

# DENTAL

№3/4 (31/32) 2021 г.

# Club

НМФ «Нейротех» –

СУПЕРНОВА

отечественного медицинского  
приборостроения

И. В. Решетов

А. А. Закирова

Д. К. Юдин

РАК ПОЛОСТИ РТА:  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ И  
РЕАБИЛИТАЦИЯ

ВИНИРЫ –

это не сложно.  
ФОТОИНСТРУКЦИЯ

А. Першин

Belgravia  
Dental Studio

С. Коба

ХОЧЕТСЯ ВЛИЯТЬ НА ОТРАСЛЬ,  
ЧТОБЫ ПАЦИЕНТЫ ЛЕЧИЛИСЬ  
У ГРАМОТНЫХ ВРАЧЕЙ

18+



РЕКЛАМА. Зарегистрировано в соответствии с законодательством РФ



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

**Москва**

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

**Санкт-Петербург**

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

**Екатеринбург**

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

**ЖУРНАЛ**

**Dental Club**

№3/4 (31/32) 2021 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)

**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:**

Типография:

ООО "ЕПресс"

Заказ № 1270

Подписано в печать:

15 сентября 2021 г.

Тираж: 7000 экз.

Свободная цена.

Для лиц старше 18 лет

От редакции.....2

**КОМПАНИЯ НОМЕРА**

**НМФ «Нейротех» –**

СУПЕРНОВА

отечественного медицинского

приборостроения.....4

**ТРЕНДЫ**

*Д. Здобнов*

**Способ изготовления**

**цифрового гнатометра.....16**

**НАУКА**

*И. В. Решетов /А. А. Закирова/*

*Д. К. Юдин*

**Рак полости рта:**

**хирургическое лечение**

**и реабилитация.....20**

**ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА**

КЛИНИКА НОМЕРА

**Belgravia Dental Studio**

**Хочется влиять на отрасль,**

**чтобы пациенты лечились**

**у грамотных врачей.....30**

МЕНТОРСТВО

*Г. Пермьяков*

**«Мне нравится не идти**

**на поводу у ситуации,**

**а управлять ею».....42**

**ОПЫТ И ПРАКТИКА**

ФОТОИНСТРУКЦИЯ

*А. Першин*

**Виниры – это не сложно.....52**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*П. Ярошевич*

**Аугментация мягких тканей**

**вокруг имплантатов с**

**использованием**

**соединительнотканного**

**трансплантата с сохраненным**

**эпителием.....66**

*С. Петропавловская*

**Ретенция без ретейнеров.....72**

*А. Гецман*

**Обтурация корневых каналов**

**временных зубов.....80**

**МЕНЕДЖМЕНТ КЛИНИКИ**

*Н. Анкудинова*

**КРП и администраторы .....86**

*Е. Самус*

**Основание увеличения цены:**

**цена VS ценность.....92**

# НОВЫЙ ВИТОК РАЗВИТИЯ...

Новый номер нашего журнала «Дентал Клуб» порадует вас интересными профессиональными материалами на важные стоматологические темы. Новым медицинским редактором журнала стал Дмитрий Юдин, челюстно-лицевой хирург, врач – стоматолог-хирург, имплантолог. Эстафету передает Илья Фридман, стоматолог, хирург-имплантолог, который долгое время развивал медицинское направление журнала. Илья Фридман остается главным медицинским консультантом журнала, хранителем наших традиций.

«Меня пригласили в журнал с позволения маэстро Ильи Фридмана, и для меня это большая честь. Я не был прямым учеником Фридмана, но, когда мы начали тесно работать вместе, я слушал его лекции, и оказалось, что взгляды и подходы, о которых говорит маэстро Фридман, я целиком и полностью разделяю и пришел к ним опытным путем. С гордостью и удовольствием я принимаю медицинскую редакцию из рук Ильи Фридмана, мы будем и дальше стараться повышать уровень профессиональной компетенции журнала «Дентал Клуб». Для меня это интересное направление деятельности: мне интересно было бы поделиться и своими научными разработками, и пригласить в журнал многих коллег, которые вдохновляют меня своей работой в науке и практике, хочется поделиться их идеями с общественностью. Для меня пост медицинского редактора журнала «Дентал Клуб» – это, в первую очередь, возможность проявить свой талант организатора и научного публициста», – говорит Дмитрий Юдин.

Новое направление журнала будет более медицинским и более научным. В нынешнем номере нам было важно показать работу как уже известных авторов, так и начинающих, при этом, безусловно, настоящих гуру медицины. Доктора Дмитрий Здобнов, Александр Першин и Павел Ярошевич – известные врачи-стоматологи из Санкт-Петербурга. «Мне хотелось, чтобы каждый из них не просто рассказал о себе и поделился своими рабочими лайфхаками, но и продемонстрировал четкий протокол своей работы», – отмечает Дмитрий Юдин. В номере есть и молодые авторы, например, врач Софья Петропавловская, которая в своей статье демон-

стрирует клиническое исследование, которое, мы уверены, станет интересной пищей и толчком для профессионального роста для всех стоматологов-ортодонт.

Темы, которые поднимаются в медицинских материалах номера, крайне актуальны. Это, например, правильная подготовка костного пространства к имплантации, или создание цифрового гнатометра – интересное направление, метод, который позволит любому специалисту в цифровой стоматологии работать с пациентом индивидуально и вести все цифровые расчеты в виртуальной среде.

Изюминкой номера является статья академика И. В. Решетова о раках полости рта. «К сожалению, большинство стоматологов могут в лучшем случае выявить рак полости рта на первичном приеме и потом отправить пациента в онкодиспансер. Но что же происходит далее, как выглядит пациент после проведенной операции и какова роль врача-стоматолога в дальнейшей реабилитации таких пациентов – вот что нам было интересно осветить. И у нас появилась невероятная возможность получить статью на эту тему от главного и единственного специалиста в этой сфере не только в России, но и в Европе. Мы рады поделиться этой потрясающей работой с читателями», – замечает Дмитрий Юдин.

«Дентал Клуб» ждет новый виток развития. «Моя цель – сделать журнал «Дентал Клуб» настольной книгой для стоматологов. Наша миссия – приблизить журнал к научному изданию, – говорит Дмитрий Юдин. – Мы будем стараться публиковать максимально прикладные материалы как по стоматологическим темам, так и освещающие другие области медицины, близкие к нашей сфере. Надеемся, что публикации будут интересны нашей аудитории, будут порождать новые вопросы и идеи в умах тех, кто читает журнал».

*Желаем приятного и полезного чтения!  
Команда Dental Club*



Дмитрий  
ЮДИН

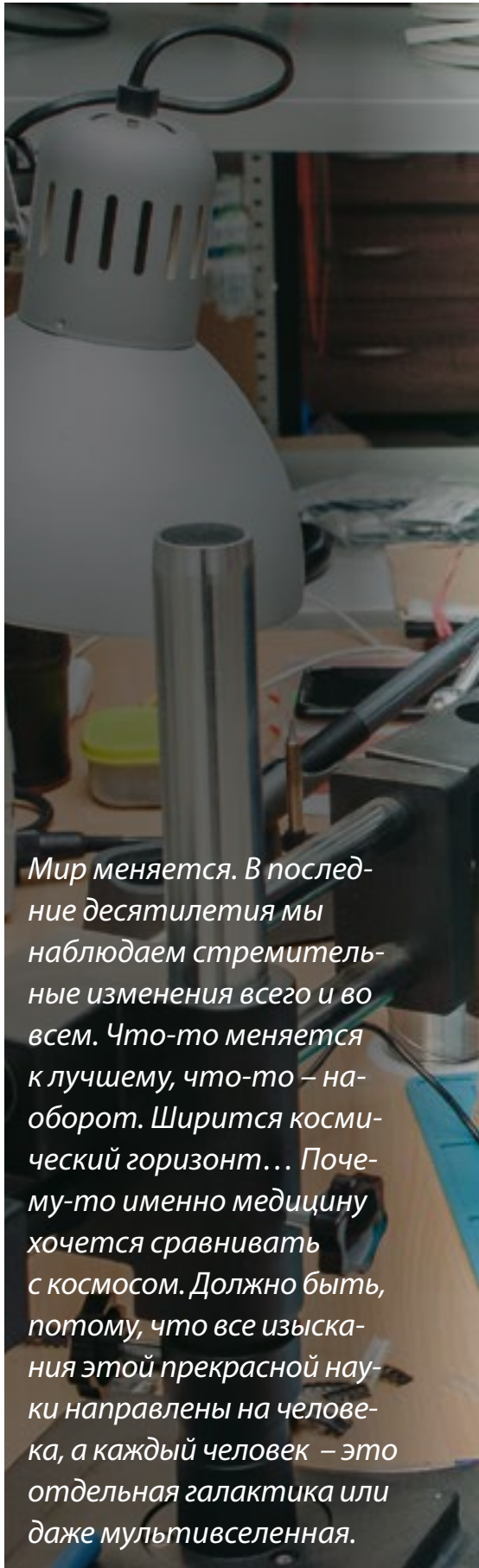
# НМФ «Нейротех» – СУПЕРНОВА ОТЕЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРИБОРОСТРОЕНИЯ

Сегодня многие врачи-стоматологи отчетливо осознают, что недостаточно просто поставить имплантат или коронку, залечить зуб, важно выяснить и понять источник проблемы каждого пациента. Иногда эта проблема скрыта очень глубоко и совершенно не очевидна даже хорошему специалисту. И прежде чем начать сложное лечение, пациент, согласно предписаниям лечащего врача, должен пройти ряд дополнительных обследований. Например, сложность в эксплуатации имплантата может быть вызвана изменениями суставов, не замеченными ранее и усугубившимися со временем. Массы проблем можно избежать, обнаружив их на ранней стадии. Именно это является основной задачей функциональной диагностики – новаторского раздела современной медицины, позволяющего дать объективную оценку имеющимся отклонениям и нарушениям в работе различных органов, основываясь на показаниях высокоточных приборов. Функциональная диагностика «родилась» на стыке высокотехнологичных методов исследования и компьютерных технологий, активно развивается, и уже очень сложно спорить с тем, что именно она займет лидирующее место в медици-

не будущего. Многие специалисты сравнивают ее с кодом от шифра, который позволяет вскрыть механизм большого количества заболеваний и оценить адаптационные возможности как организма в целом, так и отдельных органов.

В стоматологии, благодаря использованию специальных приборов, можно увидеть и понять взаимодействие височных и нижнечелюстных мышц и начать лечение с решения этого «конфликта». Это необходимо, чтобы в дальнейшем не наблюдать в кресле недовольного пациента и пытаться понять, что же пошло не так и почему, казалось бы, подготовленная к установке имплантационной системы челюсть отторгает эту самую систему, пусть и не сразу. К счастью, прогресс не стоит на месте – расширяется не только космический горизонт, но и протоколы лечения.

Одним из флагманов в создании приборов функциональной диагностики (и не только) в России является НМФ «Нейротех» – компания, совершившая настоящий прорыв в отечественном медицинском приборостроении. Идеи, реализованные небольшим производством в Таганроге, совершили мини-революцию и превзошли ожидания.



*Мир меняется. В последние десятилетия мы наблюдаем стремительные изменения всего и во всем. Что-то меняется к лучшему, что-то – наоборот. Ширится космический горизонт... Почему-то именно медицину хочется сравнивать с космосом. Должно быть, потому, что все изыскания этой прекрасной науки направлены на человека, а каждый человек – это отдельная галактика или даже мультивселенная.*



У всего во вселенной есть начало, включая саму вселенную. Что-то непременно происходит в Начале: Большой Взрыв или Судьбоносная Встреча. Мы расскажем именно о такой.

Произошла она в далеком 1992 году.

Молодой доктор Валерий Котляров, только что основавший научно-медицинскую фирму «Нейротех», прибыл по делам этой самой фирмы в Таганрог. Он и его коллега, инженер, шли по улице, обсуждая какие-то важные проекты, о которых теперь уже и не вспомнить. А им навстречу шагал юный студент-программист Вадим Сахаров, подрабатывающий в том самом учреждении, с которым начинал сотрудничество врач Котляров – занимался разработкой программного обеспечения для кардиографических систем. Молодых людей представили друг другу, и на этом все могло бы закончиться. Мало ли людей знакомятся случайно, по работе или в быту? Но мы рассказываем не просто о встрече, а о встрече судьбоносной. И если юный программист Сахаров, погруженный в эмпирию двоичного кода, а может, и в более глубокие слои Матрицы, не придал этому знакомству особого значения и продолжил свой путь, то врач Котляров отметил, что у парня умные глаза, расспросил о нем коллег и в итоге предложил сотрудничество: «Станем партнерами? Ты будешь ответственным за техническую составляющую, а я – за медицинскую». Так с простого рукопожатия началась история развития НМФ «Нейротех».

Реализовывать поставленные Котляровым задачи оказалось делом интересным, требующим нестандартного подхода и творческого энтузиазма. Одним из первых проектов на ниве медицинского приборостроения стало сопряжение компьютера и электромиографа. От программиста Сахарова требовалось написать программу, которая обучала бы врача-специалиста и позволяла управлять прибором непосредственно с компьютера. Постепенно идея компьютеризации медицинских приборов обретала все большую известность, а спустя некоторое время нашлись и покупатели новинки. Работать партнерам было ин-



тересно, и оба, цитируя классиков, «гордились своей очевидной нужностью».

В 1998 году НМФ «Нейротех» начала сотрудничество с Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии, что привело к разработке первой стоматологической системы, ориентированной на исследование мышечной активности при сжатии зубов и жевании. Разработанный электромиограф увеличил интерес к фирме и выпускаемым продуктам в среде стоматологов. Тот первый миограф был выполнен в классическом проводном варианте.

Однако были и определенные сложности. Врач Валерий Викторович Котляров жил и трудился в славном городе Пятигорске, а штаб-квартира программиста Вадима Леонидовича Сахарова, уроженца Таганрога, города технической мысли и Чехова, располагалась, что неудивительно, в нем же. Это сейчас никого не удивляет поня-

тие «удаленка» – есть интернет, и все решается просто. А в первой половине девяностых, когда Всемирная Паутина еще не опутала планету, удаленный формат сотрудничества требовал умственной и творческой активности. Для примера: написав новую программу, отвечающий за техническую часть процесса Сахаров скидывал ее на трехдюймовую дискету и отправлялся на вокзал, к ближайшему поезду в Пятигорск. А там при помощи обаяния и сторублевки отправлял конверт партнеру. Такая вот неэлектронная РЖД-почта. В Пятигорске обеспечивающий медицинскую составляющую доктор Котляров тестировал полученный продукт, составлял перечень пожеланий и доработок, которые обсуждались по телефону. Примерно раз в месяц партнеры встречались, чаще всего в Пятигорске, потому что именно там располагалась медицинская база фирмы «Нейротех».





И все же пришло время пересмотреть условия работы. Посоветовавшись, компаньоны решили обосноваться в Таганроге, так как создать там техническую базу оказалось проще, а именно эта сторона стала превалировать над идеологической медицинской составляющей. Тем более что за десять лет Вадиму Сахарову удалось сформировать небольшой, но сильный коллектив молодых талантливых разработчиков и программистов. Так и получилось, что НМФ «Нейротех» родилась дважды – В 1992 году в Пятигорске и в 2002 в Таганроге, где располагается и сейчас.

Основной задачей компании стало создание и внедрение в практическую медицину портативных автоматизированных компьютерных систем для нейрофизиологических исследований – электроэнцефалографов и электромиографов. За предельно короткий срок был создан ряд принципиально

новых нейрофизиологических систем. Некоторые из них не потеряли своей актуальности и сегодня. Креативный подход в использовании производимых продуктов в смежных областях способствовал не только появлению новых приборов, но и совершенствованию сервиса, применению новых каналов и инструментов дистрибуции и, как результат, расширению доли рынка.

В 2012 году было принято стратегическое решение о производстве беспроводных систем.

Персонаж популярного американского околонуточного ситкома бросает другу исполненную скепсиса фразу:

– Когда ты в последний раз был в магазине и слышал фразу: «Зацени этот blu-ray-плеер. Он, наверное, очень крутой, раз сделан в России»?

Позволим себе скепсис и мы: как все-таки мало знают о российских разработках американские киноделы!

Беспроводные датчики «Колибри» – принципиально новая разработка команды молодых инженеров НМФ «Нейротех» – позволили добиться высокого качества регистрации различных электрофизиологических показателей благодаря устранению артефактов, вызываемых проводами.

Появление датчиков «Колибри» способствовало резкому повышению привлекательности миографических решений на медицинском рынке и позволило разработать ряд современных многофункциональных устройств, необходимых в том числе и в стоматологии.

Прямым аналогом стоматологической системы «Колибри» в части программного обеспечения является электромиограф К7 (США). Однако между ними есть существенная разница: датчики «Колибри» являются беспроводными, что повышает удобство эксплуатации и комфорт пациента, позволяет получить качественный, устойчивый к двигательным артефактам электромиографический сигнал. Совокупность этих преимуществ является залогом успешной работы алгоритмов автоматического обнаружения участков жевания, напряжения и расслабления мышц и, как следствие, повышения скорости и точности исследований.

Применяется система «Колибри» как средство регистрации активности лицевых мышц с целью оценки реципрокной регуляции и функционального взаимоотношения симметричных мышц – антагонистов, агонистов



и синергистов – в процессе жевания и движений нижней челюсти.

Датчики «Колибри» крепятся к лицу за счет клейкого слоя одноразовых электродов и не требуют дополнительных аксессуаров.

Дальнейшее их применение в психо- и нейрофизиологии привело к разработке системы биологической обратной связи (БОС) для реабилитации неврологических больных с тяжелыми нарушениями двигательных функций

и коррекции психоэмоциональных состояний. В процессе реабилитации дополнительным направлением стало применение приборов для контроля инъекции ботулотоксинов.





*Котляров Валерий Викторович – основатель НМФ «Нейротех», кандидат медицинских наук, врач-невролог высшей категории, врач функциональной диагностики*

– Мы усиленно работаем над миниатюризацией приборов на беспроводных технологиях и созданием прикладных гаджетов для реабилитации.

Продукция «Нейротех» не просто обладает уникальным соотношением цены и качества, продвигает совмещение самых передовых медицинских технологий и программного обеспечения – это хорошо, но не все. Чрезвычайно важно установить доверие между врачом и пациентом. И этому способствует функциональная диагностика, наглядно демонстрируя то, как в настоящий, долечный, момент выглядит работа мышц и суставов всей зубочелюстной системы. Данные приборов значительно облегчают выбор плана лечения и обосновывают его.

За годы работы был создан не один прибор-помощник для стоматологов, с самым разным функционалом. К примеру, стимулятор, управляемый с мобильного приложения и предназначенный для лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, проблем окклюзии и лицевых болей. Такое воздействие гармонизирует работу центральной нервной системы, мышц головы и шеи. Применение вы-

сокотехнологичных приборов позволяет сократить срок лечения в два-три раза: с полутора лет до трех месяцев.

Не вся продукция НМФ «Нейротех» относится непосредственно к работе стоматолога. Порой необходимо оценить психоэмоциональное состояние пациента, ведь посещение стоматолога – стресс для большинства наших сограждан, и для врачей это не является секретом. НМФ «Нейротех» предлагает технологии, регистрирующие биоэлектрическую активность головного мозга и передающие сигнал на монитор компьютера или смартфона по протоколу Bluetooth. Таким образом, можно проанализировать состояние пациента, правильно подобрать оптимальную и комфортную седацию в том или ином случае. Иногда достаточно простой беседы, чтобы человек успокоился и расслабился. Ведь ровный эмоциональный фон и хорошее настроение – один из важнейших факторов успешного лечения.

