изучены, но фактор психической ятрогении (профессиональное невежество и индифферентность), к сожалению, никуда не денется.

Небольшие костные дефекты в результате периимплантита устраняются легко. Но как реабилитировать пациентов старшей возрастной группы с тотальной атрофией и множественными дефектами?

Сегодняшняя тенденция в современной имплантологии – это снижение инвазивности лечения и сокращение сроков реабилитации. Буквально: цифровизация и усовершенствование технологий. Мы можем при выраженной атрофии верхней челюсти уйти от объемных костных пластик и подарить зубы нашим пациентам на следующий день.

Наш протокол построен на применении длинных и скуловых имплантатов в комбинации со стандартными, запатентованной технологии создания высокоточных наконечных шаблонов из металла Z-Guide, выполненных по технологии SLS 3D-печати.

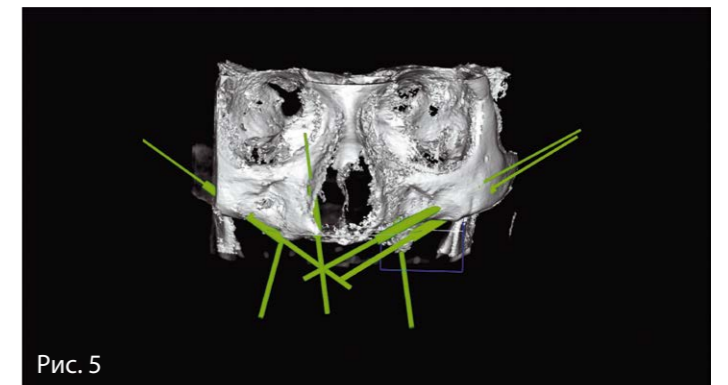


Рис. 5

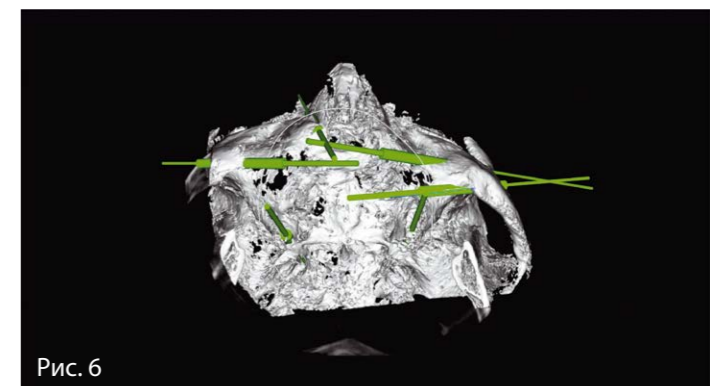


Рис. 6

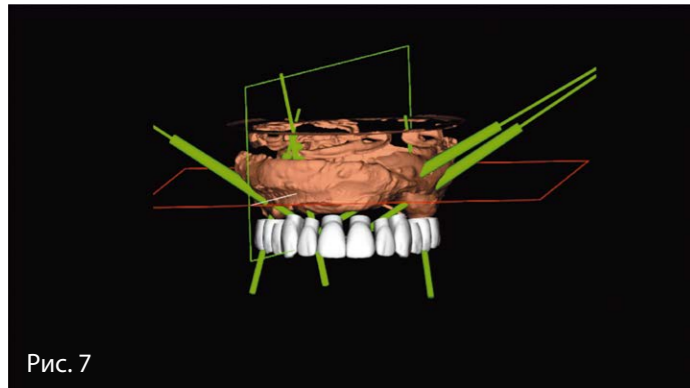


Рис. 7

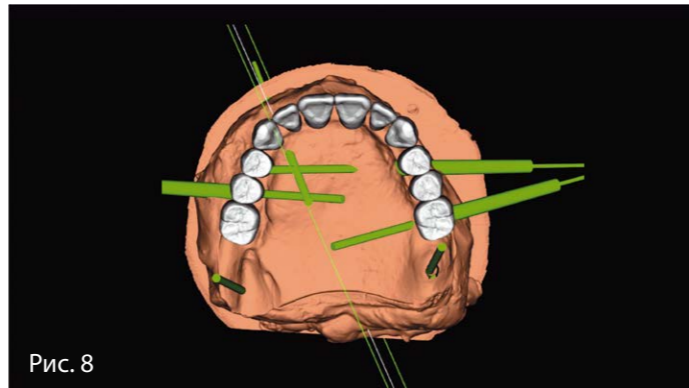


Рис. 8

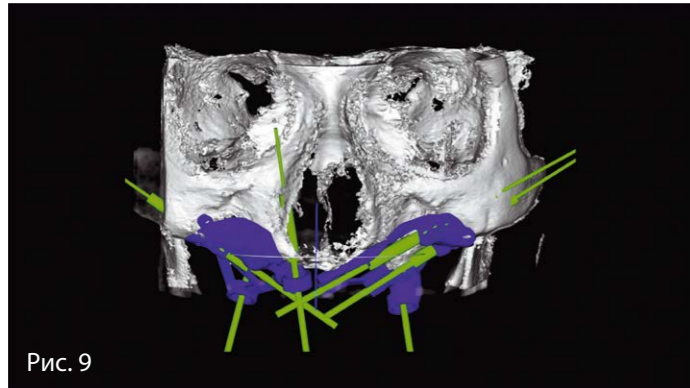


Рис. 9

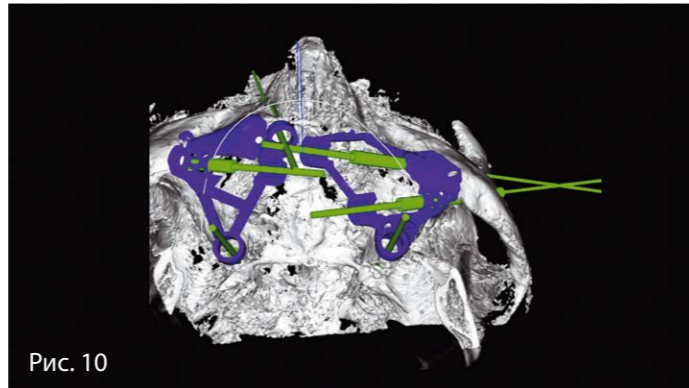


Рис. 10

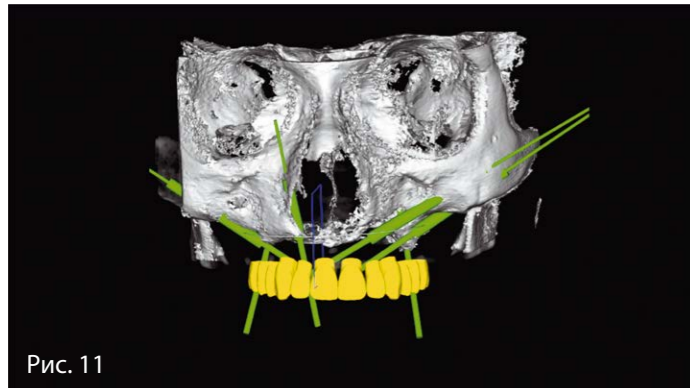


Рис. 11

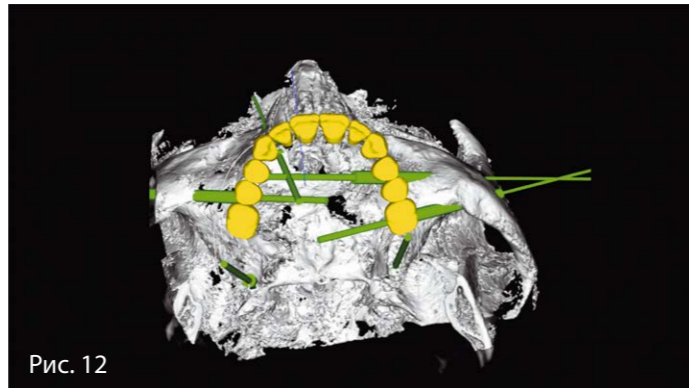


Рис. 12

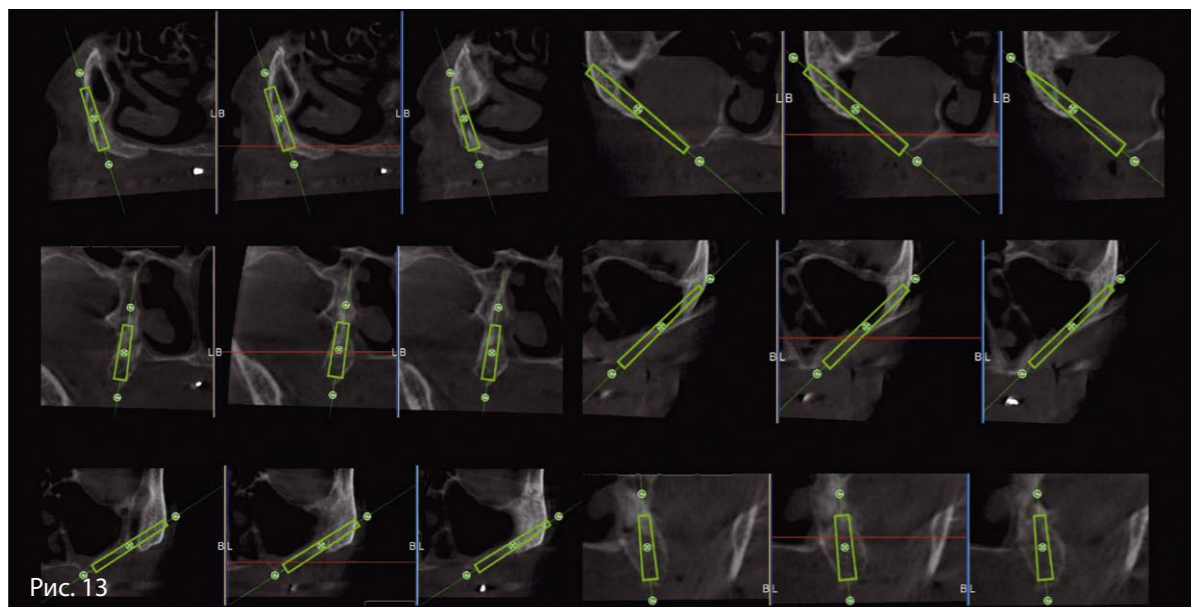


Рис. 13

Материально-техническое оснащение (хирургические шаблоны, КХС-балки, провизорные протезы)



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16

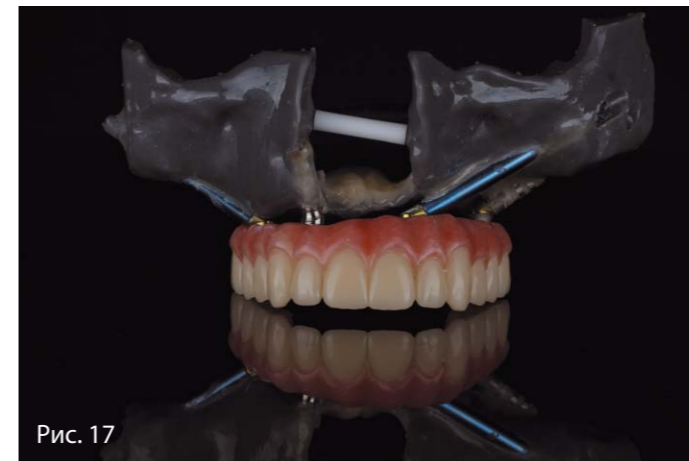


Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20

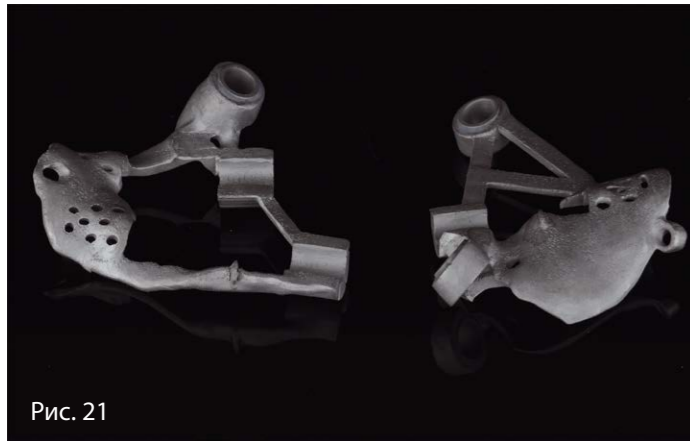


Рис. 21

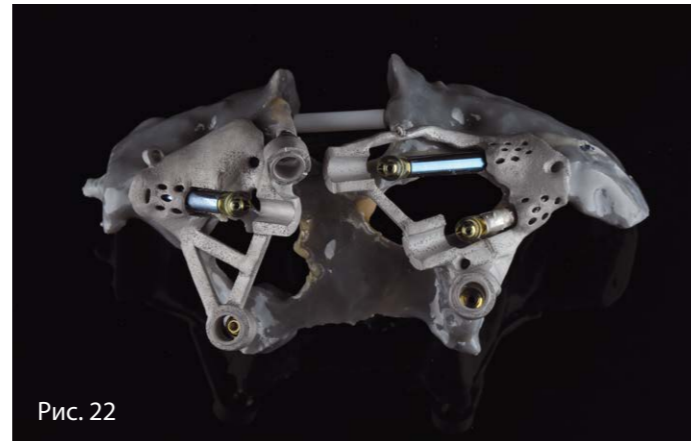


Рис. 22

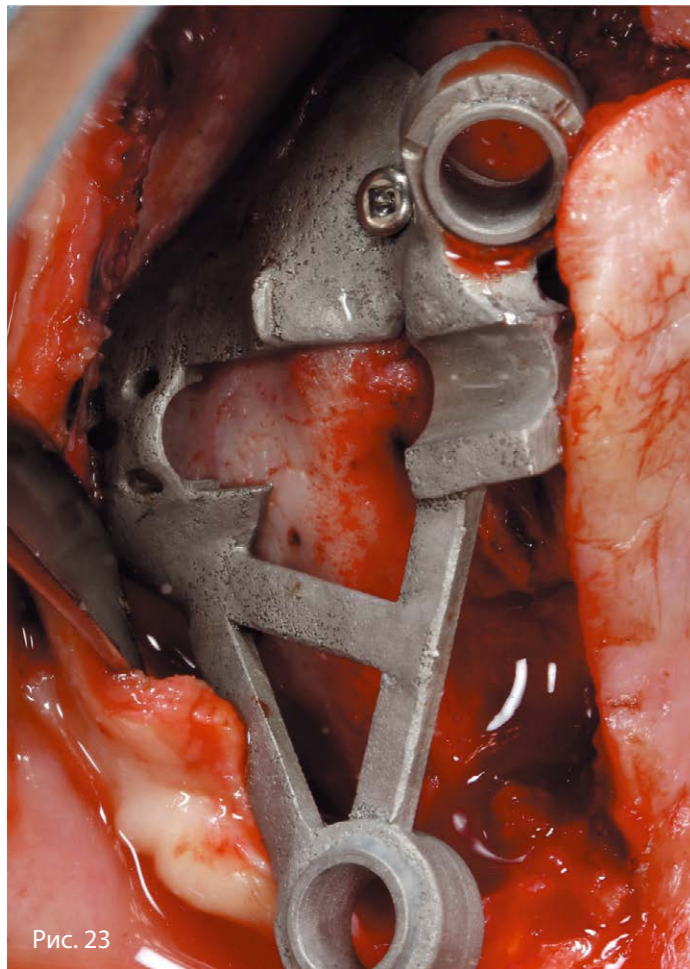


Рис. 23

Накостный шаблон

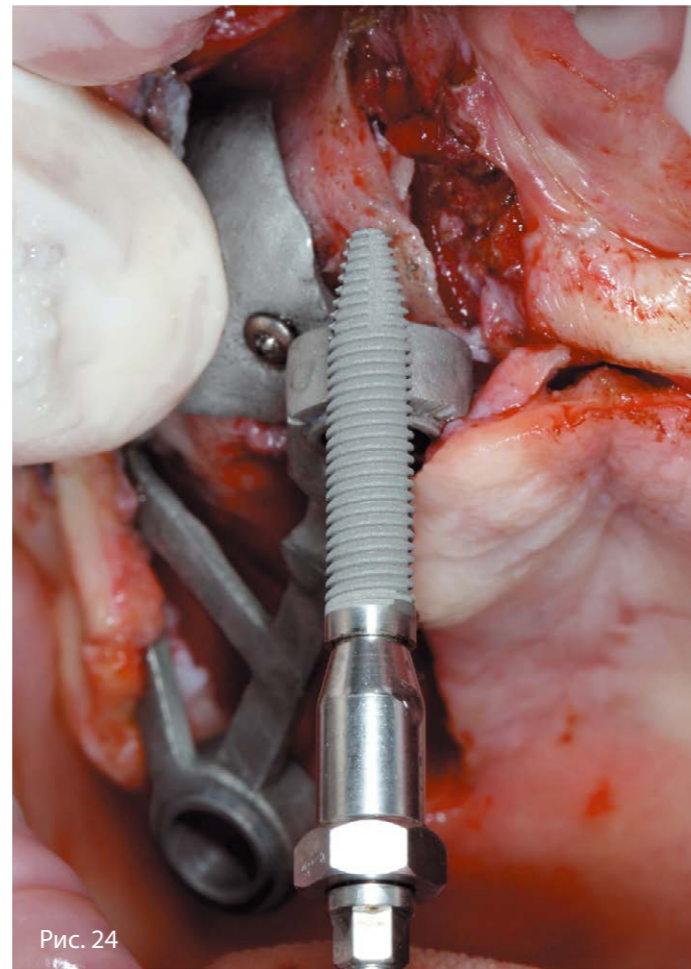


Рис. 24

Трансназальная постановка

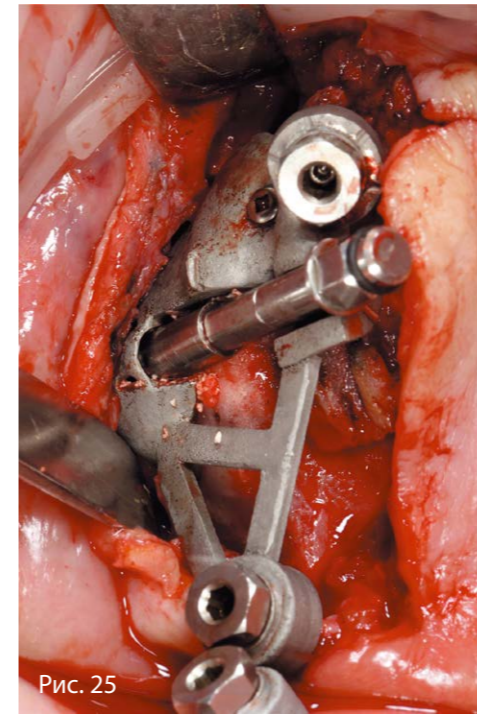


Рис. 25

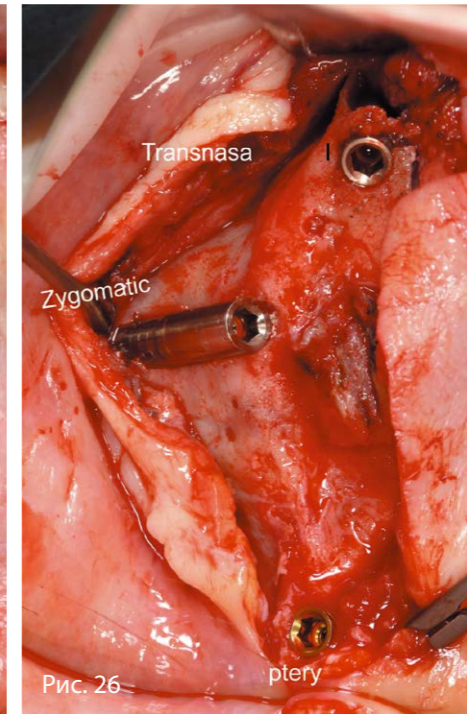


Рис. 26

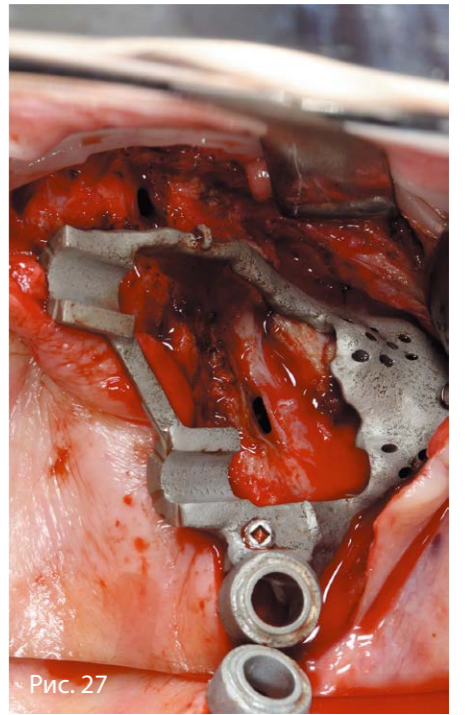


Рис. 27



Рис. 28

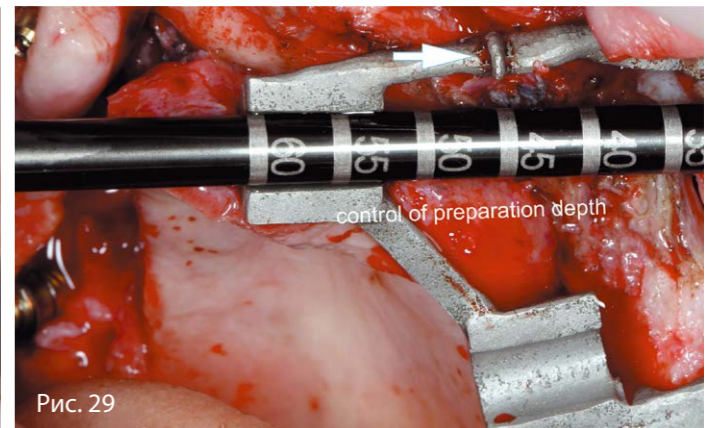


Рис. 29

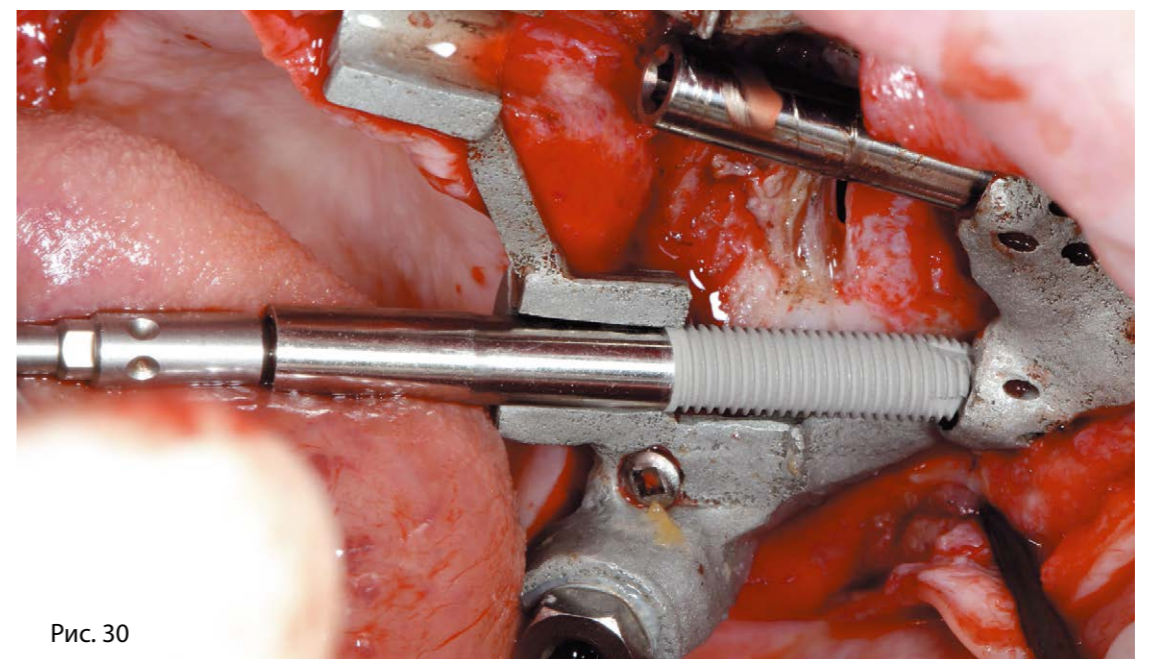


Рис. 30

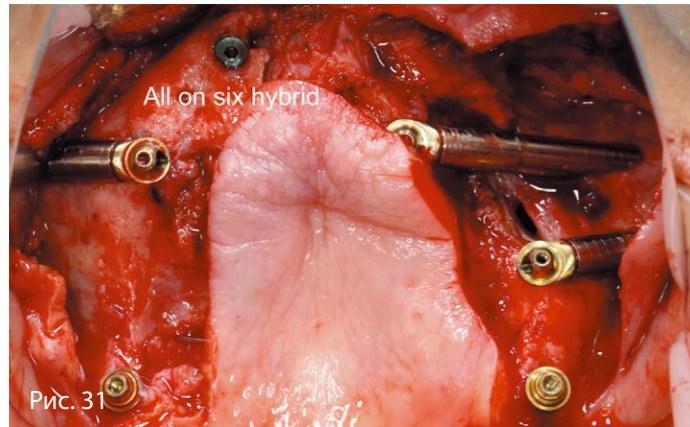


Рис. 31

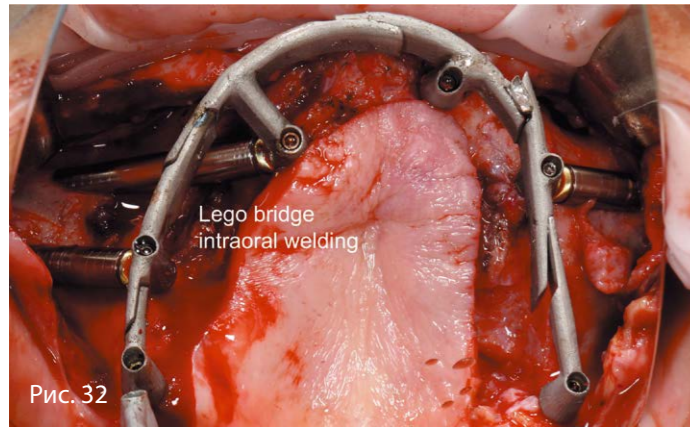


Рис. 32

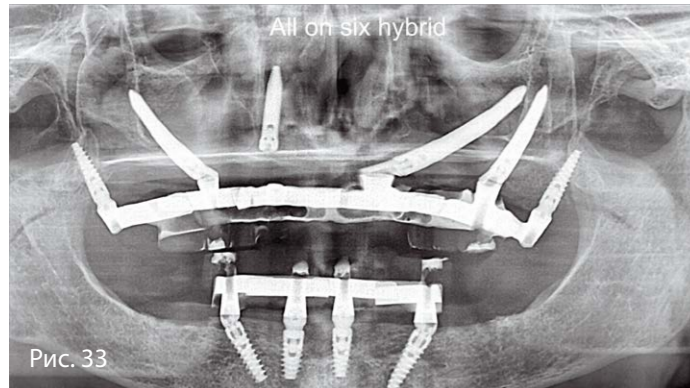


Рис. 33

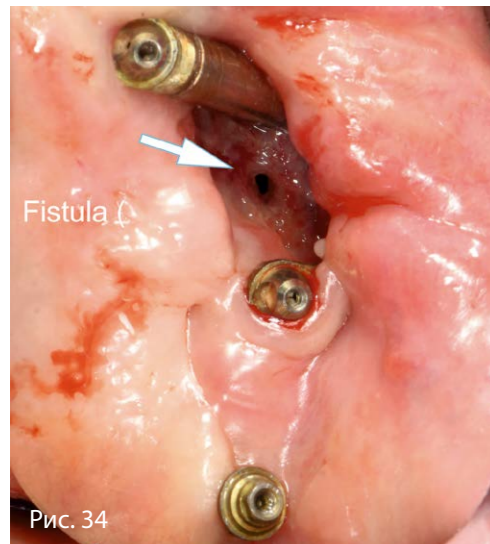


Рис. 34

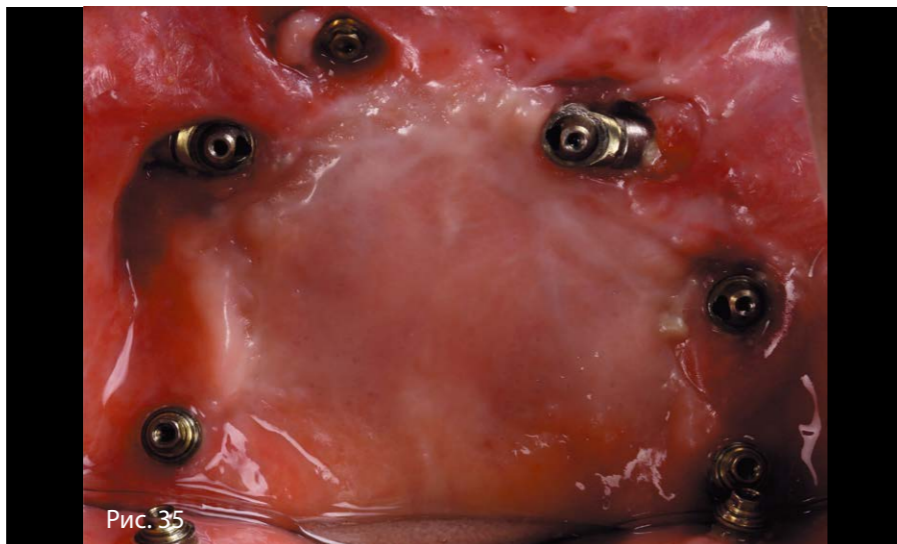


Рис. 35

Виртуально смоделирована индивидуальная балка с уровня мультитюнитов по авторской методике Lego-bridge под внутриротную сварку с последующей вклейкой моста из ртмта.

В клинику обратилась пациентка, возраст 80 лет. На верхней челюсти ранее был установлен субпериостальный имплантат в комбинации со стандартными во фронтальном участке, на нижней челюсти фиксирован мост на 15 одноступенчатых имплантатах.

Объективно и рентгенологически: определяется двусторонний синусит (Рис. 7). На первом этапе проведены санация и удаление верхних имплантатов.

На верхней челюсти при скуловой имплантации мы придерживаемся концепции доктора Don Holtzclaw – устанавливать имплантаты по гибриднему протоколу с опорой на шести с обязательной разгрузкой скуловых имплантатов от окклюзионной сверхнагрузки – птеригойдные. В данном клиническом случае с учетом атрофии и сквозных дефектов кости мы спланировали постановку трех зигоматик: один трансназально и два птеригойдных имплантата (Рис. 13-20). Планирование и создание наконного шаблона проводилось в программе 3Diemte, шаблоны напечатаны из kxc 3D SLS печати (Рис. 31-33).

Стереолитографическая модель напечатана на принтере Form labs, балка под внутриротную сварку напечатана также из kxc на верхнюю и нижнюю челюсть, зубы отфрезерованы из ртмта с нанесением композитной десны (Рис. 23-28). Расстановка скуловых имплантатов проведена по ZAGA 2-4 протоколу.

Операция проводилась под седацией с назотрахеальной интубацией. Шаблоны фиксировались на кость винтами для остеосинтеза. В первом сегменте проводилась трансназальная, скуловая и птеригойдная постановка имплантатов (Рис. 32-33). Во втором сегменте через наконный шаблон – два скуловых и один птеригойдный (Рис. 34-37). В области 12 зуба при трансназальной постановке имплантата получили небольшую фрактуру кортикальной кости, и имплантат исключили из нагрузки. На остальных имплантатах получен торк 60 и выше N/cm. После фиксации мультитюнитов и балки произведены внутриротная сварка и вклейка времен-



Рис. 36



Рис. 37



Рис. 38



Рис. 39

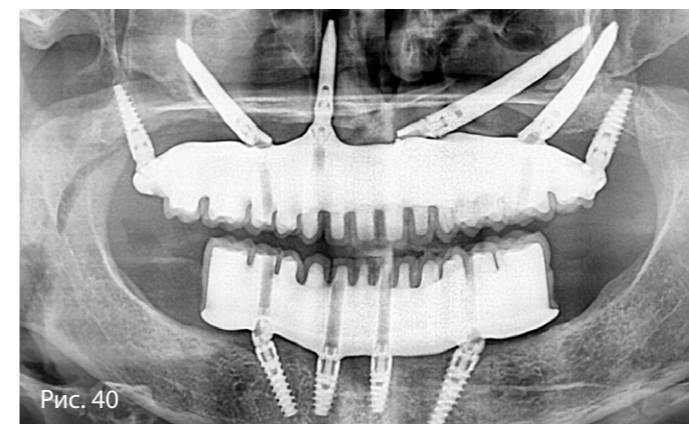


Рис. 40



Рис. 41

ных коронок (Рис. 38-39). На нижней челюсти произведена стандартная имплантация по протоколу «Все на 4» с внутриротной сваркой. Вследствие обширных дефектов от субпериостальных имплантатов у пациентки был лизис латеральной стенки синуса, что спровоцировало расхождение швов и формирование ороантрального сообщения во втором сегменте.

Через две недели произведена пластика соустья с помощью VIP-ST лоскута (Рис. 40). Спустя 6 месяцев приступили к постоянному протезированию. Изготовлены в полном цифровом протоколе две композитные постоянные реставрации на титановых балках по CAD CAM технологии – FP3 протезы.

Композит наносился по кюветной технологии, что позволяет в последующем делать повторное нанесение и коррекцию реставрации. Материал использовался Ceramag Up-Shofu (Япония). Пациентка регулярно приходит на гигиену в клинику – раз в год. Работу наблюдаем уже три года (Рис. 41-42).