## Сотрудничество

Сегодня команда «Нейротех» активно сотрудничает с рядом сильнейших компаний Европы и США, начав свою деятельность на новых для себя рынках. Желание не ограничивать свою работу созданием только профессиональных систем позволило запустить ряд новых проектов разработки пользовательских портативных приборов, основанных на огромном опыте в области медицинской техники. Отличием этих приборов от их аналогов является то, что компания, будучи производителем медицинского оборудования, гарантирует высокое качество продуктов.

За неполных тридцать лет существования компания завоевала доверие потребителей в России, странах СНГ, Европе и США. Команда НМФ «Нейротех» динамично развивается, ориентируясь на непрерывный процесс разработки эффективных и комфортных технологий и продуктов, максимально удовлетворяющих потребности рынка.



**Сахаров Вадим Леонидович – директор НМФ «Нейротех»**

**– Мы планируем расширение рынка не только в Европе. Есть отличные перспективы в Канаде и Японии. Но основная задача – создание новых продуктов, способных достойно представить «Нейротех».**

## Качество во всем

Сегодня продуктовый портфель компании включает в себя линейку как профессиональных медицинских аппаратно-программных комплексов, так и различных девайсов для обычных пользователей, стремящихся контролировать состояние своего здоровья в домашних условиях.

Оборудование компании используется не только в стоматологии. Приборы широко применяются в урогеникологии и проктологии, неврологии, как часть функциональной диагностики и реабилитации, в психологии, травматологии и ортопедии, кинезиологии и очень модном нынче фитнесе. Компания разрабатывает и интегрирует высокие технологии в простые и удобные решения для поддержания здоровья общества. Новые стандарты IT-технологий, внедряемые в медицинских учреждениях и не только, расширяют возможности облачного хранения и обработки данных, развивают функциональность портативных девайсов и мобильных приложений,

помогая заботиться о здоровье качественно, комфортно и доступно.

Все научные разработки и производство компании – это совместный творческий процесс технических специалистов, ученых ведущих медицинских организаций страны и, что особенно важно, практикующих врачей. Высокое качество выпускаемой продукции достигается при помощи применения новейших мировых разработок в области электроники и программирования, что позволяет создавать высокотехнологичные, универсальные аппаратные блоки и многофункциональное, удобное в использовании программное обеспечение. На сегодняшний день производственные мощности компании используются в полном объеме. Доля продукции собственного производства составляет около 95%. В связи с динамично растущим спросом на выпускаемое фирмой оборудование производственный штат в период 2019–2021 годов увеличился на 70%, производственная площадь – в четыре раза, а объем выпускаемой продукции вырос на 85%.

Сложно не согласиться, что при таких внушительных объемах огромную роль играет контроль качества выпускаемой продукции, который, конечно, наличествует и проходит в несколько этапов. Осуществляется первоначальный и обязательный входной контроль качества сырья, основных и вспомогательных материалов, поступающих на склады предприятия. Следующим этапом проводится пооперационная проверка соблюдения установленного технологического режима. Обязателен систематический контроль состояния оборудования, машин, условий производства и транспортировки изделий. Также компания регулярно проводит научные исследования в медицинской и технической областях, что позволяет постоянно совершенствовать методологическую базу систем НМФ «Нейротех». Исследования проводятся совместно с ведущими специалистами отрасли.

Все это позволяет предоставлять клиентам гарантии на оборудование сроком до трех лет и постгарантийное обслуживание.

Основная сила компании – команда специалистов, каждый из которых важен и чувствует себя максимально защищенно и комфортно. Довольные партнеры и клиенты – важнейший показатель успешности проектов «Нейротех». Непрерывное внедрение инновационных продуктов и технологий, их комфортное, качественное и доступное применение – наиглавнейшая из задач компании.

## ИТОГ

Развитие функциональной диагностики, значение которой сегодня уже сложно переоценить, невозможно без постоянного совершенствования как самих приборов, так и программного обеспечения.

Философия «Нейротех» проста и человечна. Деятельность компании направлена не в русло маркетинга и продаж, чем грешат сегодня многие, а в то, чтобы внедрять самые передовые научные мысли в практическую медицину – в помощь врачу и пациенту. «Нейротех» работает и развивается в сотрудничестве с лучшими практикующими врачами-новаторами, создавая приборы согласно их запросам и пожеланиям. Это производство объединяет научные мысли, концепции и абсолютно разные подходы к лечению.



*Юдин Дмитрий Константинович – заместитель декана медицинского факультета института им. Витте, ответственный секретарь секции «Онкоскрининг в стоматологии» СТАР, врач МНИОИ им. П. А. Герцена, младший научный сотрудник ФМБА РОССИИ, ИССМО, челюстно-лицевой хирург, физиотерапевт, стоматолог*

– С НМФ «Нейротех» я сотрудничаю уже более пяти лет. Эта одна из старейших фирм на отечественном рынке, которая занимается не только стоматологическими решениями, но и вопросами реабилитации и неврологии. И что особенно важно и хочется подчеркнуть – это политику открытости компании как разработчика для новых идей и возможностей. Для меня как специалиста, который за-

нимается физиотерапией и реабилитацией, это безальтернативный бренд, с которым я рад работать сегодня и рассчитываю на продуктивное сотрудничество в будущем.

*Кубряк Олег Витальевич — доктор биологических наук, заведующий Лабораторией физиологии функциональных состояний человека НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина*

– В стоматологии наиболее актуальными направлениями представляются ортодонтия и реабилитационная диагностика, тяготеющие к более широкой области – физиологии движения, позы, моторного контроля. В нашей лаборатории датчики «Колибри» применяются в различных исследованиях регуляции поз, в том числе в сочетании с другими устройствами, например, силовыми платформами. В этой связи мы особенно признательны компании «Нейротех», производителю датчиков «Колибри», за техническую поддержку и ценные рекомендации при проведении исследований. Компактные беспроводные электромиографические датчики – полезные устройства для науки, практической медицины и других областей. Они обеспечивают недоступную ранее (при использовании больших «стационарных» проводных устройств) гибкость для организации и проведения наблюдений. Такие датчики составляют важный элемент современных исследовательских методик.





**Екатерина Валерьевна Орлова – челюстно-лицевой хирург, реконструктивный микрохирург, научный сотрудник НМИЦО ФМБА России, член РОПРЭХ**

– В челюстно-лицевой хирургии немалую роль играет рациональная диагностика мышечного аппарата. Также много пациентов с параличом и парезом мимической мускулатуры, для которых электромиография – это основной метод исследования мышц – как для принятия решения о методе лечения, так и для оценки результата. В среднем пациент с нарушением работы мимической мускулатуры проходит ЭМГ раз в 1–3 месяца. ЭМГ является человекозависимым

методом: как и куда наложить датчики, как интерпретировать результат. Отправляя пациентов на ЭМГ, часто приходится сталкиваться со многими трудностями: доктора, проводившие ЭМГ, давали неправильные заключения, часто позволяли себе оценочно высказываться по поводу возможного лечения, что негативно сказывалось на лечении в целом. Эту проблему удалось решить благодаря миографу «Колибри» от компании «Нейротех». Он беспроводной. Маленькие удобные датчики, которые без труда и безболезненно для пациента накладываются на конкретные мимические мышцы. Простое и понятное программное обеспечение. Возможность записать само исследование в видеоформате. Все это очень облегчает проведение ЭМГ. Я челюстно-лицевой хирург и нечасто самостоятельно провожу исследования, но у меня не возникло трудностей с использованием «Колибри». Освоить данный прибор очень просто, что является неоспоримым плюсом. В данный момент регулярно провожу ЭМГ самостоятельно: это облегчает работу мне и жизнь пациенту.

На мой взгляд, миографию как метод диагностики необходимо использовать всем врачам, занимающимся лечением заболеваний ВНЧС, ортогнатической хирургией, ортодонтическим лечением и лечением нарушений мимики.



**Новиченко Роман Сергеевич – врач – стоматолог-ортопед, стоматолог-хирург, имплантолог**

– Я познакомился с продукцией компании «Нейротех» на фоне кризиса, когда сильно вырос доллар и американское оборудование, на котором я работал с момента окончания Бостонского института нейромышечной стоматологии, выросло в цене почти вдвое. Приборы «Нейротех» оказались не только более доступными по цене, но и не уступают в качестве, и даже имеют определенные преимущества перед американскими приборами, сохраняя все условия для успешного использования.

Мы активно сотрудничаем с НМФ «Нейротех», тестировали их беспроводной миограф и опытным путем убедились в его эффективности: прибор ни в чем не уступает дорогостоящему «американцу», от которого мы благополучно отказались в итоге. Только в этом году около трехсот врачей, проходивших у нас обучение, приобрели продукцию «Нейротех» и работают на ней.





**Погабало Ирина Владимировна** – ведущий научный сотрудник отделения функциональной диагностики ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

С НМФ «Нейротех» наш институт начал работать еще в 90-е годы, когда руководитель отделения функциональной диагностики ЦНИИС профессор Н. К. Логинова приняла решение заменить миограф «МЕДИКОР» компьютеризированной системой SYNOPSIS. Это сотрудничество оказалось весьма плодотворным, поскольку мы получили возможность изучать состояние нервно-мышечной системы челюстно-лицевой области и аргументированно отвечать на вопросы хирургов, ортопедов, ортодонтот и даже терапевтов. Быстрое реагирование на запросы пользователей и профессионализм сотрудников «Нейротех» вызывают уважение, работа с новыми беспроводными датчиками системы «Колибри» и возможность совмещения ее со стабиллоплатформой и другими приборами открывает новые горизонты в науке и практике стоматолога.



**Елена Попова** – руководитель отдела продаж ООО «Н.Селла»

– НМФ «Нейротех» – особенная компания. Мир и люди в нем делятся на многие категории: есть те, кто по сути своей коммерсанты, и другого им не дано. А «нейротеховцы» иные – творцы от природы. Они понимают ценность своей работы и стремятся с ее помощью улучшить качество жизни людей. Многие из нас сталкивались с некачественным стоматологическим лечением, а политика и философия «Нейротех» направлены на то, чтобы не допустить подобные ситуации или исправить их. Помочь взаимодействию врачей в том, чтобы комплексный подход внедрялся не с целью увеличения чека, а был ориентирован на передовую функциональную диагностику, эффективное лечение и максимально хороший результат для пациента. Это люди, которые меняют мир к лучшему. Для меня ценно, что я тоже к этому причастна. Уверена, что через некоторое время приборы «Нейротех» будут применяться в каждой клинике при первичном приеме стоматолога в обязательном порядке.

#### Список экспертов НМФ «Нейротех»:

**Юдин Дмитрий Константинович** – врач – челюстно-лицевой хирург, врач – стоматолог-хирург, имплантолог, клиницист;

**Новиченко Роман Сергеевич** – врач – стоматолог-ортопед, стоматолог-хирург, имплантолог;

**Блум Станислав Александрович** – гнатолог, стоматолог-ортодонт, специалист по мышечно-суставным дисфункциям;

**Ронкин Константин Залманович** – председатель секции нейромышечной стоматологии, президент Бостонского института эстетической стоматологии, президент российской секции ИССМО, гнатолог, ортодонт;

**Дорохов Владимир Борисович** – доктор технических наук, кандидат биологических наук, заведующий отделом лаборатории нейробиологии сна и бодрствования Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН;

**Ермолев Сергей Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры пародонтологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководитель секции СТАР;

**Погабало Ирина Владимировна** – ведущий научный сотрудник отделения функциональной диагностики ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова;

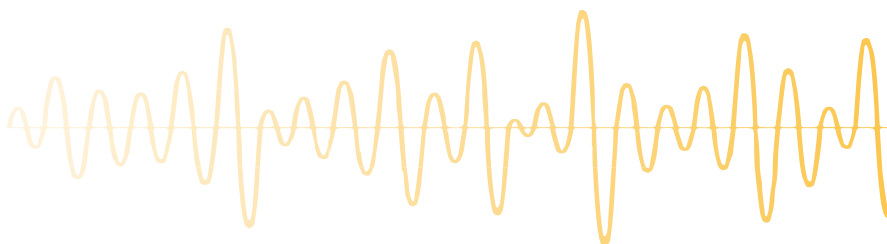
**Хатькова Светлана Евгеньевна** – врач-невролог высшей категории, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением неврологии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздравра»;

**Орлова Ольга Ратмировна** – доктор медицинских наук, профессор, автор более двухсот пятидесяти печатных работ, четырех патентов, президент МООСБТ, член российских профессиональных неврологических сообществ, the Movement Disorder Society, обладатель наград за лучшие работы ММА им. Сеченова;

**Команцев Владимир Николаевич** – сопредседатель II Евразийского конгресса клинических нейрофизиологов, руководитель лаборатории клинической нейрофизиологии Российской Академии медико-технических наук (РАМТН), врач-нейрофизиолог высшей категории, академик РАМТН, доктор медицинских наук, специалист в области клинической электронейромиографии и электроэнцефалографии, врач – невропатолог-нейрофизиолог высшей категории с 1993 года, эксперт по электромиографии с 30-летним опытом работы;

**Кубряк Олег Витальевич** – доктор биологических наук, заведующий Лабораторией физиологии функциональных состояний человека НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина.

# BMJO



РЕКЛАМА

BRAIN • MUSCLE • JOINT • OCCLUSION

## Москва

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

## Санкт-Петербург

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

## Екатеринбург

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

 @nsella.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella



# ПРИБОРЫ ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

в рамках концепции ВМЮ

## Комплекс беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри»



Электромиография мышц челюстно-лицевой области обязательна при диагностике зубочелюстной системы при первичном осмотре, при выборе тактики стоматологического лечения и при последующей реабилитации всей зубочелюстной системы.

Отличительными особенностями миографа «Колибри» являются доступность и простота в использовании, что позволяет провести экспресс-оценку уровня напряжения мышц путем регистрации, а также дать объективную оценку зарегистрированному положению нижней челюсти.

### Показания к применению

- Функциональная окклюзия
- Заболевание височно-нижнечелюстного сустава
- Аномалии прикуса, бруксизм
- Симптом сжатых челюстей
- Гипертонус и гипертрофия жевательных мышц

## Устройство для определения психофизиологического состояния BrainBit



Высокотехнологичное устройство BrainBit для определения психофизиологического состояния перед функциональной реабилитацией для подготовки пациента к операции, позволяющее выявить неустойчивых к стрессу пациентов и более тщательно подходить к выбору плана лечения при первичном приеме и в процессе лечения.

## Датчик функциональной активности Callibri



Депрограмматор U-Dent – это универсальный электростимулятор со встроенным цифровым вариатором и возможностью управления с мобильного устройства.

Он позволяет воспроизвести практически все виды переменного импульсного тока в медицине, в частности таких важных его видов, как: ДДТ, ТЭНС и НМЭС.

Разработан для лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС), проблем окклюзии и лицевых болей. Повышает эффективность и снижение болевого синдрома при стоматологических вмешательствах.

# СПОСОБ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЦИФРОВОГО ГНАТОМЕТРА



## Здобнов Дмитрий Сергеевич

Врач – стоматолог-ортопед, хирург.  
Соучредитель цифровой стоматологии iStom Clinic в городе Санкт-Петербурге.  
Лектор компании 3M.  
Опион лидер компании Amann Girschbach.

В клинической практике регистрация центрального соотношения (ЦС) челюстей имеет ключевое значение в реорганизации окклюзии.

Существует множество концепций и школ, которые имеют разный подход в определении положения нижней челюсти. На сегодняшний день это самая дискуссионная тема в стоматологическом мире, да и

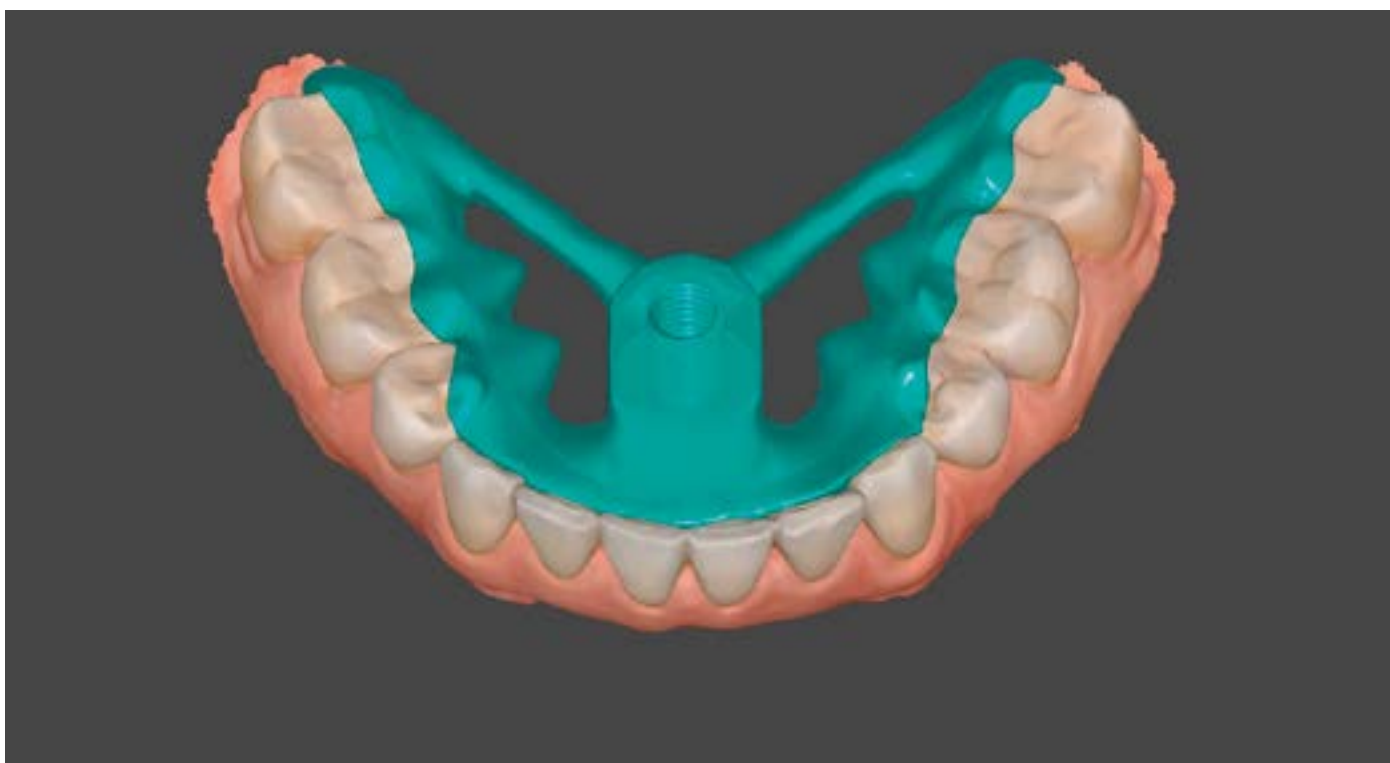
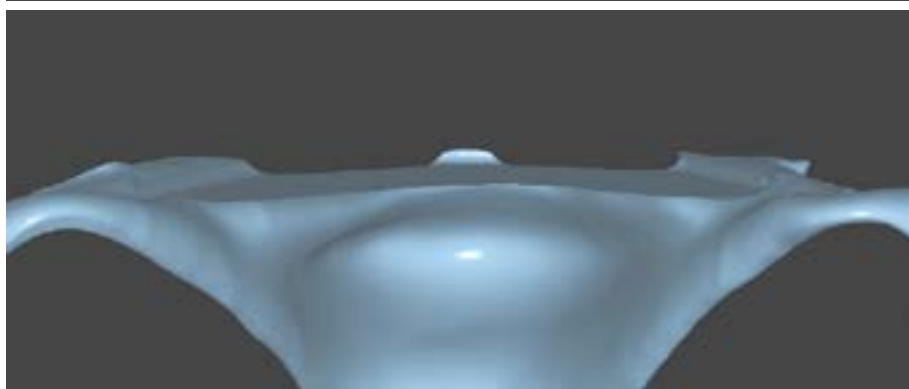
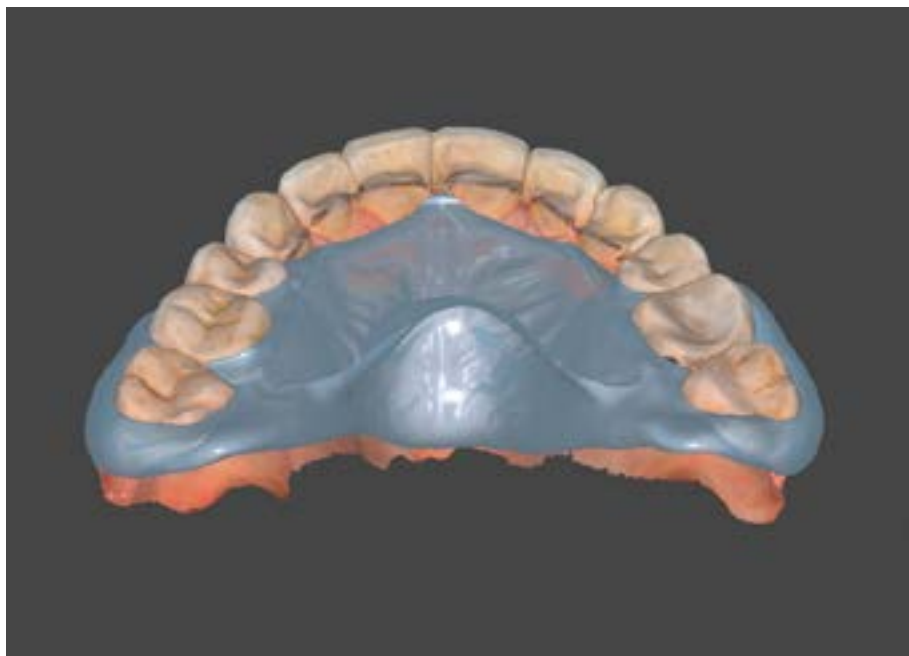
определений термина «центральное соотношение» более 30. В своей практике я применяю метод, предложенный Альфредом Гизи в 1908 году, когда впервые был применен гнатометр для регистрации ЦС. Предложенный вариант гнатометра для беззубых челюстей обрел широкую популярность в ортопедической стоматологии. Основную сложность представ-