Рис. 42



Баймурзин
Дмитрий Юрьевич

Стоматолог-имплантолог,
стоматолог-хирург

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ ГРЕБНЯ

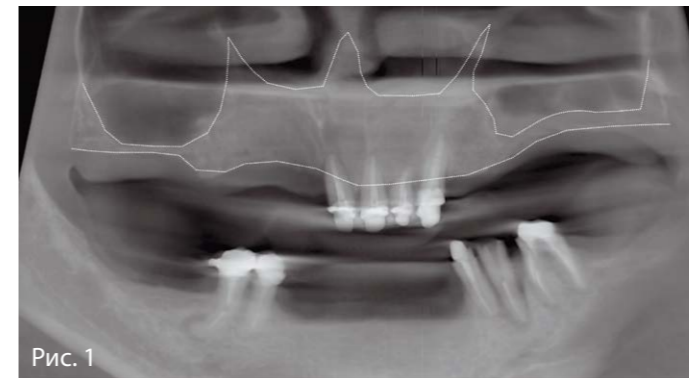


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

Довольно часто клиницистам приходится сталкиваться с ситуациями, когда необходимо делать выбор между регенерацией и установкой имплантатов в резидуальную кость. Да, и та, и другая методика очень хорошо запротоколированы и имеют весомую и обширную доказательную базу. Но как же быть клиницисту, который каждый день ведет свой прием и из великого множества разных опций должен выбрать одну «верную», а не превращать свой прием в шаблонизированный подход к реабилитации пациентов одной методикой.

В рамках представленного вашему вниманию случая я постараюсь изложить тактику принятия решения при реабилитации пациента (Рис. 1-2) с выраженной атрофией костной ткани на верхней челюсти.

При первичном анализе данных необходимо обратить внимание не только на объем резидуальной кости по данным КЛКТ (Рис. 3-4), а также на тип улыбки пациента – в нашем случае это закрытый тип, что является упрощающим фактором с точки зрения реализации конечной ортопедической конструкции. Помимо объема кости и типа улыбки необходимо уделить внимание возрасту – ведь чем более моло-

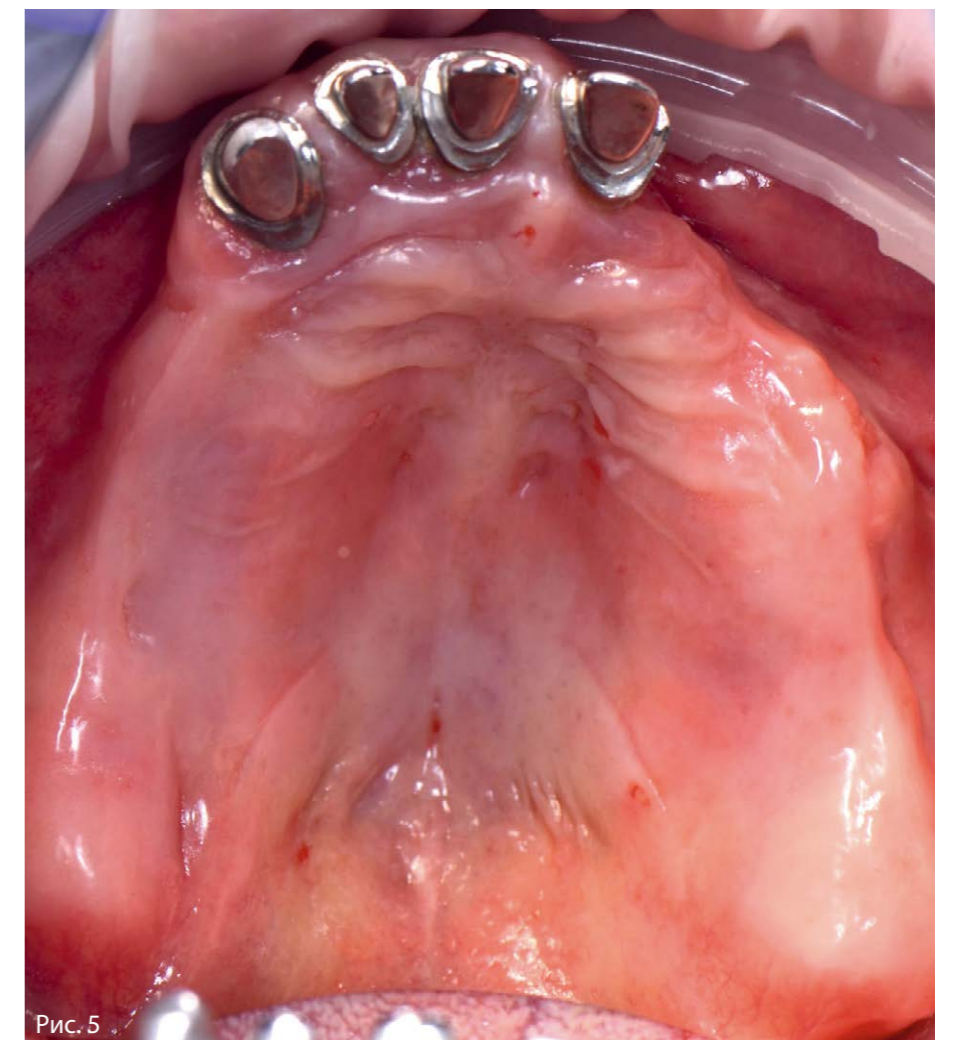


Рис. 5

Особенности позиционирования имплантатов при навигационной хирургии – чуть более небное корпусное расположение

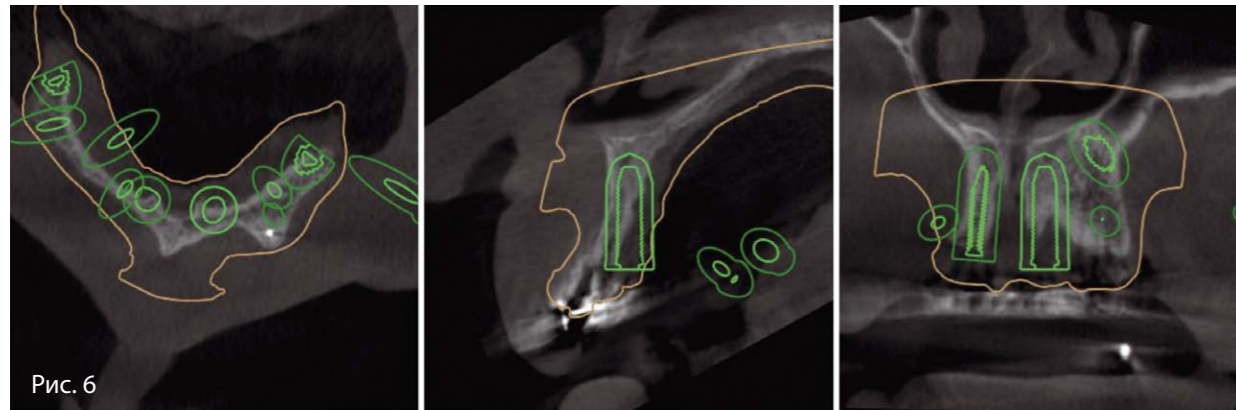


Рис. 6

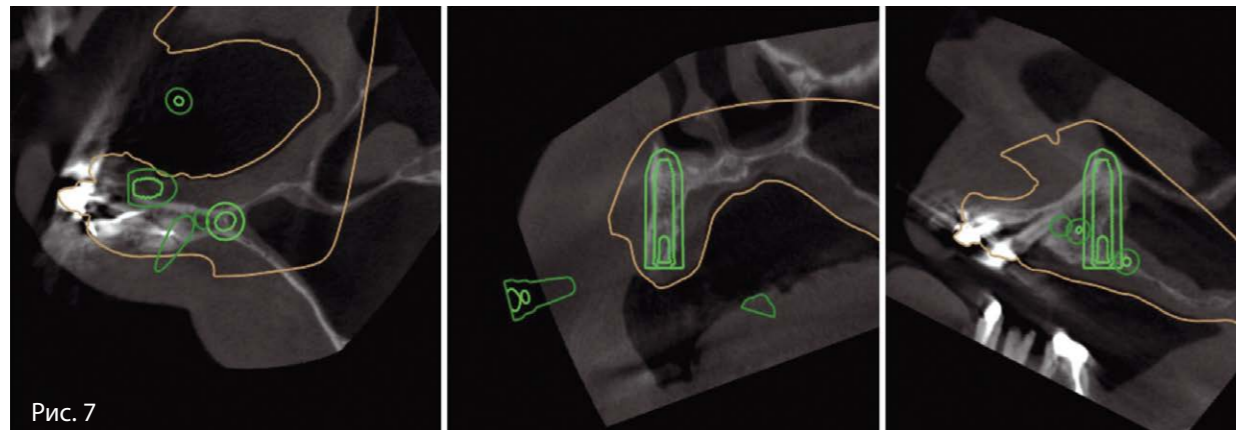


Рис. 7

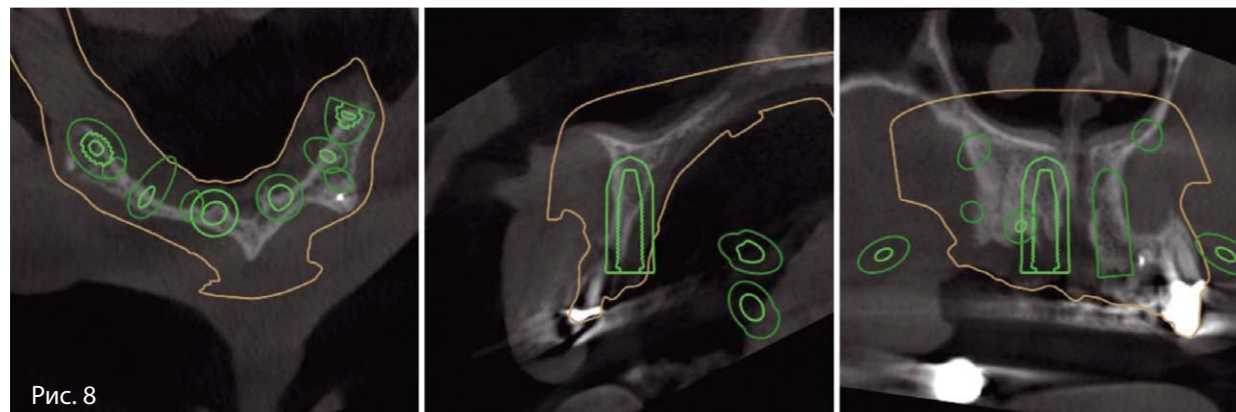


Рис. 8

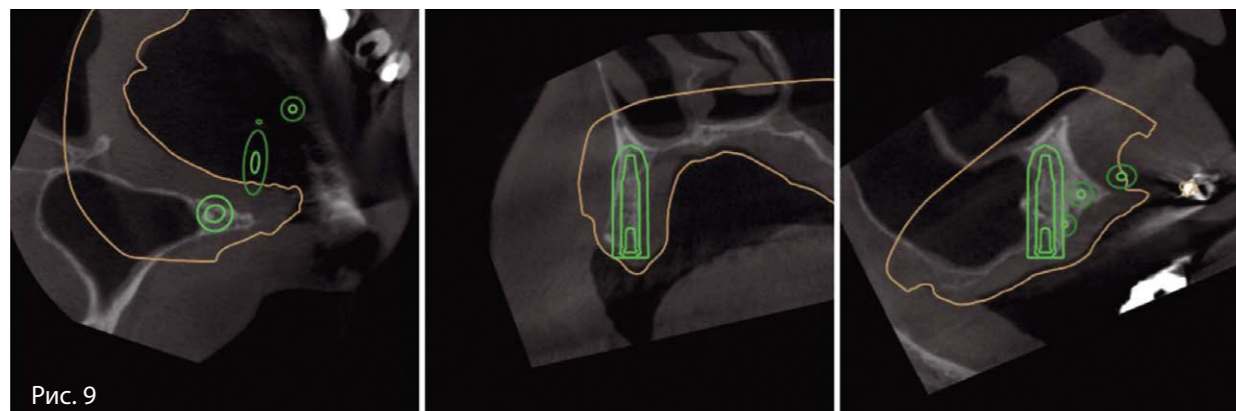


Рис. 9

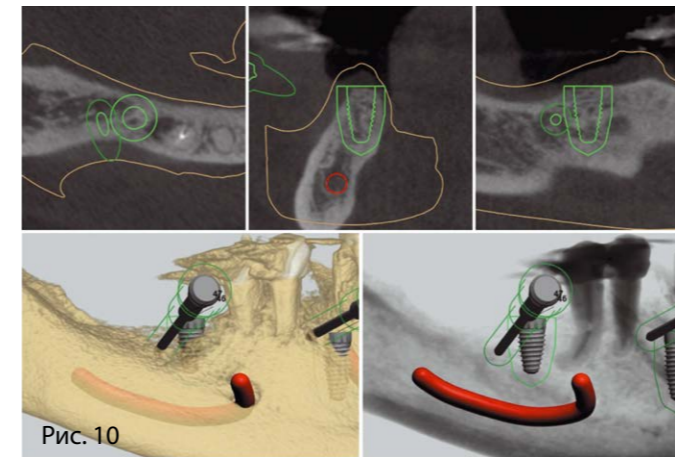


Рис. 10

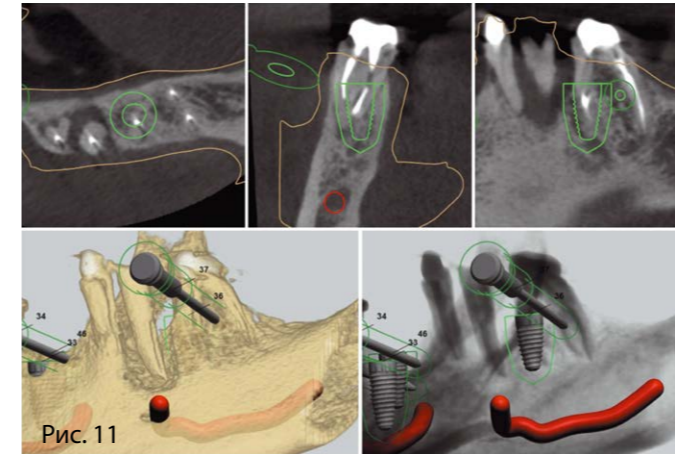


Рис. 11

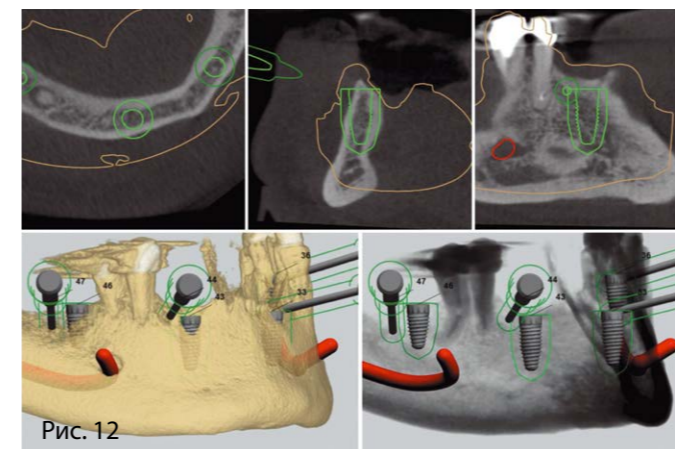


Рис. 12

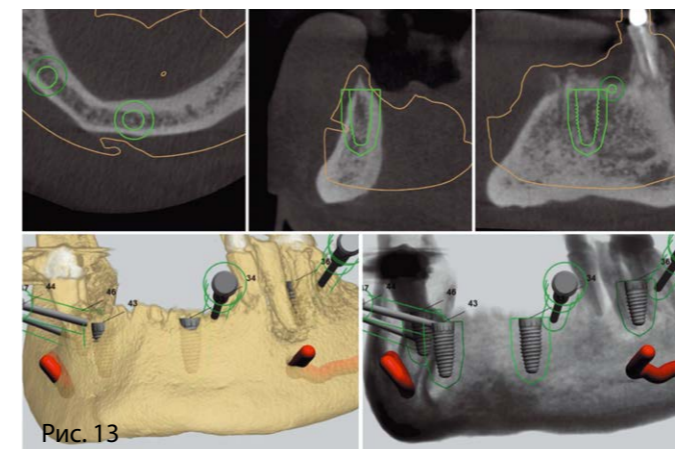


Рис. 13

дой пациент обращается к нам, тем большее количество опор необходимо обеспечить для будущей ортопедической конструкции. В нашем случае в момент обращения пациента за помощью ему исполнилось 57 лет, и мы прекрасно понимаем, что после завершения лечения период наблюдения будет составлять очень длительный период времени. Плюс необходимо оценить уровень гигиены у обратившегося пациента, так как зачастую с утратой зубов пациенты утрачивают навык ухода за ними. Дополнительный настораживающий момент – это курение: пациент употребляет 1 пачку сигарет в день на протяжении уже более 10 лет и говорит об этом максимально открыто. У клиницистов такой вид пациентов должен вызывать очень выраженную настороженность, и наблюдать таких «особенных пациентов» необходимо тщательнее.

Вернемся к клиническому случаю и наиболее интересной составляющей. Что делать? Итак, перечислив вышеуказанные факторы, мы понимаем, что пациенту предстоит одномоментная двухчелюстная реабилитация с немедленной нагрузкой. При этом, учитывая особенности костного предложения на верхней и нижней челюсти, у нас есть возможность выбора наиболее подходящих систем для реализации задуманного плана. Какое количество опор будет оптимальным в данном случае? При проведении анализа мы понимаем, что на верхней челюсти ширина альвеолярного гребня не превышает 4 мм на всей протяженности, в то время как на нижней челюсти мы практически не ограничены ни шириной, ни высотой костного предложения.

Загрузив в программу Trishape Design Studio данные КЛКТ и внутривитового сканирования, мы приступаем к этапу подбора и расстановки имплантатов с целью создания навигационного хирургического шаблона, который при корректном использовании всегда является дополнительным инструментом в руках опытного клинициста и делает его практику более предсказуемой. После оценки объема костного предложения и расстановки имплантатов мы понимаем, что на верхней челюсти будет применяться расстановка имплантатов отвесно во фронтальном отделе и под наклоном в дистальном отделе. При этом выбор будет сделан в пользу имплантатов с наружным шестигранником и параллельными стенками, которые имеют за счет своего макродизайна 3 точки стабилизации: в области верхушки, тела и платформы. Выбор имплантатов с таким макродизайном в случае выраженной атрофии кости по горизонтали является практически безальтернативным, так как при достижении оптимальной первичной стабильности >35 Н/см за счет наружного шестигранника мы всегда можем спозиционировать угловой абатмент multi-unit без коррекции положения имплантата. Самый важный момент, который необходимо держать в фокусе такого костного предложения – особенность препарирования кости при данном макродизайне имплантата. Первичную точку препарирования в области каждого такого имплантата необходимо смещать в максимально небную позицию, по сути, располагая ее на область сочленения вершины гребня и небной кортикальной пластины – именно такой тип первичного позиционирования позволит расположить имплантат в максимально корректной ортопедической позиции при его установке. Именно в такой позиции и необходимо расположить имплантаты при виртуальном планировании – по сути, «прижав» их к небной кортикальной пластине. И выполнить это как во фронт-



Рис. 14

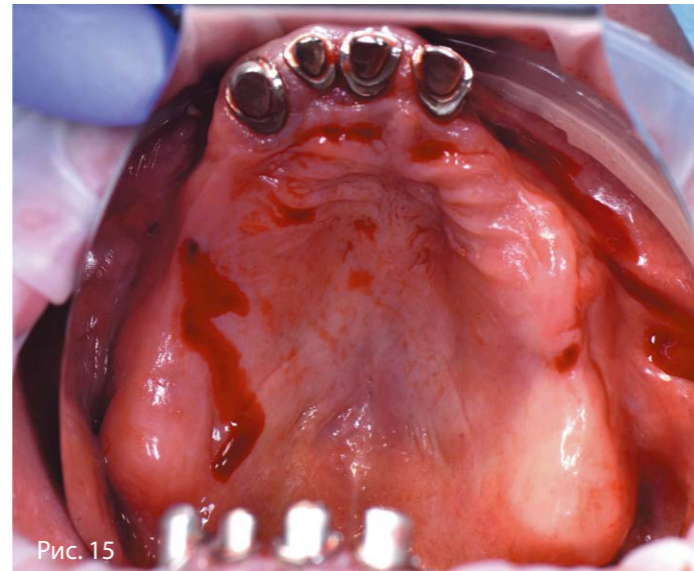


Рис. 15

Препазирование ложа и снятие шаблона для перехода на классический протокол

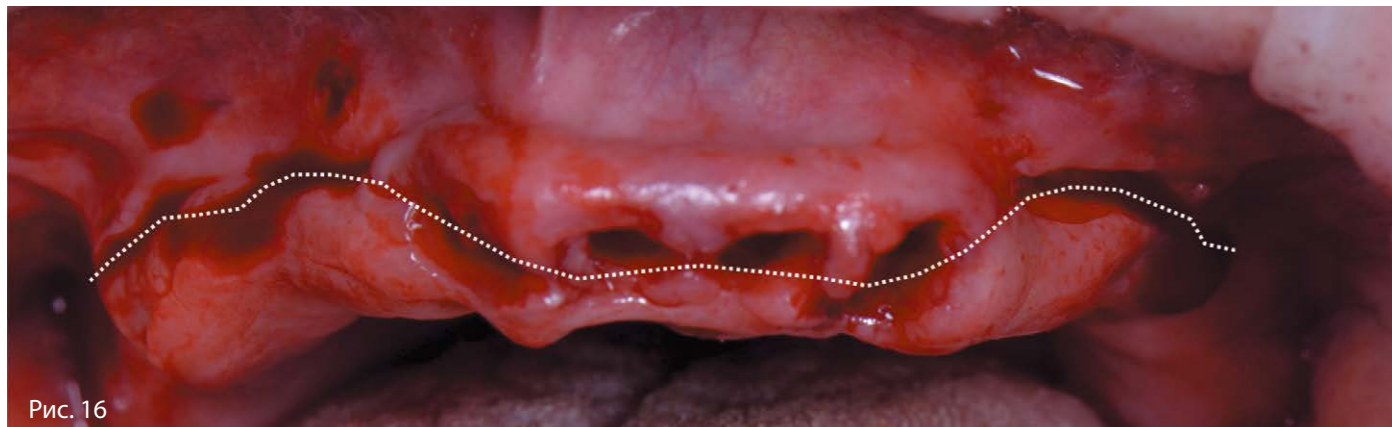


Рис. 16

Схема выполнения разреза при работе на верхней челюсти

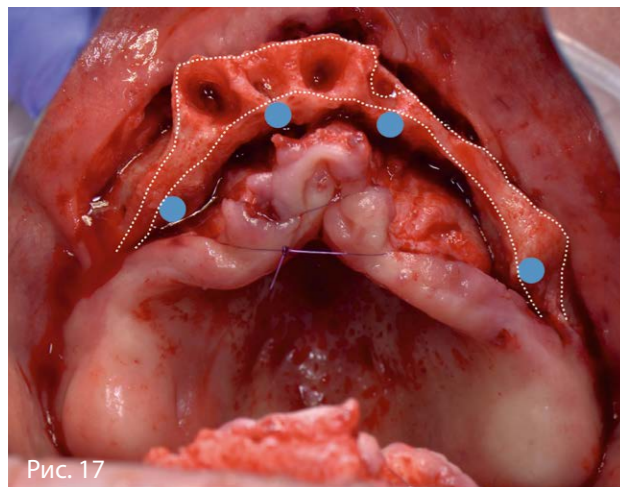


Рис. 17

Первоначальное позиционирование – небное

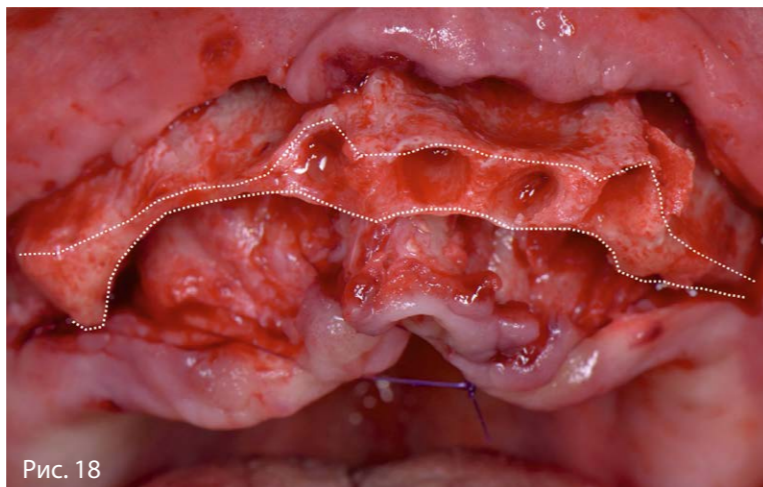


Рис. 18

Оценка объема костного предложения

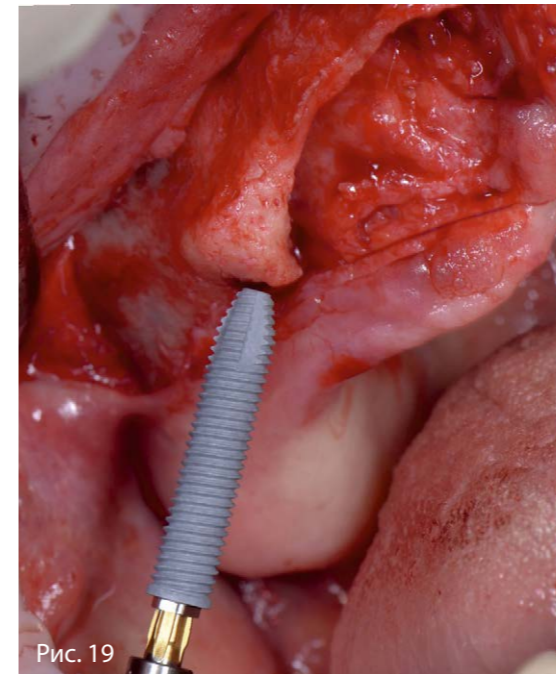


Рис. 19

Nobel Speedy Groovy 4x20

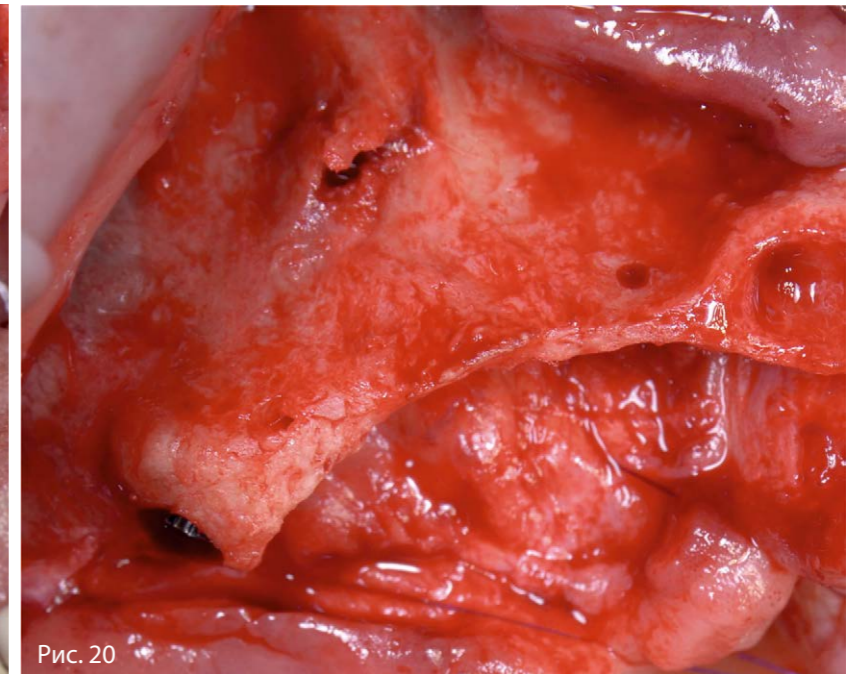


Рис. 20

Надром наружной кортикальной пластины

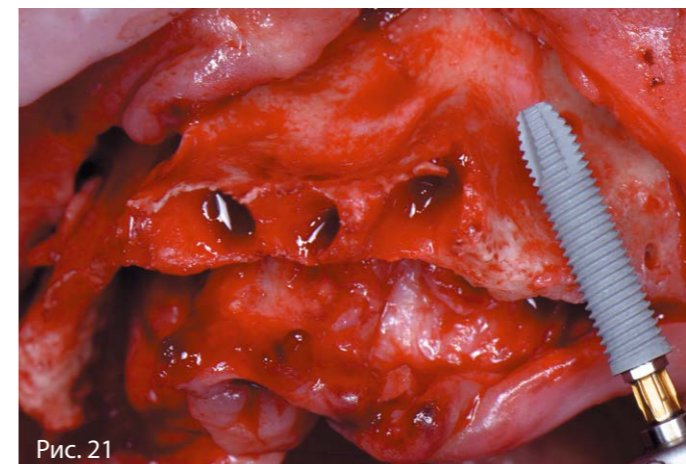


Рис. 21

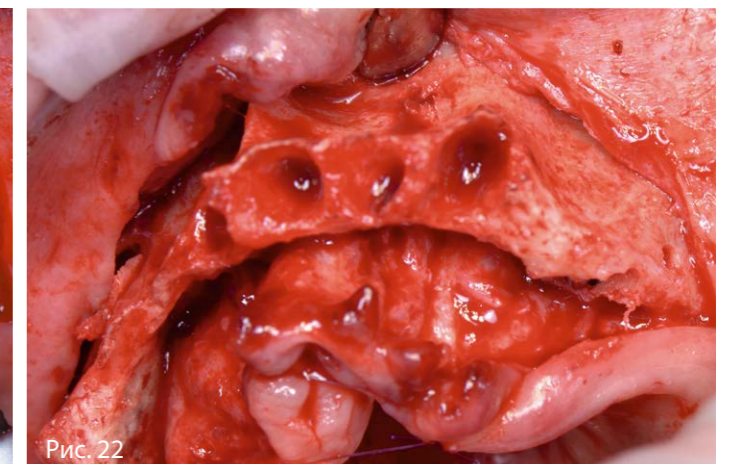


Рис. 22

Стабилизация 35 Н/см

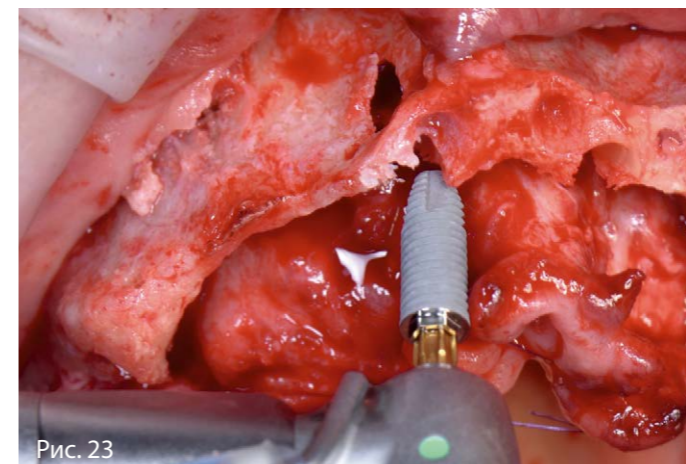


Рис. 23

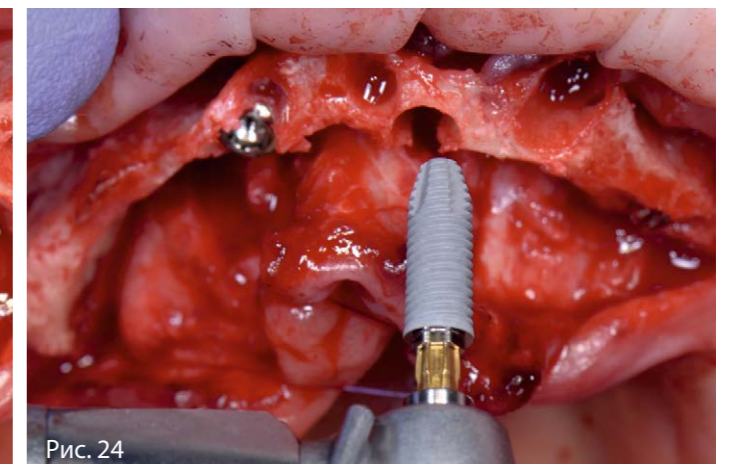


Рис. 24

Фронтальный отдел также устанавливается в последнюю очередь

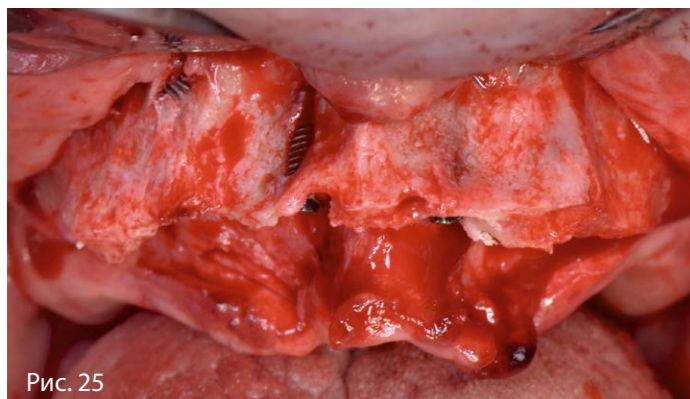


Рис. 25



Рис. 26

Вид после установки имплантатов

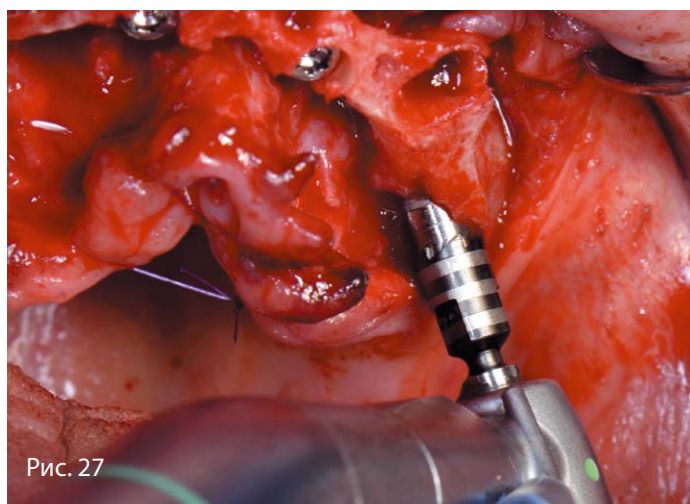


Рис. 27

Профилирование кости в области платформы

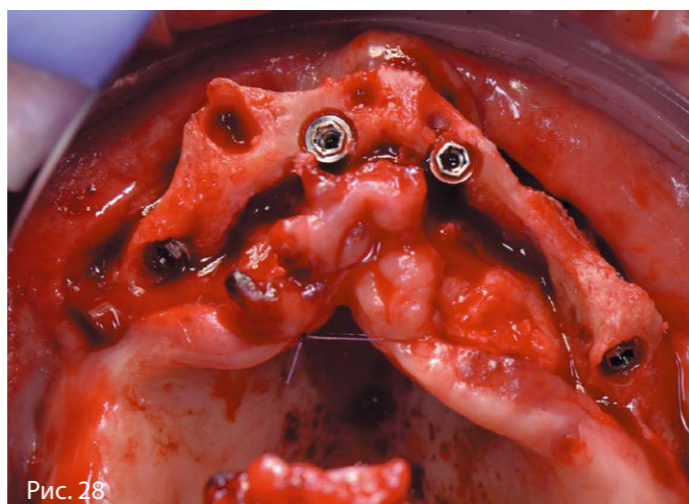


Рис. 28

Вид установленных имплантатов

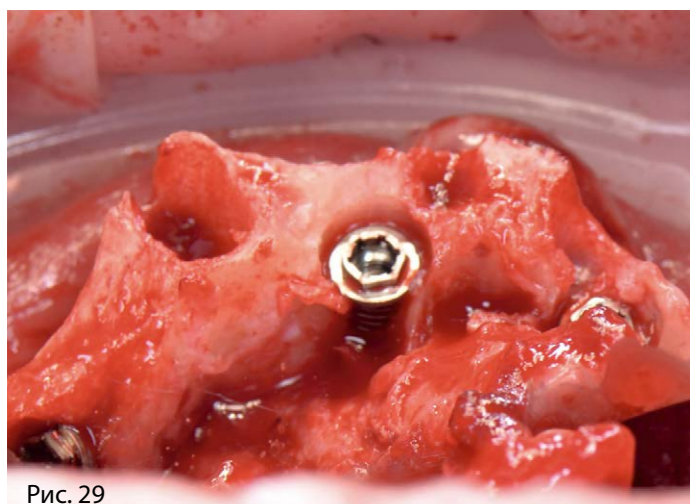


Рис. 29

Небное оголение витков резьбы

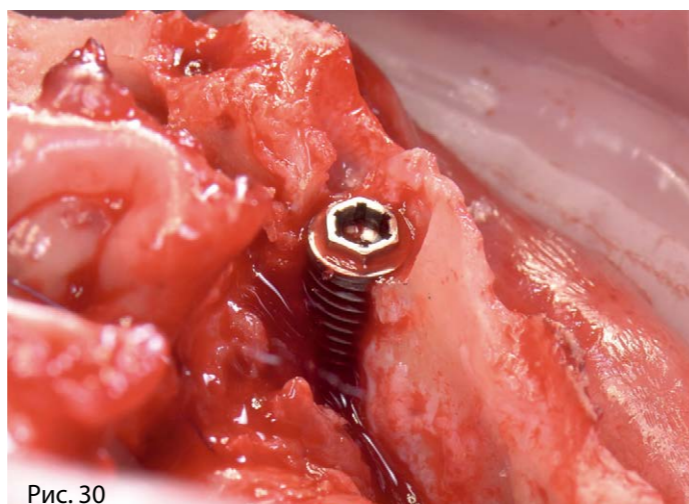


Рис. 30

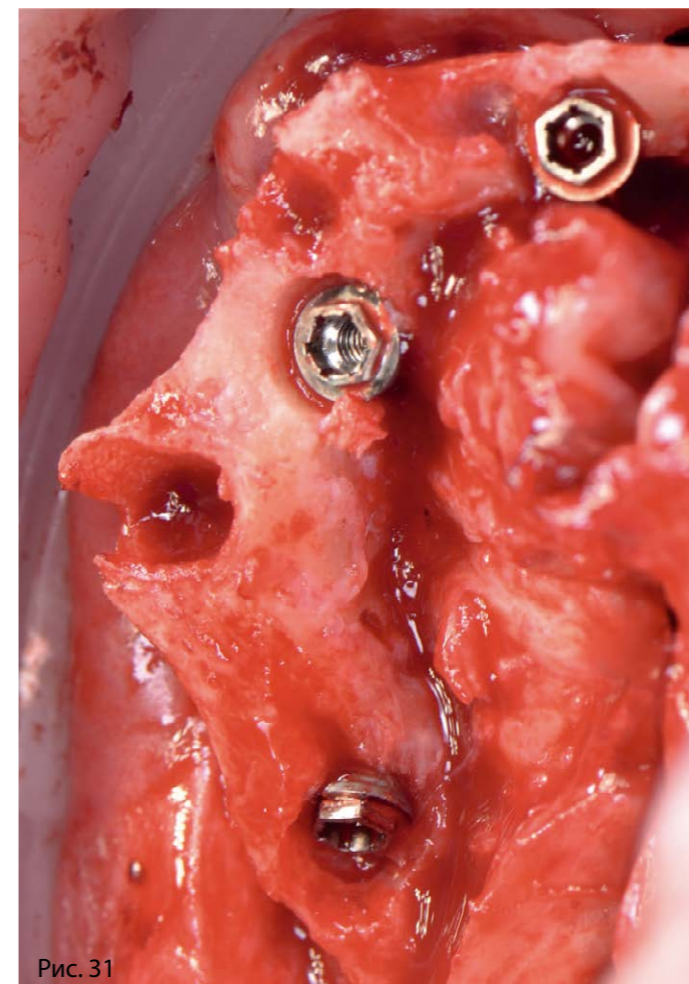


Рис. 31

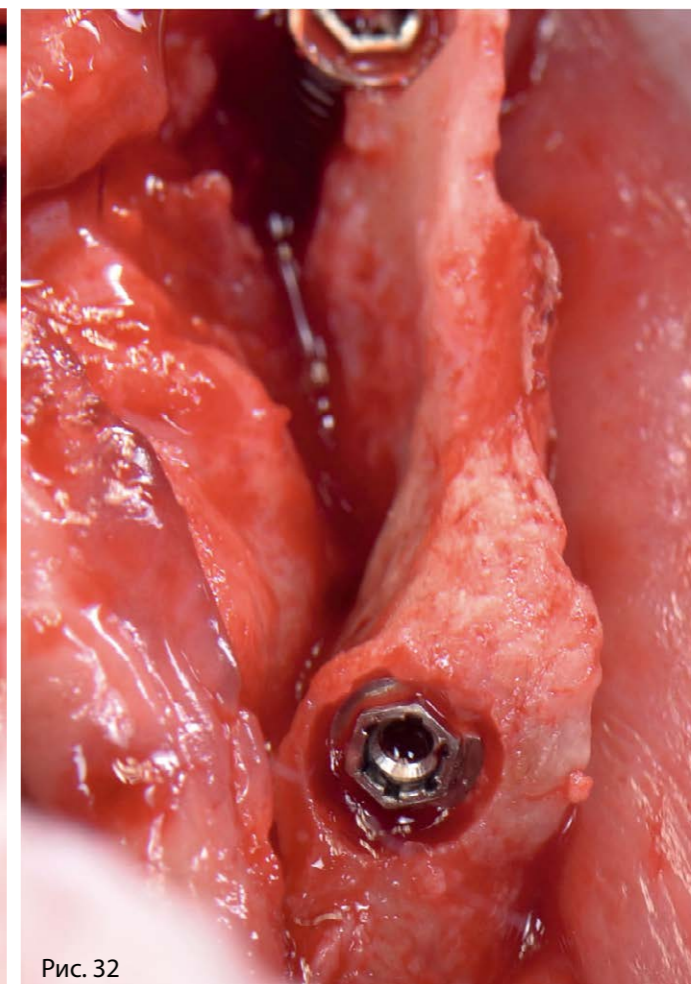


Рис. 32

Небное оголение витков резьбы

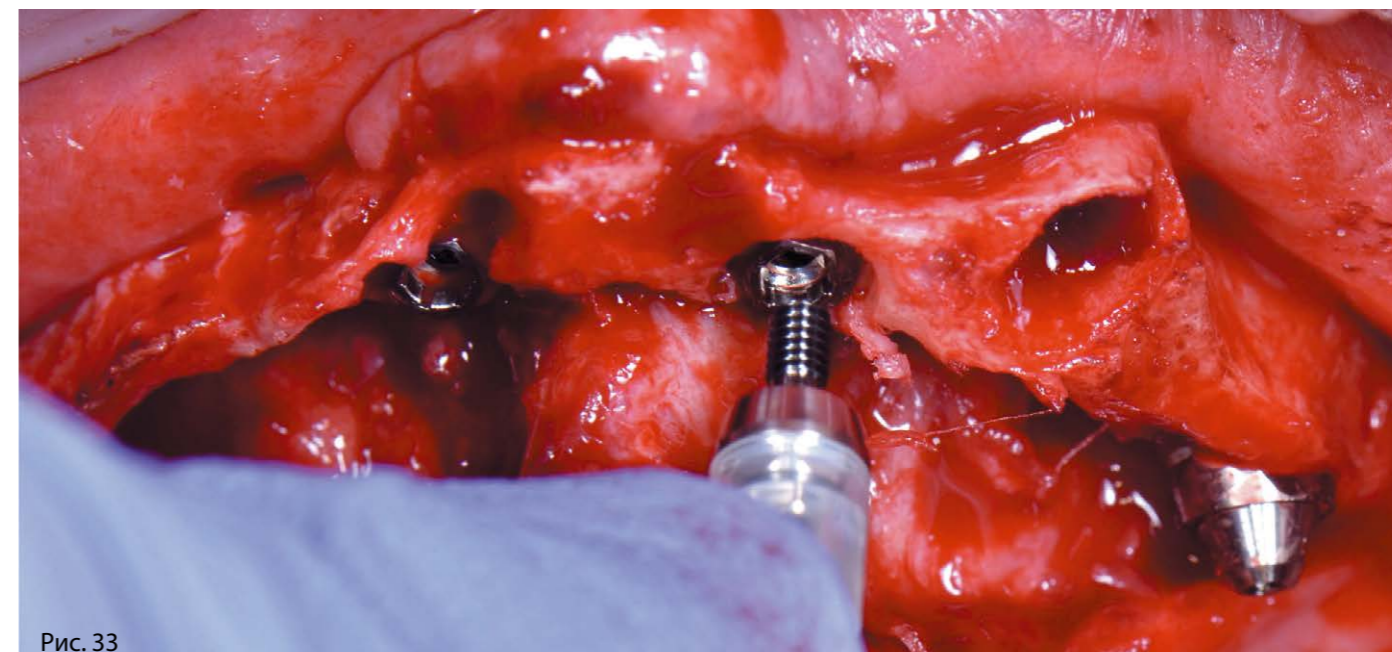


Рис. 33

Установка абатментов multi-unit

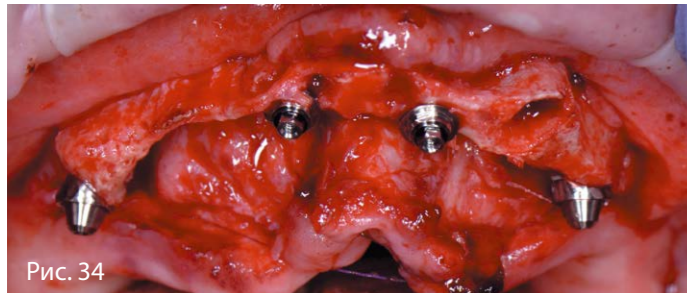


Рис. 34

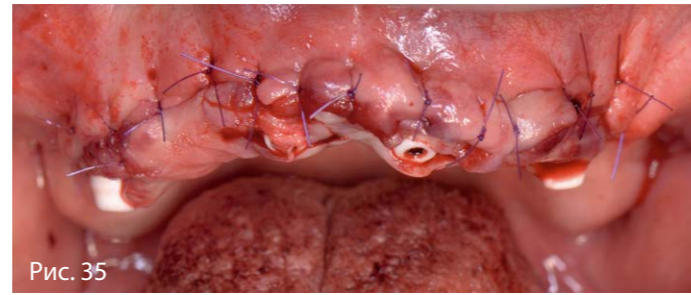


Рис. 35

Вид после ушивания

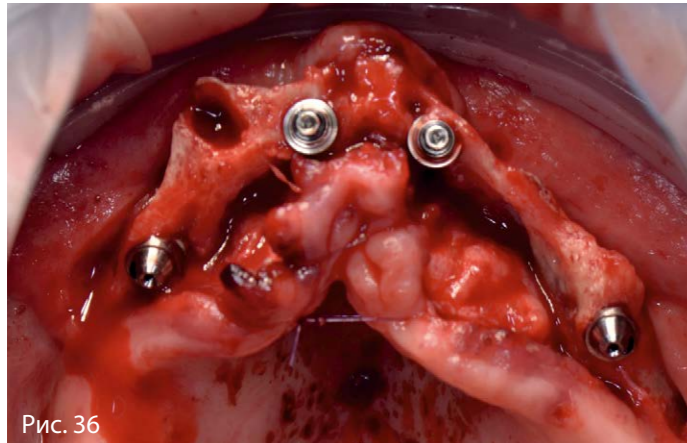


Рис. 36

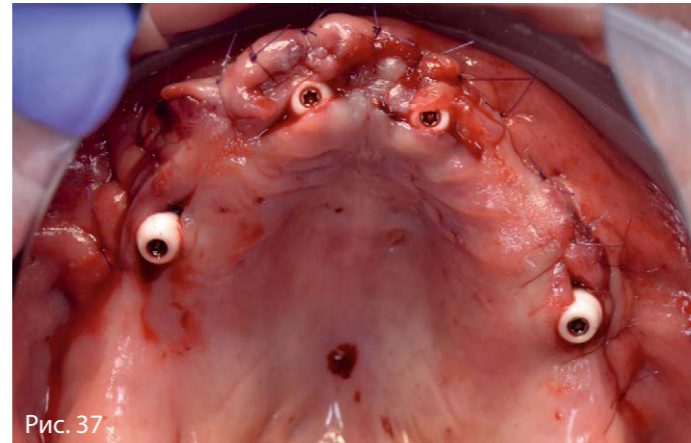


Рис. 37

Установленные абатменты

Ушивание

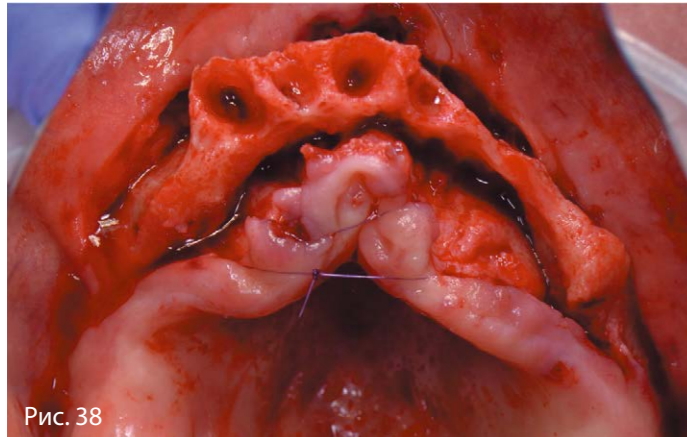


Рис. 38

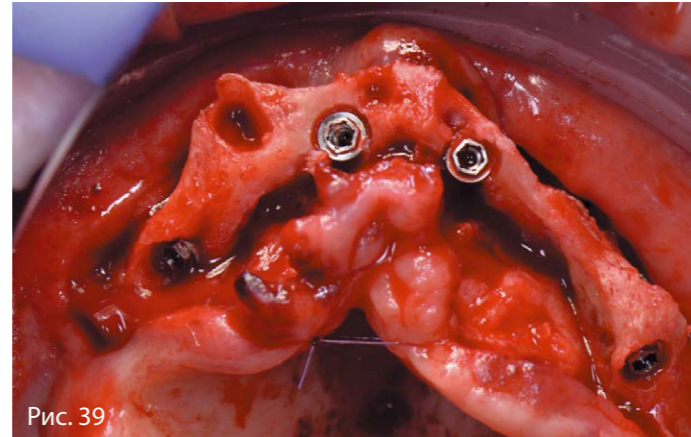


Рис. 39

Дефицит кости по горизонтали – не проблема!



Рис. 40

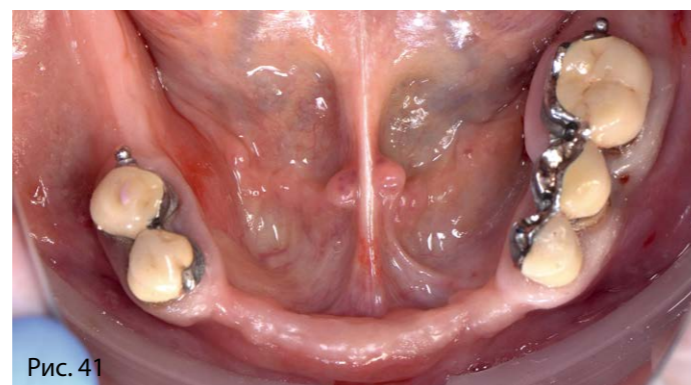


Рис. 41

Исходная ситуация на нижней челюсти



Рис. 42

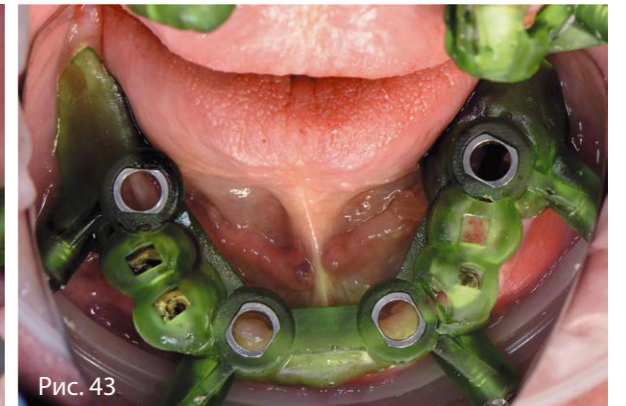


Рис. 43

Установка навигационного хирургического шаблона

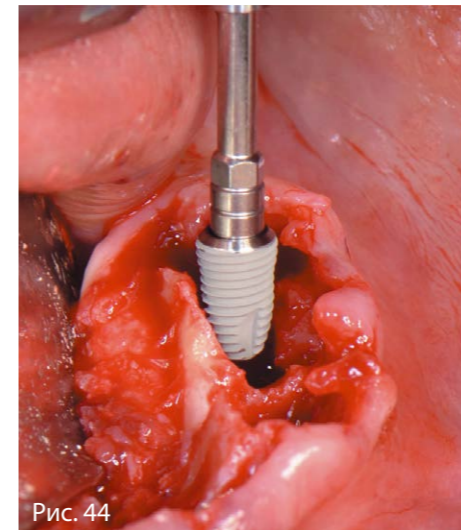


Рис. 44

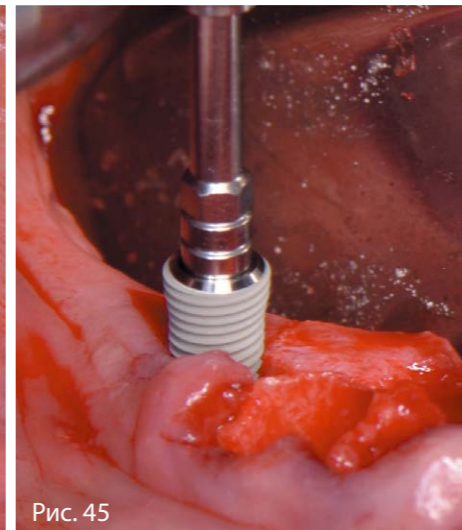


Рис. 45

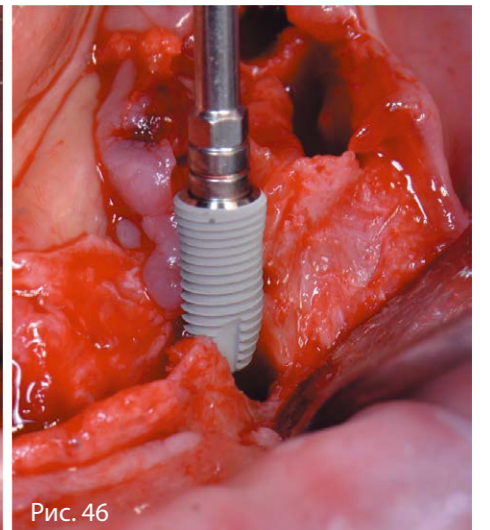


Рис. 46

Установка имплантата

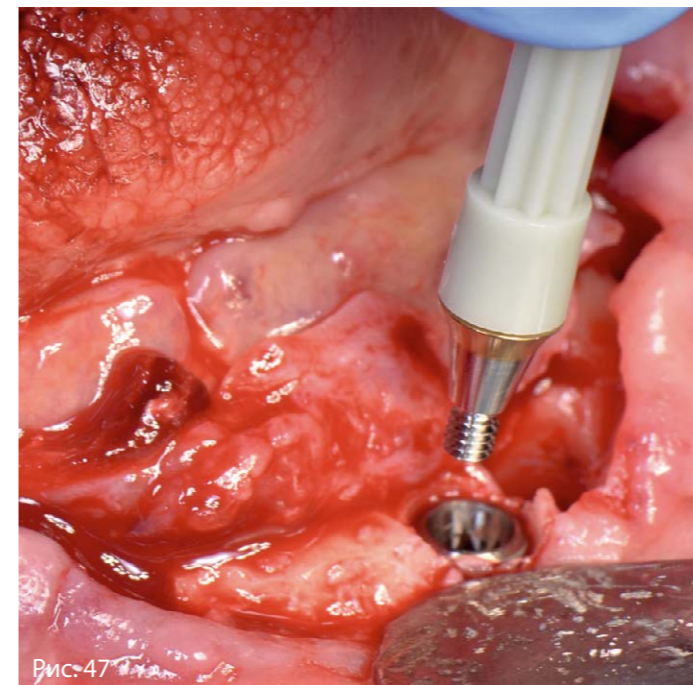


Рис. 47

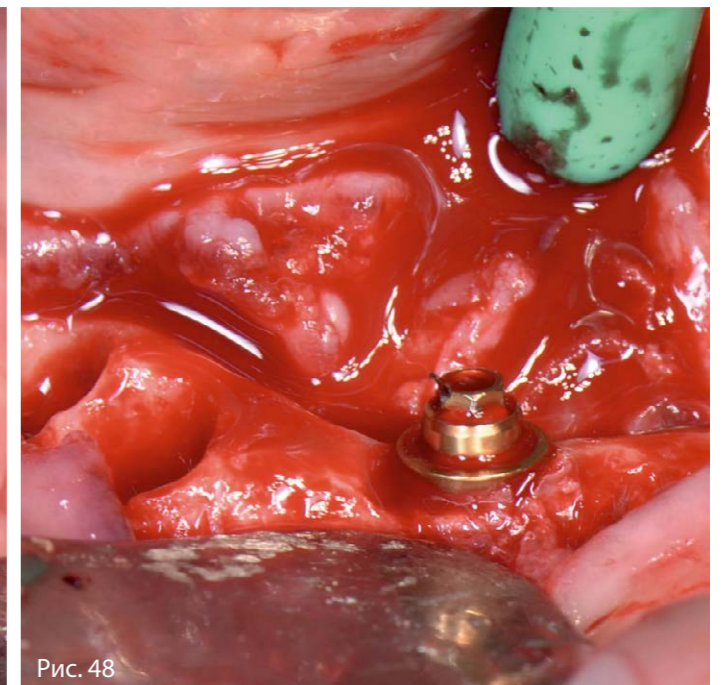


Рис. 48

Установка абатментов multi-unit

тальном, так и в дистальном отделе, как мы видим на представленных фото (Рис. 5-10).

В данном случае было принято решение идти по хирургическому шаблону под полный протокол препарирования, и на представленных фото будет казаться, что $\frac{1}{2}$ медиальных имплантов находится не в кости. Это связано с ограничением полнопротокольной навигации, которая была использована, и данный фактор необходимо всегда учитывать при выполнении первичного препарирования. Далее выполняется расстановка фиксирующих пинов, их оптимальное количество – от 6. После процесса 3D-печати, постобработки, расстановки втулок и холодной стерилизации выполняется хирургический этап. Но даже при изготовлении клиницистом

хирургического шаблона от начала и до конца необходимо использовать его лишь как дополнительный инструмент и в случае значительного расхождения виртуальных и клинических данных перейти от «шаблонного метода» к обычному протоколу.

В представленном клиническом случае (Рис. 10-15), учитывая выраженную степень атрофии гребня, шаблон использовался для пилотного препарирования и облегчил получение точек первичного препарирования. После чего хирургический шаблон был снят и работа была продолжена по классическому протоколу. Клинические и виртуальные данные оказались идентичны, и размеры подготовленных к операции имплантов не отличались от запланированных, их установка

была выполнена успешно. Во фронтальном отделе при установке имплантов отмечается оголение небной поверхности имплантата на $\frac{1}{3}$ его длины (Рис. 15-20), что не является критичным и уже задокументированным протоколом.

В области всех имплантов удалось добиться достаточной первичной стабильности более 35 Н/см, и далее наступает этап установки абатментов multi-unit. Важно помнить о том, что расхождение, допустимое между платформами абатментов multi-unit для пассивной посадки ортопедической конструкции, у каждого производителя указано в каталоге и может значительно отличаться в зависимости от макродизайна ответной части абатмента – и всегда необходимо придерживать-

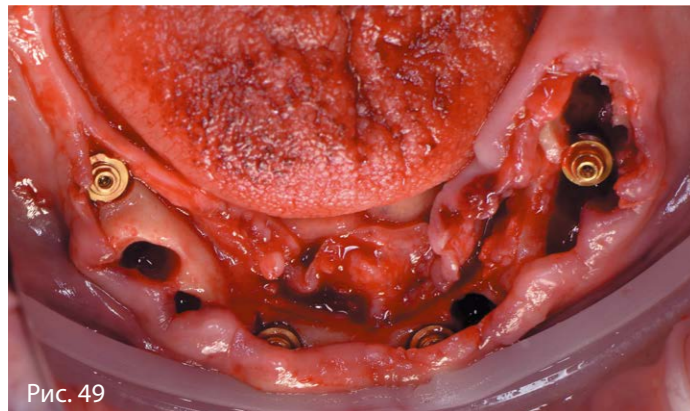


Рис. 49

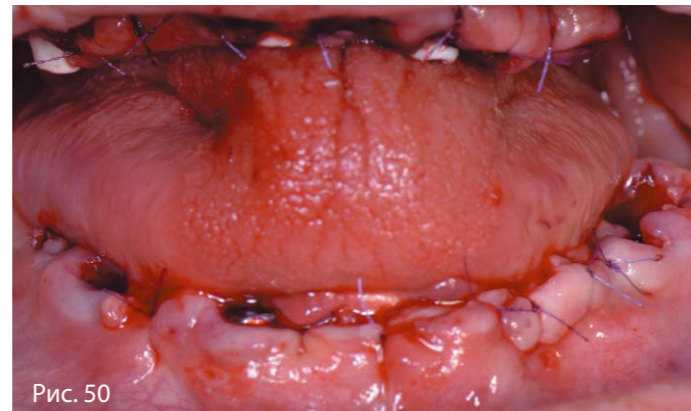


Рис. 50

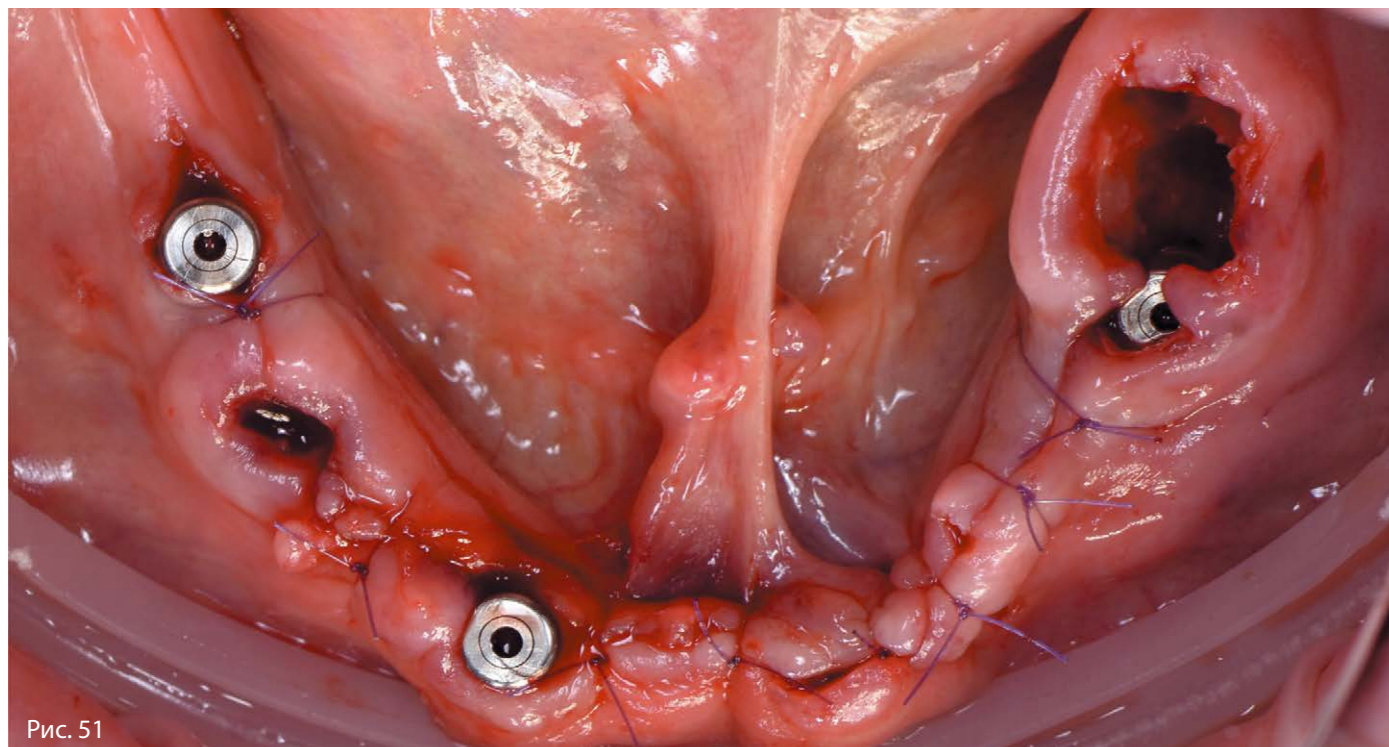


Рис. 51



Рис. 52

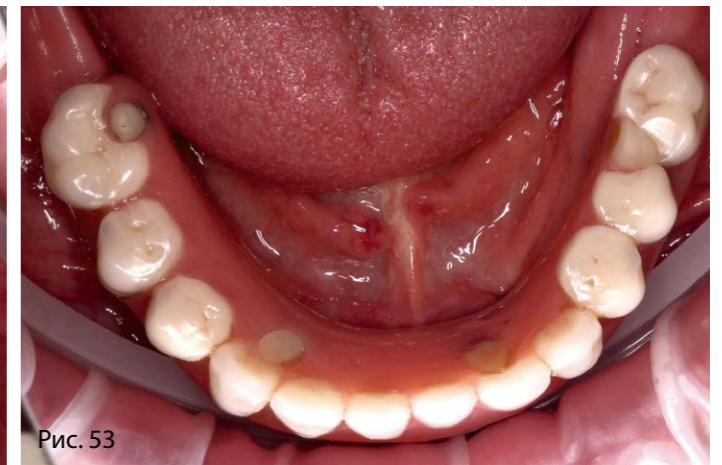


Рис. 53

Нагрузка на 10-й день



Рис. 54

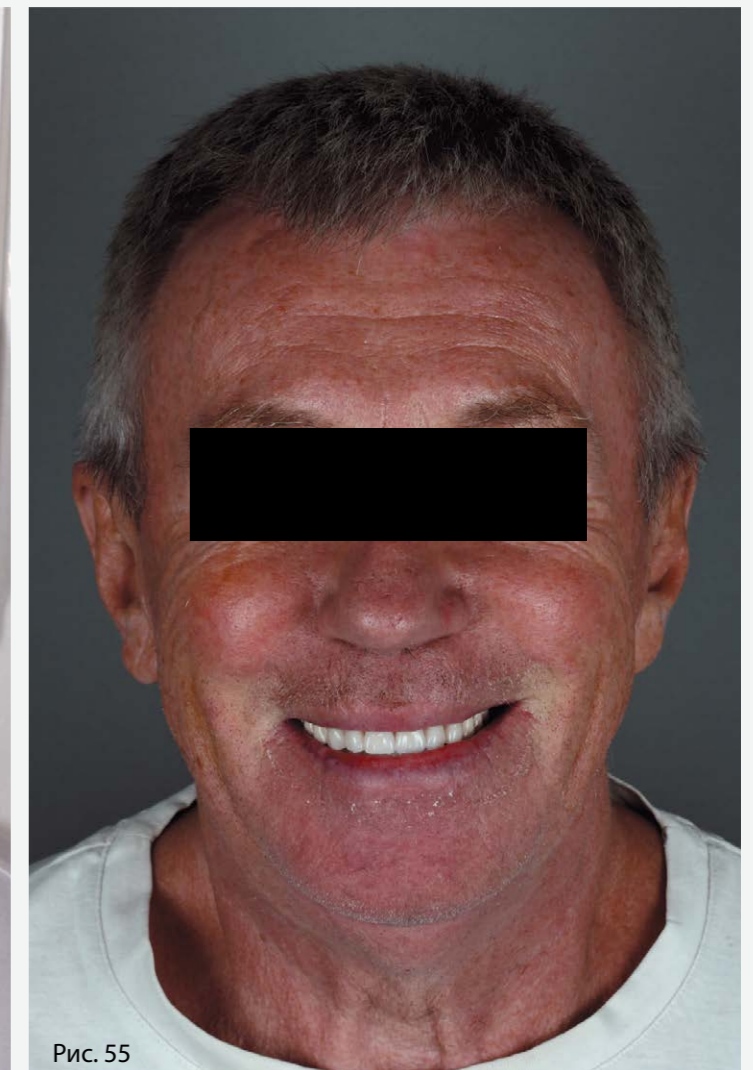


Рис. 55

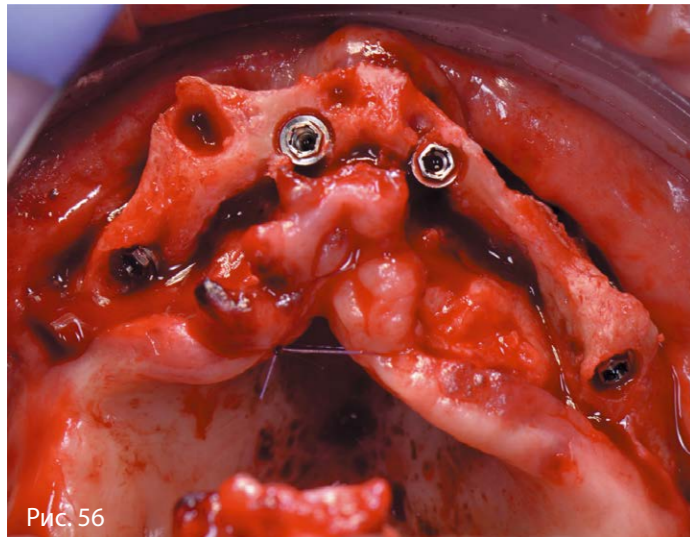


Рис. 56

День операции

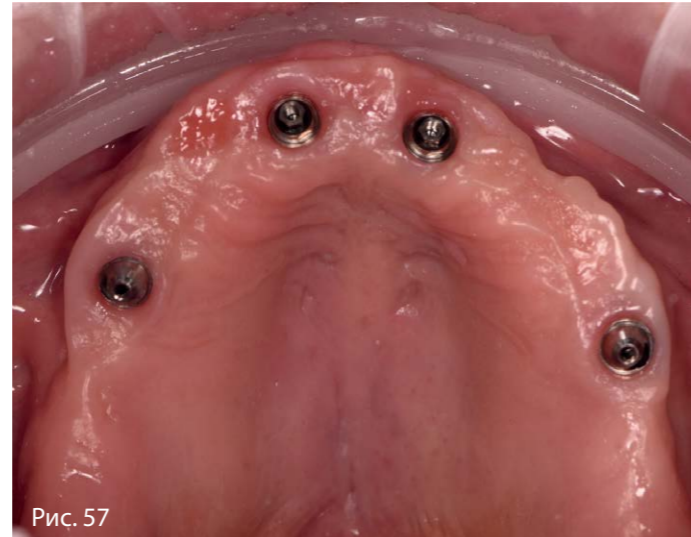


Рис. 57

Через 1,5 года после операции

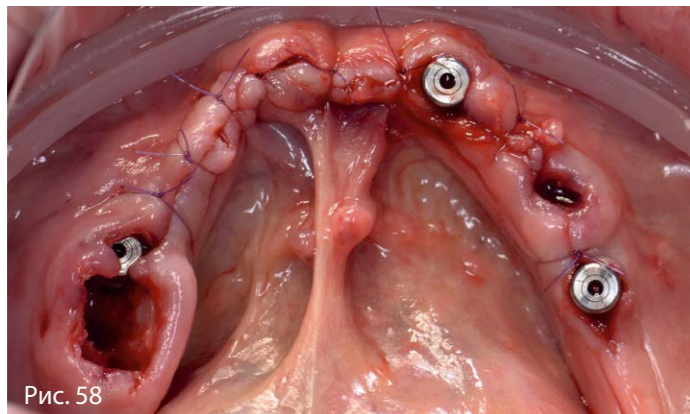


Рис. 58

День операции



Рис. 59

Через 1,5 года после операции



Рис. 60

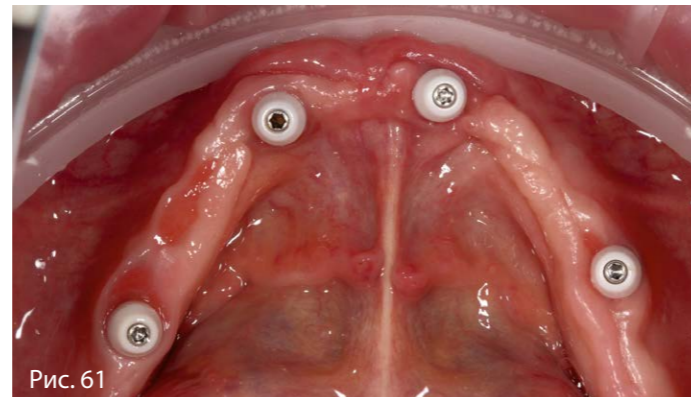


Рис. 61

Состояние мягких тканей на профилактическом осмотре

ся указанных параметров. В данном случае удалось добиться минимального расхождения, были произведены установка заживляющих колпачков и последующая адаптация небного локута поверх заживляющих колпачков путем выполнения его локальных разрезов. Далее были наложены швы – они все располагаются вестибулярно, что значительно облегчит этап их снятия.