ляла собой задача собрать гнатометр на моделях челюстей с зубами. С приходом светоотверждаемых пластмасс, которые мы применяем для индивидуальных ложек (пример: Zhermack Elit LS Tray), сборка гнатометра для «зубастых» пациентов стала куда проще. Для сборки гнатометра я использовал металлические пластины CRS Set 15 фирмы CANDULOR и винт с резьбой м5.

С развитием программ-моделировщиков (Exocad) и технологии 3D-печати полимеров мы стали заниматься изготовлением печати цифровых гнатометров. Недостаток полностью полимерного гнатометра, по моему мнению, был в пластмассовом винте и пластине, которые при регистрации не выдерживали силы жевательных мышц – винт мог сломаться либо начертить траекторию на площадке, затрудняя регистрацию правильного положения нижней челюсти.

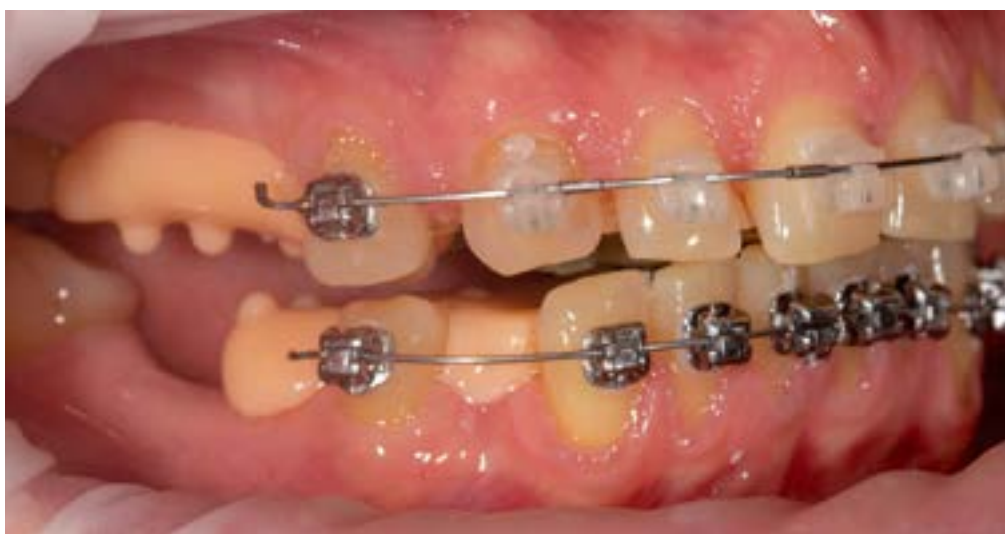
В программе Exocad мы смогли адаптировать металлические пластины гнатометра, сделав пазы для вставки, и адаптировали металлический винт с резьбой м5.

На сегодняшний день мы печатаем гнатометры из смол Harz Labs Dental Clear и на 3D-принтерах Asiga, разрешенных для применения в стоматологии.



*Преимуществами данного метода, по моему мнению, являются:*

- Простота в применении для любой категории пациентов, в том числе и для детей.
- Применение как в аналоговом, так и в цифровом методе регистрации при помощи интраорального сканера.
- Возможность собирать гнатометр в состоянии максимального межбугоркового контакта с выкручиванием винта для избирательного шлифования эксцентрических контактов либо для моделирования утраченных анатомических элементов прямым методом.
- Применение в клинике ортопедической, ортодонтической и терапевтической стоматологии.
- Очень часто происходит дистракция в ВНЧС после функциональных проб при частичном смещении диска.



# NEODENT

## DIGITAL SOLUTIONS



РЕКЛАМА



ПРОСТЫЕ ЭТАПЫ ДЛЯ УВЕРЕННОГО РЕЗУЛЬТАТА





# РАК ПОЛОСТИ РТА: хирургическое лечение и реабилитация

Авторы: Решетов И. В., Закирова А. А., Юдин Д. К.

Рак полости рта является глобальной проблемой. Несмотря на то, что в структуре онкологических заболеваний в мире он занимает лишь 18-е место [Sung и др., 2021], поражение данной области наиболее серьезно влияет на качество жизни пациентов. При обращении на поздних стадиях, а по данным состояния онкологической помощи в России, в 2019 году в 62,8% опухоли полости рта были выявлены уже в III–IV стадиях [А. Д. Каприн и др., 2019], необходимо выполнять радикальные органосохраняющие операции, что серьезно сказывается на внешнем виде пациента, его социальном статусе, пациент не может питаться через рот и оказывается в зависимости от назогастрального питания или питания через гастростому. Нередко таким пациентам выполняется трахеостомия.

Основным этиологическим фактором в 97% случаев является плоскоклеточный рак [Клинические рекомендации. Рак слизистой оболочки полости рта, 2018], на развитие которого влияют как генетические, так и эпигенетические факторы, а именно: курение, употребление алкоголя, неправильное питание, вирусное или грибковое поражение полости рта, радиационное излучение, этническая принадлежность, генетическая предрасположенность, иммуносупрессия, профессиональные вредности и, нередко, стоматологические факторы [Kumar и др., 2016].

В нашей клинической практике достаточно часто встречаются пациенты, у которых развитию рака полости рта способствовали именно стоматологические факторы, такие как плохая гигиена полости рта, кариозные либо острые сломанные зубы, вызывающие постоянную травматизацию слизистой оболочки, хронические изъязвления из-за неподходящих протезов или острых краев металлоконструкций.

Также в последнее время особое внимание уделяется инфекции вируса папилломы человека (ВПЧ), в особенности 16 и 18 типам, как этиологическому фактору развития опухолей полости рта. Это может быть связано с изменением полового поведения, так как 16 и 18 типы уже продемон-

стрировали свою этиологическую роль в анальных опухолях, а также в раке шейки матки. В настоящее время растет число заболеваний раком полости рта у молодых людей, не имеющих типичных токсичных привычек, таких как табак и/или алкоголь [Martín-Hernán и др., 2013]. Определение ВПЧ-статуса путем иммуногистохимического исследования биоптатов опухоли стало одним из этапов

диагностики для определения тактики лечения пациентов.

Лечение рака полости рта является сложным из-за функциональных и эстетических последствий лечения опухолей в этой области. Дыхание, речь, глотание, обоняние, вкус, жевание – это лишь некоторые из важнейших функций органов головы и шеи, которые могут быть временно или необратимо нарушены. Для полноцен-





ного лечения и последующего восстановления пациента с раком головы и шеи необходим междисциплинарный подход с привлечением таких специалистов как онкологи, хирурги, химиотерапевты, радиотерапевты, челюстно-лицевые хирурги, пластические хирурги, отоларингологи, диетологи, стоматологи, протезисты, психологи, логопеды и др.

Радикальное хирургическое лечение чаще всего является первичным и неотъемлемым этапом у больных со злокачественными новообразованиями ротовой полости. По данным литературы, наиболее распростра-

ненными дефектами являются дефекты после гемиглоссэктомии, на долю которых приходится 65% всех дефектов языка, требующих реконструкции [Reconstructive Plastic Surgery of the Head and Neck, 2016]. Дефекты небольших размеров до одной четверти или даже одной трети языка с минимальной резекцией тканей дна полости рта могут быть восстановлены местными тканями либо перемещением свободного аутодермотрансплантата, при этом возможно максимальное сохранение подвижности и функций языка. Если же помимо резекции дна полости рта выполняется шейная лимфа-

денэктомия, возможен риск возникновения сообщения между полостью рта и пространством сосудисто-нервного пучка шеи. Данные дефекты, даже если они затрагивают менее трети языка, лучше всего восстанавливать ротированными либо свободными лоскутами, чтобы минимизировать риск инфицирования и образования слюнных свищей [Reshetov I. и др., 2011].

Успех выполнения реконструктивных микрохирургических операций в настоящее время оценивается не только выживаемостью свободных лоскутов и адекватным замещением дефектов, но также эстетическим



результатом, сведением к минимуму морбидности донорских участков и, что более важно, достижением хороших функциональных результатов. Рациональным следствием этой эволюции является использование функциональных свободных реиннервируемых аутотрансплантатов [Sinis и др., 2012]. Однако восстановление функций языка имеет свои сложности в связи с уникальностью данного органа, его способностью изменять форму и размеры, совершать движения в трех ортогональных направлениях. Возможности современной микрохирургической реконструкции позволяют восстановить движения лишь в одном направлении, что является недостаточным для воссоздания полноценного неоязыка. Тем не менее, с течением времени сформировался определенный алгоритм для выбора функциональных аутотрансплантатов при реконструкции языка. Так при дефектах, затрагивающих менее половины языка, используются тонкие кожно-фасциальные лоскуты, и движения языка осуществляются свободно за счет контралатеральной стороны. При массивных дефектах после субтотальной и тотальной глосэктомии используются кожно-мышечные лоскуты, и особое внимание уделяется форме и объему реконструируемого неооргана, так как для обеспечения функции глотания необходим объем тканей в области корня языка, а для обеспечения речи необходимо соприкосновение неоязыка с небом.

Если сложная двигательная функция языка не может быть восстановлена с помощью современных методов реконструкции, сенсорная реиннервация свободных лоскутов хорошо документирована. Исследователи обнаружили, что иннервированные лоскуты приводят к более высокому уровню удовлетворенности пациентов, могут поддерживать симметричную форму реконструированного языка и способствовать более быстрому восстановлению дискриминационной чувствительности, тем самым позволяя избежать потенциальных укусов зубами и ожоговой травматизации лоскутов [Fan и др., 2019]. Более того, существует наблю-

дение, что реиннервация улучшает контакт неоязыка с небом, зубами и щекой, улучшая его функцию [Longo и др., 2013]. Некоторые исследования показали, что невротизированные мышечные лоскуты сохраняют свой первоначальный мышечный тонус и большую часть своего первоначального объема, что делает их идеальными для восстановления обширных дефектов ротовой полости [Manrique и др., 2017].

В период с 2015 по 2021 годы на базе университетской клинической больницы №1 Сеченовского университета было выполнено 36 микрохирургических реконструктивно-пластических операций с использованием свободных реиннервированных лоскутов. Наиболее часто выполнялась пластика свободным лучевым лоскутом с включением бокового кожного нерва предплечья (n=20), при более обширных дефек-



тах использовался свободный торокодорзальный лоскут с включением торокодорзального нерва (n=8), а также лоскут прямой мышцы живота с включением 12-го межреберного нерва (n=4), лоскут передне-латеральной поверхности бедра с включением двигательного моторного нерва бедра и чувствительного подкожного нерва бедра (n=4). Анастомозы выполнялись к нервам реципиентной области, в основном к ветвям подъязычного нерва и большому ушному нерву [Решетов И. В. и др., 2019].

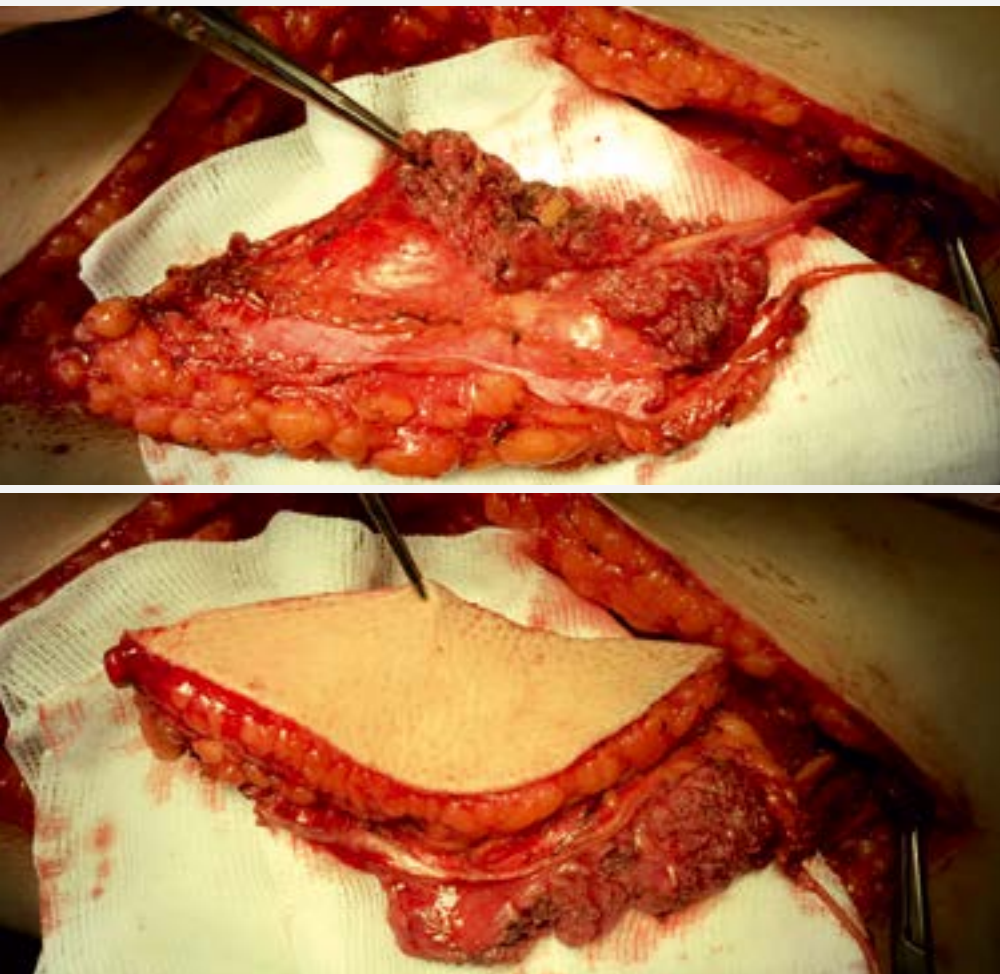
Свободный лучевой лоскут предплечья с 1983 года считается «рабочей лошадкой» для восстановления дефектов мягких тканей в полости рта [Mannelli и др., 2018], является методом выбора при реконструкции дефектов полости рта средних размеров, а также при реконструкции языка после гемиглоссэктомии, обеспечивая пластичный и тонкий материал для

восполнения дефектов и для восстановления боковой поверхности языка. Лоскут имеет длинную сосудистую ножку, что является важным при реконструкции области головы и шеи, и надежное осевое кровоснабжение. Для выполнения реиннервации возможен забор лоскута с включением чувствительного латерального подкожного нерва предплечья. Методика выделения лоскута является достаточно простой и обычно может быть выполнена опытным хирургом в течение 1 часа. Недостатком лучевого лоскута в некоторых случаях является то, что у худых пациентов лоскут слишком тонкий, чтобы заполнить «мертвое пространство» в верхней части шеи, что значительно увеличивает риск возникновения инфекции и развития осложнений. Также минусами лоскута являются возможные осложнения со стороны донорской зоны, которая замещается свободным аутодерматранс-

плантатом. Имеется потенциальный риск развития нарушений функции кисти, образования спаек на сухожилиях, и возможен неблагоприятный эстетический результат в виде рубцовых изменений, наличие «заплатки». При заборе латерального подкожного нерва предплечья часто возникает онемение проксимальной области тенара и иногда может произойти повреждение лучевого чувствительного нерва, которое может привести к онемению тыльной поверхности 1-4 пальцев кисти [Reconstructive Plastic Surgery of the Head and Neck].

Одной из первых публикаций, описывающих опыт применения лоскута переднелатеральной поверхности бедра на нисходящей ветви латеральной артерии, огибающей бедро, является работа Zhou и соавторов, опубликованная в 1991 году [Zhou и др., 1991], в ходе которой он выполнил успешную трансплантацию у 32 пациентов, при этом большинство из них имели дефекты в области головы и шеи. Лоскут на одном перфорантном сосуде может простирается в длину от дистальной границы m. tensor fasciae latae и до точки, находящейся в 7 см выше надколенника, а в ширину – от медиального края m. rectus femoris и до наружного края m. vastus lateralis. По данным Koshima и соавторов [Koshima и др., 1989] в статье о реконструкции дефектов головы и шеи у 25 пациентов, размеры лоскута могут достигать 25 см в длину и 18 см в ширину. Лоскут также обладает преимуществами обеспечения и сенсорной, и моторной реиннервации за счет включения латерального подкожного нерва бедра и моторной ветви бедренного нерва соответственно.