После наложения швов пациент переходит к врачу-ортопеду для этапа временного протезирования. В данном случае было выполнено изготовление армированных акриловых протезов, но мы прекрасно понимаем, что прогресс не стоит на месте и можно изготовить как фрезерованные, так и напечатанные конструкции – принципиально важно, чтобы процесс в кли-

нике был отлажен именно по тому типу временного протезирования, который удобен и предсказуем для клиники.

Через 2 недели пациент приходит на процедуру снятия швов и переходит на динамическое наблюдение 1 раз в месяц. Этот протокол является обязательным и позволяет не только упорядочить действия внутри клиники и сформировать понимание команды



Рис. 62

Через 1,5 года после операции



Рис. 63

До лечения



Рис. 64

После лечения

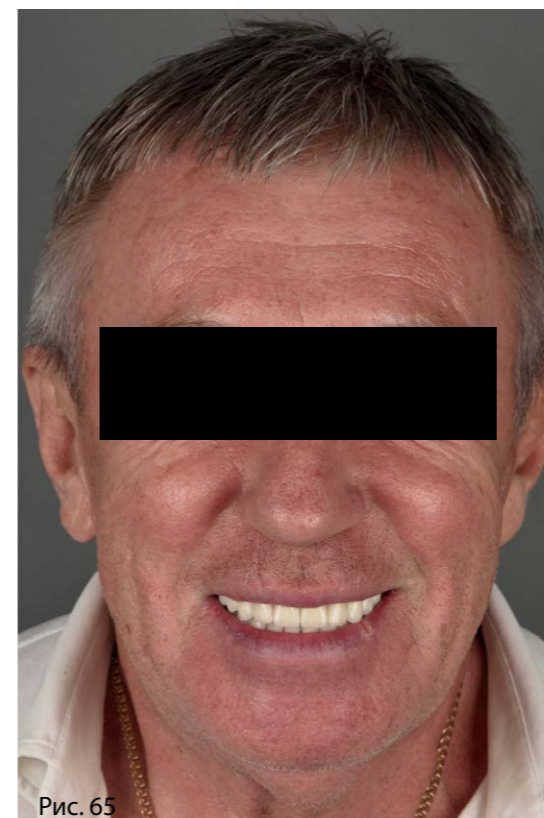


Рис. 65



Рис. 66

Ключевые аспекты при работе с мягкими тканями в тотальной реабилитации

- Корректное 3-мерное расположение имплантата, исходя из конечной ортопедической конструкции.
- При работе на верхней челюсти (особенно на беззубых) – вестибулярное смещение разреза.
- Использование абатментов с корректным трансгингивальным профилем.
- Выполнение пластики десны при работе на нижней челюсти даже при одномоментной установке абатментов multi-unit.



Рис. 67

Титановая балка с клейкой из диоксида циркония



Рис. 68

Титановая балка с облицовкой акрилом и акриловыми зубами

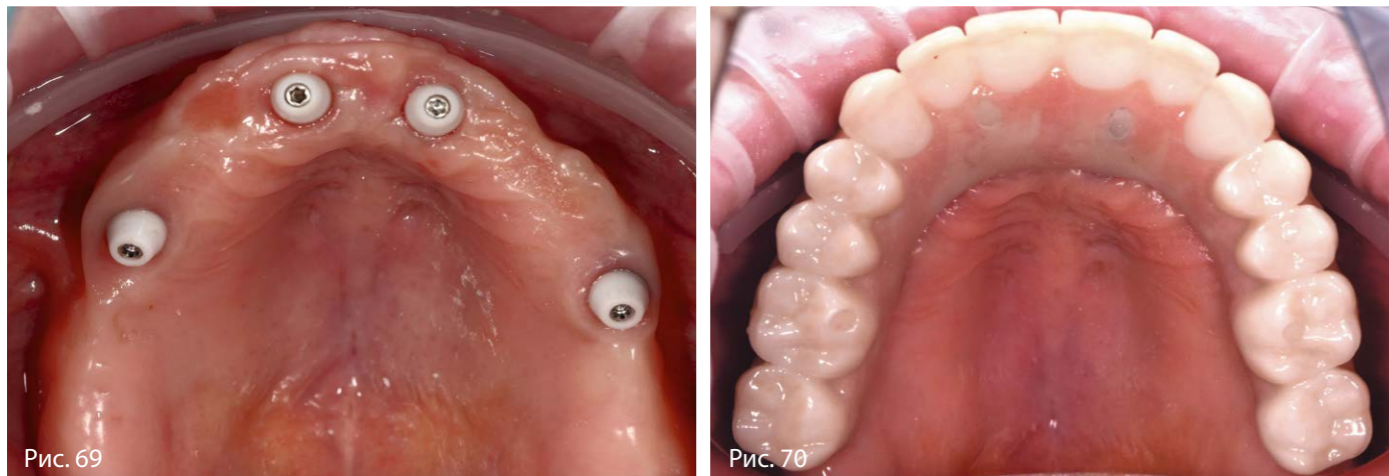


Рис. 69

Рис. 70

о процессах регенерации после операции, но и помочь пациенту подружиться с командой.

По прошествии 6 месяцев выполняется контрольное рентгенологическое исследование и стартует этап постоянного протезирования. Самым важным при постоянном протезировании является выстраивание физиологической окклюзии в сочетании с эстетико-функциональными параметрами. И на этом этапе крайне важно выполнять дополнительно прототипирование будущих постоянных конструкций. В данном слу-

чае было принято решение изготовить на верхнюю челюсть армированную титаном диоксид-циркониевую дугу в полную анатомию, на нижнюю челюсть – армированный титаном акриловый протез. Процесс занял около 1 месяца.

По завершении этапа постоянного протезирования наступает самый важный этап – диспансерного наблюдения и сервисного обслуживания протезов, который подразумевает регулярные визиты пациента на осмотр, а также выполнение гигиены контактной зоны

и замену фиксирующих винтов. Этот этап является самым важным из всех, и только он позволяет оценить эффективность проведенного лечения, а также вовлеченность пациента в уход за ортопедическими конструкциями. Как видим на представленных фотографиях, через 1,5 года после проведенной хирургии мягкие ткани находятся на стабильном уровне, отсутствует налет на ответной части абатментов multi-unit и сами протезы достаточно чистые, что говорит о полной реабилитации пациента.

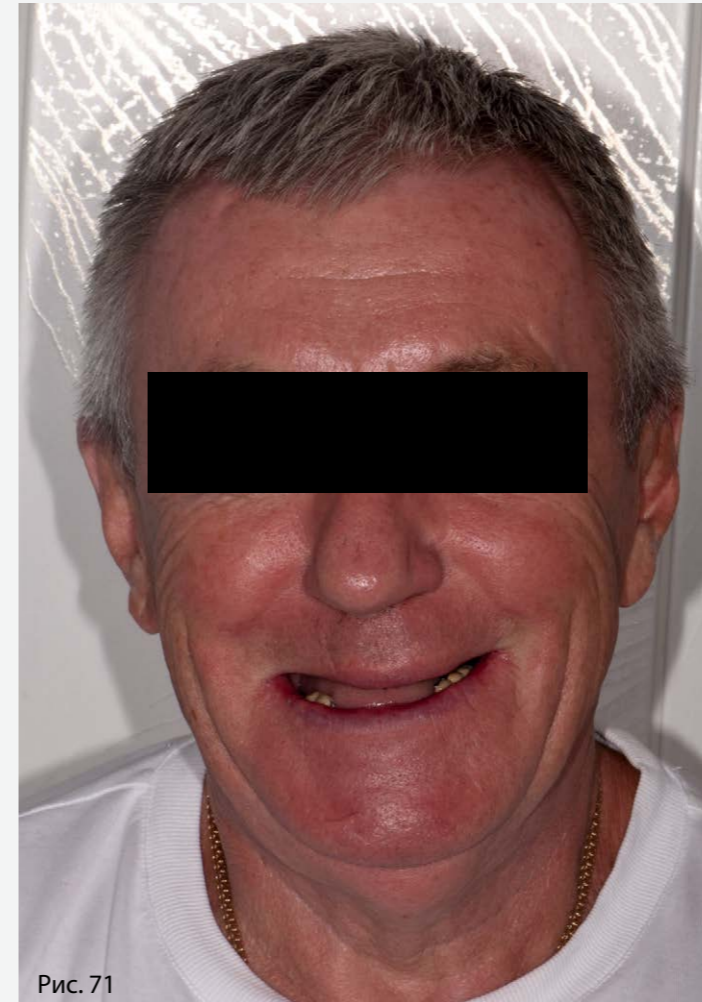


Рис. 71

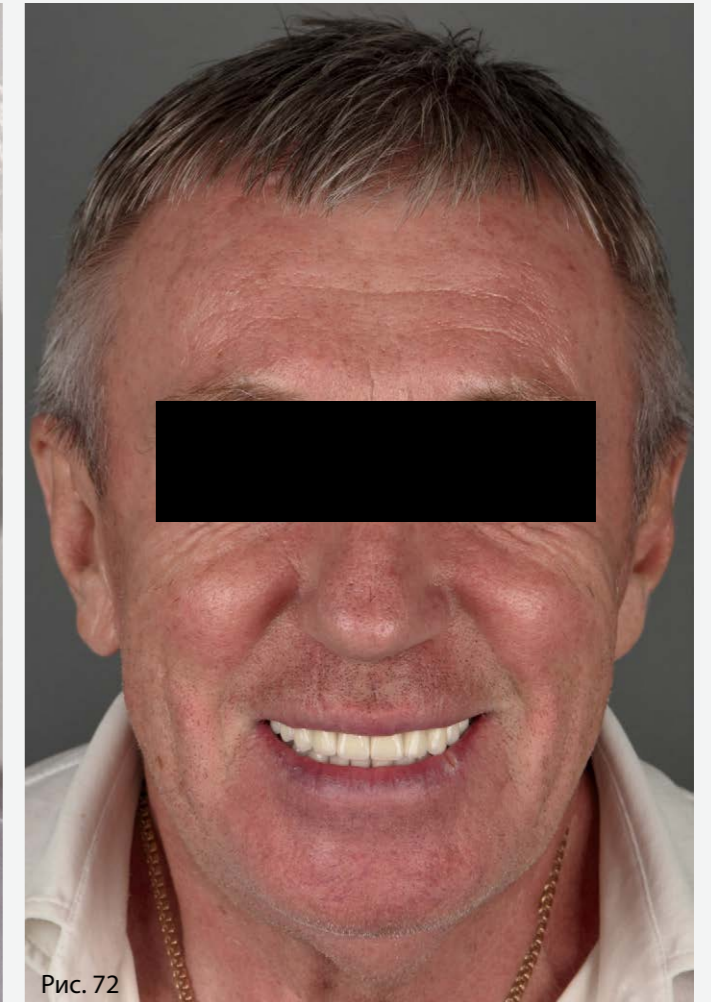


Рис. 72

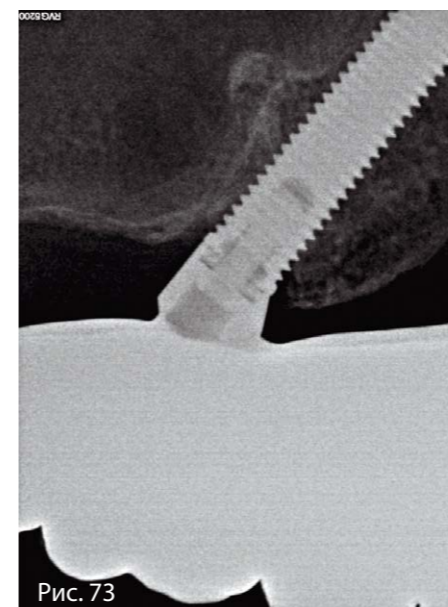


Рис. 73

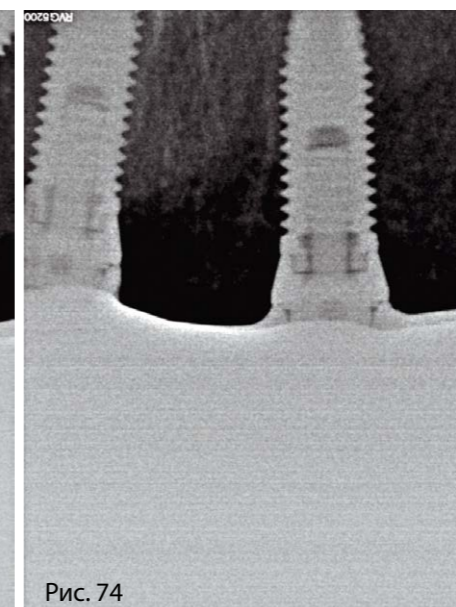


Рис. 74

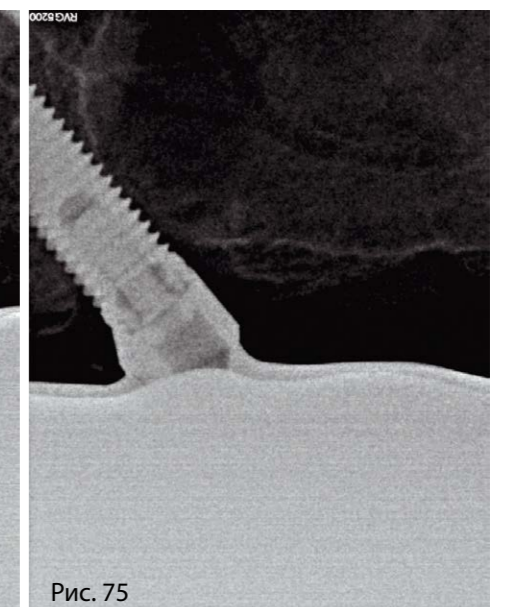


Рис. 75

Адгезивный бальзам для дёсен PRESIDENT® Professional ADHESIUM

Показания к применению:

Применяется при:

- Острых фазах хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта (гингивите и пародонтите)
- После пластики преддверия полости рта
- После удаления зуба
- Как защитная повязка при острых травмах слизистой оболочки рта



75 мин Фиксация на поверхности дёсен до 75 минут



56% Уменьшает кровоточивость дёсен



68% Снижает степень воспаления дёсен

5 гр

Для домашнего применения

30 гр

Для профессионального применения

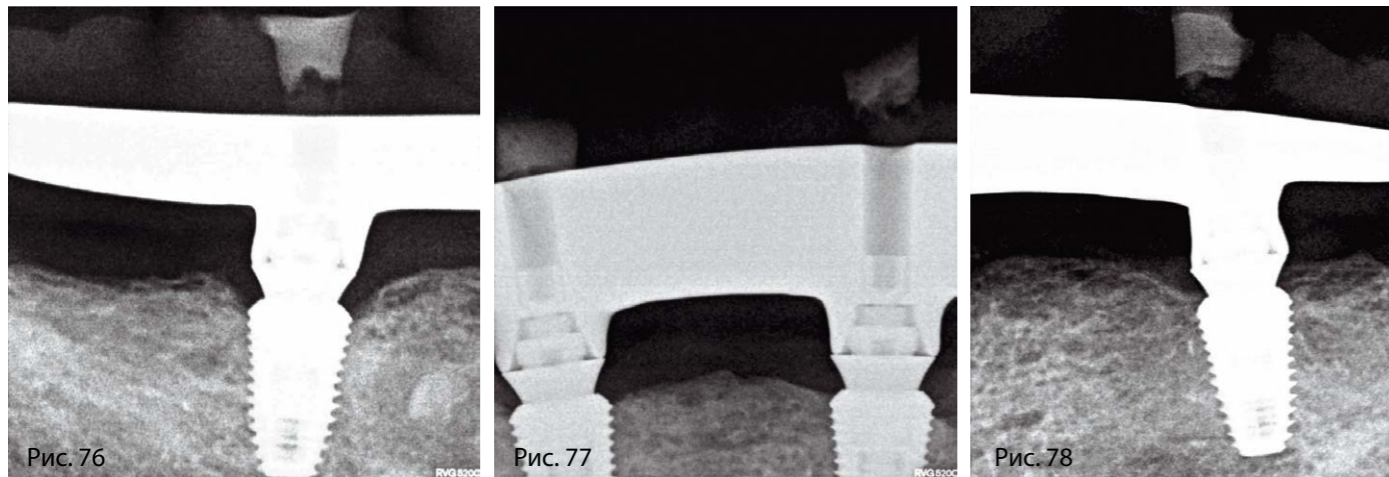


Рис. 76

Рис. 77

Рис. 78

Гигиенический протокол обслуживания

- Дважды в год – приглашение на контрольные осмотры.
- 1 раз в год – обязательный демонтаж конструкций с полировкой акрилового или композитного компонента и обязательной заменой фиксирующих винтов.
- 1 раз в год – контрольный панорамный снимок.
- Плановая переоблицовка акриловых либо композитных компонентов – каждые 5-7 лет!



Рис. 79

Контрольный осмотр через 1 год



Рис. 80

С утратой зубов часто теряется навык ухода за ними



Рис. 81

И только контроль и поддержка со стороны доктора могут направить пациента



Рис. 82



РЕКЛАМА



Знакомство
с брендом

Протезирование полной дуги с опорой на скуловые имплантаты



Евгений
Берзин

Врач – стоматолог-ортопед в стоматологической клинике «МЕДАЛЛ»

Окончил Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И. П. Павлова в 2009 году

14 лет практикующий врач

Опиционер-лидер компании KAVO

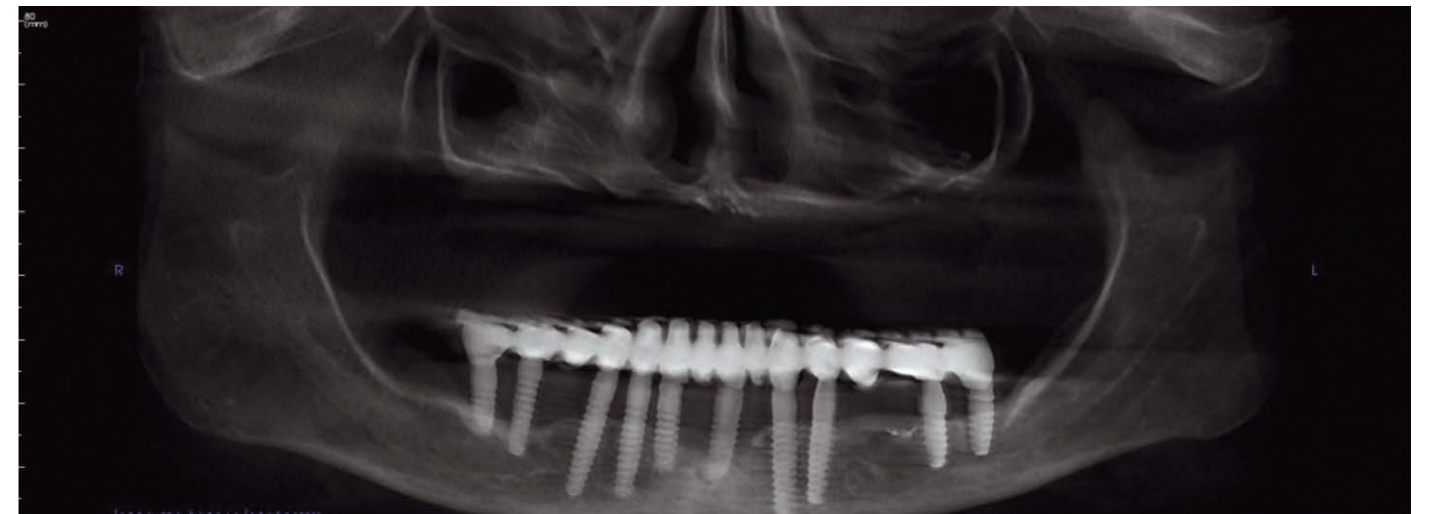
Опиционер-лидер компании KERR

Опиционер-лидер компании BISICO

Региональный спикер компании CARL ZEISS

Практикующий лектор в компании AMANN GIRRIBACH

С 2014 года является лектором в сфере эстетической и функциональной стоматологии



Ортопантомограмма исходная

Пациентка Н. была направлена в клинику «МЕДАЛЛ» к Юрову Тарасу Юрьевичу и ко мне коллегами на комплексную реабилитацию ввиду выраженной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. В анамнезе ранее были проведены неудачно направленная костная регенерация и пересадка костных блоков из донорской области подвздошной кости. На нижней челюсти были установлены монолитные имплантаты более 15 лет назад. Полный съемный протез верхней челюсти имел достаточно толстый базис, при этом, естественно, отсутствовала фиксация данной ортопедической конструкции. На нижней челюсти был установлен металлокерамический мостовидный протез цементной фиксации с опорой на имплантаты. Имплантаты нижней челюсти достаточно сильно оголены, а некоторые и вовсе не находились в костной ткани (Рис. 1, 2, 3, 4 + ортопантомограмма исходная).

План лечения был следующим:

1. На верхнюю челюсть: установка четырех скуловых имплантатов и одного классического (для минимизации подвижности скуловых имплантатов); временный акриловый протез с каркасом из TigEVar; постоянный протез – фрезерованный титановый каркас с облицовкой из композита (десневая часть) и диоксида циркония (зубы).

2. На нижнюю челюсть: удаление несостоятельных имплантатов; подсадка десневых трансплантатов для изменения биотипа десны; вре-



Рис. 1. Ортопантомограмма исходная



Рис. 2. Нижняя челюсть

менный протез – фрезерованный РММА; постоянный протез – фрезерованный титановый каркас с облицовкой из композита (десневая часть) и фрезерованного композита циркония (зубы).

До операции были сняты диагностические оттиски нижней челюсти и протеза верхней челюсти, наложение лицевой дуги и проведена регистрация прикуса с помощью силиконового материала.

После операции сразу были сняты оттиски с верхней челюсти с помощью индивидуализированной пластиковой оттисковой ложки и гипса третьего класса. Наложение лицевой дуги с опорой вилки на заживляющие колпачки (второй такой же комплект отправлен зубному технику). Регистрация центральной окклюзии была совершена за счет съемного протеза пациентки с заранее редуцированной частью в области альвеолярного гребня таким образом, чтобы полный съемный протез опирался только на небо. В редуцированную часть в виде канавки была помещена силиконовая масса, которую я обычно использую для регистрации окклюзии (ортопантомограмма после имплантации).

На следующий день производится примерка постановки протеза, где мы можем оценить окклюзионные контакты (13-23 зубы и отсутствие контактов на премолярах) и центральную линию. Через сутки производится винтовая фиксация временного протеза.



Рис. 3. Нижняя челюсть

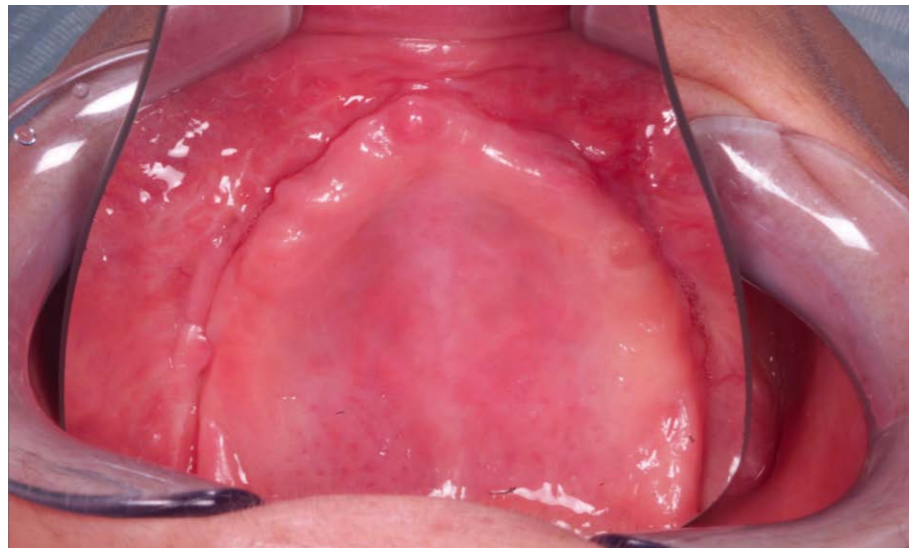


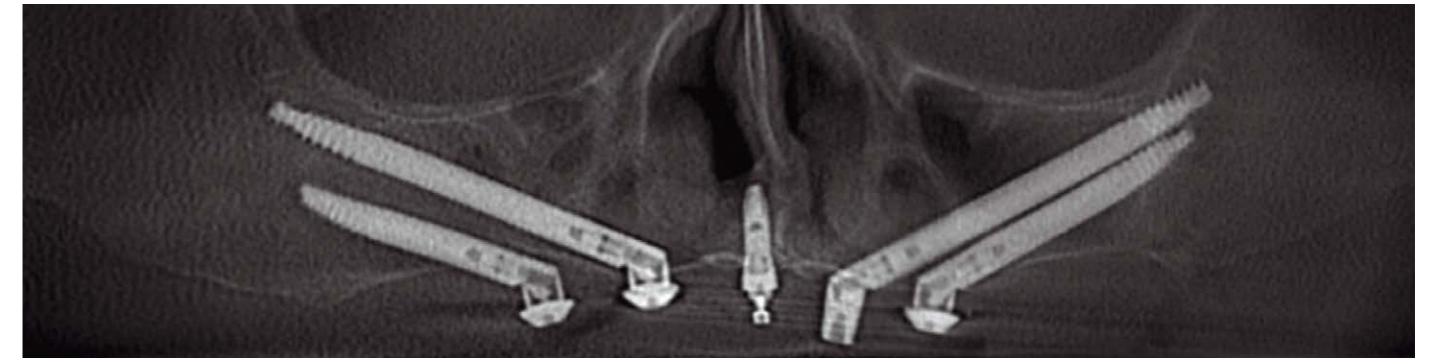
Рис. 4. Верхняя челюсть



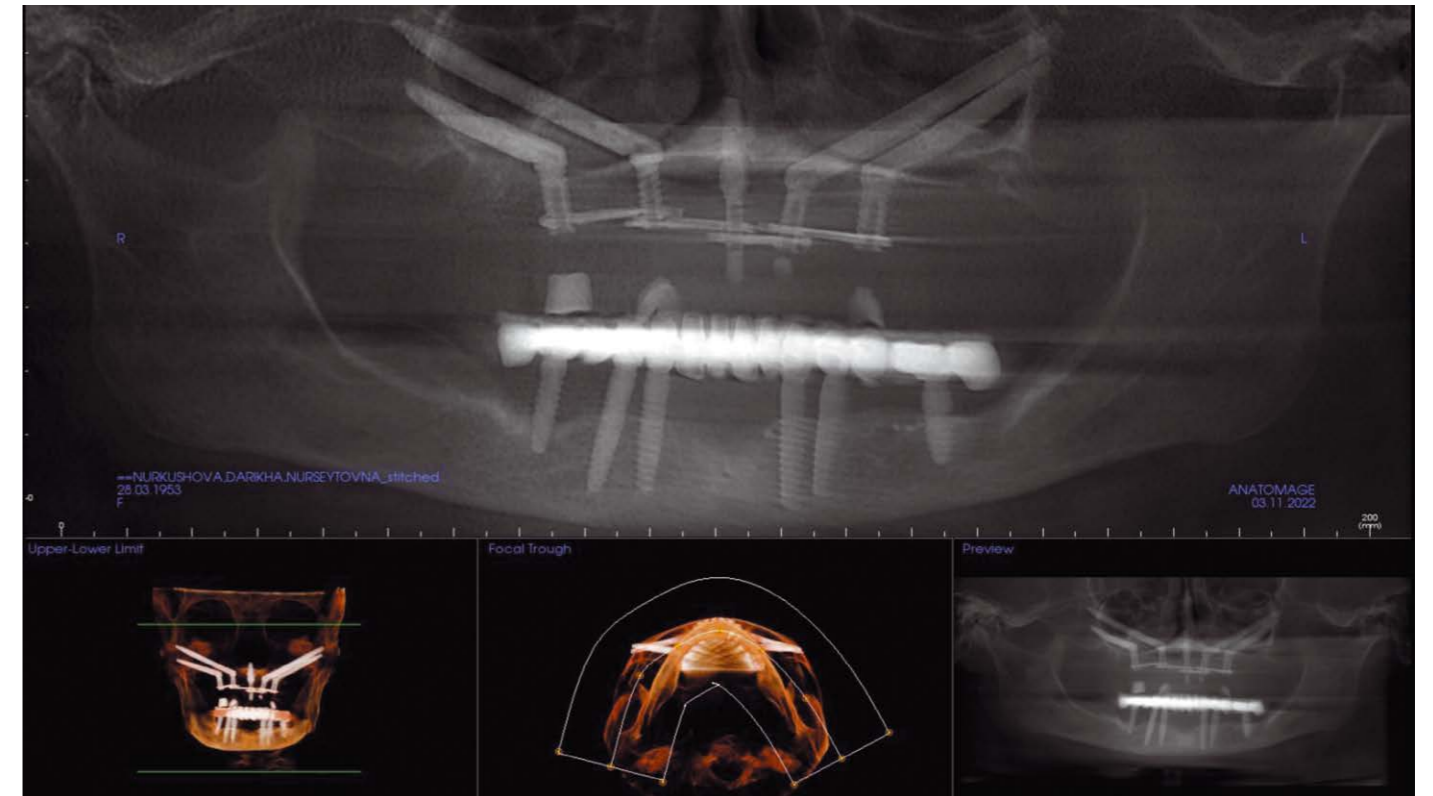
Рис. 5. Через 2 дня после операции



Рис. 6. Через 5 дней после операции



Ортопантомограмма после имплантации



Ортопантомограмма через 8 месяцев после имплантации



Рис. 7. Через 8 месяцев после операции



Рис. 8. Через 8 месяцев после операции

Спустя 4 месяца после операции проводятся осмотр, снятие остаточных швов и перебазировка протеза верхней челюсти.