Лоскут переднелатеральной поверхности бедра является хорошим выбором для реконструкции дна полости рта у пациентов с тонкой подкожной клетчаткой в области бедра. Однако у большинства западных пациентов лоскут может иметь большую толщину и используется для реконструкции дефектов, требующих восполнения большого объема тканей. Для восстановления комбинированных дефектов дна полости рта, когда выполняется резекция нижней челю-



Клинический пример. Этапы выделения биневрального лоскута переднелатеральной поверхности бедра

сти и когда необходимо восстановить десневую поверхность, этот лоскут также является предпочтительным. Для уменьшения объема при необходимости можно безопасно выполнить одномоментное истончение лоскута. Коррекция объема лоскута также может быть выполнена на втором этапе, спустя несколько месяцев или же после лучевой терапии. Основное преимущество переднелатерального лоскута бедра заключается в минимальном повреждении донорского участка, также забор лоскута может быть выполнен одновременно с резекцией опухоли параллельно двумя хирургическими бригадами. Кроме того, в некоторых случаях реконструкции избыточный объем лоскута может быть полезен для устранения «мертвого пространства» в области нижней челюсти и в верхней трети шеи. Не рекомендуется выполнять реконструкцию дна полости рта лоскутами с заведомо избыточным объемом, так как это может ограничить подвижность языка и стереть язычную борозду, вызывая слюнотечение. Стоит отметить, что у пациентов с ожирением даже при заборе лучевого лоскута необходимо иссечение избытков жировой ткани для уменьшения толщины лоскута. Обширные дефекты языка обычно восстанавливаются с помощью мышечно-кожного лоскута. Как упоминалось ранее, в этом случае большой объем ткани лоскута, наоборот, необходим для лучшего восстановления функций жевания и глотания [Reconstructive Plastic Surgery of the Head and Neck].

Лоскут широчайшей мышцы спины, благодаря хорошим пластическим свойствам и надежности, также может использоваться для реконструкции полости рта и ротоглотки. Кожная площадка лоскута не имеет волосяного покрова и может быть легко сформирована для получения большого тонкого лоскута. Торакодorzальный лоскут обычно выделяют в положении лежа на боку, однако, когда операция выполняется одномоментно с резекцией опухоли полости рта, приходится выполнять забор лоскута в положении лежа на спине, чтобы обеспечить возможность выполнения операции параллельно двумя хирургическими бригадами. Свободный лоскут пред-

почтительно забирают со стороны, противоположной от опухоли и рас-сечению лимфатических узлов [Bach и др., 2015]. В сосудисто-нервную ножку лоскута входит двигательный торакодorzальный нерв, иннервирующий широчайшую мышцу спины, которая выделяется вместе с лоскутом. Возможно также выделение лоскута с включением чувствительного нерва – латеральной кожной ветвью межреберного нерва, пролегающего подкожно и отходящего от межреберного нерва на уровне среднеклю-

чичной линии. Возможно выделение нерва длиной от 6 до 12 см. Методика забора чувствительного торакодorzального лоскута впервые описана Shulters в 1998 году [Schultes G, Kärcher H, Gaggl A, 1998]; по наблюдению автора, на сроке 4 месяца после операции в лоскуте восстанавливается болевая чувствительность, через 6 месяцев – дискриминационная, а на сроке 9 месяцев – тепловая. С течением времени прослеживается тенденция к полному восстановлению чувствительности в лоскуте.



Клинический пример 1. Пациентка М., 47 лет, в начале 2017 года обратилась к стоматологу с жалобами на жжение и боли в языке, наличие язвы на боковой поверхности языка. Была назначена консервативная терапия без эффекта. Через 4 месяца, когда общее состояние стало ухудшаться и боли в языке усилились, обратилась к онкологу, выполнена биопсия, диагностирован плоскоклеточный рак левой боковой поверхности языка T4aN0M0, IV стадии. На первом этапе, по решению онкологического консилиума в диспансере по месту жительства, было назначено проведение неoadъювантной полихимиотерапии, проведено 3 курса по схеме TPF (Доцетаксел, Цисплатин, 5-фторурацил) без положительной динамики. Далее назначена дистанционная лучевая терапия на весь язык суммарной очаговой дозой (СОД) 52 Гр на весь язык и корень языка СОД 70 Гр. Дополнительно проведено 7 курсов монокимиотерапии препаратом Цисплатин. Несмотря на проведенное лечение, был отмечен продолженный рост опухоли. Пациентка обратилась за консультацией в Университетскую клиническую больницу №1 Сеченовского университета. В августе 2017 года выполнена операция: глосэктомия с одномоментной микрохирургической реконструкцией языка свободным реиннервируемым торакодорзальным лоскутом, был выполнен анастомоз донорского торакоакромиального нерва к подъязычному нерву. Также была выполнена трахеостомия, установлен назогастральный зонд для питания. Срок пребывания в стационаре составил 21 день, при выписке пациентка была деканулирована. Далее пациентка динамически наблюдалась, выполнялись контрольные исследования (КТ ОГК, МРТ головы и шеи) каждые 3 месяца, затем каждые 6 месяцев. Пациентка проходила реабилитацию, занятия с логопедом. Спустя 3 месяца пациентка начала самостоятельно питаться через рот, однако сохраняются проблемы с проглатыванием твердой пищи. Спустя 6 месяцев пациентка стала ощущать покалывание в языке, различать горячее и холодное. За период наблюдения с 2017 по 2021 годы у пациентки



Клинический пример 1. Пациентка М., 47 лет. Диагноз: Рак левой боковой поверхности языка T4aN0M0. 3 курса ПХТ по схеме TPF, 3 ДЛТ на весь язык 52 Гр СОД на весь язык и корень языка 70 Гр, 7 курсов х/т (Цисплатин). Продолженный рост. Состояние после глосэктомии с одномоментной реконструкцией реиннервированным торакодорзальным лоскутом. а), б) – во время операции; в) – результат лечения через 8 месяцев после операции, г) – результат лечения через 2 года после операции.

нет данных за рецидив и отдаленное метастазирование, пациентка социально адаптирована, имеет четкую речь, не испытывает дискомфорта при общении с людьми. Лоскут сохраняет объем и умеренную подвижность. Примечательным является изменение эпителиальной поверхности лоскута, которая приобрела розовый окрас,

и, по данным эндоскопических исследований, субдермальный сосудистый рисунок стал близким к сосудистому рисунку нормальной слизистой оболочки полости рта. Вкусовые ощущения у пациентки присутствуют за счет слизистых оболочек неба и щек. Результаты лечения пациентки представлены на фото (Клинический пример 1).

Клинический пример 2. Пациентка Б., 45 лет, в мае 2018 года самостоятельно обнаружила белесое образование на заднебоковой поверхности языка. Обратилась к онкологу по месту жительства. Выполнено нерадикальное хирургическое лечение. По данным гистологического исследования, плоскоклеточный высокодифференцированный ороговевающий рак языка с инвазией опухоли в поперечнополосатые мышечные волокна языка, с опухолевой тканью по всем краям резецированного участка. Далее выполнено МРТ с контрастным усилением: в мягких тканях языка слева в его средней трети определяются послеоперационные изменения в виде участка дефекта поперечными разрезами около 10x7 мм, высотой 15 мм, после контрастного усиления отмечается повышение уровня сигнала

в виде ободка по его периферии, окружающая ткань языка на участке поперечными размерами около 30x11 мм с признаками отека. Пациентка обратилась за консультацией в Университетскую клиническую больницу №1 Сеченовского университета. Тактика лечения была обсуждена на онкологическом консилиуме. На первом этапе выполнено 3 курса по схеме ТРФ (Доцетаксел, Цисплатин, 5-фторурацил) с положительным эффектом. Далее, по решению консилиума, в сентябре 2018 года выполнена гемиглоссэктомия слева, верхнезональная лимфаденэктомия шеи слева с одномоментной реконструкцией дефекта языка реиннервированным лучевым лоскутом. Невральный анастомоз донорского подкожного нерва предплечья выполнялся к большому ушному нерву. Трахеостомия не выполнялась.

Период послеоперационного наблюдения в стационаре составил 15 дней. Питание через назогастральный зонд в течение 3 недель, далее начато самостоятельное питание через рот. После выписки сразу было начато реабилитационное лечение, ежедневные занятия с логопедом. Через 2 месяца речь была полностью восстановлена и пациентка вернулась к своей профессиональной деятельности в качестве преподавателя. Пациентка ощущает горячее и холодное, острое и тупое прикосновения. Питается как жидкой, так и твердой пищей без ограничений. Динамически наблюдается у онколога и стоматолога. За 3 года наблюдения данных за рецидивы и метастазы не выявлено. Результаты лечения представлены на фотографиях (Клинический пример 2).



Клинический пример 2. Пациентка Б., 45 лет. Диагноз: Рак задней 1/3 языка слева, T3N0M0, III st. Состояние после нерадикального хирургического лечения от 14.06.2018 г. Состояние после 3 курсов ПХТ по схеме ТРФ. Выполнена гемиглоссэктомия с одномоментной реконструкцией реиннервированным лучевым лоскутом. Результат лечения на сроке 2 года после операции.

Представленные клинические примеры демонстрируют возможности современного хирургического лечения пациентов, а главное – важность восстановления качества жизни и социальной реабилитации пациентов, что является не менее сложной задачей, чем само реконструктивное лечение.

Успех реабилитационного лечения в первую очередь зависит от мотивации пациента. Однако современная реабилитация невозможна

без научного подхода и привлечения междисциплинарных специалистов. Совместно со специалистами по нейрофункциональной реабилитации мы пришли к выводу, что необходимо оценивать реабилитационный потенциал пациента еще на дооперационном этапе. Поэтому до начала лечения пациентам выполняется ЭЭГ, оцениваются а и b ритмы работы мозга, при необходимости назначаются нейростимулирующие препараты и консультация психолога. Для стимуляции не-

вральной регенерации выполняется электростимуляция зоны неврального анастомоза. Данная методика широко применяется при восстановлении нервов конечностей, однако ее применение для стимуляции регенерации реиннервированных лоскутов ранее не описано. Мы считаем, что это является научно обоснованным и важным этапом в реабилитации пациентов с реконструкцией органов полости рта.

### Заключение

Лечение рака полости рта является сложным из-за функциональных и эстетических последствий лечения опухолей в этой области. Учитывая medianное время выживания более 4 лет, даже на поздних стадиях рака и при наличии обширных дефектов реконструируется выполнение одномомент-

ной реконструкции, так как многие пациенты способны достичь адекватной функции речи и глотания. Важной тенденцией развития микрохирургической реконструкции органов полости рта является использование реиннервированных чувствительных лоскутов, улучшить сроки реиннервации которых позволяет электростимуляция. Для полноценного лечения

и последующего восстановления пациентов с опухолями головы и шеи необходим междисциплинарный подход с привлечением таких специалистов как онкологи, хирурги, химиотерапевты, радиотерапевты, челюстно-лицевые хирурги, пластические хирурги, отоларингологи, диетологи, стоматологи, протезисты, психологи, логопеды и реабилитологи.

## Список литературы

- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В., ред. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им П. А. Герцена» Минздрава России; 2020. 239 с.
- Рак слизистой оболочки полости рта. Клинические рекомендации (2018). Ассоциация онкологов России. Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи. Российское общество клинической онкологии. стр. 7.
- Решетов И. В., Шевалгин А. А., Суворцева Н. С., Закирова А. А. Функциональные лоскуты в реконструкции дефектов ротовой полости у онкологических больных, ГОЛОВА И ШЕЯ 2 – 2019, Сборник тезисов. VII Международный междисциплинарный конгресс по заболеваниям органов головы и шеи, 2019, 2530, 225.
- Bach C. A. и др. Comparison of radial forearm flap and thoracodorsal artery perforator flap donor site morbidity for reconstruction of oral and oropharyngeal defects in head and neck cancer // *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2015. Т. 132. № 4. С. 185–189.
- Hanasono, M.M., Robb, G.L., Skoracki, R. J., Yu, P. (2016). *Reconstructive plastic surgery of the head and neck: current techniques and flap atlas*. New York, NY: Thieme Medical Publishers, (pp. 18-39).
- Fan S. и др. A novel anatomy-based five-points eight-line-segments technique for precision subtotal tongue reconstruction: A pilot study // *Oral Oncology*. 2019. Т. 89. С. 1–7.
- Koshima I. и др. The anterolateral thigh flap; variations in its vascular pedicle., 1989. 260–262 с.
- Kumar M. и др. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review // *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2016. Т. 12. № 2. С. 458–463.
- Longo B. и др. The mushroom-shaped anterolateral thigh perforator flap for subtotal tongue reconstruction // *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2013. Т. 132. № 3. С. 656–665.
- Mannelli G. и др. Classification of tongue cancer resection and treatment algorithm // *Journal of Surgical Oncology*. 2018. Т. 117. № 5. С. 1092–1099.
- Manrique O. J. и др. Optimizing Outcomes following Total and Subtotal Tongue Reconstruction: A Systematic Review of the Contemporary Literature // *Journal of Reconstructive Microsurgery*. 2017. Т. 33. № 2. С. 103–111.
- Martín-Hernán F. и др. Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission // *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013. Т. 18. № 3.
- Reshetov I., Chissov V., Polyakov A., Kravtsov S., Matorin O., Ratushny M., Philushin M. Algorithm of a choice of autoflaps at microsurgical reconstruction of cranio-maxillo-facial zone at patients with malignant tumors. *The Canadian Journal Plastic Surgery*.-2011.-v.19.-suppl. A.- p.99.
- Reshetov I., Chissov V., Sdvizhkov A., Polyakov A., Kravtsov S., Matorin O. Microsurgical autotransplantation as component of rehabilitation of patients with tumors involving oral cavity. *Journal Oral Oncology*.- July 2011.-v.47S1.-p.-137.
- Reshetov I., Ratushnyy M., Polyakov A. Microsurgical reconstruction of tongue in cancer patients. *European Archives of Oto-Rhino- Laryngology and Head&Neck*, v.269-n.4- April 2012, p.1378.
- Schultes G, Kärcher H, Gaggl A. Sensate myocutaneous latissimus dorsi flap. // *J Reconstr Microsurg*. 1998. Т. Nov;14(8): 541-3.
- Sinis N. и др. Sensory reinnervation of free flaps in reconstruction of the breast and the upper and lower extremities // *Neural Regeneration Research*. 2012. Т. 7. № 29. С. 2279–2285.
- Sung H. и др. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021.
- Zhou, G., Qiao, Q., Chen, G. Y., Ling, Y. C., & Swift, R. (1991). Clinical experience and surgical anatomy of 32 free anterolateral thigh flap transplantations. *British journal of plastic surgery*, 44(2), 91–96.

# КОМПЛЕКС СИСТЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТОЛОГИИ



РЕКЛАМА

РЗН 2020/9543; ФСЗ 2012/12325

## Surgic Pro × VarioSurg 3

Хирургическая микромоторная система

Ультразвуковая хирургическая система

Н.Селла – генеральный дистрибьютор и официальный сервисный центр продукции NSK

**Москва**

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

**Санкт-Петербург**

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

**Екатеринбург**

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

 @nsella.ru

 @nsella.ru

 vk.com/nsella





# ХОЧЕТСЯ ВЛИЯТЬ НА ОТРАСЛЬ, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТЫ ЛЕЧИЛИСЬ У ГРАМОТНЫХ ВРАЧЕЙ

*«Безошибочно лечить пациентов с помощью новейших технологий» – такова миссия стоматологии Belgravia Dental Studio. Здесь не боятся выходить из зоны комфорта, чтобы обеспечить комфорт пациентам: клиника смело осваивает передовые технологии, чтобы пациент получил помощь в максимальном объеме и при этом был рад результату. У Belgravia Dental Studio есть свои поклонники, многие начали лечиться у врачей клиники, еще будучи детьми.*

*О Belgravia Dental Studio рассказывает Святослав Коба, главный врач клиники в Новых Черемушках, стоматолог-терапевт, эндодонтист, врач высшей категории.*



## Святослав КОБА

Стоматолог-терапевт, эндодонтист, врач высшей категории. Главный врач клиники Belgravia Dental Studio в Новых Черемушках. Директор по медицинским инновациям Группы медицинских компаний «Фэнтези». Член Евразийской Ассоциации Эстетической Стоматологии. Опыт работы – более 12 лет. Победитель «Рейтинга Клуба Эффективных Менеджеров в стоматологии – 2018» в номинации «Мастер лечения с микроскопом».



**– Святослав, с чего начался путь клиник Belgravia?**

– История наша началась в 2005 году: появилась наша детская стоматологическая клиника «Дентал Фэнтези». Мы первая детская стоматология в России, которая начала лечить детей по современным международным стандартам, с применением седации и наркоза. Теперь и другие клиники перенимают наши технологии, и это счастье для детей, мы им даже немножко завидуем.

А когда родители наших маленьких пациентов увидели, как лечат их детей, с каким комфортом – мягкие матрасы, телевизоры на потолке, бережное и внимательное отношение даже к самым тревожным пациентам – они сказали: «Мы хотим так же!» Кроме того, наши пациенты-дети выросли, и им хотелось продолжать лечиться у нас. И мы открыли взрослые отделения «Дентал Фэнтези», где врачи придерживаются принципа: «Лечим взрослых, как детей: так же бережно, нежно и терпеливо».

Пять лет назад мы приняли стратегическое решение разделить бренды

и дали взрослым отделениям отдельное название – Belgravia Dental Studio. Сейчас у нас сеть клиник: 5 стоматологических клиник (взрослое и детское отделение в каждой) и одна клиника доказательной медицины «Фэнтези».

**– Кто ваша аудитория, ваши пациенты?**

– Это люди, которые хотят получить медицинскую помощь в Москве на уровне ведущих клиник мира. Нашим пациентам важны медицинские технологии, опыт врачей, качество медицинских услуг и высочайший уровень сервиса. Все это требует больших финансовых вливаний, поэтому стоимость услуг такая, которая должна их окупать. Наши клиенты – люди, которые хотят лечиться качественно, безопасно и в очень хороших условиях.

**– Сейчас уже наблюдается тренд, что и сами пациенты стали заботиться о своем здоровье, о здоровье своих зубов. Наверняка те, кто приходит лечиться в Belgravia Dental Studio, – это осознанные пациенты?**

– Многие пациенты из нашей детской клиники вырастают и переходят во взрослую. Мы рады, что они продолжают следить за состоянием своих зубов. У меня есть пациенты, которым я когда-то лечил молочные зубы под наркозом, а сейчас это уже молодые люди.

При этом не все понимают, что нужно с детства заниматься профилактикой стоматологических заболеваний. Более того, многие не знают, как правильно чистить зубы, и уж тем более – какие технологии лечения существуют. Часто не знают, как следить за своими зубами и на что обращать внимание, когда растет ребенок. Родители не задумываются, что они сами должны чистить своему маленькому ребенку зубы, приучая его к правильным движениям. Немногие взрослые знакомы с перечнем необходимой стоматологической гигиены. И наша задача – осторожно доносить эту информацию и давать в руки необходимый инструментарий.