Через 8 месяцев ввиду финансовых трудностей пациента мы приступили к удалению несостоятельных имплантатов нижней челюсти и подсадке десневых трансплантатов (ортопантомограмма после имплантации через 8 месяцев (Рис. 7, 8).

Через месяц были отпрепарированы имплантаты нижней челюсти (Рис. 9, 10). Сняли одноэтапный двуслойный силиконовый оттиск и оттиск гипсом третьего класса с имплантатов верхней челюсти. Далее мы отфрезеровали колпаки на имплантаты для параллельности опор и отфрезеровали временный протез из PMMA (Рис. 11, 12, 13, 14).



Рис. 9. Препарирование имплантатов



Рис. 10. Препарирование имплантатов



Рис. 11. Фрезерованные титановые колпаки



Рис. 12. Фрезерованные титановые колпаки



Рис. 13. Временный протез из PMMA



Рис. 14. Временный протез



Рис. 15. Ключ переноса



Рис. 16. Прототипы



Рис. 17. Прототипы



Рис. 18. Прототипы



Рис. 19. Прототипы



Рис. 20. Прототипы



Рис. 21. Прототипы



Рис. 22. Прототипы



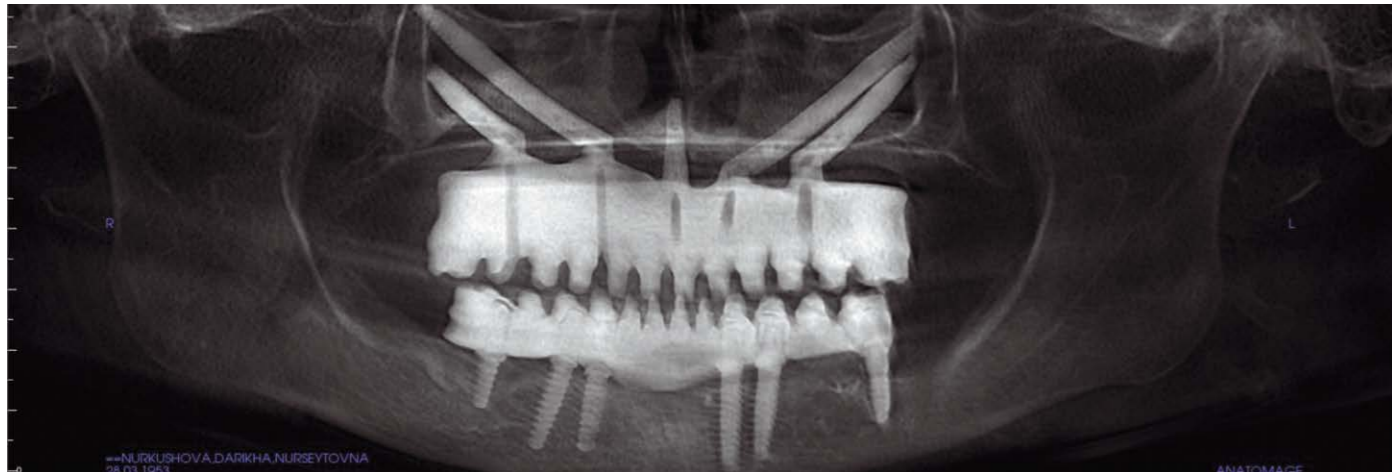
Рис. 23. Прототипы



Рис. 24. Прототипы



Рис. 25. Прототипы



Ортопантограмма с титановыми каркасами

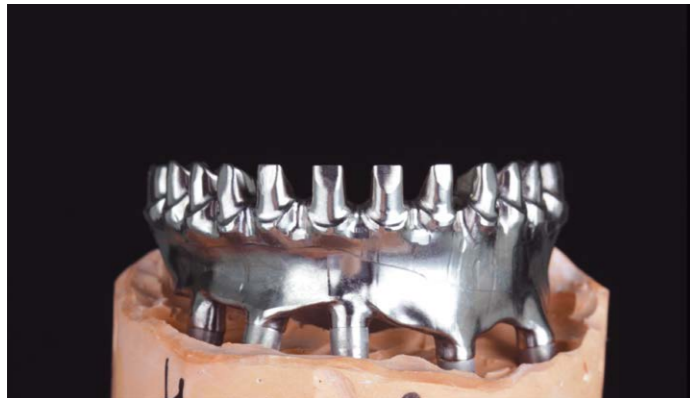


Рис. 26. Каркас



Рис. 27. Каркас

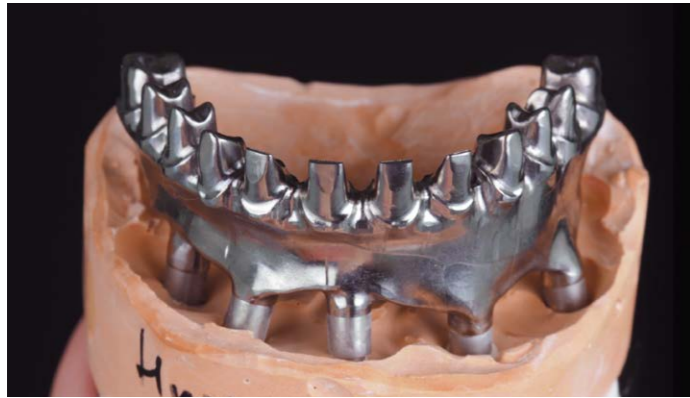


Рис. 28. Каркас



Рис. 29. Каркас



Рис. 30. Каркас



Рис. 31. Каркас

Колпаки фиксировал с помощью ключа переноса, снял также силиконовый оттиск (Рис. 15). Перенос взаимоотношений челюстей был произведен с помощью лицевой дуги и временных протезов в артикулятор.

Были смоделированы и напечатаны на 3D-принтере прототипы постоянных протезов, произведена примерка (Рис. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25). На основании прототипов были отфрезерованы каркасы из титана, произведены тест Шеффилда и примерка во рту (Рис. 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). На каркасы были изготовлены коронки методом 3D-печати и произведена окончательная примерка с коррекцией окклюзионных контактов (Рис. 33). Фиксация постоянного протеза верхней челюсти была произведена методом винтовой фиксации, а нижнего – цементной (Рис. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41).



Рис. 32. Примерка каркасов с принтованными зубами



Рис. 33. Протез верхней челюсти



Рис. 34. Протезы во рту



Рис. 35. Протез нижней челюсти



Рис. 36. Протез верхней челюсти



Рис. 37. Протез нижней челюсти



Рис. 38. Протезы во рту



Рис. 39. Протез верхней челюсти во рту

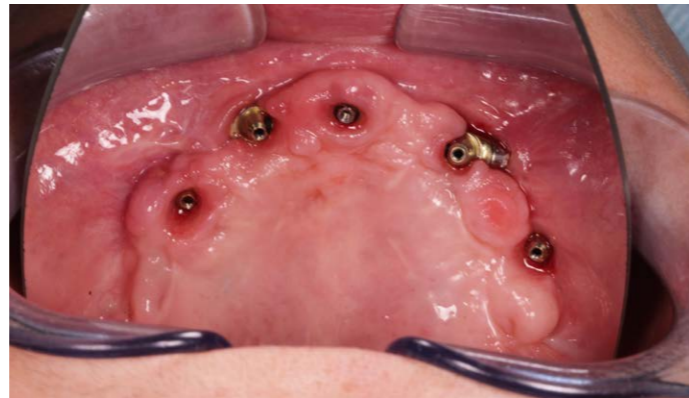


Рис. 40. Слизистая и имплантаты после снятия временного протеза



Рис. 41. Портрет после сдачи протезов

 PRESIDENT®

Гипоаллергенная* зубная паста PRESIDENT® Zero 0+

Забота о деснах – снижение степени
воспаления десны на **47,4%**

(по индексу РМА)*

Очищает на **58,4%** эффективнее

(уменьшение показателя индекса гигиены РНР)*



Подходит для детей,
склонных к аллергии



Безопасно
при проглатывании



Без цвета и запаха



*Согласно клиническому исследованию кафедры стоматологии Московского медицинского университета «Реавиз»

Показатель контролируемой абразивности (шкала RDA):

20-25 RDA для чувствительных зубов

25-50 RDA для детей и деликатного очищения

70-80 RDA для ежедневного очищения

80-100 RDA для ежедневного отбеливания

120-200 RDA для интенсивного отбеливания





Бикбаев
Александр Юрьевич

Врач – стоматолог-ортопед

В 2001 г. окончил Медицинский колледж №3 по специализации «Зубной техник»

Окончил Первый государственный медицинский университет им. И. П. Павлова в 2010 г.

Клинический эксперт компании NobelBiocare

Лектор компании KaVo Kerr

С 2010 г. по настоящее время проходит обучение и стажировки у ведущих стоматологов в России, Германии, Италии, Швейцарии, США, Испании, Португалии

Принимает участие в международных конференциях, семинарах, практических курсах

Выступает с курсами в России и СНГ на тему «Концепция лечения All-on-4. Сочетанное протезирование на имплантатах и своих зубах. Планирование лечения до улыбки пациента»

Выступает на крупных стоматологических конференциях

На базе стоматологической клиники HOUSTON проводит индивидуальное обучение стоматологов

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТОТАЛЬНОЙ АТРОФИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКУЛОВЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ

Стоматология развивается очень быстро. До недавнего времени люди с полным отсутствием зубов и дефицитом костной ткани на верхней челюсти могли рассчитывать только на малоудобный съемный протез. Сегодня возможности восстановления зубов практически безграничны.

По данным ВОЗ, частичным отсутствием зубов страдает 75 % населения страны. Во всем мире примерно 30 % людей в возрасте от 65 до 74 лет не имеют естественных зубов. Прогнозируемый прирост глобального рынка протезов с опорой на имплантаты оценивается как 6 % в год.

Основным фактором такого роста является повышение осведомленности пациентов о различных решениях для восстановления зубного ряда с опорой на имплан-

таты. Еще одним аспектом является то, что в таких регионах как Европа и США количество людей старше 65 лет ежегодно увеличивается и будет продолжать расти по мере старения послевоенного поколения.

В 2016 г. полная адентия наблюдалась более чем у 300 миллионов человек во всем мире. В промежутке между 2006 и 2016 гг. распространенность полной адентии увеличилась на 27 %.

Примерно у 6-10 % населения мира наблюдается полная адентия, и у еще большего количества – почти полная.

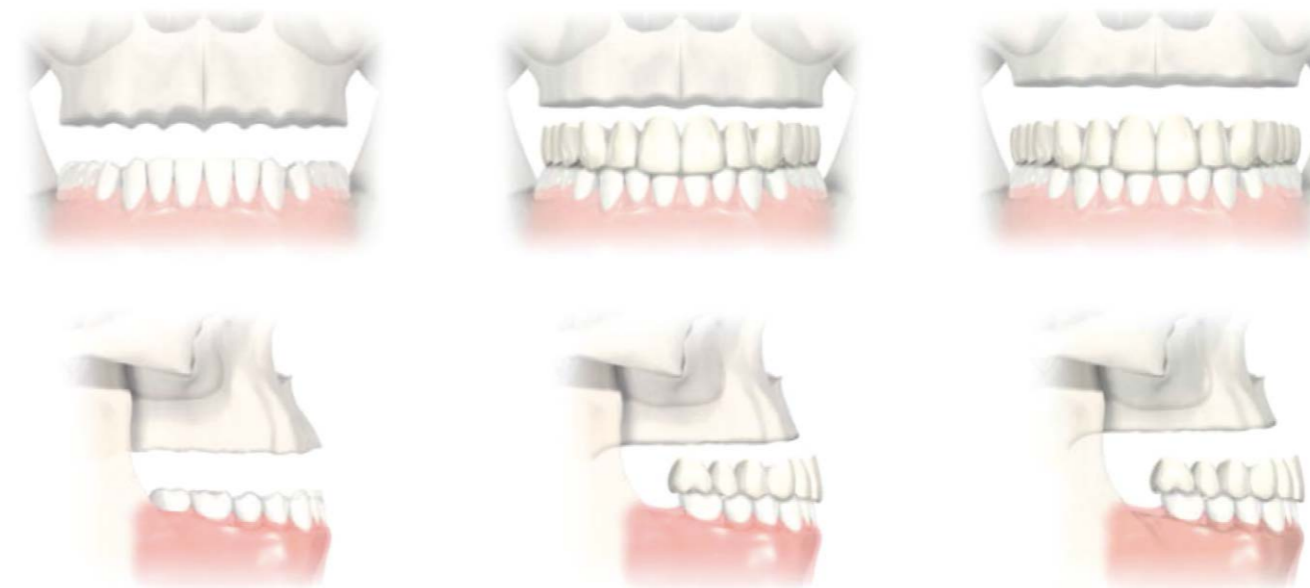
Это означает, что во всем мире люди прожили примерно 8 338 400 лет с ограничениями физических возможностей вследствие адентии.

Благодаря скуловым импланта-

там есть возможность помочь пациентам с полным отсутствием зубов и значительной атрофией костной ткани на верхней челюсти, когда установка классических имплантатов невозможна. Система этого типа позволяет избежать сложных операций по созданию объема костной ткани. После имплантации в этот же день на них можно сразу установить несъемный протез. Скуловые имплантаты длиннее, чем стандартные. Они имеют длину от 30 до 55 мм. В ходе подготовки пациента к имплантации необходимо четкое планирование.

Предварительно выполняется конусно-лучевая компьютерная томография.

На КЛКТ необходимо четко определить степень атрофии костной ткани.



Отсутствие резорбции
(утрачены только зубы)

Легкая резорбция

Умеренная резорбция



Значительная резорбция

Необходимо правильно оценить степень убыли твердых и мягких тканей, поскольку выбор хирургического протокола зависит от количества оставшейся альвеолярной кости. Это, в свою очередь, определяет план ортопедического лечения.

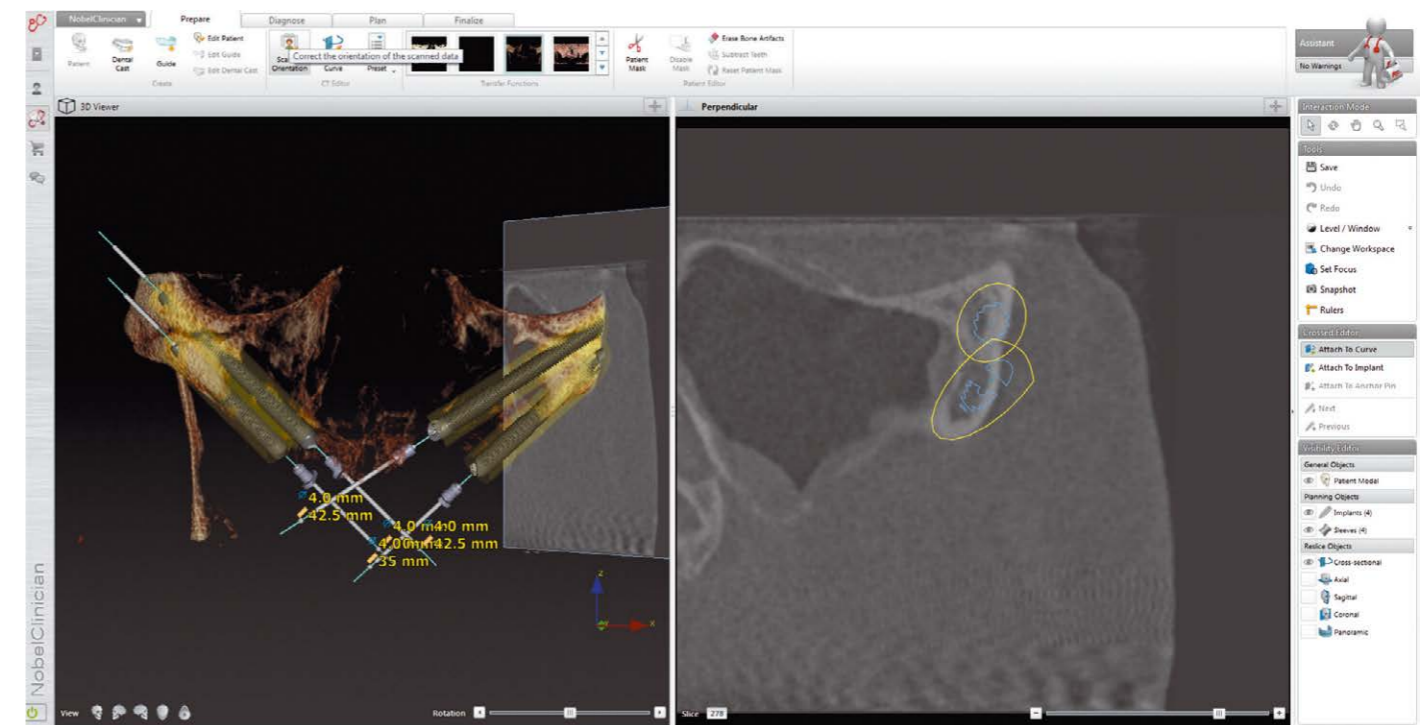
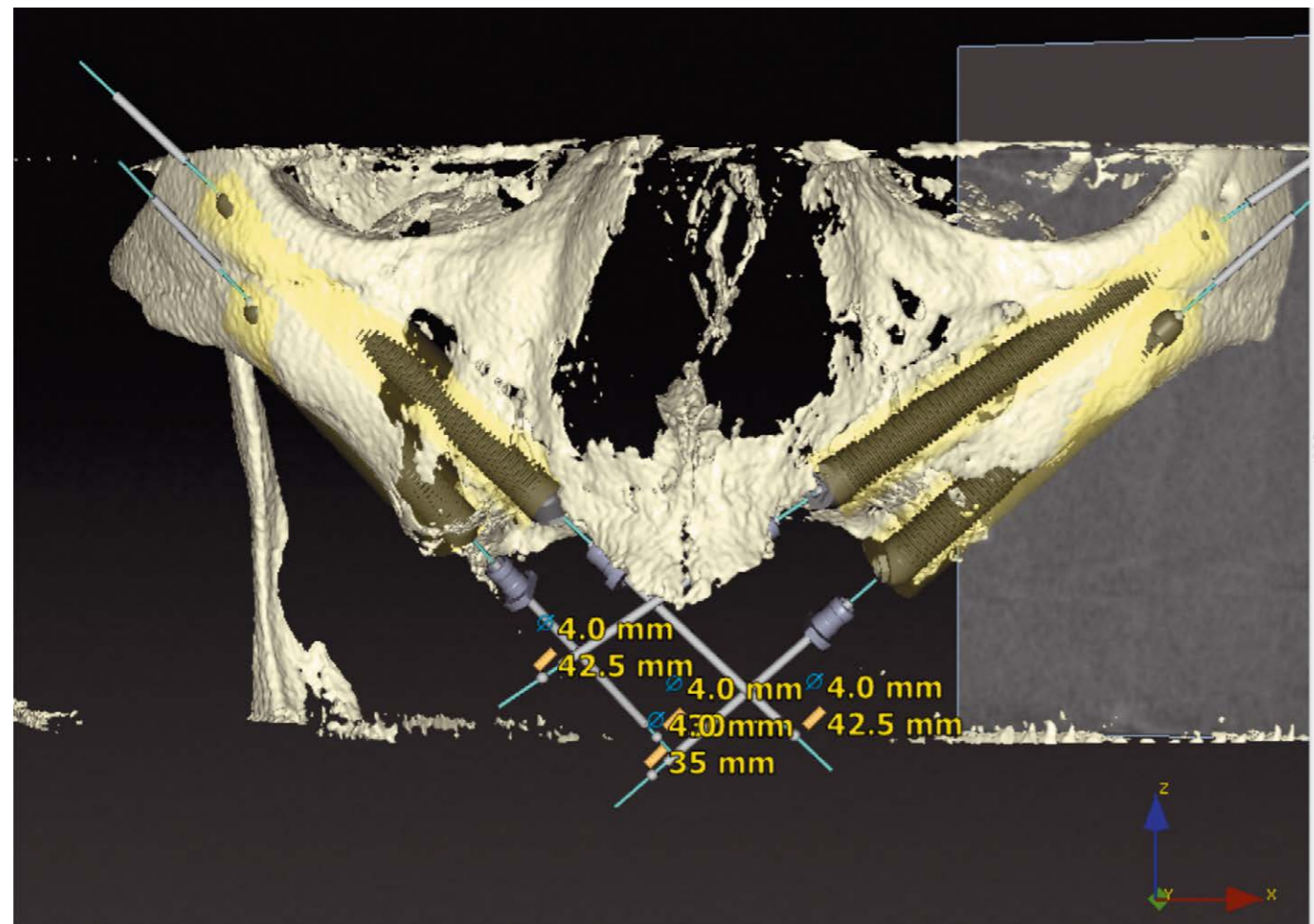
Для пациентов с легкой и умеренной степенью резорбции кости концепцию лечения All-on-4® можно рассматривать как один из альтернативных вариантов лечения. Для пациентов со значительной резорбцией можем рассматривать скуловую имплантацию. При использовании скуловых имплантатов точность установки играет ключевую роль.

В этом может помочь программное обеспечение ExoCad DTX, 3Shape Design Studio, 3D Diagnosys. Эти программы в сочетании с рентгенологическим шаблоном позволяют осуществлять планирование лечения, исходя из ортопедических требований, с учетом как анатомических особенностей пациента, так и особенностей планируемой ортопедической конструкции.

Трехмерная модель анатомии пациента, полученная на основе набора рентгенологических данных и рентгенологического шаблона, дает представление о количестве и качестве скуловой кости. Кроме того, она позволяет локализовать анатомически важные образования,

такие как верхнечелюстная пазуха, расположение инфраорбитального отверстия, средний носовой ход, для безопасного планирования хирургического и ортопедического лечения.

Благодаря возможности изменения угла наклона срезов вы можете задать оптимальную позицию наклонных имплантатов в дистальных отделах, что является ключевым параметром в применении скуловых имплантатов.



Клинический случай

В клинику обратилась пациентка с жалобой на подвижность ортопедической конструкции на имплантатах и на отторжение имплантатов на верхней челюсти.

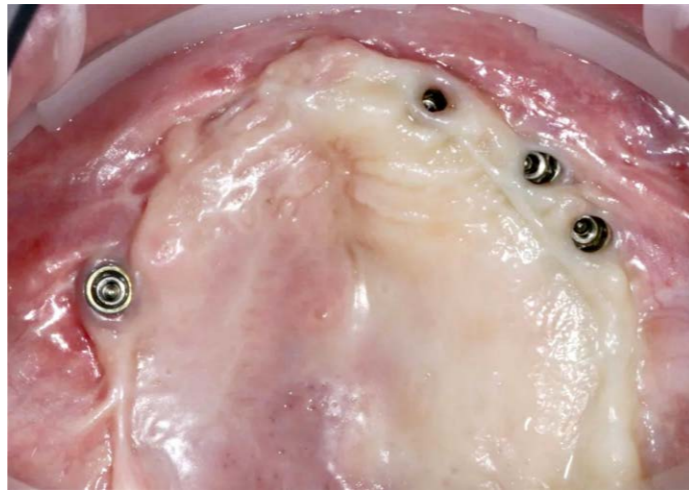
Из анамнеза: на протяжении более 7 лет ставили имплантаты на верхней челюсти, которые со временем отторгались. На момент обращения у пациентки была изготовлена металлокерамическая конструкция с винтовой фиксацией на 4 имплантатах.



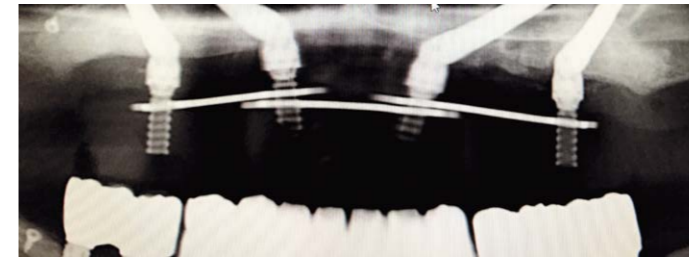
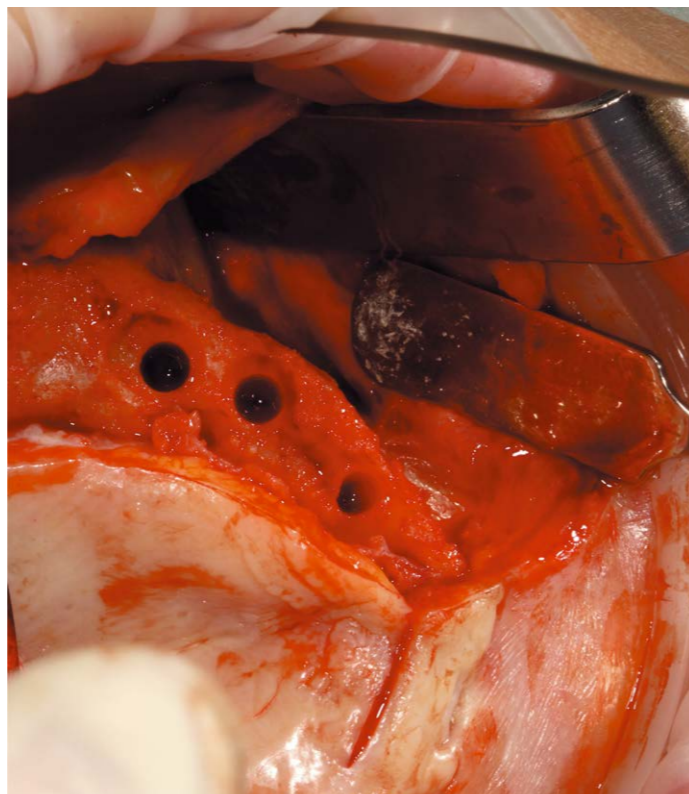


При внутриротовом обследовании выявлена подвижность ортопедической конструкции на верхней челюсти вместе с дентальными имплантатами.

После снятия ортопедической конструкции имплантаты не имели стабилизации и были подвижны.



На хирургическом этапе имплантаты были удалены, одновременно установлены скуловые имплантаты, которые получили первичную стабилизацию более 50 Н/см. Зафиксированы постоянные абатменты мультимет и изготовлена временная армированная конструкция.



Через 6 месяцев после операции приступили к изготовлению постоянной конструкции. Была изготовлена титановая балка с акриловой облицовкой.





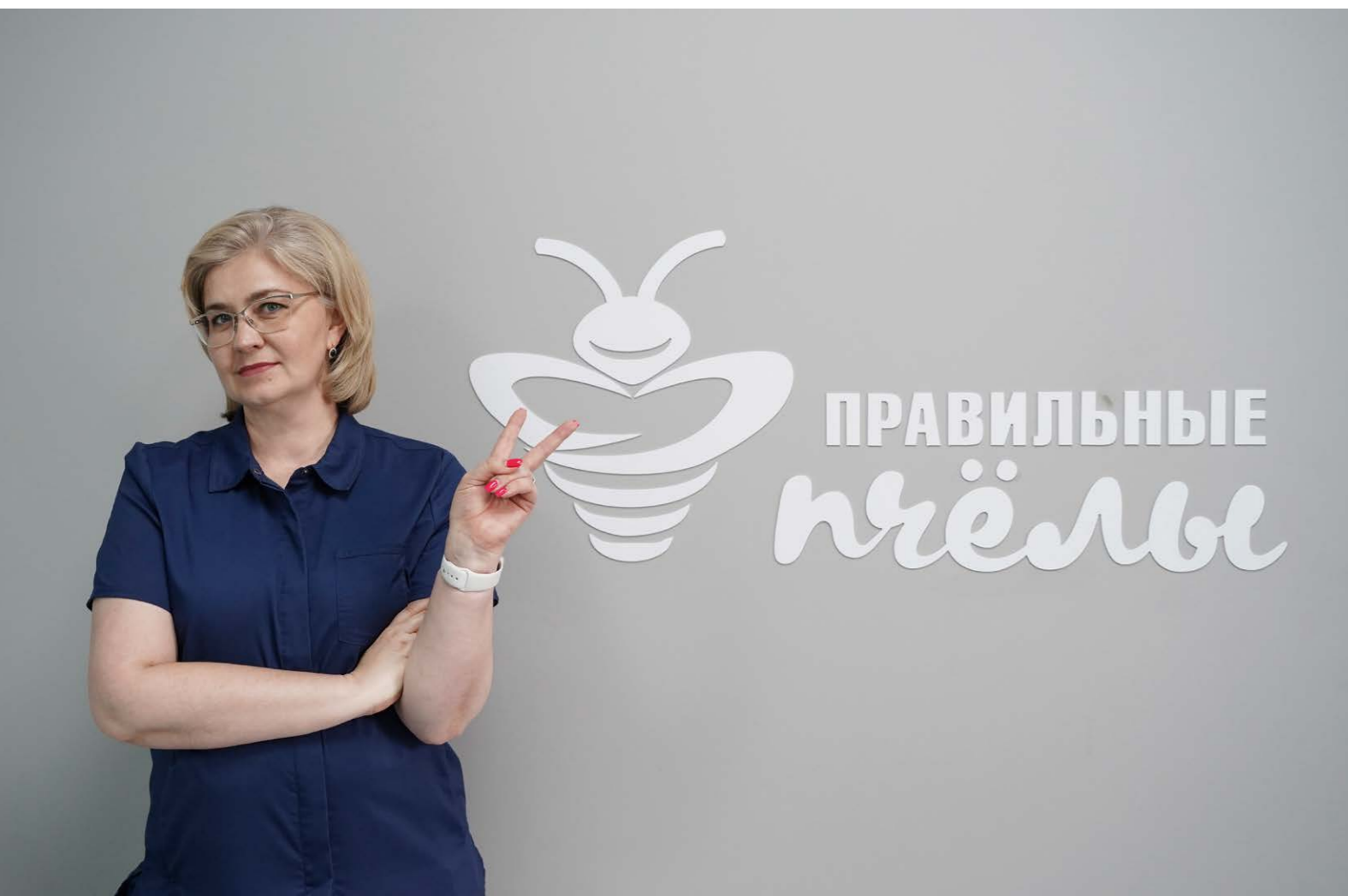
30 лет

РЕКЛАМА

*Новые улыбки
каждый день!*



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



«ПРАВИЛЬНЫЕ ПЧЕЛЫ»: СОВРЕМЕННЫЙ ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ С СЕМЕЙНЫМ ПОДХОДОМ

В начале сентября в Липецке открылась стоматологическая клиника «Правильные пчелы». Неординарное название, новейшее оборудование от известных производителей, врачи всех специализаций, а главное – комфортное пространство для пациентов. Обычно подобные характеристики применяются в отношении топовых медцентров столицы, но нет: «Правильные пчелы» – яркий и высокотехнологичный «регионал».

Причина такой неординарности в создателе, а точнее – создательнице, и ее взгляде на совре-

менную стоматологию. В гостях у «Н.Селла» врач – стоматолог-терапевт-ортопед София Александровна Ласкеева. К нам пришла милая светловолосая женщина, в чьей мягкой улыбке читается оптимизм и чувство юмора, а прямой, открытый взгляд выдает человека огромной энергии и стальной воли. А еще София мама двух врачей, и «Правильные пчелы» – фактически семейное дело. Со старшей дочерью Софии Анастасией, стоматологом-терапевтом, мы также смогли познакомиться на встрече.

Открывшаяся недавно клиника уже вторая на счету Софии Александровны. Первая успешно работает и процветает в сердце Черноземья – городе Лебедянь, и она чуть меньше липецкой. Площадь новой клиники составляет 400 квадратных метров. При этом фундаментальный подход и высокий стандарт медицинских услуг реализованы в обеих. Здесь пациент может получить все: от гигиены полости рта до имплантации.

Однако вернемся в Липецк. Эта клиника стала новым этапом в жизни большой и дружной семьи. Она оснащена собственной медицинской лабораторией, что дает массу преимуществ врачам: в разы ускоряет лечение и повышает его качество. Уже сейчас в лаборатории изготавливаются металлокерамика, съемные протезы. Маркер новейшего времени – 3D-принтер – быстро предоставляет качественные модели. До конца года руководство планирует приобрести фрезерный зуботехнический станок. Это станет еще одним шагом в сторону независимости и автономности – в пользу пациента: циркониевые коронки «пчелы» смогут вытачивать самостоятельно, что позволит делать всю ортопедическую работу в кратчайшие сроки.

Обе клиники «Правильных пчел» оснащены 3D-томографами и внутри-





На вопрос, будет ли востребована более дорогая услуга, ответила «виновница» появления дентальной микроскопии в Липецке **Анастасия Ласкеева:**

«Очень важно общаться с пациентами. Мы можем наглядно представить человеку на экране как саму проблему, так и процесс лечения. Я всегда объясняю, что делаю и зачем, но визуальная составляющая часто лучше тысячи слов. В моем кабинете монитор размещен на потолке – для пациента, и на стене – для ассистента, чтобы он видел и понимал, что мне нужно в данный момент».

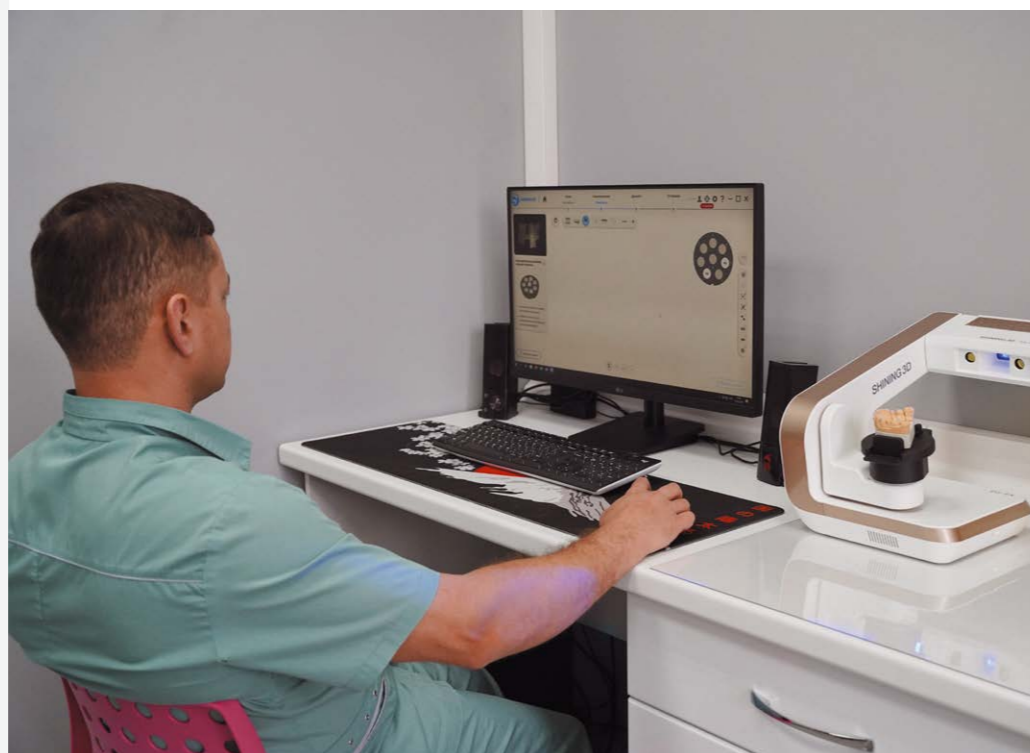
Этим «Правильные пчелы» не ограничиваются. Активно развивая имплантологию и планируя сконцентрировать все этапы связанных с ней работ в одном месте, в клинике подготовили помещение для общего наркоза. Подобные решения доктор София Ласкеева считает необходимостью:

«К нам приходят разные люди. У кого-то редкая форма аллергии, кто-то панически боится и предпочитает проспать весь «сеанс». Нередко обращаются пациенты, страдающие ДЦП. Но основная наша цель – чтобы на 100 % заработал хирургический кабинет. Установка,

ротовыми сканерами, один из которых приобретен в «Н.Селла». Таким оборудованием может похвастаться не каждое медучреждение, особенно если мы говорим о регионах. На вооружении врачей имеются также лазер и станция для гигиены полости рта Air Flow – единственная в Липецке, которая способна обеспечить протокол JVT (Швейцария). Важнейшим фактором при выборе этого аппарата была ультразвуковая чистка имплантатов: «Правильные пчелы» могут не только устанавливать имплантаты, но и обслуживать их в дальнейшем. Кабинет пародонтолога оснащен новейшей системой цифровой диагностики. Это оборудование и программное обеспечение дают возможность быстро и точно обследовать десны, определить наличие и глубину пародонтальных карманов, воспаления, кровоточивость и все выявленные проблемы показать пациенту. Доктору цифровая система позволяет фиксировать весь ход лечения и автоматически заносит результаты в базу данных.

специалиста. Старшая, Анастасия, проходила годовой курс обучения работе с микроскопом в Новосибирске у доктора Бориса Валентиновича Шепелева. Для молодого специалиста в новую клинику приобрели первый микроскоп. Делясь планами, София Александровна рассказала, что со временем планирует оборудовать микроскопами все врачебные кабинеты.

Мы уже упоминали, что обе дочери владелицы клиники Софии Александровны – врачи-стоматологи. Младшая дочь Евгения в этом году окончила РязГМУ им. И. П. Павлова и поступила в ординатуру. «Пчелы» ждут выхода на работу молодого



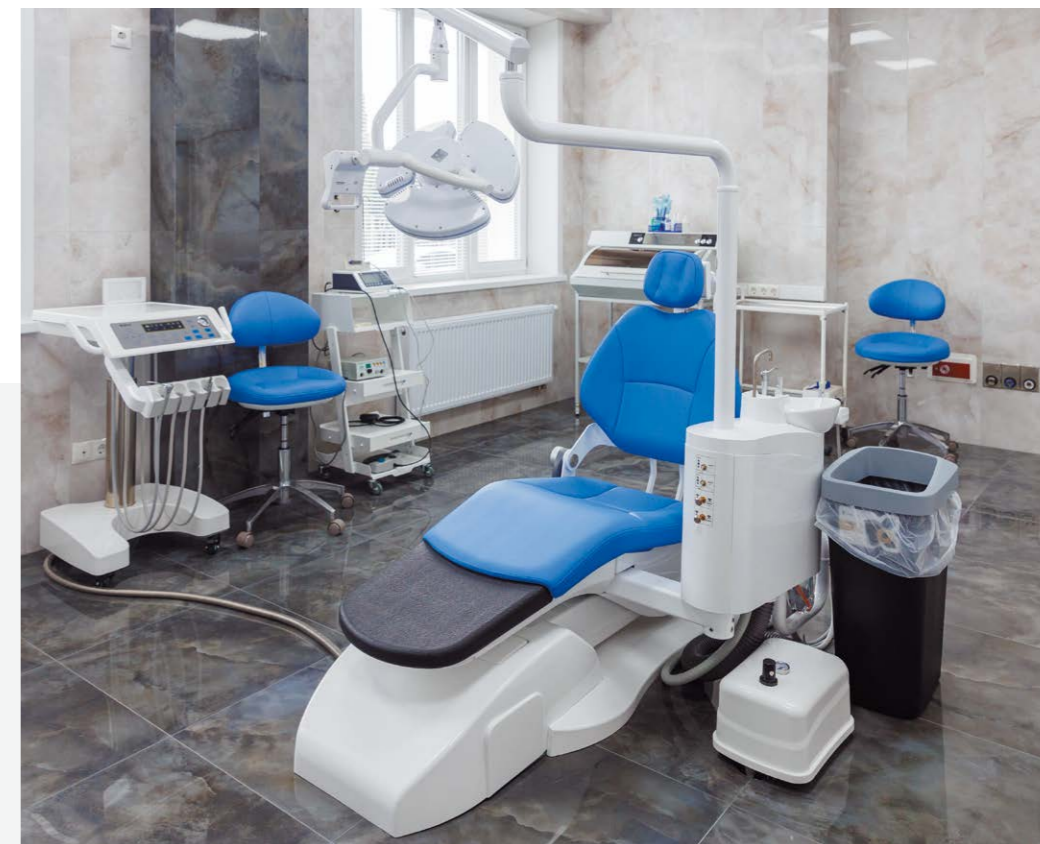
например Zigota, невозможна без общего наркоза. Реализуем это – и переходим на новый уровень».

Стремление к новым вершинам и достижениям – профессиональный девиз и жизненное кредо Софии и работающих с ней врачей:

«С самого начала нашей деятельности мы определили для себя слоган: «Мы не лучшие – мы одни из лучших». Мне кажется это очень верным: подстегивает, не позволяет сдавать позиции. Почивать на лаврах можно очень недолго – мир постоянно обновляется».

Привычка не стоять на месте выражается не только в улучшенном оборудовании, но и в постоянном профессиональном росте персонала. Малейшие пробелы в знаниях новейших технологий и методов лечения «пчелы» стараются наверстать в кратчайшие сроки. Причем руководство клиники предпочитает инвестировать в обучение именно своих врачей вместо найма уже подготовленных специалистов со стороны. София видит в этом массу позитивных факторов:

«Ведь это еще и смена обстановки, обновление всего, включая сознание. Вернувшись, хочется немедленно что-то делать, воплощать. Особенно здорово, когда во время работы



приходит подходящий кейс, а врач уже знает решение и понимает, как хорошо, что он именно это уже изучил и может справиться, не прибегая к посторонней помощи. Как руководитель я вижу ценность обучения еще

и в профессиональном общении. Мы знакомимся с врачами из других клиник и городов, обмениваемся телефонами. Позднее можем обратиться друг к другу за консультацией и помощью. Даже передать пациента. Был случай, когда моего пациента настигла зубная боль в командировке. Человек растерялся в чужом городе и не знал, куда обратиться, позвонил мне. Выручила моя записная книжка: я быстро нашла коллегу в городе, где был мой подопечный, связалась с ним и попросила помочь.

Мои врачи и я учимся постоянно. Каждый квартал выезжаем на конференции и практические занятия. Можем закрыть клинику на весь день и дружно уехать на очередной мастер-класс, если это интересно и важно. Весь персонал двух клиник прошел курс у Виталия Щербакова, которого мы приглашали к себе в «улей» на два дня. Сейчас осваиваем фотографию в стоматологии. Купили профессиональную фотокамеру, чтобы максимально улучшить качество снимков».

Еще одна отличительная черта «Правильных пчел» – работа с пациен-





тами. Приток новых обеспечивают старое доброе «сарафанное радио» и социальные сети. Приходя «к зубному», особенно впервые, люди часто испытывают нервозность. Задача всего персонала – создать атмосферу, которая помогла бы расположить человека. Пациент должен почувствовать внимание, участие и профессионализм во всем, начиная с уюта в интерьере, а этому уделяется большое значение, и заканчивая отличным результатом. Используя фотопротоколы, различные клинические случаи, врач рассказывает обо всех возможностях, объясняет, как будет работать та или иная конструкция или методика. Но важно не только донести тонкости предстоящего лечения, но и выслушать пациента, понять его ожидания.

Доктор Ласкеева поделилась своими наблюдениями с редакцией:

«К нам часто приходят уже не как в стоматологию – а в гости. Порой

у людей больше болит душа, чем зубы. Зубы мы вылечим. Важнее создать атмосферу психологического комфорта для пациента. Мне нравится преобразить людей, но еще боль-

ше нравится видеть, как меняется их жизнь. Красивые зубы привносят в жизнь не только уверенность, но порой и саму удачу. Ко мне на плановый осмотр пришла пациентка и говорит: «София Александровна, вы изменили



мою жизнь! Я поняла, что достойного большего – нашла новую работу и даже мужа». Человек не просто стал улыбаться – она начала проявлять себя, стала сильнее. Такие моменты в нашей работе дорогого стоят».

Неудивительно, что при таком подходе пациенты сюда возвращаются. География клиентской базы клиники довольна широка. Лечиться к «Правильным пчелам» едут не только из столицы, но и из других регионов. София Александровна считает, что ценовая политика столичных и региональных медучреждений сильно отличается, причем именно в пользу регионов:

«У нас отличное соотношение цены и качества. Мои пломбы держаться по 15-17 лет. Люди делают выводы и возвращаются ко мне и моим врачам. С пациентами я выстраиваю теплые человеческие отношения и других учу тому же».

Человеческое отношение и долг врача реализуются «Правильными пчелами» еще и в том, что они оказывают бесплатную стоматологическую помощь ребятам из неблагополучных семей и военнослужащим, возвращающимся из СВО. Как правило, это неотложное и превентивное, чтобы в сложных ситуациях, в которых может оказаться солдат, его не мучила зубная боль. В этом участвуют все врачи клиники, распределяя оказание безвозмездной помощи поровну.

Несмотря на сложные времена и кризис, наблюдаемый в отрасли со времен пандемии, руководитель «Правильных пчел» смотрит в будущее с оптимизмом:

«Уверена, что мы займем свою нишу. Я понимаю, что услуги, подобные тем, которые предоставляем мы, востребованы, и в Липецке их не было. Конечно, если закупить оборудование и отставить его в угол «до лучших времен», это будет «выстрел в молоко». Но при соответствующей рекламе, при том, как мы работаем с пациентами – все получится. Это возвращает к вопросу об обучении. Своим врачам я всегда говорю: «Если ты отучился и в течение двух недель не начал работать по-новому – это была напрасная трата времени и средств».



В отличие от большинства клиник, «пчелы» не увеличили ценник, стараясь выйти на прибыль объемами. К тому же, здесь считают, что чем больше работаешь, тем выше мастерство. Цены формируют коллегиально, с учетом сложности тех или иных работ и исходных материалов. А вот вопрос закупок решает исключительно руководитель. София Александровна объясняет это тем, что договор пациенты заключают с ее клиникой и она должна быть уверена в системах, которые предлагает. Мнение врачей, бесспорно, учитывается, но окончательное решение принимает она. С поставщиками руководитель Ласкеева выстраи-

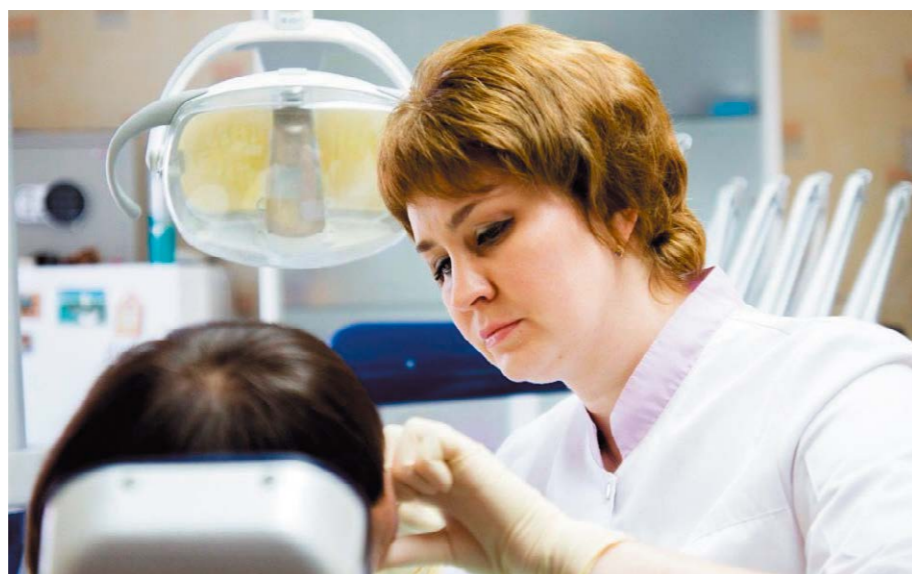
вает отношения по тому же принципу, что и со всеми, – доверие.

Беседуя с Софией Александровной, мы не могли не спросить об истории создания сети клиник «Правильные пчелы» и ее весьма нетипичном названии. Первая клиника в Лебедяни началась с маленького кабинета и установки, взятой в аренду в деревенской школе.

«К частной практике меня подтолкнули пациенты. Я проработала в государственной клинике 4 года, а когда ушла оттуда, выяснилось, что есть люди, которые хотят лечиться только у меня. Но это был 2003 год – компаний, продающих



оборудование, не было и в помине. Со временем из маленького «ИП Ласкеева» выросло общество с ограниченной ответственностью «Ваш доктор». Однако при регистрации товарного знака возникли сложности: подобных названий в различных комбинациях было больше, чем много. Идею подкинула жизнь. Я оказалась на обучении, в классе, где двадцать врачей одновременно включили маленькие портативные бормашины. И у меня – как вспышка в голове: «Ребята, да мы жужжим, как пчелы в улье!» Должно быть, это было то самое озарение. Действительно, мы трудимся, как пчелы, а главное – «делаем правильный мед». Честно скажу, коллектив поначалу не поддержал. Шутили: «Шеф, прекрати ерундой заниматься. Какие пчелы в стоматологии?» А меня эта мысль не покидала. Пчелы работают с утра до вечера, как и мы, жужжат – мы тоже в некотором смысле «жужжим». Пчелы приносят пользу и лечат – как и мы. Параллелей оказалось много. А последним аргументом стал герб города Лебедин, который, кстати, считается «яблочной столицей» Рос-



сии. На нем изображены лебедь, улей и три пчелы. У меня две дочери, и обе врачи-стоматологи. Ну, разве это не знак? Так появилась стоматология «Правильные пчелы» – единственная в России. Мне нравится, что название «зашло» людям. Часто слышим о том, что нас ни с кем не спутаешь. Среди бесконечных «Стомо-Дентал-32» мы уникальны и легко запоминаемся.

Решение об открытии второй клиники связано с семьей – главным источником вдохновения Софии Александровны. Обе дочери, Анастасия и Евгения, окончив обучение, сказали, что работать собираются в родных краях. В качестве базы для новой современной клиники с самым лучшим оборудованием выбрали Липецк.

«Как маме мне хочется, чтобы дочки стали более продвинутыми врачами, чем я, и могли развиваться. Областной центр для этого подходит больше, чем маленькая Лебединь», – поделилась София Александровна.

Однако, как мы успели заметить, останавливаться на достигнутом – не в правилах докторов «яблочной столицы». И в планах – очередное расширение.

«Я много работаю со студентами. И сейчас мы рассматриваем возможность открыть в Липецке небольшую клинику для обучения врачей-новичков. Сейчас ведь что в первую очередь требуют при приеме на работу? Опыт не менее 3 лет. А где и как его набирать? Вот такое медучреждение мы создадим – для молодых специалистов».

Собственное будущее доктор видит в ортопедии, которой посвятила уже 19 лет.

«Сейчас основной фокус моего внимания – это организация всех этапов работ лаборатории на базе клиники. Для меня важно, чтобы весь спектр высококачественных, эстетических и функциональных зуботехнических работ проводился под контролем и в тесной связке с моими врачами. Но и это не все наши планы. В СМИ появилась информация, что в Москве на улице Липецкая строят станцию метро «Лебединская»... Думаю, без «Правильных пчел» там не обойтись».

Елена Трубачева



ЦИФРОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ КЛИНИК И ЛАБОРАТОРИЙ

Цифровые решения – инновационное направление в стоматологии, основанное на применении комплекса современных приборов и компьютерного обеспечения. Использование цифровых решений позволяет существенно повысить качество проводимого лечения, увеличить скорость работы и добиться высокой точности полученного результата.



БОЛЬШОЙ АССОРТИМЕНТ



РАССРОЧКА



БЫСТРОЕ ВРЕМЯ ПОСТАВОК



АКАДЕМИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА



ЦИФРОВЫЕ МИКРОСКОПЫ



ИНТРАОРАЛЬНЫЕ СКАНЕРЫ



ЦИФРОВОЕ РЕНТГЕН-
ОБОРУДОВАНИЕ



nsella.ru

РАБОТА НАД ОШИБКАМИ: ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕ ПО ПЛАНУ



Роман
АНИСИМОВ

Хирург-имплантолог

Лицензии DHA (ОАЭ), ADC (Австралия)

Член FPA, ITI

Лауреат Фонда инноваций

Медицинский директор Vatech Center

Автор статей в российских и международных изданиях

Участник российских и международных конференций

Выступления в Германии, Польше, Аргентине, ОАЭ, Голландии, Шри-Ланке, Испании, Португалии

Пациентов с тотальными реабилитациями становится все больше, все больше людей прошли стоматологическую реабилитацию с помощью имплантатов и понимают, что это удобно и не страшно. Но грамотно спланировать масштабную работу, наладить взаимодействие «имплантолог – ортопед – техник» гораздо сложнее, чем кажется.

Мы регулярно видим нарочито идеальные кейсы, в которых кажется, что все прошло отлично. А то, какой путь пришлось пройти команде, чтобы работа шла как по нотам, зачастую остается не освещенным. Медицина – это творческая профессия, в которой прописать унифицированные протоколы под каждый случай практически невозможно, и лишь опыт, наработка навыков позволяют решать все необходимые задачи.

Кейс, который будет далее описан, я часто привожу на обучающих мероприятиях как пример целого набора неверных решений, ошибок планирования. Клинический случай, в котором, несмотря на все отрицательные факторы, был достигнут адекватный результат, однако количество временных затрат врачей, пациента, а также количество посещений можно было значительно сократить.

Небольшая ремарка до начала основного повествования. Каждый стоматолог, независимо от своей специализации, должен иметь широкое базовое понимание стоматологии. Этот тезис кажется очевидным, однако нередко можно услышать от имплантолога: «Ну, я не ортопед, я не знаю, он сам что-то смоделирует...» – и прочие подобного рода высказывания. Это прямой путь к ошибкам, ведь, когда специалисты страхуют друг друга на каждом этапе работы (человече-



Рис. 1 Эффект Даннинга-Крюгера

ский фактор никто же не отменял), вероятность успеха значительно увеличивается.

Следующий тезис: эволюция навыков и уверенности в себе специалиста прекрасно вписывается в психологическую теорию под названием «эффект Даннинга-Крюгера» – когнитивное искажение, при котором люди, имеющие низкий уровень квалификации, делают ошибочные выводы, принимают неудачные решения и при этом не способны осознать свои ошибки в силу низкого уровня своей квалификации (Рис. 1).

К чему это все? В начале клинического пути недостаточно уверенный

имплантолог будет тратить больше времени на подготовку к операции, зачастую изготавливать хирургические шаблоны, чтобы минимизировать риск ошибки. С повышением уверенности в качестве своей работы появляется ощущение, что твоих навыков, опыта, глазомера достаточно для работы free hand, когда клиницист сам знает, что делать. И лишь по прошествии времени появляется осознание, как это все скомбинировать для получения идеального результата.

Сейчас я уверен, что тотальные реабилитации должны проводиться в 99 % случаев по хирургическим шаблонам из-за малого количества



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

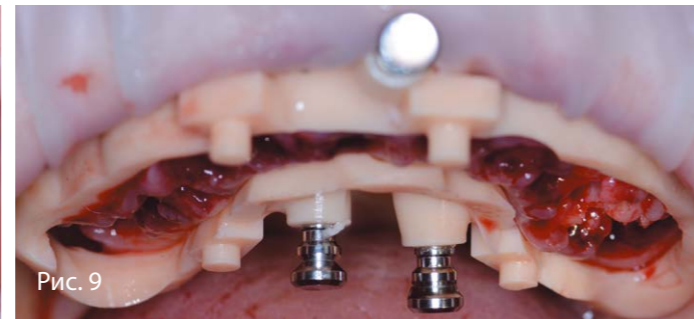


Рис. 9

ориентиров. Это не вопрос экономии операционного времени, которое суммарно меняется минимально, это вопрос качества результата.

Пациент, 62 года, отсутствие зубов на нижней челюсти, неудовлетворительная фиксация частичного съемного протеза. На верхней челюсти – неудовлетворительные металлокерамические конструкции, кариес корня, периапикальные воспаления (Рис. 2, 3). К сожалению, рентгеновского снимка «до» не сохранилось.

В данном клиническом случае предполагалось изготовление двух разборных шаблонов: под редукцию, под сверление в полный протокол и сразу же фиксации протезов с перебазирушкой

по направляющим. Дефицит костной ткани и желание максимально избежать костных пластик были определяющими факторами в принятии решения установки имплантата в позиции 17 в области бугра с дистальным наклоном, в области 26 – с мезиальным наклоном в обход ВЧ синуса, а также установки дистальных коротких имплантатов на нижней челюсти. В итоге результатом выбора стала установка 10 имплантатов Neodent, а также использование 2 коротких 4-миллиметровых имплантатов с полированной шейкой.

Первая ошибка – недостаточный контроль работы техника. Необходимо иметь фотографии всех шаблонов до операции, полный протокол плани-

рования, согласования с врачом-имплантологом и ортопедом.

Вторая ошибка – уверенность в соблюдении сроков. Если у вас операция запланирована через 3 недели, скажите, что на изготовление шаблонов есть лишь 2 недели.

На данный кейс шаблоны были с боем получены в 7:30 утра в день операции, которая должна была начаться уже в 9:00. Непростой личный график пациента был уже подстроен под это время.

Первое, что бросилось в глаза – отсутствие отдельного шаблона под направляющие (Рис. 4, 5, 6). Ответ был: «Он плотно садится по шейкам зубов и слизистой, отдельного шаблона

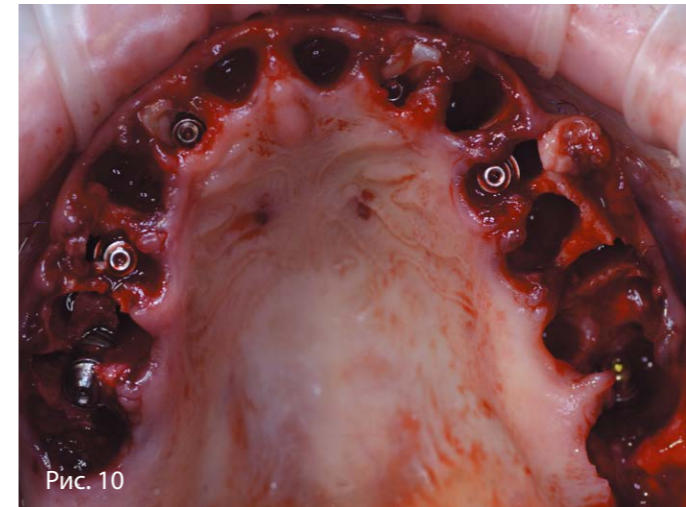


Рис. 10



Рис. 11

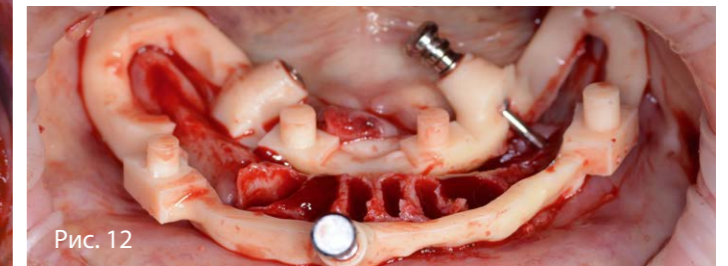


Рис. 12

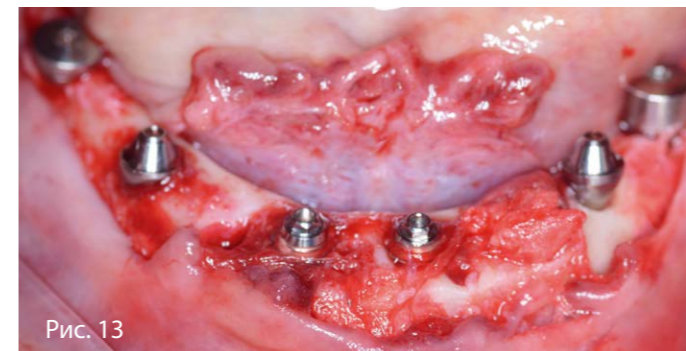


Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15

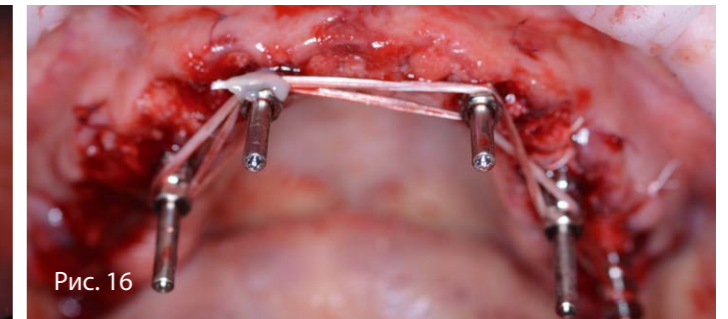


Рис. 16

не требуется». Но и отверстий под копины было всего по 3 (сейчас я считаю оптимальным 3 отверстия с вестибулярной стороны, 1-2 с небной, меньше – только при условии, что на момент операции какие-то зубы можно сохранить и использовать в качестве дополнительной опоры). Второе – временный протез предполагал использование лишь 4 имплантов из 6. Снова налицо недостаточная согласованность в принятии решений внутри команды (Рис. 7).

Седация, начало операции – шаблон под редукцию не проходит через зубы, а после их удаления его позиция уже не была стабильна (Рис. 8, 9). Это был первый провал, так как именно

этот шаблон выстраивает всю ось координат, которую использовал техник при моделировании. При минимальном отхождении от нее план операции полностью меняется.

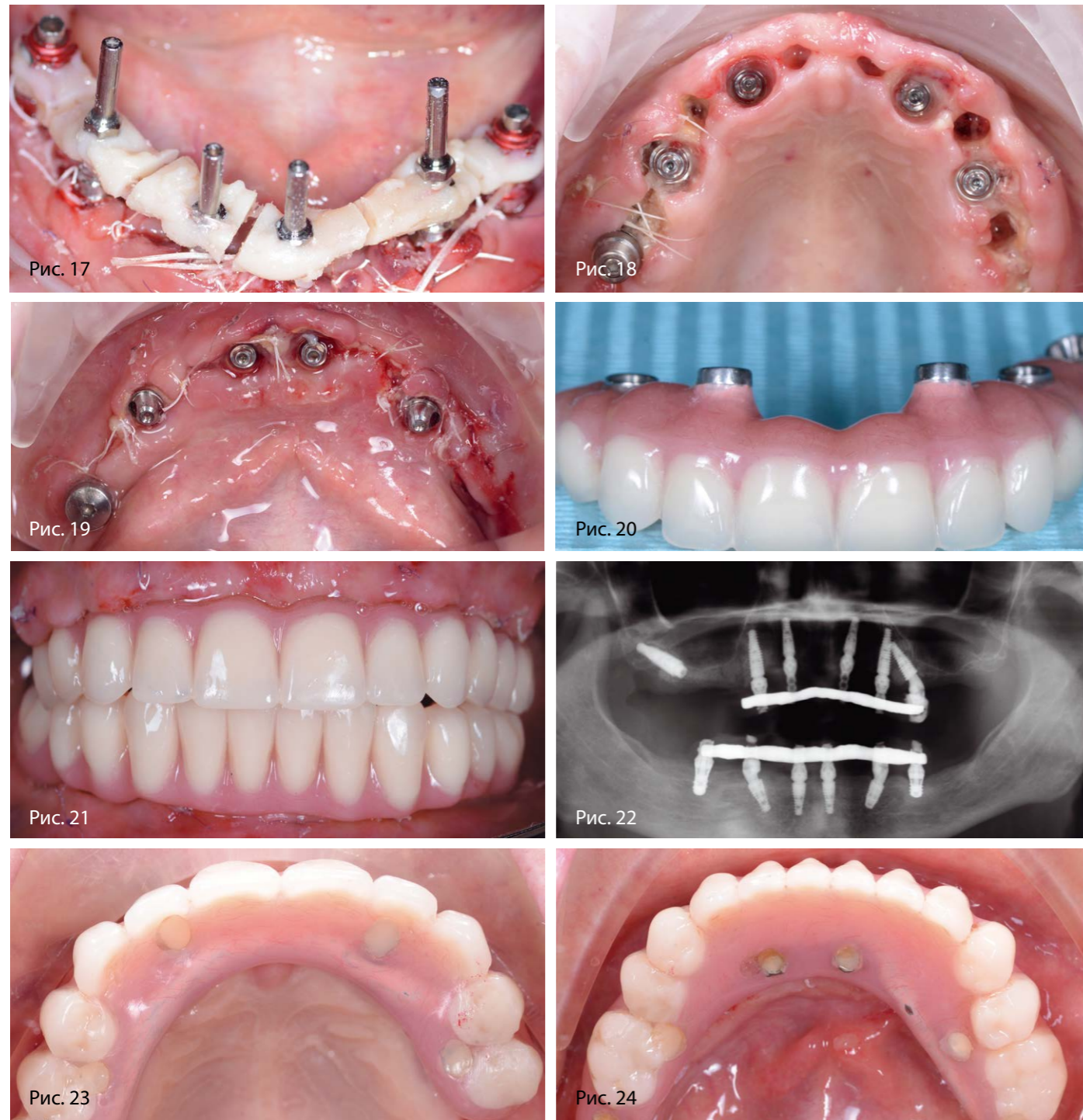
В данном случае редукцию необходимо было проводить «на глаз», как и постановку имплантатов (Рис. 10, 11, 12, 13). Данный вариант условно допустим при наличии достаточного клинического опыта, хотя точным его даже близко назвать нельзя. Постановка дистальных имплантатов, что на верхней челюсти в обход ВЧ синусов, что на нижней челюсти с малым расстоянием до нижнеальвеолярного нерва, делала операцию еще более мануально и эмоционально затратной.

Несмотря на все, имплантаты были установлены в адекватных для протезирования позициях.

Как правило, с пациентом есть договоренность о 3-4 днях без зубов для того, чтобы можно было изготовить конструкцию и нивелировать все возможные технические огрехи. Снимаются слепки, делается трансфер-чек, определение высоты и т.д.

В данном случае важным условием была нагрузка в тот же день, так как у пациента нет возможности ни одного дня быть без зубов.

Таким образом, стояла задача перебазировать имеющийся временный протез под новые, изменившиеся позиции имплантатов. В данном слу-



чае все началось с контактов лишь на молярах (Рис. 14), однако затем было получено адекватное соотношение (Рис. 15).

Однако, когда работа проводится в таких непростых условиях, уже сложно быть уверенным, что эта конструкция будет стабильной в течение необходимых 4-6 месяцев. Поэтому, несмотря на перебазировку протеза, были сняты

слепки (Рис. 16, 17) для изготовления уже второго временного армированного протеза, который был фиксирован на 5-й день. Еще один вынесенный из этой ситуации урок – в обязательном порядке иметь в запасе трансферы, чтобы снять слепок в случае отклонений от изначально-го плана. На верхней челюсти стоял выбор между изготовлением протеза по типу FP2 или FP3, в итоге ре-

шение было принято в пользу FP3 (Рис. 18-22).

Исходя из моей клинической практики, только армированный временный протез дает гарантированные, стабильные результаты. При любом переломе временного протеза в первые 2-3 месяца риски дезинтеграции имплантата крайне высоки.

Осмотр через 5 месяцев показал отсутствие каких-либо трещин в армированном протезе (Рис. 23-24).



Далее работа шла уже более привычным путем: постоянные конструкции были фиксированы через 6 месяцев. Низкая линия улыбки давала возможность выбора типа протеза, однако, так как изначально планировался протез FP3, на нем и был остановлен выбор. Решение было также обусловлено тем, что вырастить десневые сосочки после их утраты маловероятно.

Подытоживая, можно сказать, что лишь опыт, налаженная коммуникация в команде, постоянное личное профессиональное совершенствование и работа над ошибками ведут нас к повышению квалификации и возможности иметь в своем портфолио те самые красивые безупречные кейсы, о которых я упоминал в начале.