Мы же все ждем волшебную пилюлю или прививку от кариеса. Я верю, что медицина будущего будет



очень продвинутой. Но уход за зубами требует определенных усилий от человека. Когда стоматолог говорит, что вам нужна диета, надо поменять образ жизни, пациент машет руками: «Ой, доктор, сделайте просто пломбу». Мы это называем dental IQ – насколько осознанно и разумно человек подходит к вопросу здоровья своих зубов. И в целом это IQ ответственности за здоровье, когда человек понимает, что многое зависит от его образа жизни.

И сейчас уже появляется поколение таких родителей. Они заботятся о здоровье зубов. Есть те, кто регулярно ходит на профилактику и так хорошо чистит своим детям зубы, что не появляется ни одного нового кариеса, ни одной новой пломбы. И отрадно видеть, что зерно упало в хорошую почву.

**– А сколько лет самому юному вашему пациенту?**

– Нашими пациентами становятся даже с рождения – когда нужно проверить уздечку языка. А вообще – с первого зуба. Многие не задумываются, что ухаживать за зубами ребен-

ка нужно сразу, как только они прорезались.

В нашей детской клинике продуманы все удобства. Есть игровая, сотрудник-аниматор. Родители могут оставить ребенка с аниматором, а сами пойти на прием к стоматологу, работают принципы семейной клиники. В анкете для пациентов у нас есть вопросы про любимый мультфильм, любимых персонажей. Потом ребенок заходит в кабинет – а там уже включен его любимый мультфильм, и это его успокаивает. А еще каждый юный пациент может выбрать подарок себе после лечения из «Волшебного сундука».

Кстати, в нашей педиатрической клинике «Фэнтези» аниматор участвует и в психологической адаптации юных пациентов. Здесь даже используют VR-очки при некоторых манипуляциях, это избавляет ребенка от негативного опыта посещения врачей, от страхов. Пока он отвлекается на видео, у него могут взять анализы, сделать прививку или ЭКГ. Кстати, ЭКГ наши педиатры могут сделать даже в автомобиле, когда ребенок спит

у мамы на руках. То есть мы применяем индивидуальный подход.

**– Как ваша клиника ведет профилактическую работу? Наверное, это работа гигиениста в первую очередь?**

– Да, верно. Тут есть два аспекта. Мы используем GBT-протокол в профилактике. «Guided Biofilm Therapy» переводится как «контролируемая терапия биопленки» – налета на зубах. Весь цикл взаимодействия гигиениста с пациентом строится так, чтобы он был непрерывен – это важно для сохранения здоровья.

Начинается все с выработки мотивации для соблюдения гигиены полости рта. Мы используем индикатор налета, благодаря которому сразу понятно, в каких местах вы плохо чистите зубы. Это хорошо влияет на эмоции ребенка: когда он может увидеть результат чистки зубов, то начинает стараться лучше ухаживать за своими зубами (да и родителей это тоже стимулирует).

Это регулярные профосмотры: мы пытаемся донести до наших пациентов, что такие осмотры необходимы, это правило жизни. Также наши детские врачи постоянно ездят в школы, детские дома, рассказывают, как правильно следить за зубами. Хотя замечу, что ребенку порой бесполезно это объяснять, так что наша аудитория – еще и родители.

Ситуация с пренебрежением гигиеной зубов – отголоски советской медицины, когда профилактика у нас была не очень хорошая, про нее вообще мало кто знал. Зубная нить и межзубный ершик для многих до сих пор открытие. Поэтому мы продолжаем эту профилактическую и просветительскую работу. Думаю, что мы выйдем и на более масштабный уровень взаимодействия с населением, но нужна поддержка государства.

**– Belgravia Dental Studio получила сертификат качества JCI. Почему вы стремитесь к этому?**

– Joint Commission International (JCI) – одна из ведущих мировых систем стандартизации в области безопасности и качества. Это международная медицинская организация,



которая оценивает качество работы клиник по всему миру. Во главу угла они ставят безопасность и качество и аккредитуют клинику, если соблюдены все принципы и правила. Belgravia Dental Studio и «Дентал Фэнтези» первыми в России среди стоматологий получили JCI-сертификат. А «Фэнтези» стала первой педиатрической клиникой с сертификатом JCI в РФ.

Мы также реаккредитовались, что гораздо сложнее. Повторную аккредитацию нужно проходить раз в 3 года – подтверждать статус. Это стоило больших усилий всей команды, начиная с управленческой части и заканчивая сотрудниками. Теперь мы живем и работаем в среде, которая с каждым днем становится безопаснее.

**– Насколько сложно для клиники стать обладателем JCI-сертификата?**

– Нам нужно было сначала перевести все документы, на русском языке их не было, а это более 800 стандартов, плюс нужно было еще взять из госпитальных, адаптировать их под амбулаторный прием. А затем внедрить в работу, и это самое сложное.

Например, самый трудный момент – фиксация инцидентов. Все, что нарушает течение вашей работы и связано со здоровьем пациента или персонала, является инцидентом и должно быть зафиксировано, об этом нужно составить report. Для чего это нужно? Чтобы мы смогли проанализировать причину и создать такие условия, чтобы этого больше не происходило. Но оказалось, что нам придется ломать привычный менталитет: врачам казалось, что нехорошо сообщать о чьих-то нарушениях, а если ошиблись сами, то боялись, что их накажут за ошибку.

Допустим, вы зашли в кабинет и увидели инструмент со следами крови. В обычной ситуации это просто убирается, протирается. В нашем случае все необходимо зафиксировать. Возможно, ассистент устал после долгой смены и потерял концентрацию. Мы делаем какие-то выводы, оптимизируем процессы работы, и это помогает сотрудникам.

Постепенно мы переломили восприятие этой ситуации, коллектив понял удобство и пользу этого принципа. Этот подход помогает влиять на среду вокруг нас. Я вообще исповедую принцип, что нужно влиять на свое окружение.

**– Как вам и вашим коллегам удается держать в голове сотни правил и выполнять их?**

– Главный врач, директор клиники и старшая медицинская сестра долж-

ны знать все. Или, по крайней мере, должны знать, где смотреть. Медицинский персонал должен знать наизусть правила, относящиеся конкретно к их деятельности, и неукоснительно им следовать. Есть также правила, которые распространяются на всех. Это, например, этический кодекс, меры безопасности и гигиены. Кстати, только недавно, в связи с пандемией, люди начали обеззараживать руки и научились их правильно мыть, а у нас это внедрено давно. То есть стандарты JCI – это еще и здоровые привычки.

Следующая реаккредитация пройдет у нас в 2022 году. Все несоответствия, которые у нас были, мы должны выправить. Если внедряем что-то новое, надо прописать протоколы. Допустим, ввели электронные карты – нужно описать, как мы это храним, как дублируем, как обеспечиваем сохранение информации. Или внедрили вместо наркоза седацию – наша анестезиологическая служба прописывает, как это действует, техническую часть, медицинскую часть. Если открывается филиал, это тоже все описывается. Кстати, важно, что у нас аккредитованы все филиалы. Каждый филиал проходит аккредитацию отдельно, самостоятельно – и вся наша сеть подтвердила соответствие принципам JCI.

**– В стандарте прописано, что клиника обеспечивает предельный уровень безопасности. А где этот предел? Как вы обеспечиваете безопасность здоровья и жизни клиентов и сотрудников?**

– Возьмем крайние варианты, самые фатальные ошибки в медицине – перепутать пациента или перепутать сторону вмешательства. Одним из важнейших принципов стандарта является идентификация пациента. Когда я впервые вижу пациента, я должен все проверить, убедиться, он ли у меня в описании, его ли это документы, медицинская карта, а пациент должен представиться и назвать дату рождения.

Еще важный момент – стоматология работает на парных органах, и мы также обязаны соблюдать все моменты обеспечения безопасности. Мы делаем так называемую маркировку: пациент подписывает информиро-

ванное добровольное согласие, и мы отмечаем еще раз зуб, к лечению которого приступаем. Эти моменты добавляют безопасности. Мы также помечаем медикаменты, например, в похожих упаковках, это исключает ошибку. Отслеживаем доставку: допустим, когда

рефрижераторы везут нам анестезию, каждые полчаса измеряется температура перевозки.

У нас в клинике также обеспечено бесперебойное электропитание. Ведь мы работаем с наркозом, это жизнеугрожающая ситуация. В случае





отключения электроэнергии мы защищены: все кабинеты, где проводится лечение под наркозом, продолжают функционировать, мы проведем и завершим лечение без угрозы для здоровья пациента.

Также все наши сотрудники обучены оказывать первую медицинскую помощь и проходят каждые полгода переобучение у квалифицированных специалистов.

**– Клиника работает с пациентами с особенностями здоровья – это тоже один из принципов JCI?**

– Да, JCI на это обращает особое внимание, но мы и ранее сами признавали важность этой части работы. Начиная с доступной среды – у нас оборудованы пандусы, туалеты с широкими дверями и всеми продуманными удобствами, и заканчивая принципами лечения.

Дело в том, что у детей с особенностями развития часто нет других вариантов, кроме как лечиться под нар-

козом (мешает спастика, или резкие движения, или особенности психики играют роль). Поэтому, когда мы открыли нашу клинику и предложили подход лечения детей с седацией и наркозом, это стало просто спасением для таких семей. А когда мы приняли стандарты JCI, это стало удобным и комфортным для всех: и для врачей, и для пациентов с такими особенностями.

**– В Belgravia Dental Studio создана большая анестезиологическая служба. Это, действительно, еще одна из уникальных особенностей вашей клиники.**

– Да, работать с общей анестезией (наркозом) должны опытные специалисты. Для детей мы применяем Севоран, это широко используемый анестетик в педиатрии, во взрослом наркозе – Пропофол. Работает всегда бригада из пяти человек: анестезиолог-реаниматолог и сестра-анестезист, врач-стоматолог и два ассистента. Когда ситуация сложная, то работает гораздо больше

специалистов. Или они сменяют друг друга. Иногда бывает, что человек лег в кресло без зубов – а проснулся уже с зубами.

**– Вы применяете анестезию по показаниям или по желанию пациента?**

– Бывает по-разному. Это могут быть действительно медицинские показания, особенности развития или стоматофобия, например. Но многие взрослые пациенты выбирают медикаментозный сон, просто потому что им так комфортнее перенести лечение.

Мы используем и классический наркоз, когда вы засыпаете полностью на операционном столе, и это мы чаще всего рекомендуем при хирургических манипуляциях, что дает возможность проводить работу с большим объемом вмешательств. А есть варианты внутривенной седации, когда вы находитесь в полубессознательном состоянии, полуспите, потом ничего не помните.

Наша работа, пока пациент под наркозом, может длиться до 7 часов, и часто достаточно одного-двух посещений, чтобы привести рот в порядок. Это удобно для наших пациентов, ведь среди них много деловых людей, им дорога каждая минута, и мы часто получаем запросы сократить сроки лечения. То есть мы учитываем желание клиента. Есть, естественно, и противопоказания. В этом случае, если мы не можем гарантировать пациенту безопасность в связи с его общим состоянием здоровья, мы за это браться не будем. Перед использованием наркоза мы всегда проводим необходимые обследования.

Что касается детей, то у ребенка мало энергии на концентрацию, ему трудно долго не двигаться, и седация помогает лечить. Также абсолютным показанием к применению наркоза является возраст до 3 лет и большое поражение зубов, это прописано в стандартах Минздрава.

**– Как вы подбираете персонал, по какому принципу, кто работает в Belgravia Dental Studio?**

– Мы хотим вокруг себя видеть честных, искренних людей, любящих свою профессию и горящих желанием помогать людям – это основное, что должно быть в наших сотрудниках. Мы исповедуем также нулевую терпимость к любым формам лжи и обмана. Соккрытие ошибок или чего-то другого неприемлемо. Если такое случается, мы расстаемся с человеком с первого раза. Потому что это говорит о том, что человек не способен взять на себя ответственность.

Что касается профессиональных качеств, то здесь все оценивается по портфолио. Сегодня у стоматолога фотоаппарат – это часть работы: все фотографируют свои клинические случаи, и можно их оценить. Еще одно требование – обязательна работа с увеличением, и 95 % нашего персонала во взрослой клинике работает с применением операционного микроскопа, часть работают в биноклях.

**– Врач должен уже это уметь, или он может обучиться в ходе работы в клинике?**

– Желательно, конечно, чтобы специалист, приходящий к нам, уже владел этими навыками, поскольку мы работаем в сегменте, где трудно набивать руку. Но если мы оцениваем соискателя как перспективного, а он по каким-то критериям не соответствует нашим требованиям, мы ставим точки развития, которые ему нужно пройти. Мы создали среду для развития персонала: сотруднику ставится план обучения, за ним закрепляется наставник.

Более того, мы считаем обучение необходимым для любого врача, и оно должно быть непрерывным. У нас проходят различные курсы, а каждый сотрудник движется по составленному для него плану на год. Кстати, эти планы не обязательно должны касаться только специализации. Врач может развиваться как наставник или как лектор. Или даже врач хочет участвовать в каких-то маркетинговых мероприятиях, или развить свой профессиональный YouTube канал, или прокачать иностранный язык, чтобы читать зарубежные материалы. Если какое-то обучение в векторе раз-





вития клиники и врача будет для этого специалиста нужным и эффективным, оно будет оплачено.

**– У вас есть врачи-менторы? И вы сами тоже выступаете с обучающими классами?**

– Да, мы стимулируем наших врачей в этом направлении, хотим, чтобы они были opinion leader. Я сам, например, читаю курсы «Микропротезирование» для терапевтов, часто коллеги приглашают меня для участия в конгрессах, для презентации каких-то новаций. Я читаю лекции про цифровую стоматологию, которую я реализовал и внедрил в нашей группе компаний, и мы успешно в этом развиваемся. Яв-

ляюсь сертифицированным Cerec-тренером по направлению «цифровые отпечатки», мы это активно используем в работе.

Также довольно часто меня просят рассказать про принципы безопасности работы клиники, про получение сертификата JCI, про методики управления командой. Мы этим с радостью делимся, мне вообще доставляет удовольствие передавать знания другим.

Хочется влиять на отрасль, на рынок даже, можно сказать. Хочется, чтобы у наших граждан была возможность лечиться у грамотных врачей. Сейчас качество базового образования оставляет желать лучшего. Приходят выпускники вузов, и ты видишь

колоссальный пробел в знаниях, а восполнять его на местах не совсем верно и не совсем честно по отношению к пациенту. Поэтому хочется создать какую-то школу, где можно дотягивать специалистов до нужного уровня, обучать протоколам, давать им путь в профессию.

**– Клиника активно использует цифровые технологии. Как эти методы помогают стоматологу в работе?**

– Цифровизация приходит во все области жизни. Медицину это тоже не обошло стороной. Мы пользуемся программами, в которых хранится вся информация, начиная с истории



болезни пациента и заканчивая снимками, фотографиями, это могут быть 3D-модели.

Говоря о цифровой стоматологии, мы говорим о CAD/CAM технологиях, это компьютерный дизайн и компьютерное моделирование ортопедических конструкций и затем их изготовление на фрезерных станках и 3D-принтерах. И здесь активно используются разные компоненты, например, интраоральные сканеры. Внутриротовая камера заменяет слепки. Теперь этот процесс можно цифровизовать и сократить до минимума. Камера делает 3D-сканирование, остальные работы по моделированию идут на компьютере.

Главное преимущество для пациента – скорость. Теперь 3D-снимок зуба можно передать за секунды по интернету специалисту в любой точке мира, проконсультироваться, запланировать у него работу, дальше на специальных программах моделируются конструкции, и затем могут быть изготовлены путем фрезерования или в лабораториях. Это еще и повышает точность.

Кстати, на цифровом оборудовании мы можем делать пациенту тест-драйв улыбки. Он может увидеть еще до момента, когда к нему вообще прикоснулись инструментом, как будет выглядеть с красивой улыбкой. Внести какие-то коррективы, если нужно. При этом цифра позволяет на 98% этого результата достичь: то есть то, что пациент увидит до начала лечения, он и получит в финале лечения. Это важно.

Сейчас поменялась парадигма взаимодействия врача с пациентом. Раньше врач был носителем уникальных знаний, авторитетом, а сейчас все можно найти в интернете. Нужно устанавливать процесс коммуникации с пациентом, а это и вопрос доверия. Пациент рассуждает: «Мне нужно удалить несколько зубов, поставить имплантаты, коронки, сделать виниры. Но как я могу довериться словам доктора, которого в первый раз вижу? Я не знаю, к чему я приду». Сейчас все иначе: пациент уже может увидеть будущий результат и знает, чего ожидать от лечения. Это сильно влияет на процесс принятия решения.

За цифровыми подходами колоссальное будущее. Оно уже фактически здесь. Раньше аналоговую работу мы могли ждать недели, а теперь можем все получить в тот же день. У нас уже становится обычной практикой, когда в 8 утра мы подготовили пациенту 6 зубов под виниры, он отправился на работу, по своим делам, вернулся к нам днем, и мы ему их зафиксировали.

Сегодня людям не хочется тратить гигантское время на сидение в кресле стоматолога, хождение по врачам, да и не очень это приятно. И если мы хотим сократить количество визитов до минимума, нам поможет цифровая стоматология.

**– Какое оборудование вы используете в клинике, кто ваши партнеры, поставщики?**

– Мы работаем с большим количеством разнообразного оборудования, поставщиков много. Отдельно хотелось бы отметить компанию «Н.Селла», которая является нашим давним партнером. «Н.Селла» является дилером микроскопов ZEISS, которые являются на рынке бесспорными лидерами. Любой стоматолог, работающий с микроскопом, мечтает работать на ZEISS.

У нас такая возможность есть: мы работаем с самой последней моделью – ZEISS EXTARO 300. В планах дооснастить все взрослые кабинеты этими микроскопами. Это требует больших финансовых вливаний, но есть варианты, чтобы решить такие вопросы, например, лизинг.

Хочется отметить, что «Н.Селла» – надежный партнер: они обеспечивают качественную поддержку. Если возникают неполадки в оборудовании, а это естественно, потому что оборудование используется каждый день, мы получаем высокий сервис. Допустим, нам нужно было наладить работу микроскопа, и компания обеспечила нам подменное оборудование, пока наш микроскоп отправился на профилактику. Это огромная ценность, потому что время критично и для нас, и для пациентов, остановить работу одного из кабинетов просто невозможно. Такая постпродажная и сервисная поддержка очень важна.

Также, если говорить об оборудовании, мы используем, как уже было сказано, цифровые технологии, это CEREC Primescan (Densply Sirona), мы обладаем праймсканами Invisalign в каждой клинике, в моей клинике так-



же есть 3Shape Trios. Это то, что помогает нам экономить время пациентов и наше тоже.

Мы также используем, например, компьютерный сканер iTero для изготовления элайнеров, которые помогают исправлять прикус без брекетов.

В клинике используется портативный аппарат EzRay Air Portable с радиовизиографом EzSensor Soft (Vatech) для рентгеновских снимков, он сопряжен с планшетом, на котором мы сразу видим снимки. В области использования рентгена технологии тоже не стоят на месте. Преимущества цифрового рентгена – излучение в разы меньше, и при этом четкость изображения и скорость. Луч невероятно тонкий и четкий, бьет в нужное место, это безопасно и для врача, и для пациента.