Юров
Тарас Юрьевич

Челюстно-лицевой хирург,
хирург-стоматолог

Зав. отд. ЧХЛ клиники Medall

Клинический эксперт
Nobel Biocare Russia



ТЕХНИКА ALL-ON-4® ДЛЯ СЛУЧАЕВ С ТЯЖЕЛОЙ КОСТНОЙ АТРОФИЕЙ

Написать эту статью меня побудило огромное желание поделиться своим опытом лечения пациентов с полной адентией и с выраженной атрофией костной ткани с помощью имплантатов, установленных под наклоном. Еще недавно такой подход считался инновационным, но сегодня он широко применяется специалистами во всем мире.¹

По данным Всемирной организации здравоохранения, сегодня отмечаются неуклонное увеличение продолжительности жизни населения и рост в популяции числа людей с полной адентией. Если к этому добавить

случаи несостоятельности имплантатов, тяжелого пародонтита, неудачи съемного и несъемного протезирования, то число пациентов с потенциальной адентией увеличивается еще больше. Кроме того, стоматологам часто приходится учитывать дефицит кости, общие заболевания, необходимость снижения инвалидности лечения и стоимость стоматологической реабилитации.⁹

С учетом указанных обстоятельств в последние десятилетия были разработаны эффективные протоколы протезирования зубов с опорой на имплантаты, установленные под

наклоном. All-on-4® быстро завоевал популярность благодаря относительной простоте и универсальности.^{6, 7, 10} Тем не менее высокая выживаемость имплантатов при применении этого протокола достигается только при правильном выполнении хирургических и ортопедических манипуляций, соблюдении биологических и биомеханических принципов.^{3, 5, 15} В более сложных случаях нам помогают методики транссинусальной, трансназальной и скуловой имплантации, установка имплантатов в максимальный объем остаточной резидуальной кости с бикортикальной фиксацией.

Клинический случай

Утрата зубов сопровождается прогрессирующей резорбцией альвеолярного отростка гребня, что со временем ведет к уменьшению его объема, особенно при полной адентии челюсти и длительном ношении съемного протеза.

К нам обратилась пациентка, 67 лет, с полной адентией на верхней и нижней челюсти. В анамнезе: гипертоническая болезнь, без вредных привычек, ношение съемных протезов более 5 лет. По данным рентгенологического исследования челюстей

В идеале имплантологическое лечение должно быть малоинвазивным, быстрым, экономичным и высокоэффективным. Только в этом случае пациенты будут испытывать минимальный дискомфорт, а качество их жизни значительно улучшится.^{2, 8}

(Рис. 1, 2, 3) и внутриротового осмотра (Рис. 4, 5, 6, 7) выявлена выраженная горизонтальная атрофия челюстей. Было принято решение реабилитировать по протоколу All-on-4® с немедленной нагрузкой одновременно на верхней и нижней челюсти.

Мы же можем столкнуться не только с вертикальной атрофией гребня, но и с выраженной горизонтальной атрофией, которая также значительно может затруднить установку имплантатов.⁴

Под местной анестезией с вазоконстриктором на нижней челюсти произведен разрез по центру альвеолярной части, отслоен слизисто-надкостничный лоскут с язычной и вестибулярной стороны (Рис. 8, 9), визуализирована кость, ширина кости менее 1 мм.

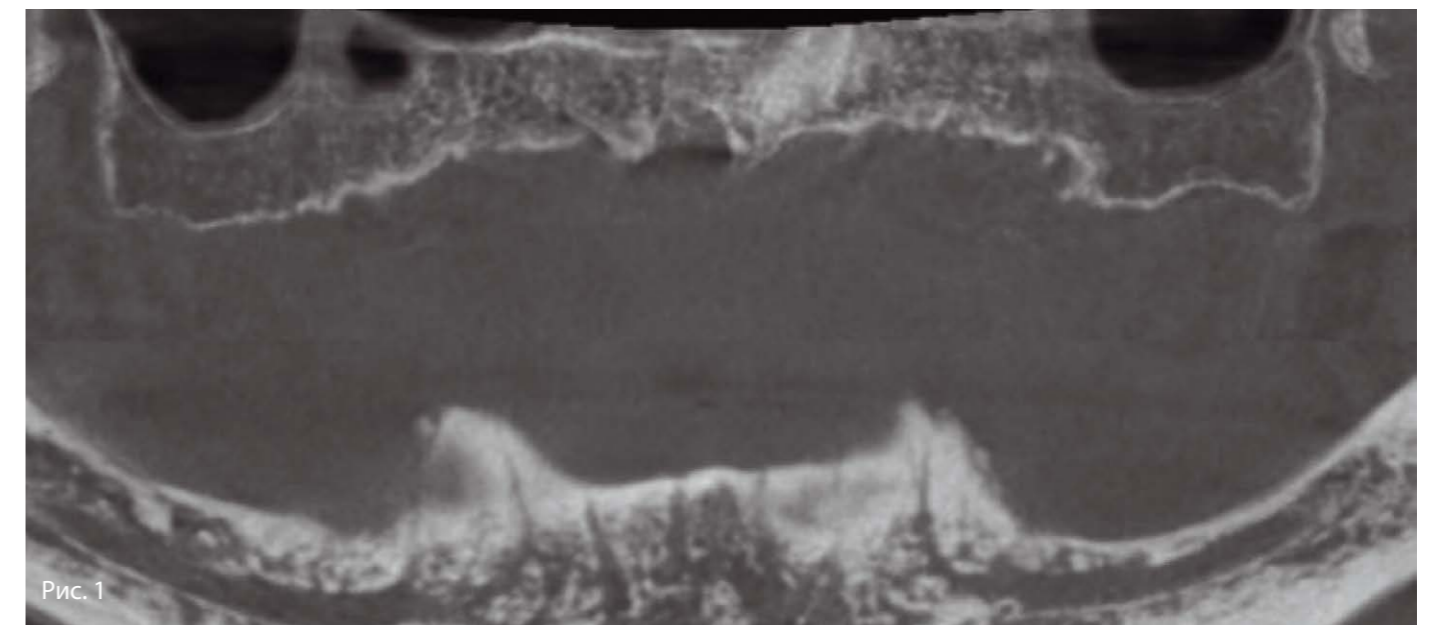


Рис. 1

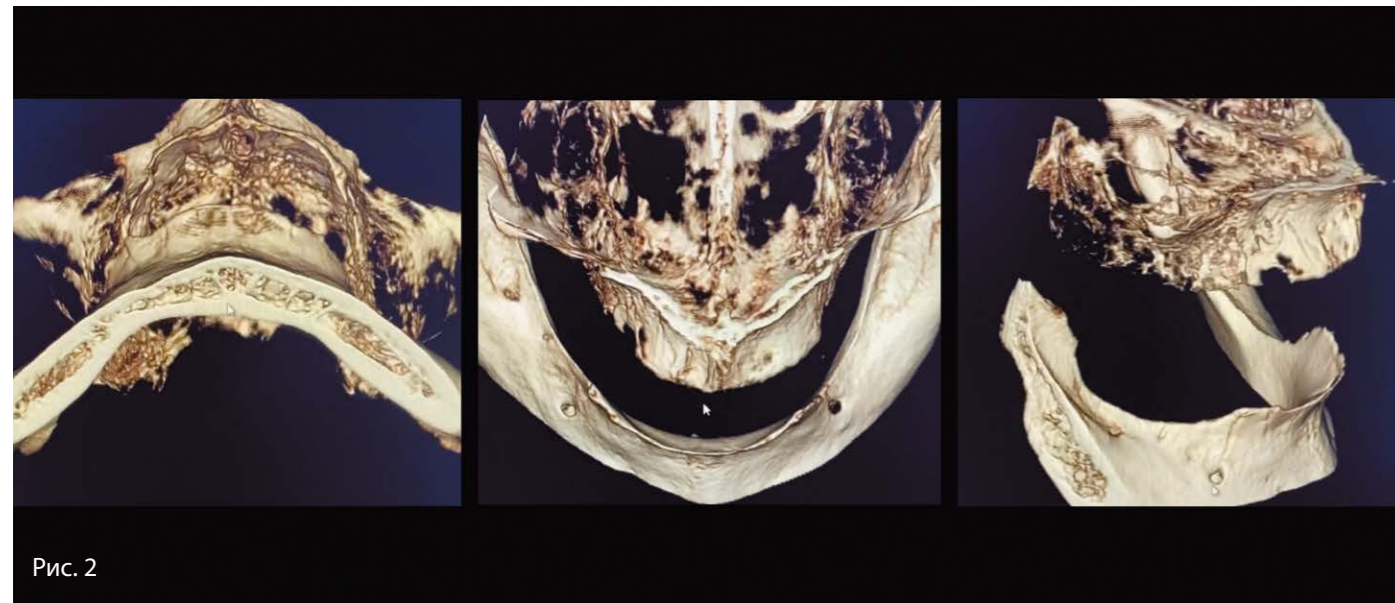


Рис. 2

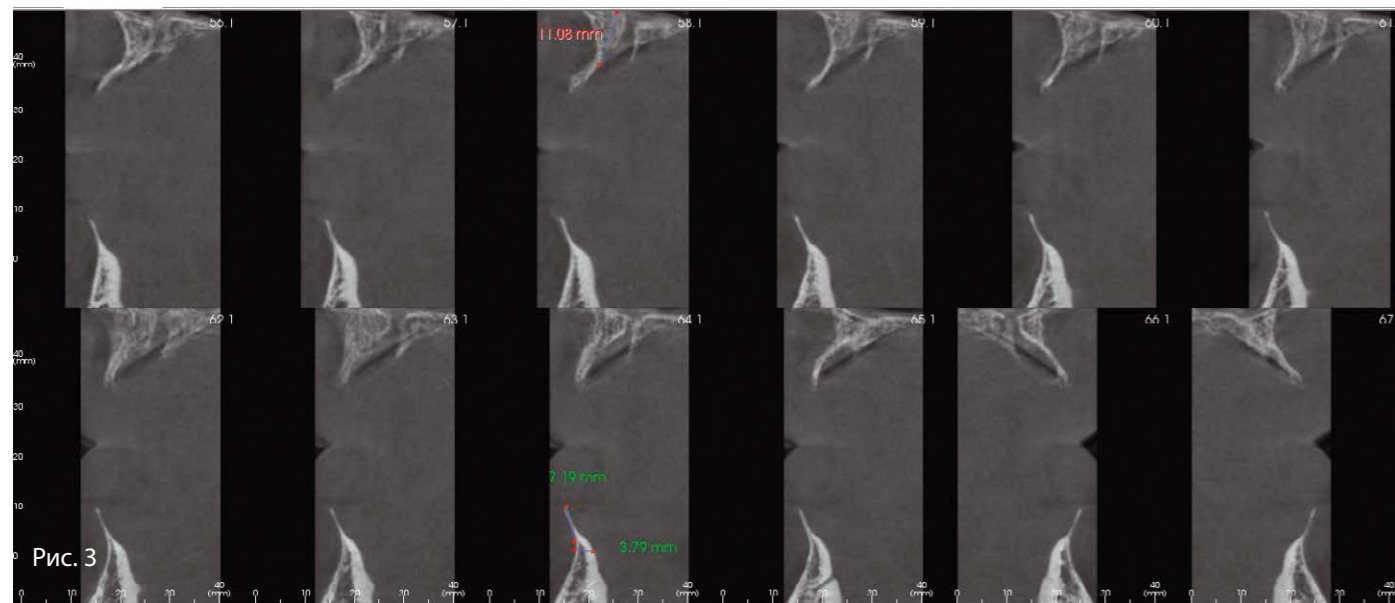


Рис. 3

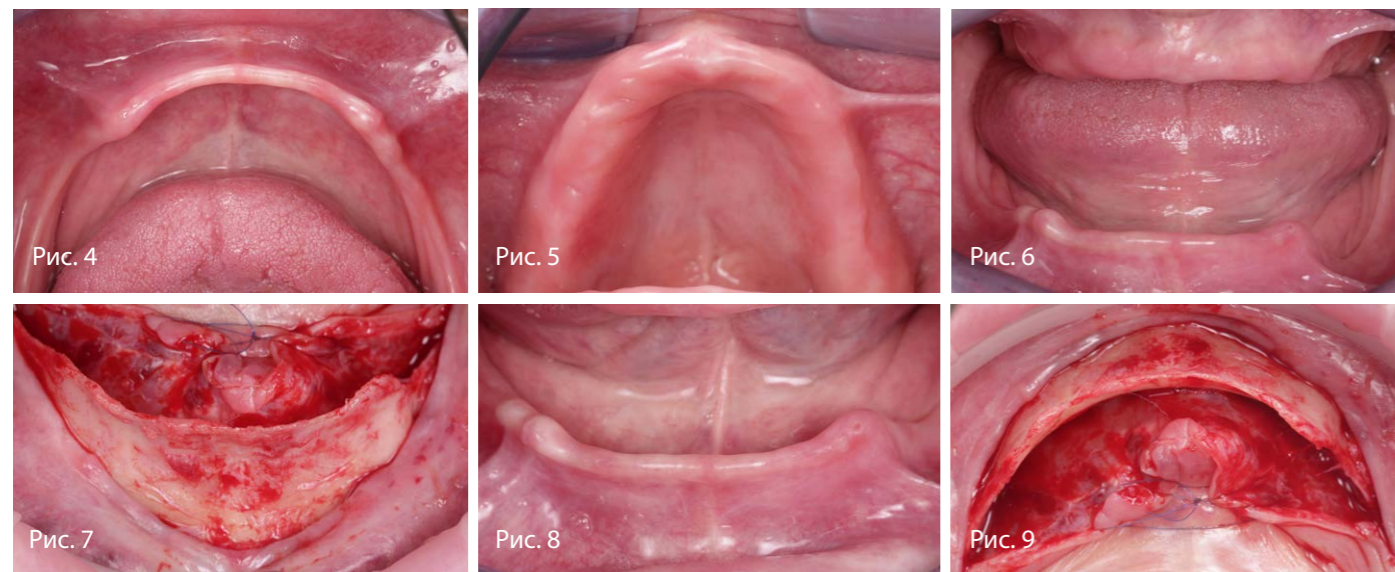


Рис. 4

Рис. 5

Рис. 6

Рис. 7

Рис. 8

Рис. 9



Рис. 10

Рис. 11

Рис. 12

Рис. 13

Рис. 14

Рис. 15

Рис. 16

Рис. 17

Рис. 18

Рис. 19

Рис. 20

Рис. 21

Рис. 22

Рис. 23

Рис. 24

С помощью циркулярной пилы (Рис. 10) произведена редукция альвеолярной части нижней челюсти на высоту 5 мм (Рис. 11, 12), после чего ширина костного предложения увеличилась в ширину до 3-4 мм. Далее по протоколу All-on-4® установлены имплантаты диаметром 3,5 мм: два дистальных длиной 13 мм, два фронтальных 11,5 мм – получен торк 45 Н/см на всех имплантатах. Фиксированы multi-unit абатменты (фото 13, 14). Редуцированная кость в виде костной ламины перевернута, зафиксирована винтами-фиксаторами с вестибулярной стороны

для того, чтобы перекрыть оголенные витки имплантатов (Рис. 15, 16). Пространство между челюстью и ламинной заполнено стружкой из аутокости (Рис. 17). Произведено наложение швов мононитью, для плотной фиксации и ушивания избытка слизистой после редукции использован внутрикостный шов (Рис. 18, 19). Произведен рентгенологический контроль (Рис. 20).

На верхней челюсти произведен разрез вестибулярнее альвеолярного отростка, ближе к переходной складке. Отслоены слизисто-надкостнич-

ные лоскуты (Рис. 21, 22). Визуализирован узкий альвеолярный отросток. Произведена его небольшая редукция с помощью костных кусачек, установлены имплантаты по протоколу.

Используемые имплантаты диаметром 3,75 мм и длиной 15 мм (дистальный) и 10 мм (фронтальные) фиксированы multi-unit абатментами. Небное позиционирование и оголение витков имплантата с небной стороны (Рис. 23, 24) позволяет избежать костной пластики. Небный десневой лоскут, очень плотный, кератинизированный, неподвижный и с хорошим

питанием, исключает поражение его поверхности инфекцией. Произведены ушивание и фиксация небного десневого лоскута через отверстия на multi-unit абатменты (Рис. 25). Такой разрез и лоскут обеспечивают положение швов выше, над будущим

протезом, меньший отек тканей, более быстрое заживление и лучшее качество десны вокруг имплантатов. Рентген-контроль (Рис. 26).

Через неделю произведено снятие швов (Рис. 27). Изготовление и фиксация временных армирован-

ных металлопластмассовых протезов для повышения прочности и снижения риска поломок и без консольных зубов – для снижения жевательной нагрузки на период интеграции имплантатов (Рис. 28, 29).¹¹ Рентген-контроль (Рис. 30).



Рис. 25

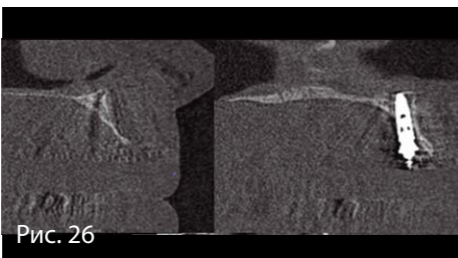


Рис. 26



Рис. 27



Рис. 28



Рис. 29



Рис. 30



Рис. 31



Рис. 32



Рис. 33



Рис. 34



Рис. 35



Рис. 36



Рис. 37



Рис. 38



Рис. 39

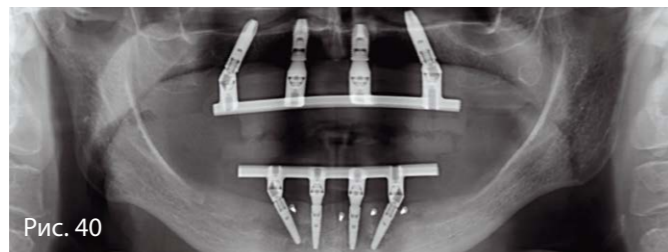


Рис. 40

Ожидание полгода для интеграции имплантатов и завершения ремоделировки и стабилизации десенного контура. Оценка состояния слизистой и стабильности имплантатов на нижней челюсти (Рис. 31, 32) и верхней челюсти (Рис. 33, 34). Отмечаем идеальную гигиену.

Изготовлены новые постоянные протезы. Фрезерованные титановые каркасы (Рис. 35), облицованные акрилом и композитными зубами, фиксированы в полости рта с усилием 15 Н/см (Рис. 36, 37, 38, 39). Рентген-контроль (Рис. 40).

Пациент реабилитирован функционально и эстетически.

Выводы

Дентальная имплантация занимает одно из ведущих мест в комплексе методов лечения различных стоматологических заболеваний как основной и наиболее прогрессивный метод восстановления качества жизни пациентов (стоматологической реабилитации).

Замещение костных дефектов, восстановление анатомии костной ткани челюстей с целью дальнейшего рационального протезирования с опорой на дентальные

имплантаты даже с учетом накопленного опыта представляет собой непростую задачу.

На современном этапе развития научно-технического прогресса установка дентальных имплантатов возможна практически во всех клинических случаях и ограничена только противопоказаниями к дентальной имплантации, которые с каждым годом также сводятся к минимуму, переходя из абсолютных в относительные.

Список литературы:

1. Malo P, de Araujo Nobre M, Lopes A, Moss SM, Molina GJ. A longitudinal study of the survival of All-on-4 implants in the mandible with up to 10 years of follow-up. J Am Dent Assoc 2011;142:310-2
2. Malo P, de Araujo Nobre M, Lopes A, Francischone C, Rigolizzo M. "All-on-4" immediate-function concept for completely edentulous maxillae: a clinical report on the medium (3 years) and long-term (5 years) outcomes.
3. Francetti L, Romeo D, Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M. Bone level changes around axial and tilted implants in full-arch fixed immediate restorations. Interim results of a prospective study. Clin Implant Dent Relat Res 2012;14:646-54
4. Agliardi EL, Pozzi A, Stappert CF, Benzi R, Romeo D, Gherlone E. Immediate fixed rehabilitation of the edentulous maxilla: a prospective clinical and radiological study after 3 years of loading. Clin Implant Dent Relat Res 2014;16(2):292-302
5. Balshi TJ, Wolfinger GJ, Slauch RW, Balshi SF. A retrospective analysis of 800 Brånemark System implants following the All-on-Four™ protocol. J Prosthodont. 2014 23:83-8
6. Weinstein R, Agliardi E, Fabbro MD, Romeo D, Francetti L. Immediate rehabilitation of the extremely atrophic mandible with fixed full-prosthesis supported by four implants. Clin Implant Dent Relat Res 2012;14:434-41
7. Mozzati M, Arata V, Gallesio G, Mussano F, Carossa S. Immediate postextractive dental implant placement with immediate loading on four implants for mandibular full-arch rehabilitation: a retrospective analysis. Clin Implant Dent Relat Res 2013;15:332-40
8. Babbush CA. Posttreatment quantification of patient experiences with full-arch implant treatment using a modification of the OHIP-14 questionnaire. J Oral Implantol 2012;38:251-60
9. Babbush CA, Kanawati A, Kotsakis GA, Hinrichs JE. Patient-related and financial outcomes analysis of conventional full-arch rehabilitation versus the All-on-4 concept: A cohort study. Implant Dent 2014;23:218-24
10. Patzelt SB, Bahat O, Reynolds MA, Strub JR. The All-on-Four Treatment Concept: A Systematic Review. Clin Implant Dent Relat Res 2013 [epub ahead of print]
11. Papaspyridakos P, Chen CJ, Chuang SK, Weber HP. Implant loading protocols for edentulous patients with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Implants 2014; 29:256-270

Григорян К.

«Навигация при должной подготовке дает нам возможность максимально оценить ситуацию и подготовиться к ней»



ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ С ЧАСТИЧНЫМ СОХРАНЕНИЕМ ЗУБОВ



Судаков Павел Анатольевич
Хирургическая и ортопедическая часть

Григорян Карлен
Зуботехническая часть

Судаков П.

«Моя основная деятельность – это создание красивых природоподобных тотальных реабилитаций на зубах и имплантатах. Убрать лишнюю кость и воссоздать ее искусственной десной можно всегда, а вот сделать естественные зубы – уже сложная техническая и мануальная работа».

Пациентка обратилась с жалобами на отсутствие зубов, однако хотела максимально сохранить присутствующие по возможности. Сложность заключалась в большом костном и мягкотканном дефекте в области центрального резца. Была поставлена задача создать естественную улыбку. Для этого было необходимо определить положение будущих зенитов, провести костную и мягкотканную аугментацию. Также необходимо установить имплантаты в жевательных отделах верхней челюсти и четвертом сегменте нижней (Рис. 1. Исходная ситуация и анализ эстетических параметров пациента).

Данная операция была спланирована до хирургического вмешательства посредством навигации. Помимо имплантатов заранее были выбраны мультиюнит абатменты Neodent GM Micro, а также титановые основания, реализован полный цифровой протокол, а именно: получены цифровые отиски при помощи интраорального сканера Shining 3D Aoralscan 3, произведена КЛКТ для планирования последующей имплантации.

Для наибольшей точности была произведена подготовка к КЛКТ: установлен оптрагейт на время исследования; челюсти находились в разобщении, что необходимо для визуализации мягких тканей и окклюзионной поверхности при изучении томографии. При планировании навигационного хирургического шаблона качество томографии, цифрового отиска, а также их сопоставление между собой являются одним из ключевых факторов для успешного проведения операции (Рис. 2. Сопоставление данных томографа и сканов).

До хирургического этапа планирования была выполнена постановка с использованием фотографии (Рис. 3, 4. Моделировка макета на основе фотографии пациента). Основной задачей являлись необходимость учесть будущую мягкотканную пластику, положение зенитов резцов, овоидной части конструкции, глубину сепарации для создания необходимого места под десневой сосочек, а также определение положения и размера небных ямок, чтобы в дальнейшем



Рис. 1

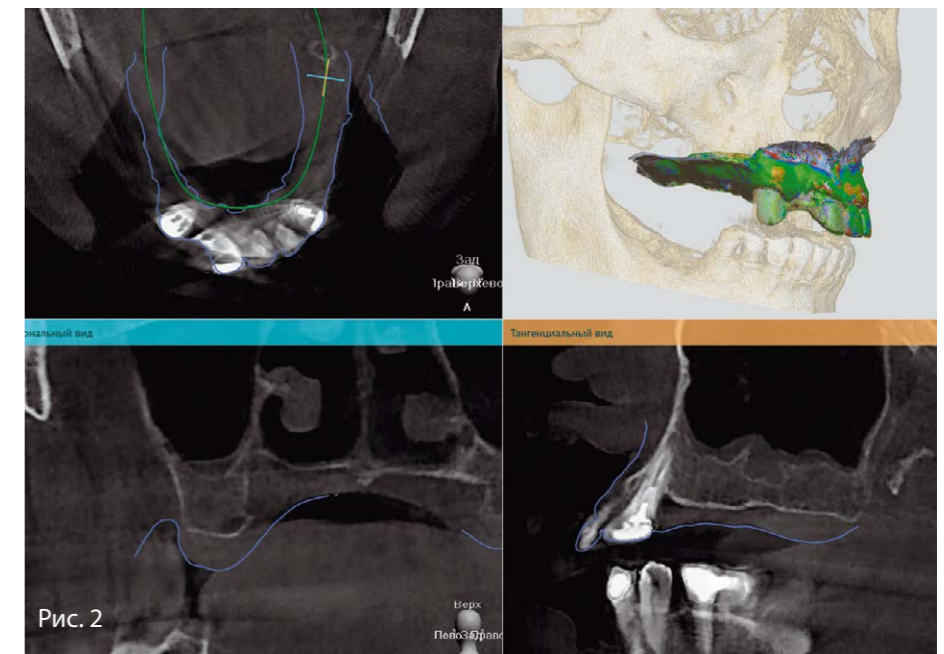


Рис. 2



Рис. 3

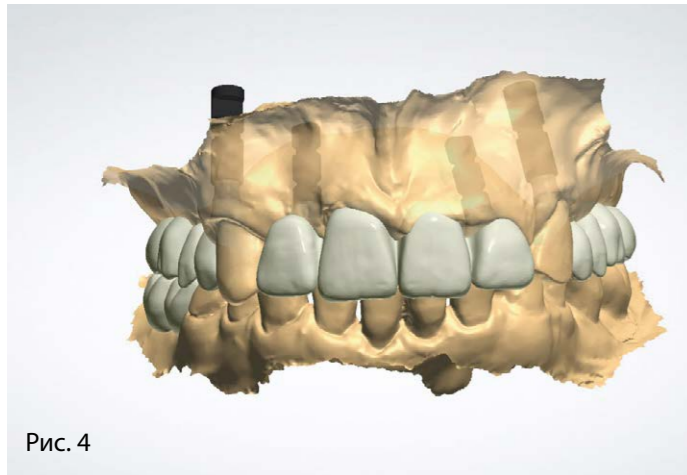


Рис. 4

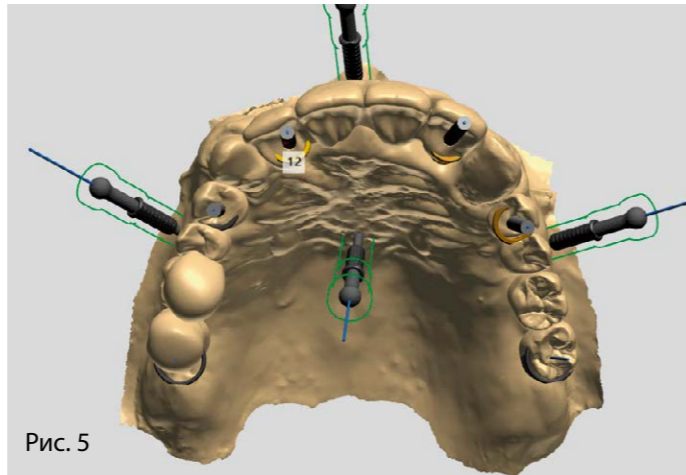


Рис. 5

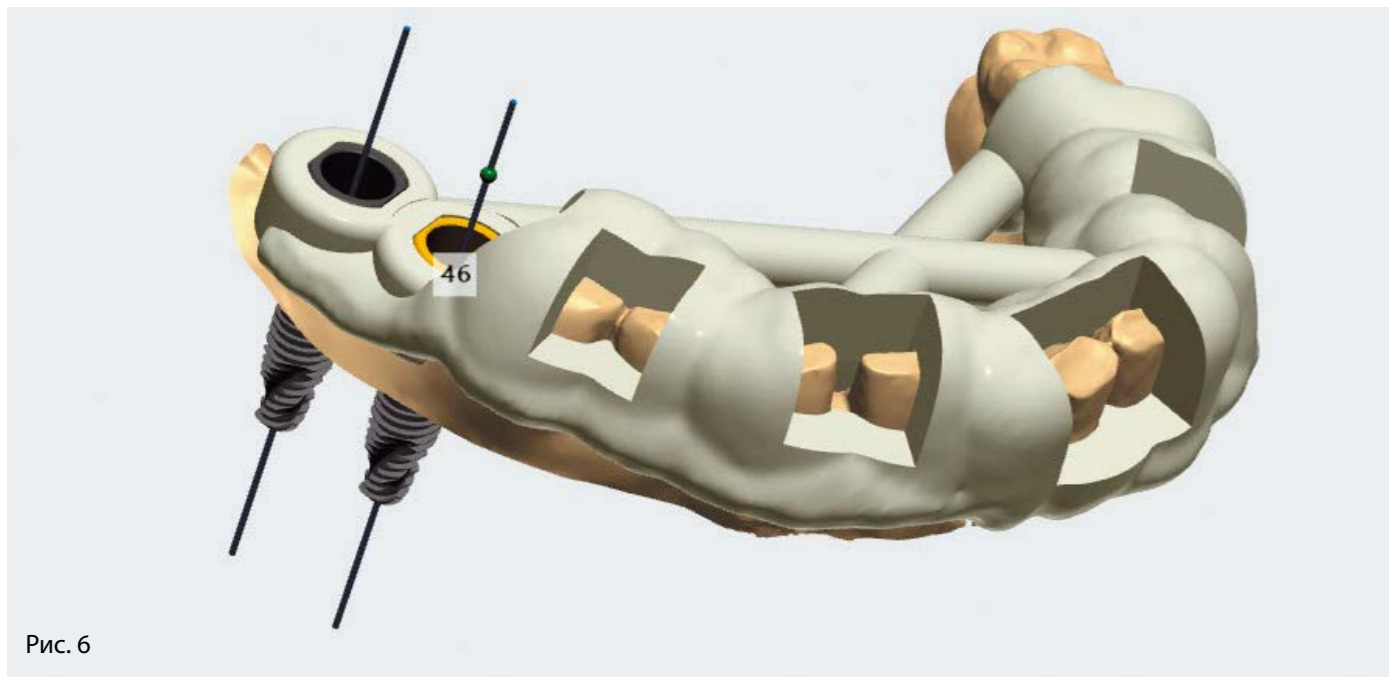


Рис. 6

избежать создания гиперконтура под винтовые каналы конструкции. Макет в жевательных отделах верхней челюсти и третьем сегменте нижней спланирован, учитывая антагонист, смоделированы овоидные части для дальнейшего расположения субкостальной позиции имплантатов.

На основе макета были расставлены имплантаты с заглублением относительно края кости (Рис. 5, 6. Позиции имплантатов и мультиюнитов во время планирования), а также учтены мультиюнит абатменты. Высота поддесневой части (3,5 мм), профиль прорезывания, диаметр Micro GM (3,5 мм) обеспечивают комфортную работу в эстетически важных зонах и отсутствие давления на костную ткань (Рис 7, 8. Расстановка имплан-

татов с учетом моделировки мультиюнит абатментов во фронтальном отделе). Костное предложение позволило нам расположить имплантаты таким образом, чтобы все вышеперечисленные нюансы были соблюдены и реализованы (Рис. 9. ОПТГ на момент планирования). Кроме конструкции во фронтальном отделе было решено изготовить две временные коронки на титановых основаниях с поддесневой высотой 2,5 мм в области 1.4 и 2.4, но по причине отсутствия должной первичной стабильности ограничились примеркой конструкций, а после – установкой формирователей.

Благодаря возможностям библиотеки и дополнительной подготовке скана удалось адаптировать макет к позициям будущих мультиюнитов

и титановых оснований без печати и повторного сканирования модели со скан-маркерами. Модели распечатаны лишь для контроля посадки будущих шаблонов. Конструкция во фронтальном отделе была спроектирована под вклейку титановых оснований на мультиюнитах, делать широкие отверстия под перебазирующую конструкцию осуществлялось в процессе операции, однако в дальнейшем это не требовалось. Временные коронки на титановых основаниях после изготовления были сразу вклеены. Все конструкции произведены из PMMA методом фрезерования (Рис. 10. Изготовленные шаблоны и временные конструкции).

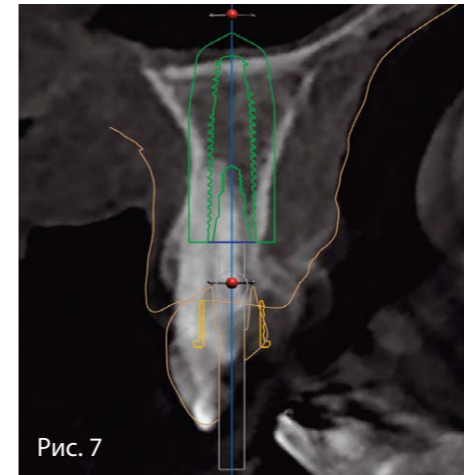


Рис. 7

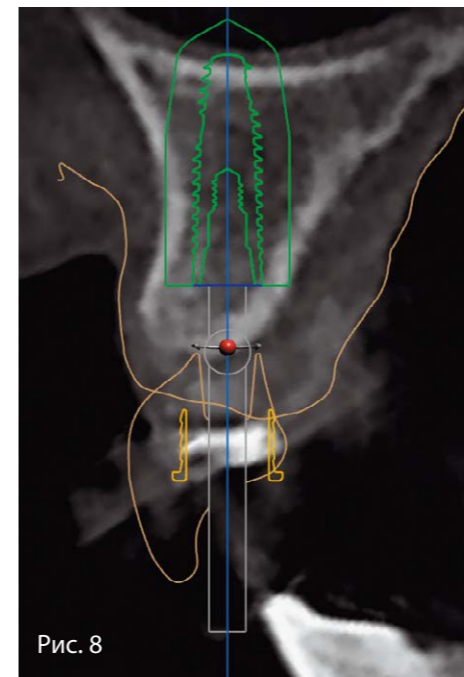


Рис. 8

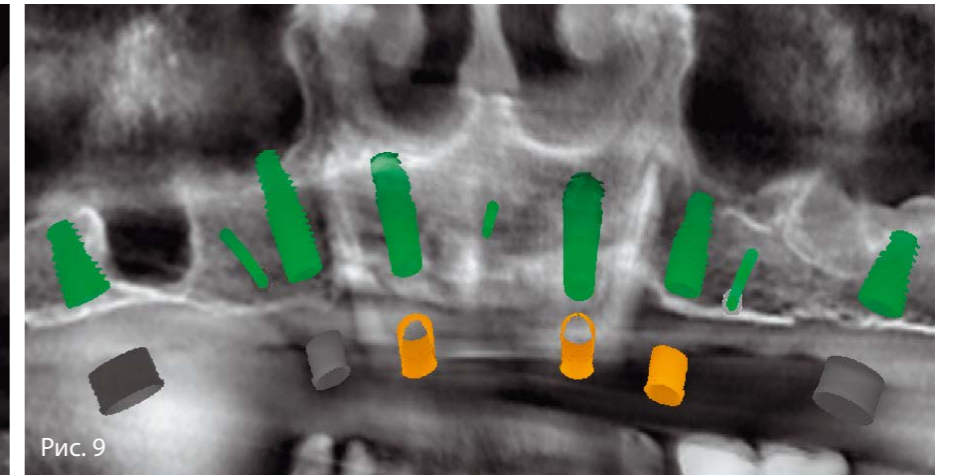


Рис. 9



Рис. 10

Шаблоны изготовлены посредством 3D-печати с использованием фиксирующих пинов и установленными втулками для проведения полного навигационного протокола на обеих челюстях (Рис. 11. Исходная ситуация на операции). Контроль посадки осуществлен через специальные смотровые окна. На верхнюю челюсть был подготовлен комплект из двух шаблонов, где первый шаблон был нужен для позиционирования до удаления зубов и отслаивания лоскута, а также для установки фиксирующих пинов (Рис. 12, 13. Позиционирование шаблона и контроль посадки). Второй же позиционировался на оставшихся зубах и фиксировался в заранее установленные отверстия (Рис. 14. Ситуа-



Рис. 11



Рис. 12

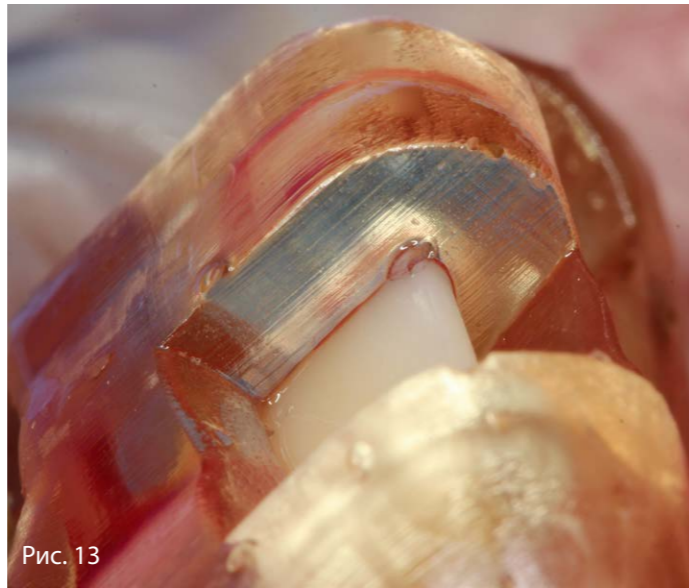


Рис. 13



Рис. 14

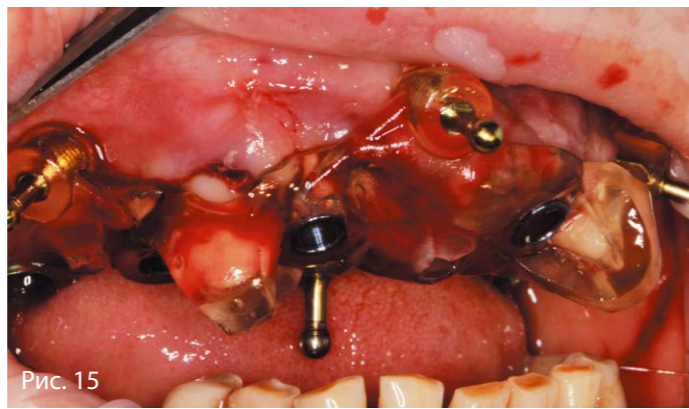


Рис. 15



Рис. 16

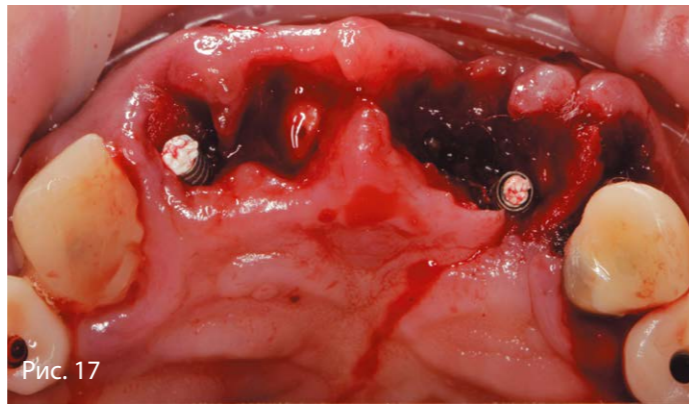


Рис. 17

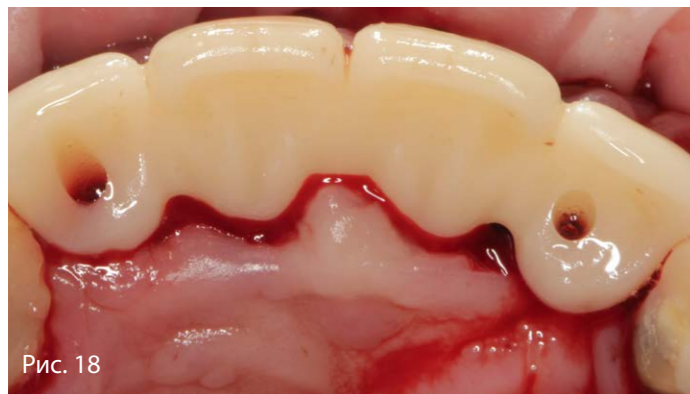


Рис. 18

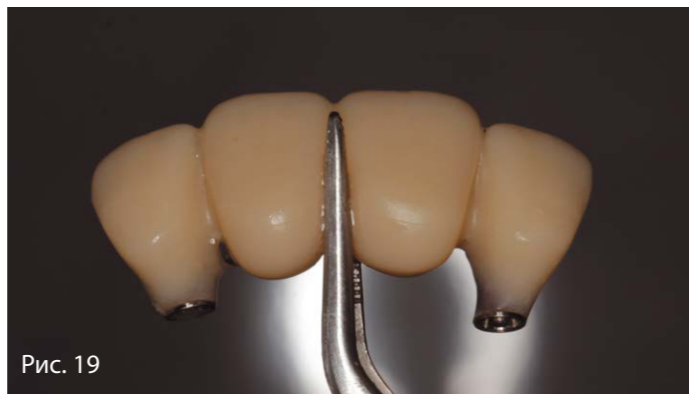


Рис. 19

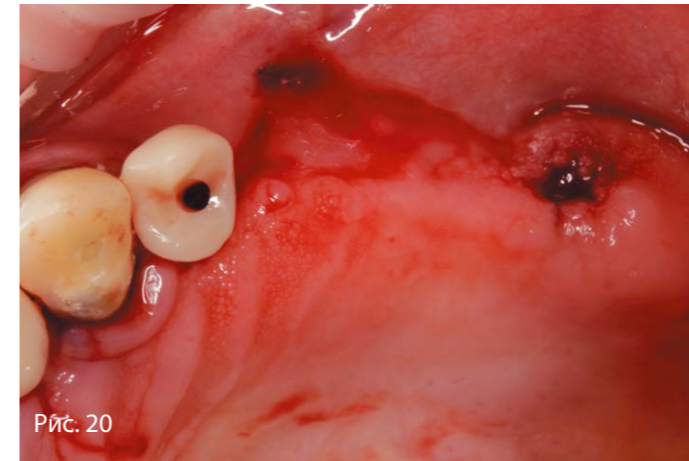


Рис. 20

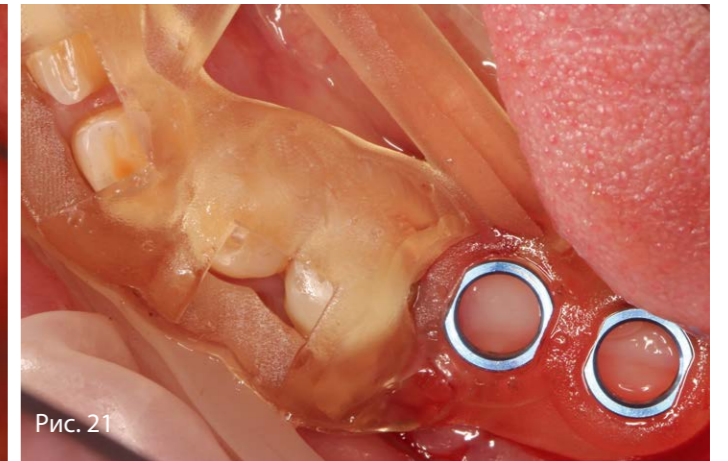


Рис. 21

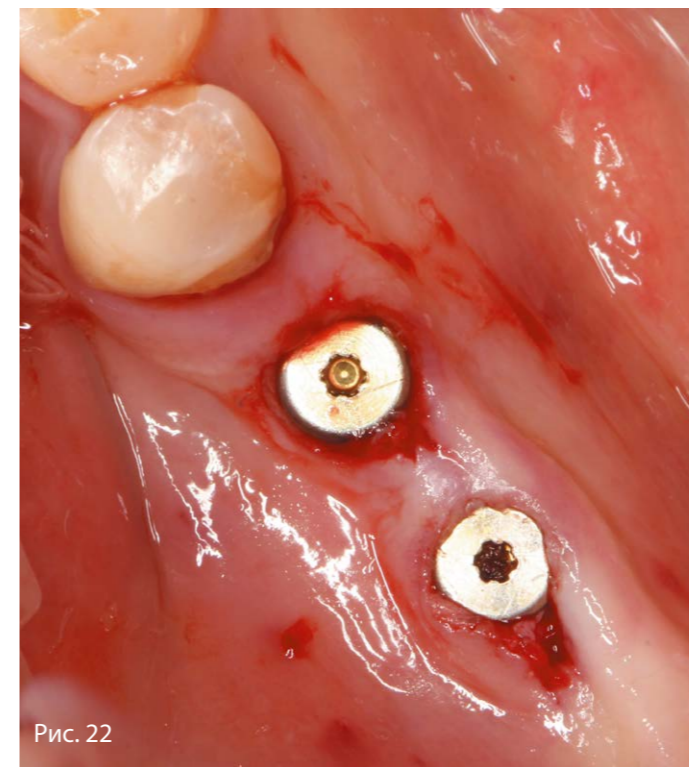


Рис. 22

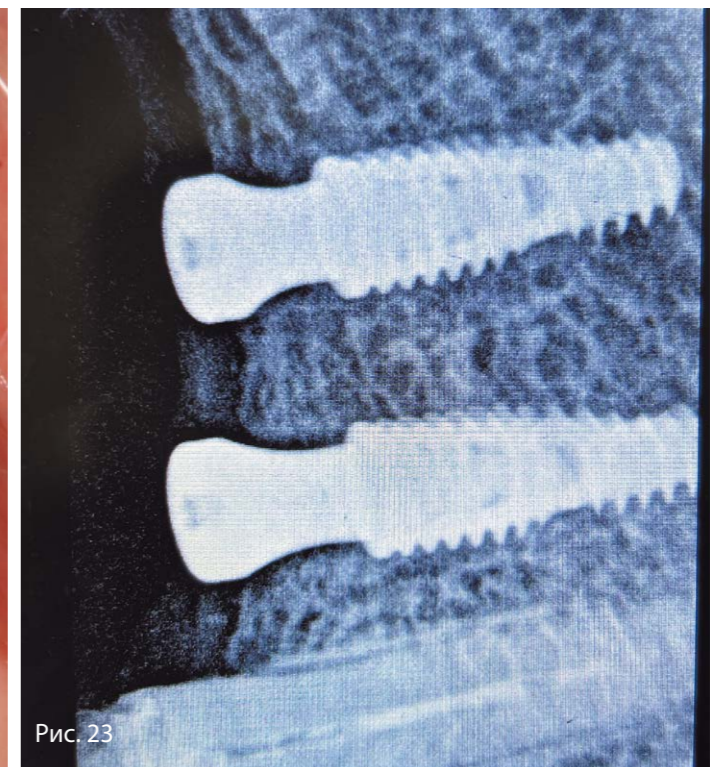


Рис. 23



Рис. 24

ция после удаления. Рис. 15. Установка шаблона для проведения полного протокола). При помощи навигационного набора Neodent GM установили имплантаты на верхней и нижней челюсти, а также формирователи, титановые основания и мультиюниты.

Для осуществления аугментации был произведен забор десневого и костного трансплантата с бугра (Рис. 26. Забор мягкотканного трансплантата с области бугра. Рис. 27. Забор костного трансплантата при помощи трепана в области бугра). Костный трансплантат зафиксирован с помощью винта (Рис. 28. Установка костного трансплантата. Рис. 29. Фиксация мягкотканного трансплантата). Мягкотканый трансплантат подшит вестибулярно к полнослойному лоскуту и зафиксирован вертикальными швами для удержания десневых сочков коронально (Рис. 30. Завершение операции, вертикальные швы).

Наблюдение через 1,5 месяца показало стабильность конструкции и эстетический контур мягких тканей (Рис. 31, 32. Оценка состояния пациента через 1,5 месяца, сравнение с исходной ситуацией).

(Рис. 16. Примерка временной коронки в позиции 1.4)

(Рис. 17. Установка мультиюнитов и оснований)

(Рис. 18. Примерка временной реставрации)

(Рис. 19. Цементирование и адаптация временной конструкции)

(Рис. 20. Установка имплантата в позиции 1.7 через минимально инвазивный доступ)

(Рис. 21. Имплантация по шаблону в области 4.6, 4.7)

(Рис. 22. Установка формирователей в области 4.6, 4.7)

(Рис. 23. Рентген-контроль позиции установленных имплантатов)

(Рис. 24. Фиксация реставрации и оценка мягкотканного дефекта в области 1.1)

(Рис. 25. Оценка костного дефекта в области 1.1)

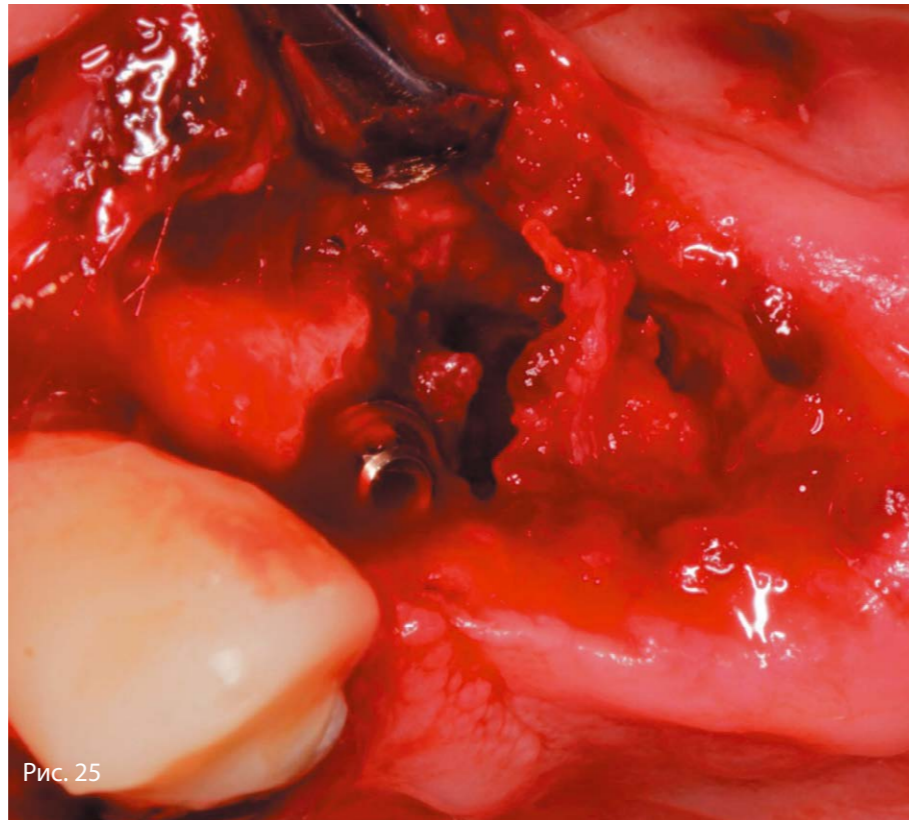


Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27

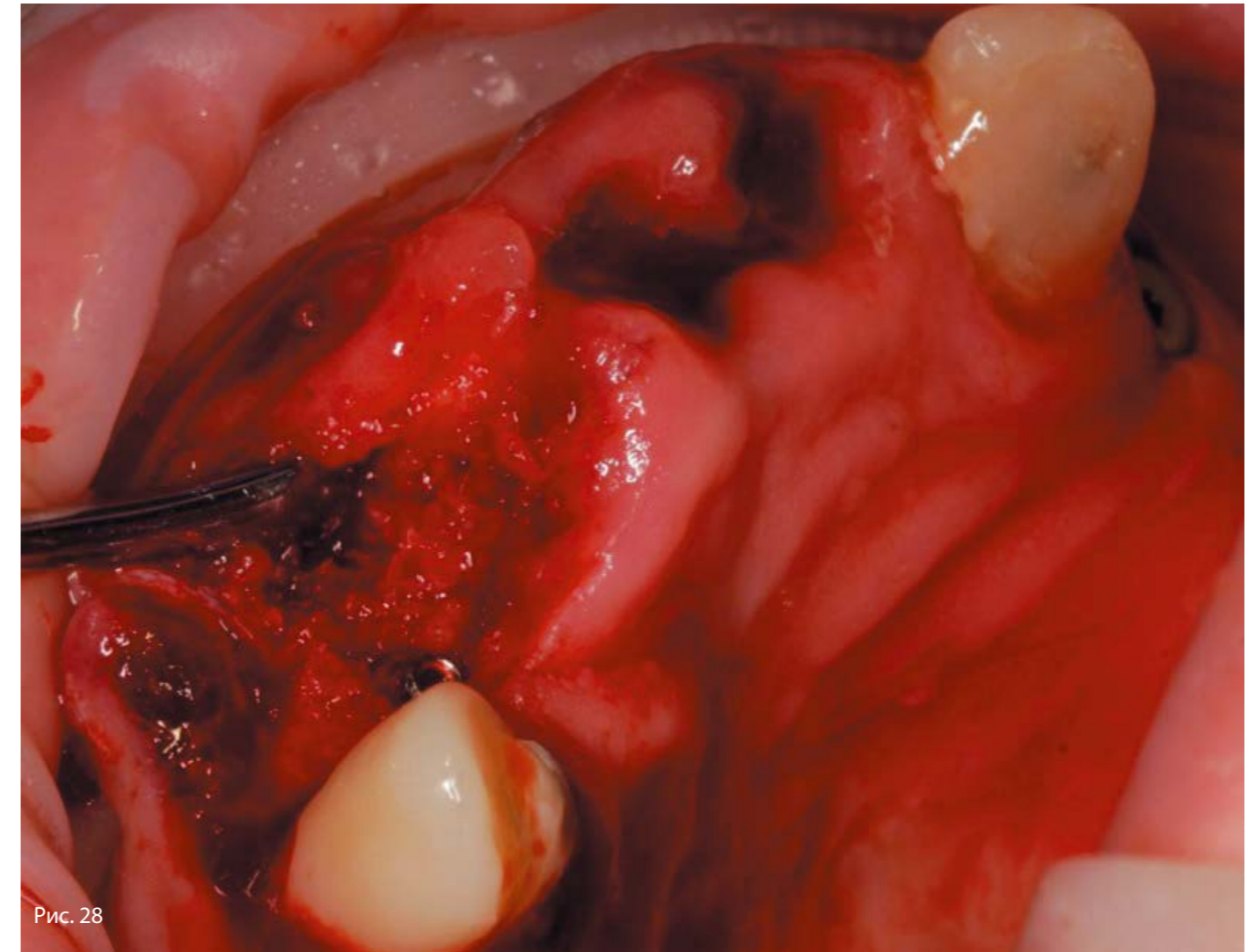


Рис. 28

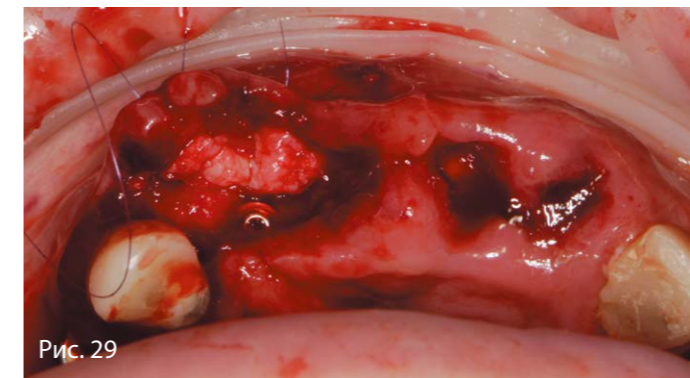


Рис. 29



Рис. 30



Рис. 31



Рис. 32



ГЛАВНАЯ СТАВКА – НА КОНКУРЕНТНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Успешность бизнеса субъективна, однако важно видеть и осознавать свои цели и задачи, понимать развитие рынка, иметь хорошую команду, развивать связи – все это влияет на стратегию роста. Об инвестициях в бизнес и возможностях влияния на его развитие рассказывает

Борис Любошиц, заместитель председателя Комиссии по финансово-промышленной и инвестиционной политике Торгово-промышленной палаты РФ, основатель и владелец консалтинговой компании «Аудит Групп», глава юридического агентства «Сезар Консалтинг».

– Борис Моисеевич, думая об инвестициях в бизнес и о реальной оценке дел компании, владельцу бизнеса или инвестору важно оценить положение дел, финансовую успешность своей компании. Но как правильно это сделать, по каким критериям? Вообще, в целом для развития что должно быть в приоритете у владельца: скажем, бухгалтерия или кадровые вопросы? Кадры или техническое оснащение?

– Я бы начал с субъективной оценки, потому что это более интересно и об этом все время забывают. Субъективная оценка строится следующим образом. Вот вы хотели построить компанию на миллиард долларов, а построили только на 500 миллионов. Будете ли вы довольны или не будете? Стакан наполовину полон или наполовину пуст? Ведь, с одной стороны, у вас замечательная компания, а с другой – вы не добились того, чего хотели.

Работая с нашими клиентами, я могу сказать, что знаю массу таких примеров, когда есть хорошие компании, большие и успешные, но при этом владелец недоволен. То есть налицо ситуация, когда владелец хотел большего. Это первый момент.

Второй момент. Можно построить большую компанию, а потом ее потерять, поэтому говорить о том, что важнее, можно – как в математике. В математике есть такое понятие – «необходимое и достаточное». То, что вы перечислили – это техническое оснащение: бухгалтерия, кадры. Каждый из этих критериев необходим, но еще недостаточен, и даже все они вместе еще недостаточны. Есть еще много всяких иных критериев.

Успешный или неуспешный бизнес – это субъективные вещи, и на этот вопрос может ответить только основатель бизнеса, он сам определяет критерии оценки. Для кого-то это

любимое детище, и он рассматривает это как продолжение себя. Для него самым важным будет образ компании, как она воспринимается клиентами и партнерами. Для кого-то это просто бизнес. Он будет смотреть на прибыль, на потенциал ее роста в дальнейшем.

– Что самое важное для собственника бизнеса – в нашем случае это стоматологический бизнес, клиника – для грамотного привлечения инвестиций на развитие дела?

– Для любого привлечения инвестиций важно видение развития и важно понимать, что получит инвестор и какие точки выхода из проекта у него есть.

Инвестор может хотеть иметь стабильный работающий бизнес и получать дивиденды. Также инвестор может хотеть купить бизнес и его продать. А может хотеть купить бизнес и объединить его с чем-то, построить какую-то цепочку и так далее. Это все абсолютно разные сценарии, могут еще какие-то предположить. Поэтому, если вы хотите привлечь инвестора, надо понять, чего хочет инвестор и чего хотите вы, понять, сумеете вы договориться или нет. Может быть, у вас противоположные точки зрения на развитие бизнеса. Надо также понимать, насколько вы умеете управлять, насколько хорошо вы умеете готовить документы и так далее. Вообще, во всем мире принято, что у инвестора есть свой консультант, у основателей компании есть свой консультант. Консультантам всегда друг с другом проще договориться, потому что они говорят на одном профессиональном языке.

Приведу такой пример. Люди продают квартиру и никак не могут ее продать, рассказывают мне, какие у них проблемы. Я им говорю: «Так вы квартиру не продадите никогда». А почему? Они эту квартиру делали

для себя: им дороги обои, им дорога люстра, рисунок какой-то, вид из окна. Покупателю это все не нужно, покупатель покупает квадратные метры, ремонт он сделает свой. То есть для них это не инвестиционный проект, для них это дом, а покупатель покупает объект для инвестиций. Поэтому они не смогли и не смогут никогда договориться с этих позиций. Так вот, когда ваш бизнес – это объект для инвестиций и для инвестора, и для вас, тогда есть шанс договориться, потому что тогда вперед выходят объективные факторы: цена, финансовая модель и так далее.

– В одном из интервью вы отметили, что любой бизнес держится на трех слонах и черепахе. Один слон – это тема, второй – команда, третий – финансы и ресурсы. А черепаха – это GR. Это относится и к малому бизнесу? Например, у медицинского бизнеса те же слоны и черепаха? Есть ли здесь свои нюансы? Или есть самый главный слон?

– Да, это работает в любой сфере. Просто для малого бизнеса, а в данном случае еще и бизнеса в сфере услуг, команда будет играть основную роль. Клиенту очень важно, как с ним будут общаться, как лечить. GR для малого бизнеса важен так же, как и для большого, просто взаимодействие другое.

Чем малый бизнес отличается от большого, кроме размера? Ведь в основном у малого и у большого бизнеса функции одни и те же. В большом бизнесе, например, есть не просто финансовый отдел, есть еще плановый, хозяйственный, еще и экономический, еще отдел труда и заработной платы, еще бухгалтерия и так далее. А в маленьком – один бухгалтер. Но это не значит, что у вас нет тех функций, которые есть в только что перечисленных департаментах. Они

у вас есть, функции есть, просто департамента нет. Все функции сосредоточены у одного человека. То же самое касается и эйчаров. У вас даже физические эйчара может не быть, но функция работы с персоналом все равно есть.

Самый главный слон – это то, что у вас лучше всего получается, что вы лучше всего умеете. Например, у вас очень много денег, или у вас очень хорошая команда, или у вас очень хорошие связи. Это становится вашим самым главным слонем, потому что это влияет на стратегию развития.

– Любый руководитель бизнеса выбирает, куда лучше инвестировать: в какие собственные процессы и ресурсы, в какие сторонние ресурсы. Каковы оценочные критерии этого вопроса? Что должен учитывать руководитель?

– У руководителя должно быть видение на несколько шагов вперед. И главное, любое действие должно от-

вечать вопросу, соответствует ли оно целям, текущим и будущим. На каких-то этапах развития лучше инвестировать во внутренние процессы, это позволит лучше их контролировать. Иногда использование внешних ресурсов позволяет сэкономить и позволить себе более быстрый рост или получить готовый продукт, не разбираясь с внутренними задачами, и сосредоточиться на более важных процессах.

Также ситуация зависит от того, как руководитель проанализировал рынок, насколько он готов диверсифицироваться. Мы знаем людей, которые построили холдинги, но бьют в одну точку, и у них одно направление, у них есть конкурентные преимущества – это знание отраслей, знание ситуации на рынке. А кто-то диверсифицируется – вкладывается в совершенно разные вещи.

– В кризисное время происходит и рокировка в разных сферах бизне-

са. Сейчас мы наблюдаем довольно много фактов продажи малого бизнеса: кто-то активно растет, кто-то стагнирует. При этом есть жесткая конкуренция, она не исчезла. Как бизнесу, который зависит от потребительского спроса, напрямую действовать в нынешней ситуации? Какая стратегия может быть наиболее выигрышной?

– Во-первых, нужно помнить, что главное – это отношение с клиентами. Есть такая старая еврейская поговорка: «Если не умеешь улыбаться, закрой лавку». Все зависит от того, как вы работаете со своими клиентами. Если вы умеете работать с клиентами, клиенты будут с вами.

Надо искать способы оптимизации. Это стоит делать не только в кризис. Но в кризис это еще более актуально. И стоит задуматься над своими конкурентными преимуществами и сосре-

доточиться именно на них. Стоит искать новые ниши развития или думать, как привлечь новых клиентов.

Я считаю, что корпоративные принципы очень сильно влияют на управление: то, как вы управляете, насколько грамотно вы это делаете, насколько правильно вы распределили функции, права, ответственность. Собственно говоря, бизнес зависит от того, насколько вы прописали стратегию, насколько команда разделяет ваши взгляды и насколько ваша команда готова следовать этой стратегии. Я приведу такой пример: пираты отправляются на остров сокровищ, и они высадились на этом острове. Чем может закончиться путешествие? Они или убьют друг друга на острове, или утонут на обратном пути. Но если в самом начале каждый из пиратов знает, зачем он идет на этот остров и что он получит, когда у каждого есть своя функция и они понимают, что для них важно сделать общее дело – внести свой вклад и получить адекватное вознаграждение, то именно тогда они вернутся назад целыми и с сокровищами.

– Вы как гуру бизнес-аудита, профессионально разбирающийся бизнес-процессы каждой компании, считаете, что каждый сотрудник компании фактически должен быть вовлечен в общую идею и идеологию компании, должен быть маркетологом и «продавать», продвигать ценности компании?

С одной стороны, медики, руководители и сотрудники клиники с учетом корпоративных принципов эти ценности компании продвигают. С другой, есть известная проблема, когда врачи говорят, что они лечат, они «не про деньги», а финансами и управлением клиники должны заниматься руководители и управляющее звено.

Но при этом часто в клиниках врачей мотивируют в том числе и финансово тоже – то есть от его работы зависит и прибыль клиники. Правильно ли увязывать работу врача и прибыль компании, или

в этой нише такая взаимосвязь неправильная, должна быть какая-то иная?

– Допустим, что врач пришел в вашу клинику и работает для того, чтобы лечить людей, и ему деньги зарабатывать в принципе не нужно, семью кормить не нужно, по какой-то причине он «питается солнечным светом» и получает удовольствие от того, что он просто лечит людей, то, конечно, такого человека невозможно мотивировать на деньги. Ему деньги не нужны, и он не понимает, зачем они нужны вам. А если человек пришел зарабатывать деньги, то нет ничего зазорного в том, что человек зарабатывает. Здесь нужно найти тонкую грань. Это первое.

Второе. Мы оказываем платные медицинские услуги, у нас коммерческое предприятие. Чем больше сотрудники вовлечены в нашу работу, тем лучше мы работаем. И чем лучше мы работаем, тем больше мы зарабатываем. Если клиника получила прибыль, это не означает, что владелец все эти заработанные деньги положит в карман. Он раньше поменяет оборудование, он сможет купить новые препараты, он потратит деньги на обучение врачей. То есть каждый рубль, который приходит в кассу – это не просто оплата услуг, это еще и деньги, которые вкладываются в развитие медицины и в развитие медицинских услуг. Поэтому я не представляю себе квалифицированного врача, который не разделяет эту точку зрения. Это во-первых. Во-вторых, мы с вами понимаем, что такое квалификация врача. Она состоит не только в том, чтобы лечить. Квалификация врача в том числе и в том, чтобы общаться с пациентом, и в том, чтобы организовывать процесс лечения. В старом советском фильме есть такой кадр, когда ректор медицинского вуза выступает перед вчерашними студентами, которые получили дипломы, и он говорит такую фразу: «Запомните, врач, после беседы с которым пациенту не стало лучше, должен оставить профессию».

Правильно ли вообще увязывать работу врача и прибыль компании? Конечно. Но, на мой взгляд, врач не должен быть чисто продавцом

и не должен навязывать ненужные пациенту услуги и никак не помогающее ему лечение. Однако врач должен быть эмпатичным и, например, заметив какую-то проблему пациента, дополнительно может направить его к другому специалисту, что поможет пациенту, собственно, решить эту проблему, и, кроме того, клиника получит клиента еще на одну услугу.

– Влияет ли на инвестиционную привлекательность клиники прохождение его аудита? Каким образом аудит может повлиять на репутацию компании, на капитализацию бренда, на повышение оценочной стоимости бизнеса?

– Косвенно – да. Все, что говорит о надежности, о качестве, о перспективности – это все влияет на инвестиционную привлекательность. Чем подтверждает свою квалификацию врач? Дипломом, курсами повышения квалификации, количеством успешных операций. Бизнес подтверждает качество своей работы, свою стоимость точно так же. Что такое диплом для бизнеса? Это победа в профессиональных конкурсах, это подтверждение профессионалами рынка своей высокой репутации и уровня предприятия.

Аудиторское заключение подтверждает, что бухгалтерский учет ведется правильно, что нет рисков финансовых, нет рисков налоговых, правовых. И это плюс, это повышает репутацию компании. Если инвестор видит, что компания делала аудит, и не один год, это уже дает кредит доверия.

Но я бы тут говорил не только об аудите, а еще о смежной операции Due Dilligance. Это более доскональная проверка на предмет выявления потенциальных рисков. Когда компания проводит его для себя перед тем, как идти к инвестору, это дает возможность закрыть все риски и тем самым не дать понизить стоимость сделки. Но лучше всего на инвестиционную привлекательность влияет хорошо подготовленное инвестиционное предложение, с четким пониманием, куда и зачем пойдут деньги инвестора, что в итоге получит инвестор и какие у него есть точки выхода.



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, умещающихся в кейсе:

Комплекс для функциональной стоматологии в индивидуальном кейсе

Комплекс беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри»

Датчик функциональной активности Callibri. Депрограмматор U-DENT

Устройство для определения психофизиологического состояния Brainbit



BRAIN • MUSCLE • JOINT • OCCLUSION

www.nsella.ru



СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР ПО РЕМОНТУ ОБОРУДОВАНИЯ



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

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

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

РЕКЛАМА