**– Клиника охватывает все сегменты стоматологии?**

– Да, у нас есть все специалисты: терапевты, ортодонты, ортопеды, хирурги, пародонтологи, гигиенисты, мы делаем и компьютерную томографию. Это дает возможность четко координировать пациента, не надо направлять его в разные клиники. Вы пришли и сразу получили всю необходимую информацию о своем стоматологическом здоровье. И в том числе дорожную карту, в которой прописана последовательность действий. Пациент становится частью команды, которая разрабатывает путь лечения, вклю-

чается в обсуждение деталей, планов. Всегда существует несколько планов лечения: максимально оптимальный, оптимальный и минимально-рациональный. Мы реализуем любые планы – все зависит от потребностей пациента и его желания, главное – чтобы это не шло вразрез с медицинскими показаниями.

**– Ваша клиника смело использует инновации, стремится развиваться. Насколько это сложно?**

– Надо брать лучшее, интегрировать и использовать. Иногда я слышу от коллег: «Ну, об этом еще в 2008 году говорили». И спрашиваю: «Отлично, но вы-то использовали это у себя?» А в ответ слышу: «Нет». Потому что выйти из зоны комфорта сложно в любой сфере. Особенно если ты работаешь годами, у тебя все получается, а тут вдруг нужно внедрить что-то новое, нарушить ход твоей каждодневной практики.

Например, переход на лечение с микроскопом: у врача может болеть голова, ему неудобно, он не знает, как сесть. Да, это действительно преодоление себя. Но надо просто держать в голове перспективы – что тебе принесет внедрение этих инноваций в будущем. Когда мы несколько лет назад начали работать на CAD/CAM оборудовании, тоже не сразу все получалось. Можно было бы бросить эту затею, но дело не в оборудовании – просто еще не хва-

тает навыка. Надо проявить терпение и упорство, когда оно появляется, все получается.

**– Каковы ближайшие планы Belgravia Dental Studio?**

– Мы хотим расширить свое присутствие на рынке. В наших планах – открыть большой медицинский центр на 5 тысяч квадратных метров, где будет также и госпиталь. Взрослые и дети смогут получить любую стоматологическую помощь. Будет педиатрическое отделение – доказательная медицина.

Мы часто в работе с детьми сталкиваемся с некомпетентностью врачей общего профиля, слышим, например, что молочные зубы не нужно лечить, все равно сменятся на постоянные. Нет, это не так. Их нужно лечить, это профилактика будущих заболеваний, гигиена полости рта. Поэтому хочется еще и просвещать наших коллег-педиатров. Также будет организовано и отделение медицинской помощи для взрослых с полным перечнем услуг. Мы привлекаем к себе лучших специалистов. Начало работ планируется уже в этом году.

И, конечно, в планах развивать стоматологию в целом. У нас много клиник и компаний-побратимов, с которыми мы дружим. Я вообще не считаю другие стоматологические организации конкурентами. Мы все в секторе должны быть заодно – говорить одни правильные вещи, работать с правильными сертифицированными качественными материалами. Тогда будет общий качественный результат.



# НОВАЯ ЭРА

В ТЕХНОЛОГИИ  
ВИЗУАЛИЗАЦИИ

с микроскопами  
ZEISS EXTARO 300



РЕКЛАМА



## Москва

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

## Санкт-Петербург

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

## Екатеринбург

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



# МНЕ НРАВИТСЯ НЕ ИДТИ НА ПОВОДУ У СИТУАЦИИ, А УПРАВЛЯТЬ ЕЮ



Геннадий  
ПЕРМЯКОВ

*Руководитель клиники DentaTech, стоматолог-ортопед, имплантолог, хирург Геннадий Пермяков стал одним из победителей второго Марафона клинических случаев. Как отмечает герой нашего материала, опытный стоматолог всегда еще немного психолог, ведь важно находить подход к пациенту. Наука, менторство, развитие – тоже в приоритетах Геннадия Пермякова.*

**– Геннадий, вы стали персоной номера журнала «Дентал Клуб», привлек самое большое количество кейсов на наш Марафон клинических случаев. Почему вас заинтересовал этот конкурс?**

– Мои работы подходили под критерии отбора, я, кстати, рекомендовал и своим коллегам участвовать в Марафоне. Обычно свои клинические случаи я нигде не выкладываю, иногда просто нет на это времени. А Марафон оказался прекрасной возможностью продемонстрировать свой опыт и знания. Часто думаешь, что это рутина, а оказывается, это интересные рабочие кейсы и ими стоит поделиться. Конкурс очень полезный, будет прекрасно, если он продолжится.

**– Расскажите, пожалуйста, как вы пришли в профессию? Почему выбор пал на сферу медицины?**

– Мои родители работали совсем в другой сфере: мама агроном, папа инженер. Но почему-то с детства у меня было желание стать врачом. Меня привлекали всякие медицинские приборы, механизмы. Завораживал вид кипятящихся в ванночке шприцов. Или, например, работа врачей скорой помощи. Если они приезжали, я смотрел, как они работали. Врачи иногда дарили мне на память какие-то медицинские предметы, я любил играть в доктора. В итоге в 2000 году поступил в Московский государственный медико-стоматологический университет. Затем прошел обучение в ординатуре на кафедре Госпитальной ортопедической стоматологии по специальности «врач – стоматолог-ортопед». Ортопед должен видеть все комплексно, от и до, и мне было это интересно. Но не только ортопедия – мне хотелось вникать во все полностью. В итоге позже я получил постдипломное образование – хирургический цикл по имплантологии на кафедре Госпитальной хирургической стоматологии. А дальше уже наращивал знания в этих различных сферах, в том числе и по протезированию, вникал в различные современные методики. Овладевать знаниями помогали и различные выездные конгрессы, семинары, курсы – как в России, так и за рубежом.

## «Каждый стоматолог – немного психолог»

**– Вы профессионал широкого профиля: работаете в ортопедии, имплантации, протезировании, терапии. Вы ведете пациента комплексно?**

– Да, я использую свои знания в этих разных сферах. Комплексный подход, на мой взгляд, удобнее и правильнее. Я определяю план лечения и по необходимости подключаю к нему других специалистов, более узкого профиля, для достижения идеального результата.

**– Что вам более всего интересно сейчас?**

– На данном этапе – имплантология. Я сам имплантирую и протезирую. Если ты просто протезируешь, возможности ограничены расположением зубов и условиями в полости рта. Или же имплантолог поставил имплантаты, и ты на них протезируешь. А ведь часто бывает, что ортопед не согласен с имплантологом или надо сработаться. Но в таком случае ты работаешь уже в заданных тебе условиях. А мне интересно самому создавать себе условия. Ты сам решаешь, где и какой имплантат нужен, какой поставить и как дальше протезировать. Нужна ли костная реконструкция, какие системы применить.

**– То есть вам нравится самостоятельно принимать решения?**

– Да, это верно. Чтобы ни на кого не сердиться. Если только на самого себя, а это бывает. Но с опытом ошибок все меньше. А еще есть место для эксперимента – ты решаешь, какая методика подойдет для конкретной ситуации, бывает, что разработанный алгоритм не подходит. Допустим, есть сопутствующиеотягчающие обстоятельства, заболевания, или даже мешает психологическое состояние пациента.

*И тогда ты берешь на себя ответственность и экспериментируешь, чтобы найти идеальное решение.*



**– А как вы взаимодействуете с пациентом в этом случае?**

– Врач работает не с предметом и даже не с организмом, а с человеком. Это означает, что ты еще и общаешься, узнаешь пациента лучше. И нужно знать не только анамнез, а еще и понимать видение человека, его мировоззрение. И если ты считаешь, что пациент поможет в работе, то стоит его активно в это посвящать, такой пациент все сделает для себя же. А есть пациенты, которые в силу своего образования, мировоззрения, представлений о медицине и врачах если даже не сопротивляются, то все же мешают, по своей или не по своей воле. Тогда лучше этот момент отсеять, не посвящая пациента в детали, – чтобы работать на результат.

**– Сколько вам нужно времени, чтобы понять, что за пациент перед вами, как с ним работать и общаться?**

– Иногда даже не с первого, а и с пятого посещения не все понятно, открываются какие-то моменты. Бывает, что пациент имеет мнимые



страхи и опасения. Или наоборот – все плохо, а пациент считает, что ситуация простая, достаточно поставить пломбу и уйти.

Пациенты все разные, каждая ситуация требует изучения и выводов. Порой план лечения корректируем уже по ходу дела.

Сегодня пациент более осведомлен. Другое дело, что он не профессионал, люди черпают информацию из различных источников, и источники эти могут быть разными. Или, скажем, у знакомого «прижились» конкретные имплантаты, и клиент хочет себе поставить такие же. Но конкретно этому пациенту такие имплантаты могут не подойти.

Важно еще, с какой системой работает доктор и на какой результат он рассчитывает. Зная нюансы системы, ты можешь получить более предсказуемый и стабильный результат, это даже не всегда зависит от стоимости этой системы. Мы в клинике применяем несколько систем: Neodent, Nobel

и Osstem. Выбираем по показаниям, запросу и бюджету.

**– Готовы ли пациенты к сотрудничеству? Удастся ли переубедить клиента?**

– Чаще да, но если пациент готов слушать. Бывает, что ты вовлекаешь пациента в участие, но потом оказывается, что он не понимает ситуацию. Тогда лучше его отстранить от подробностей. Некоторым пациентам даже лучше не давать выбора, а самому принимать решения.

**– То есть стоматолог должен еще и быть хорошим психологом?**

– Да, без этого никак.

**– А как вы справляетесь с ситуацией, если вам энергетически некомфортно с конкретным пациентом?**

– Иногда были такие моменты, когда хочется пойти по простому пути и пересадить такого пациента к другому врачу. Если я знаю, что коллега лучше справится с пациентом и будет при этом эмоционально устойчив, то луч-

ше поменяться. А если я понимаю, что лучше меня никто с этим пациентом не совладает, то беру все на себя.

**«Важен баланс между бизнесом и врачебной практикой»**

**– Вы владелец и главный врач клиники DentaTech и одновременно практикующий врач. Насколько успешно получается сочетать эти две миссии – лечить и управлять бизнесом?**

– Наша клиника DentaTech работает с 2009 года, я взял уже готовую клинику в 2016 году. Сочетать бизнес и врачебную деятельность непросто. Полный прием занимает время, внимание, твои ресурсы. Остается меньше времени на управление. И наоборот, если полностью погрузиться в бизнес, это значит: повесь халат и занимайся развитием. Поэтому часть задач я перенаправляю и делегирую сотрудникам.

Но что-то, безусловно, без моего решения не может состояться.

Приходится заниматься обоими направлениями. Сейчас наша команда сложилась, и часть работ с пациентами я могу также перенаправлять своим коллегам. Стараюсь больше выкраивать времени на управление. Но в то же время интерес к практике остается живой, и я постоянно лечу. Например, есть какой-то клинический случай, который очень интересно решить самому, посмотреть, что можно сделать, как помочь пациенту. И опять же, тот самый момент эксперимента – его тоже не хочется упускать.

В то же время бизнес-процессы тоже интересны. Переговоры, например. Это некий вызов.

*Я вообще люблю вызовы, люблю справляться с ними. И у меня обычно хорошо получается договариваться с людьми. Этому, кстати, способствует, думаю, и опыт взаимодействия с пациентами – ты уже умеешь находить наилучшее решение и при этом сделать так, чтобы все стороны были довольны. Так что опытный стоматолог – еще и хороший переговорщик. Теперь я понимаю это, реализуя свои навыки и в бизнесе.*

**– Какие современные методики, технологии, аппаратуру вы используете в вашей клинике?**

– Стоматолог в своей работе использует огромное количество материалов. Материалы постоянно обновляются, выпускаются новые, также совершенствуются и методики. И врач должен при таком многообразии разбираться, что в каком случае показано, что с чем сочетается и при каких условиях лучше работает. В нашей клинике мы используем новейшие материалы и оборудование. В частности, эндомоторы, плагеры для лечения каналов, пескоструйный аппарат для обработки поверхностей зубов и коронок, центрифугу для использования плазмы, клиника имеет микроскоп.



*Но самый важный инструмент – это руки врача. Только в толковых руках все будет грамотно работать и приносить максимальный результат.*

**– Как вы подбирали команду, по какому принципу, кто с вами работает?**

– У нас работают высокопрофессиональные специалисты. Опыт – дело нужное, он у всех разный. Стал-



квиваясь с работой врачей в разных клиниках, ты понимаешь, что всегда есть место для развития и совершенствования мастерства. Но кто-то, работая 40 лет, делает одно и то же, не используя новые технологии, не развиваясь. Хотя его могут считать опытным врачом. Но опыт – не в сроке работы. Ты смотришь и удивляешься, как можно работать по старинке. Да, есть старые надежные методики, которые дают хорошие результаты, еще многое зависит и от руки мастера, что называется. Но бывает и наоборот. Я, еще будучи студентом, лучше делал многие вещи, чем врачи, которые имели уже 30 или 40 лет практики. Не будем сбрасывать со счетов и талант: кому-то дано больше, кому-то – меньше. Сегодня подчас молодой врач может иметь гораздо больше наработанной практики, опыта, в сжатые сроки достигать большего эффекта в работе, осваивать технологии.

По этому принципу врачи приходят и в нашу команду. Сложно подобрать специалиста так, чтобы идеально сочетались профессиональные и личностные качества. Но нужно, чтобы совпал целый набор факторов: чтобы врач хорошо работал, при этом имел клиническое мышление, а еще важно сработаться. Это должен быть доктор, которому ты можешь дове-

рять, как самому себе, причем довериться ему как сам, так и доверить ему пациентов. У меня был опыт работы в разных клиниках, и были такие врачи, в кресла к которым я садился и лечился сам, а были и такие, у которых ты не будешь лечиться ни за что.

**– Важно ли для вас, чтобы врач постоянно повышал свою квалификацию?**

– Да, безусловно. Общение с коллегами – это уже возможность перенимать опыт. Также очень важны различные обучающие курсы. И если курсы того стоят, я отправляю на них и врачей нашей клиники. Ты должен учиться, чтобы качественно работать и оценивать работу других специалистов.

## Путь в менторство

**– Вы ведь и сами читаете лекции?**

– Да, у меня есть международный опыт. Я вел курс в Бишкеке по имплантации в начале 2020 года. В нашей клинике мы тоже проводим обучение, в том числе студентов, ординаторов. Доктора, которые работали у меня или проходили практику, ординаторы, студенты, часто просили что-то объяснить. И часто я слышал: «Вы так доступно и интересно объясняете, вам бы преподавать!» А мне и самому

нравилась эта мысль, мне приятно передавать знания коллегам. Один из докторов, родом из Киргизии, который в ходе нашей совместной работы перенял у меня опыт, вернулся домой, и его коллеги обратили внимание на приемы, которые он стал использовать. В итоге меня попросили приехать и провести обучение. Это был мой первый опыт проведения полноценного курса, 20 стоматологов учились с утра до вечера, мы также провели практическую часть.

**– У вас есть мысли стать ментором?**

– Да, есть такое желание. Мы планируем с компанией «Н.Селла» осуществить эти планы. Тема синус-лифтинг и базовая имплантация – такую первую лекцию мы предполагаем провести, составляем программу и дальнейших курсов.

**– Какие ваши ноу-хау, какие свои личные разработки вы применяете на практике?**

– Нельзя сказать, что это какие-то разработки. Но все же это усовершенствование методик под более комфортный формат, чтобы получить лучший результат. Например, можно в итоге сэкономить время, упростить процесс, облегчить ситуацию для пациента. Это, наверное, можно назвать рационализаторством. И эти разработки с удовольствием применяют и другие врачи, которые работают со мной. Допустим, я иначе делаю швы, по своей методике, это удобно. Или садаптировал уже имеющийся протез, это позволило в более короткие сроки и более бюджетно реабилитировать пациента. Также я прописал методику использования системы Neodent «все на четырех».

## «Наука – один из моих приоритетов»

**– Как в целом вы оцениваете ситуацию в стоматологии как в науке и в практике? Насколько сами пациенты готовы следить за здоровьем своих зубов, и как продвигается отрасль – где точка пересечения, чтобы добиться идеального состояния зубов и прекрасной улыбки?**



– Довольно сложно совместить науку и практику. Это требует фиксации всех результатов, это трудоемко и затратно по времени. Практика – это лечение пациентов по известным алгоритмам, а если ты ведешь научную разработку, ты уже практикуешь в другом режиме, нужно уделять много сил и времени науке. И не всегда это окупаемо. Поэтому кто-то из врачей окунается только в практику.

С точки зрения пациентов и их осведомленности и готовности лечиться и стремиться к идеалу в плане стоматологического здоровья, есть методики и разработки, позволяющие делать фантастические вещи, но часто пациенты даже не знают о таких возможностях. Или же думают, что это очень дорого. И могут годами мучиться какой-то проблемой, не зная пути ее решения. Не всегда на их пути попадает врач, который сам глубоко погружен в свою специализацию и готов популяризировать эти современные технологии и вообще создавать для пациента его «дорожную карту», чтобы разложить по полочкам все задачи по решению этой проблемы и донести до пациента информацию о самых технологичных методах ее решения. А ведь это может изменить жизнь человека. А иногда и сам пациент не готов углубляться в глобальные проблемы со здоровьем своих зубов, ему достаточно минимума, это потребительское отношение. В каждом из таких случаев очень хочется дать пациенту максимум информации.

**– Момент просвещения – это тоже одна из задач стоматолога?**

– Во-первых, это зависит и от пациента: если он хочет быть здоровым и гармонично выглядеть, он обязательно ищет информацию и находит ее. Важно также просвещение со стороны СМИ и стоматологических организаций, ассоциаций. А у нас даже профилактика не развита. Многие даже во взрослом возрасте не знают, как чистить зубы. Но, безусловно, я убежден, что очень многое зависит от доктора. Если к нам приходит пациент, мы должны помочь ему получить максимум информации.

*Я считаю, что просветительская работа – это одна из миссий врача-стоматолога.*

Тем более что максимальное погружение в проблему пациента помогает скорректировать и другие моменты: ведь важно знать все о его здоровье, в итоге можно порекомендовать какую-то диету, улучшить работу желудка, например.

**– Успеваете ли вы заниматься наукой в процессе вашей работы?**

– Одно из направлений, которое мне интересно, – микробиом человека. Все мы знаем, что, например, после

приема курса антибиотиков, а также при стрессах, плохом питании врачи рекомендуют принимать препараты, восстанавливающие микрофлору. Довольно много причин приводят к нарушению микрофлоры.

Но начало всего – в ротовой полости, это ворота организма, так что, как бы мы ни пытались нормализовать ситуацию в желудочно-кишечном тракте, в случае заболеваний зубов и ротовой полости в целом вредные бактерии будут продолжать попадать в организм. Если выстроить баланс микрофлоры в ротовой полости, будет улучшение и в ЖКТ, и во всем организме. При



этом, когда назначают антисептик при воспалении во рту, он убивает не только вредные, но и полезные бактерии.

Я разработал формулу зубной пасты с пробиотиками и полезными бактериями. Это сможет упростить уход за ротовой полостью и одновременно защитит и желудочно-кишечный тракт. Для занятых, деловых пациентов, которым дорога каждая минута, это будет полезно. Таким образом, пациент не только чистит зубы, но и оздоравливается. Надеюсь, удастся запустить ее в производство.

В моих планах поступить в аспирантуру, мне вообще интересно учиться. Думаю, в научной сфере я как раз смогу развивать тему микробиома. Также мне будет интересно вести разработки в имплантологии. Сейчас эта сфера ак-

тивно развивается. Имплантология сегодня доступна любому пациенту вне зависимости от его возраста – технологии не стоят на месте. Самая возрастная моя пациентка, которой мы поставили имплантаты, – дама 92 лет.

## «Бокс помогает сбросить негатив»

**– Как вы справляетесь с негативными эмоциями, как переключаетесь, что вам помогает восстанавливаться и отдыхать?**

– Мне помогает спорт. Я люблю бокс, это компенсирует негатив, помогает выплеснуть эмоции.

Бывает, что после тяжелого дня идешь в зал – и становится легче. Я занимаюсь боксом уже лет 10. Приятель с детства занимался спортом и однажды позвал меня в секцию бокса, попробовать. И мне очень понравилось. Этот спорт помогает сбросить отрицательный заряд энергии.

Я заметил, что порой выходишь после тяжелого рабочего дня и ведешь машину агрессивно. И чем сложнее была ситуация, тем дольше ты едешь в такой манере – но потом отпускает, ты успокаиваешься. А вот после занятий боксом я ощущаю спокойствие, и за рулем тоже.

**– На что еще хватает времени вне любимой работы?**





– Я люблю книги. У меня есть собрания сочинений еще со старым шрифтом, с буквой «ять», прошлых веков. Например, Куприн. Или медицинские атласы по анатомии, немецкие, довоенные, со старыми фотографиями.

И эти книги не просто стоят на полке, я ими пользуюсь, читаю. Что-то покупал по случаю, или кто-то дарил их, зная, что я люблю книги. Например, собрание сочинений Александра Куприна мне подарили, и для меня это очень ценный подарок.

Многое также перешло от родителей. Папа очень любит читать,

любит книги, в свое время собирал ценные экземпляры или собрания сочинений, которые в прежние годы было очень трудно достать, нужно было сдавать макулатуру, получать талоны... Книги в нашей семье очень ценятся.

А еще я люблю блошинные рынки. Там можно найти уникальные вещи, наполненные историей и теплотой. Помню, мы с друзьями были в поездке и набрали на такой рынок. Друзья потом пошли отдыхать, а я еще несколько часов провел в этом интересном месте. Мне нравится перебирать старые предметы,

книги и вдруг находить что-то удивительное.

**– Ваши дочка и сын уже интересуются вашей работой?**

– У нас с супругой сын Лев, ему 4 года, и 3-летняя дочка Лиана. Они очень любят приходить ко мне на работу – все рассматривают, во всем хотят участвовать. А сыну я уже купил грушу и боксерские перчатки – ему нравится учиться у меня боксировать. Лев периодически проверяет, растут ли у него бицепсы. Ему хочется быть как папа.

## 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**



ИНТРАОРАЛЬНЫЕ СКАНЕРЫ



ЦИФРОВЫЕ МИКРОСКОПЫ



ОБОРУДОВАНИЕ  
ДЛЯ ЦИФРОВОЙ  
ЛАБОРАТОРИИ



ЦИФРОВОЕ РЕНТГЕН -  
ОБОРУДОВАНИЕ



3D ПРИНТЕРЫ



**Москва**

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

**Санкт-Петербург**

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

**Екатеринбург**

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

РЕКЛАМА



## Александр Першин

*Врачебный стаж – более 12 лет.*

*Лекторская деятельность – более 6 лет.*

*Соавтор книги «Эстетика керамических реставраций».*

*Врач-консультант компании ЗМ.*

*Лектор компании Carl Zeiss.*

*Gold member of MDC (microscopic dental club).*

*Участник общества по изучению цвета в стоматологии.*

*Соразработчик стоматологического инструмента фирмы «Экрадент» – Эмалевый нож Першина.*

*Один из идеологов образовательного проекта КПСС в Санкт-Петербурге.*

*Учредитель и главный врач клиники «Айстом», Санкт-Петербург.*

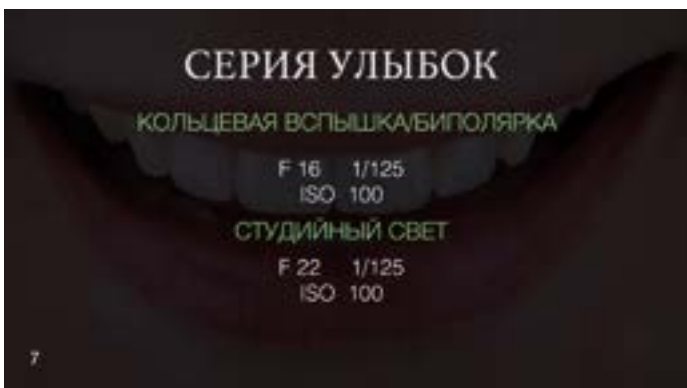
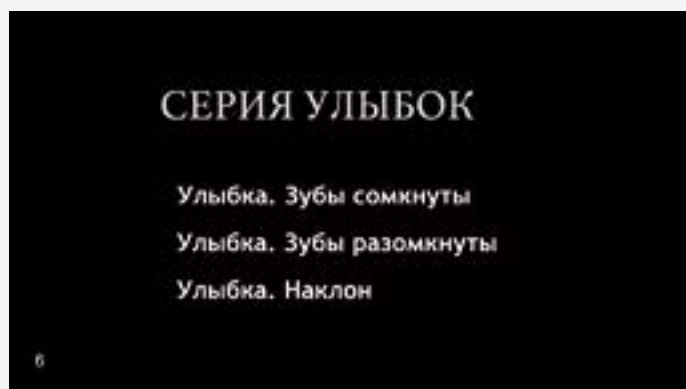
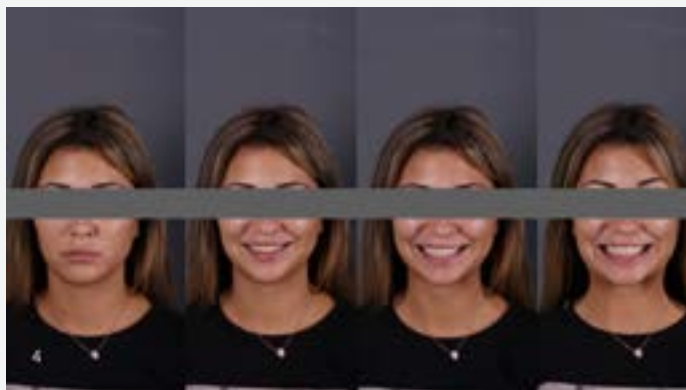
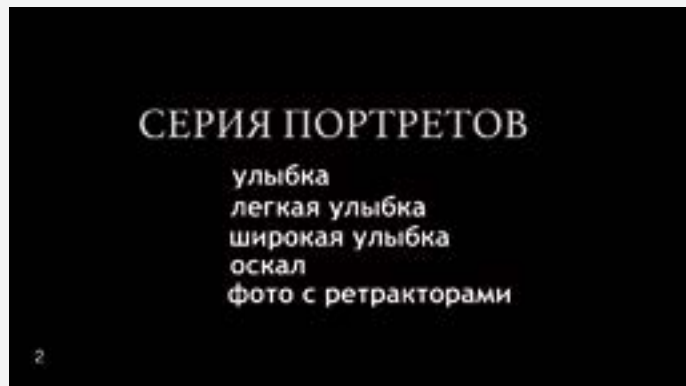
# ВИНИРЫ – ЭТО не сложно

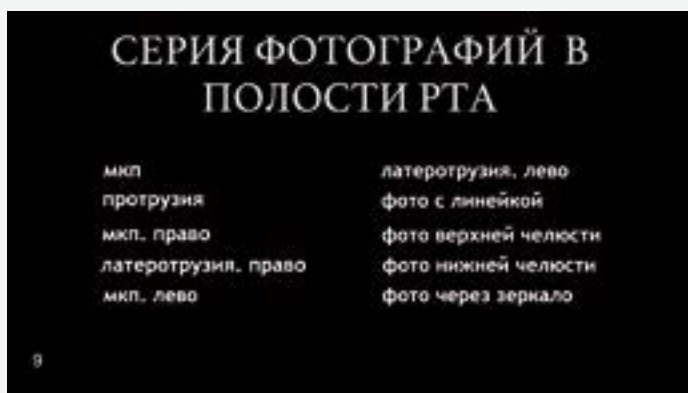
Это статья написана для врачей-стоматологов!

*Все больше пациентов обращаются в клиники по эстетическим показаниям: неровная форма зубов и их стирание! Их желание – это ВИНИРЫ.*

*Я хочу показать вам на примере данного кейса, что ВИНИРЫ – это не сложно (Рис. 1). Как врач, работающий в этой сфере, я выработал протокол работы.*

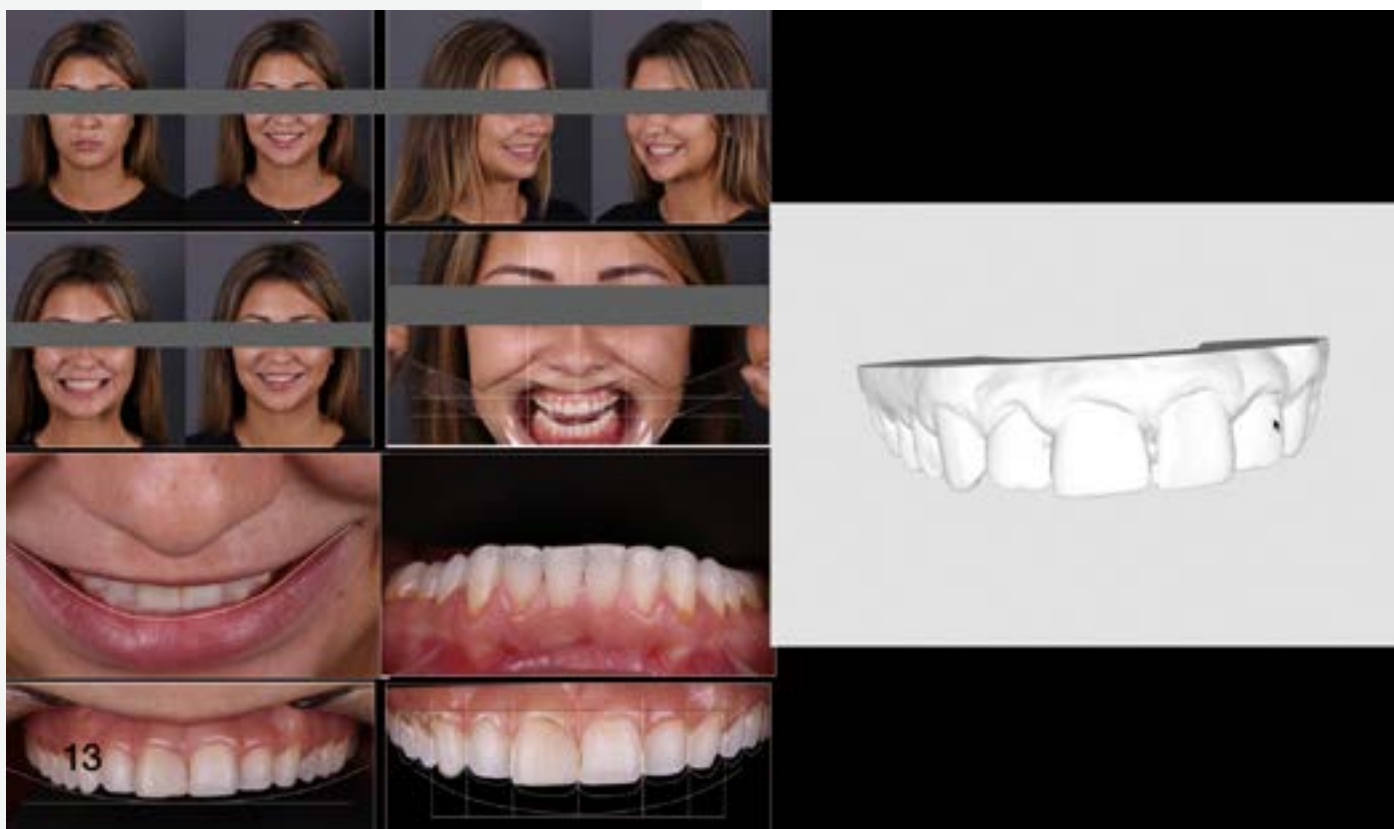
1) Фото- и видеофиксация. Это определенный набор фотографий портрета, улыбки и зубов, выполненный в определенных настройках (Рис. 2-12).





2) Совместный проект с зубным техником будущих форм зубов. Этот пункт делится на две задачи: визуализация формы зубов для пациента и ориентир для дальнейшей работы техника по горизонту, высоте и объему. Для выполнения

этих задач изготавливаются несколько силиконовых блоков и используется бисакриловая пластмасса светлых оттенков (Рис. 13-16).







14



15



16

3) При согласовании формы, цвета и протоколирования этих данных переходим к обработке зубов. Методика проста: по новой форме, сделанной из пластика на зубах пациента, мы ставим насечки для контроля глубины сошлифовывания, и, что ещё проще, для всей работы я использую методику только трех боров!

Больше и не нужно! МАРКЕР создает насечки, ФИССУРА сошлифовывает основной объем, и КОНУС позволяет мне смоделировать ОЧЕНЬ тонкий уступ на зубе для винира с использованием операционного микроскопа. Контроль глубины препарирования проводится силиконовыми ключами (Рис. 17-33).



17



18



Gurel G. The science and art of porcelain laminate veneers. Berlin: Quintessence; 2003.  
19



20





Окончательное полирование зубов перед оттиском я провожу с помощью дисков SOFLEX 3M и авторского эмалевого

ножа, разработанного мной совместно с компанией «ЭКРА-ДЕНТ» (Рис. 34-35).



4) Этап снятия оттиска (аналоговый или цифровой) и фото зубов после обработки. Мы немного индивидуализировали расцветку VITA для более точного определения цвета, при-

близив ее к дентине зуба, формируя специальную ступеньку (Рис. 36-41). Изготовление временных виниров.



5) Техническая часть по созданию тонких и сверхэстетичных реставраций (Рис. 42-53).

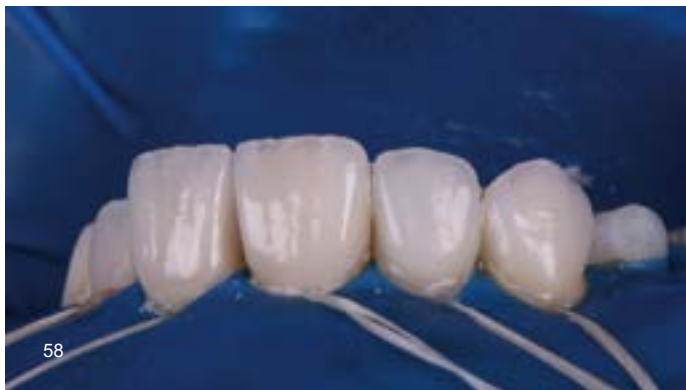




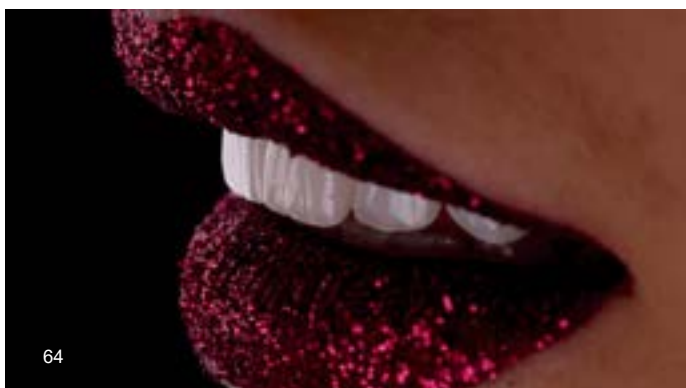
6) Этап примерки и фиксации. Долгожданные виниры у вас в руках, и после снятия временных они примеряются на специальную примерочную пасту. Выбрав цвет цемента, про-

водится пескоструйная обработка и бондинг по протоколу. Цементирование виниров на зубы, полирование зоны соединения (Рис. 54-63).





Как вы видите, вся работа проста, как «раз-два-три»! Главное – правильно определить показания и не забывать, что кроме зубов у пациента должны нормально работать сустав и мышцы. Поэтому планирование – это важный подготовительный этап до начала работы! А через 7 дней после фиксации можно наслаждаться красивой улыбкой нашей пациентки и детальной точностью, с которой техник повторил элементы природы на керамических реставрациях.



# МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНСУЛЬТАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ



## МЫ ПРЕДЛАГАЕМ

- Обучающие семинары, мастер-классы, индивидуальное обучение, конференции
- Поддержку вашей профессиональной деятельности
- Обмен знаниями и опытом между коллегами из разных регионов и стран
- Расширение круга деловых контактов, которые способствуют профессиональному росту специалиста

## ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ У НАС

- Актуальные кейсы и уникальный практический опыт
- Исключительный состав менторов из России и зарубежных стран
- Возможность практической работы на оборудовании лучших брендов
- Обучение в России и за рубежом
- Возможность обучения, не отрываясь от трудовой деятельности

## Контакты:

Телефон / факс: 8 (495) 775-82-25, 8 (910) 442-07-94

Адрес сайта: <http://www.medical-cg.ru>

E-mail: [info@medical-cg.ru](mailto:info@medical-cg.ru)

## Социальные сети:

 [facebook.com/medical.cg](https://facebook.com/medical.cg)

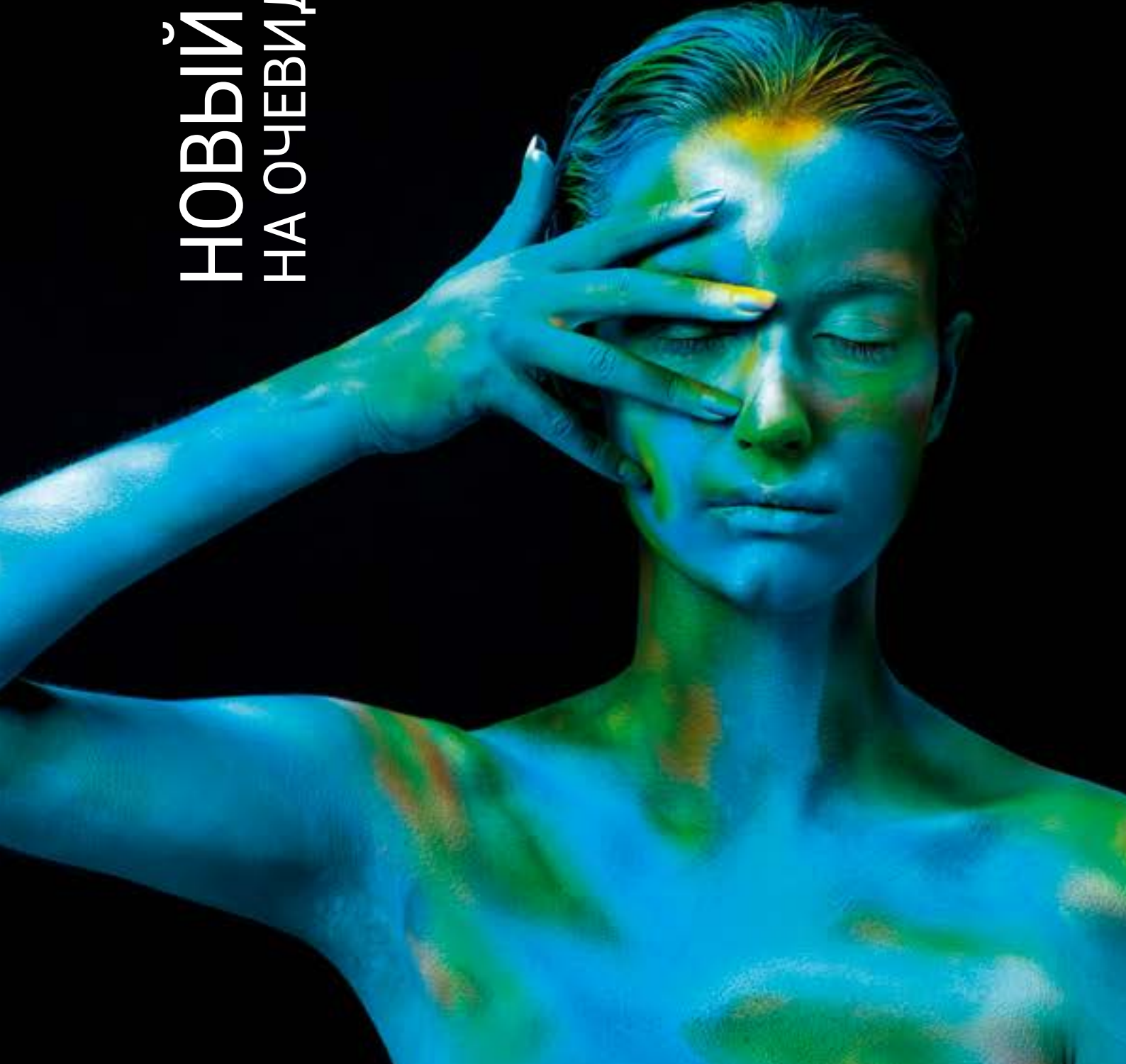
 [vk.com/medical\\_cg](https://vk.com/medical_cg)

 [instagram.com/medical\\_consulting](https://instagram.com/medical_consulting)





НОВЫЙ ВЗГЛЯД  
НА ОЧЕВИДНЫЕ ВЕЩИ



# КАЛЕНДАРЬ ближайших СЕМИНАРОВ

## MEDICAL

consulting group

# 2021

2-3 октября	<b>Роман Анисимов</b>	<b>Мягкотканная аугментация</b>	<b>МОСКВА,</b> место проведения уточняется
7-8 октября	<b>Олеся Изгарева</b>	<b>Пластика рецессий: от консультации пациента до проведения самостоятельной операции</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
11 октября	<b>Али Алиев</b>	<b>Препарирование под различные виды непрямых реставраций</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
14-15 октября	<b>Елена Липатова</b>	<b>Кариес, пульпит, периодонтит. Терапевтическая стоматология и эндодонтия в клинических случаях и науке</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
16-17 октября	<b>Михаил Соломонов</b>	<b>Эндодонтия №1. Практические нюансы каждодневной эндодонтии</b>	<b>МОСКВА,</b> место проведения уточняется
18-22 октября	<b>Илья Фридман</b>	<b>Фундаментальные принципы успешного имплантации. Классические и современные концепции планирования и осуществления имплантации</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
25 октября	<b>Роман Вольберг</b>	<b>Одномоментная имплантация и немедленная нагрузка. Ключевые факторы успеха</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
27-28 октября	<b>Ульяна Ленец, Мария Мельничук</b>	<b>Здоровье или Красота — профессиональная гигиена полости рта. Современные подходы к профилактике</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
29 октября	<b>Дмитрий Никоненко</b>	<b>Speed-техника Noritake-CZR виниры. Мастер-класс по работе с винирами на рефракторе</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
30-31 октября	<b>Мария Васильева</b>	<b>Практический семинар по ортодонтии: «Авторская глобальная стомато-нейросоматическая концепция. Алгоритм диагностики и протоколы лечения пациентов с патологией прикуса и ДВНЧС с учетом позуры и стопы (залог стабильного результата лечения)</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1

6-7 ноября	<b>Нуриева Наталья, Гузь Александр</b>	<b>Онкология в стоматологии. Пошаговые действия, протоколы ведения, возможности реабилитации</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
15 ноября	<b>Али Алиев</b>	<b>Препарирование под различные виды непрямых реставраций</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
24-25 ноября	<b>Дмитрий Никоненко</b>	<b>Speed-техника Noritake-CZR виниры. Практический курс по работе с винирами на рефракторе</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
27-28 ноября	<b>Елена Липатова</b>	<b>Эндоление моляров и все об эндодонтии центральных резцов. Теория + практика</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
2 декабря	<b>Роман Василиadis</b>	<b>Демонстрационный мастер-класс «Реставрация фронтальных зубов»</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
2-3 декабря	<b>Роман Вольберг</b>	<b>Базовые принципы направленной костной регенерации</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
3 декабря	<b>Роман Василиadis</b>	<b>Практический курс «Микропротезирование зубов»</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
4 декабря	<b>Нуриева Наталья</b>	<b>Стоматологическая диагностика, сопровождение и реабилитация пациентов с новообразованиями головы и шеи</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
5-6 декабря	<b>Антонина Клещельская</b>	<b>Прием иностранного пациента в стоматологической клинике. Интенсив</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1
9-10 декабря	<b>Елена Липатова</b>	<b>Мир микроскопной стоматологии. Погружение в новую реальность</b>	<b>МОСКВА,</b> место проведения уточняется
11-12 декабря	<b>Дмитрий Рогацкин</b>	<b>Специализированный курс. 2 часть (4 модуль)</b>	<b>МОСКВА,</b> место проведения уточняется
11-12 декабря	<b>Михаил Соломонов</b>	<b>UPDATE in ENDODONTICS — 2021</b>	<b>МОСКВА,</b> место проведения уточняется
13-17 декабря	<b>Илья Фридман</b>	<b>Фундаментальные принципы успешного имплантирования. Классические и современные концепции планирования и осуществления имплантации</b>	<b>МОСКВА,</b> ул. Волочаевская, 12 А, стр.1

**Общество с ограниченной ответственностью  
«Медикал Консалтинг Групп»  
Телефон / факс: 8 (495) 775-82-25, 8 (910) 442-07-94  
Адрес сайта: <http://www.medical-cg.ru>  
E-mail: [info@medical-cg.ru](mailto:info@medical-cg.ru)**





## ЯРОШЕВИЧ Павел

Врач-хирург, имплантолог, пародонтолог.

Окончил СПбГМУ им. ак. И.П. Павлова в 2008 г.

С 2015 года автор образовательного проекта ImplantPro, специализирующегося на организации и проведении курсов и мастер-классов для коллег.

С 2016 года член Global Academy of Osseointegration (GAO).

С 2017 года клинический эксперт и лектор компании Nobel Biocare.

С 2019 года основатель клиники SOUL dental clinic.

Участник лекционно-практических курсов экспертов мировой стоматологии: Dr. M.Pikos, Dr. Cortellini, Dr. Tonetti, Dr. Zucchelli, Dr. O. Zuhr, Dr. M. Degidi, Dr. A. Friedberg, Dr. Masana Suzuki, Dr. I. Gamborena, Dr. S. Renvert, Dr. T. Linkevicius.

Аугментация мягких тканей вокруг имплантатов с использованием соединительнотканного трансплантата с сохраненным эпителием.

Техника коронарно смещенного стрип графта. CSSG

Анализируя мировой опыт дентальной имплантации за последние годы и данные литературы, можно выделить два ключевых параметра мягких тканей, определяющих состоятельность имплантатов во времени: толщина мягких тканей и уровень кератинизированных тканей<sup>1</sup>. Значительно меньшая потеря костной ткани вокруг имплантатов происходит при вертикальном объеме тканей более 3 мм<sup>4</sup>. При этом имплантаты с шириной кератинизированных тканей менее 2 мм склонны к рецессиям мягких тканей, накоплению налета и формированию патологического кармана<sup>5</sup>. Таким образом, процедура аугментации мягких тканей при имплантации приводит к более благоприятному прогнозу лечения<sup>6</sup>.

Современные методики направленной костной регенерации (НКР) демонстрируют отличные результаты увеличения ширины гребня<sup>2, 3</sup>, при этом большинство регенеративных вмешательств по увеличению объема костной ткани сопровождаются выраженной мобилизацией лоскутов, что приводит к уменьшению толщины слизистой и потере ширины кератинизированных тканей после заживления. Поэтому основным этапом по созданию оптимальных условий для здоровья имплантатов после НКР является работа с мягкими тканями, которая, как правило, проводится на втором этапе.

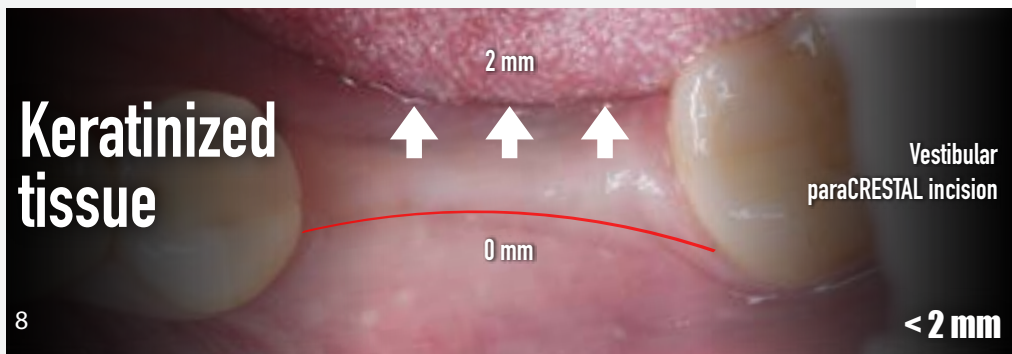
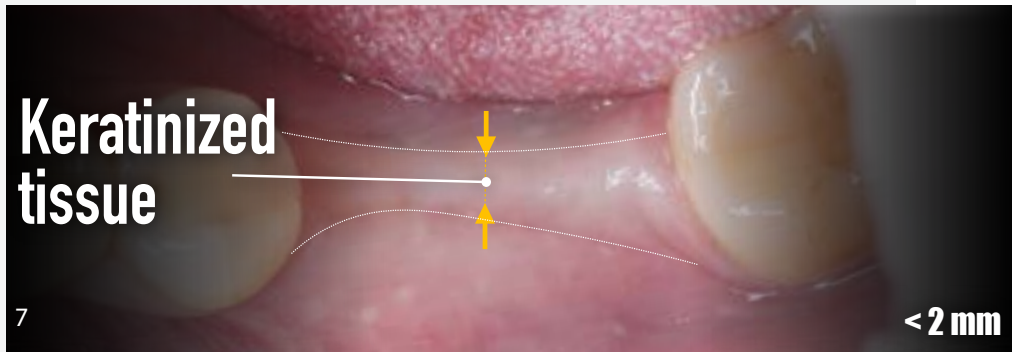
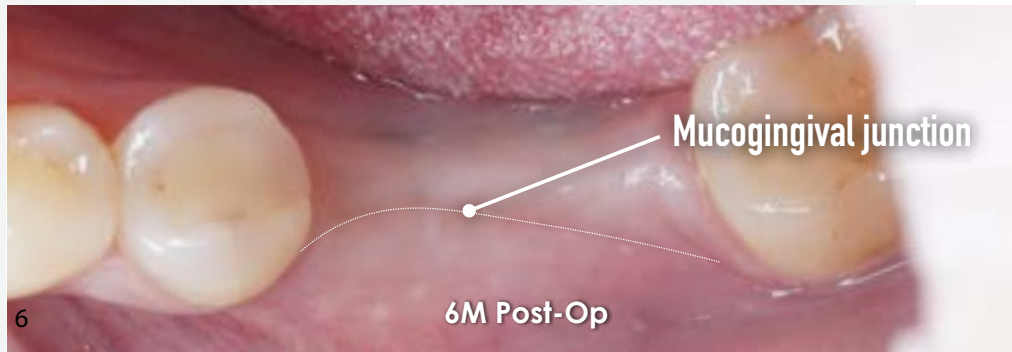
Долгие годы «золотым» стандартом для увеличения ширины кератинизированных тканей в области имплантатов являлся свободный десневой трансплантат (СДТ/FGG), полученный с области неба и состоящий из эпителия и тонкого слоя коллагена<sup>7, 8</sup>. При этом мы знаем, что у СДТ есть два основных ограничения: аугментация объема и конечная эстетика (иногда цвет и текстура поверхности не полностью соответствуют принимающим тканям)<sup>9</sup>. В последнее время в литературе появилось больше данных о преимуществе субэпителиальных соединительнотканых трансплантатов (ССТ/ССТГ), не имеющих в себе эпителия и состоящих из коллагена, полученного с области неба или бугра верхней челюсти. Так как данные транс-



плантаты демонстрируют отличные результаты по увеличению объема мягких тканей с последующей кератинизацией<sup>10, 11</sup>, которая, как показывает опыт, зависит от качества коллагена десневого трансплантата и исходного уровня кератинизированных тканей на гребне. Последний параметр часто является ограничивающим фактором для его использования, так как при отсутствии исходных кератинизированных тканей вторичная кератинизация ССТ происходит более длительно или совсем может отсутствовать. Поэтому аугментацию объема ССТ нередко приходилось сочетать с аугментацией СДТ для получения кератинизированных тканей.

Для улучшения состояния мягких тканей некоторыми авторами было предложено использование комбинированного коллагенового трансплантата с сохраненным эпителием. Традиционно такой трансплантат получали с области неба для закрытия рецессий в области зубов<sup>12</sup>. При этом гистологический анализ показывает, что качество коллагена трансплантатов, полученных в области бугра и зоны моляров верхней челюсти, значительно выше по сравнению с классическим ССТ с области неба<sup>13, 14</sup>. Поэтому для аугментации мягких тканей в области имплантатов было предложено использование комбинированного трансплантата с сохраненным эпителием, полученного именно с области моляров. Анатомические особенности этой зоны позволяют получить трансплантат оптимальной формы и размера для аугментации протяженных дефектов, включающих несколько имплантатов.

Особенность хирургического этапа заключается в формировании лоскута таким образом, чтобы сместить исходный объем кератинизированных тканей в язычную сторону, а аугментацию проводить трансплантатом только с вестибулярной стороны, что, в отличие от традиционных методик, в том числе аугментации вокруг формирователя, ускоряет первичное заживление тканей, а наличие эпителия на трансплантате обеспечивает высокий уровень первичной кератинизации. При этом данный протокол тре-



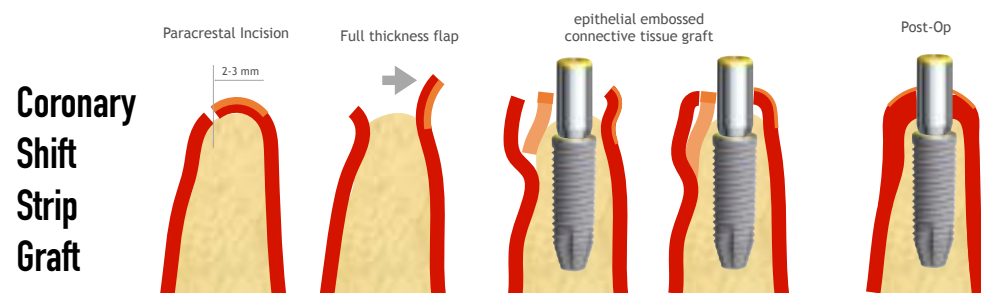
бует от хирурга высоких мануальных навыков не только с точки зрения получения трансплантата, но и с точки зрения техники наложения швов, так как недостаточно качественная фиксация трансплантата может ухудшить прогноз заживления и вызвать осложнения.

Данный протокол аугментации, включающий в себя дизайн трансплантата, полученного в области моляров верхней челюсти с сохраненным эпителием, технику формирования лоскута со смещением исходного объема кератинизированных тканей язычно и особенность фиксации трансплантата с вестибулярной стороны, получил название КОРОНАРНО СМЕЩЕННЫЙ STRIP GRAFT (CORONARY SHIFT STRIP GRAFT/CSSG).

Представленный ниже клинический случай демонстрирует эффективность аугментации мягких тканей после НКР при исходно недостаточном уровне кератинизированных тканей трансплантатом с коллагеном высокого качества, полученным с зоны моляров верхней челюсти для увеличения объема тканей и сохраненным эпителием для увеличения ширины кератинизированных тканей.

Исходная ситуация: включенный дефект на нижней челюсти. Пациентка, 37 лет. Вторичная адентия зубов 3.6, 3.7. В области отсутствующих зубов ширина гребня менее 4 мм. Определяется дефицит объема костной ткани с вестибулярной стороны (Рис 1). Было принято решение о проведении направленной костной регенерации с последующей аугментацией мягких тканей.

Ход операции. Формирование полнослойного лоскута со смещением линии разреза вестибулярно в пределах кератинизированных тканей по мукогингивальной границе (Рис. 2). Произведена установка 2 имплантатов диаметром 4 мм (Рис. 3). Стабилизация более 35 Н/См. С использованием коллагеновой мембраны JASON и ксеногенного материала CERABONE проведена контурная аугментация гребня (Рис. 4). Мембрана зафиксирована с помощью мембранных винтов с вестибулярной стороны и спейсеров высотой 1 мм к имплантатам (Рис. 5).



14

By Pavel Yaroshevich



Coronary Shift Strip Graft 15

CSSG

DR. YAROSHEVICH

Спейсер – это двухкомпонентный специализированный абатмент, создающий опору и обеспечивающий жесткую фиксацию титановых сеток, в том числе коллагеновых мембран, над уровнем платформы имплантата при операциях направленной костной регенерации по высоте и ширине, такая фиксация исключает необходимость использования пин или винтов с язычной стороны.

Через 6 месяцев выполнен второй этап имплантации с аугментацией мягких тканей. При визуальном осмотре определяется дефицит кератинизированных тканей на гребне (Рис. 6, 7). Для сохранения имеющегося объема тканей разрез выполнен по мукогингивальной границе со смещением кератинизированных тканей в язычную сторону (Рис. 8, 9). Для аугментации тканей с вестибулярной стороны использован соединительнотканый трансплантат с эпителиальной полоской, полученный с небной стороны в пределах моляров верхней челюсти (Рис. 10). Отступив от зубодесневой борозды 2 мм, выполняем два параллельных разреза перпендикулярно к слизистой на всю толщину тканей до кости в проекции 8, 7 и 6 зубов. Ширина эпителия составила 2 мм. Толщина трансплантата 4 мм. Длина ограничена дефектом реципиентной зоны (Рис. 11, 12).

Установлены формирователи десны высотой 4 мм для поддержки исходных тканей с язычной стороны. После адаптации под дефект трансплантат располагается вестибулярно под полнослойный лоскут таким образом, чтобы эпителиальная полоска оставалась коронарно (Рис. 13), как показано на схеме (Рис. 14).

Апроксимально наложены швы таким образом, чтобы вестибулярный лоскут сопоставлялся с эпителием трансплантата «стык в стык», при этом максимально точно фиксировался к язычному лоскуту. Вследствие чего достигается полная неподвижность лоскутов и трансплантата (Рис. 15).

Результат: через 8 недель после заживления, помимо увеличения объема тканей, получили высокий уровень кератинизации тканей с вестибулярной стороны (Рис. 16). Общий срок лечения

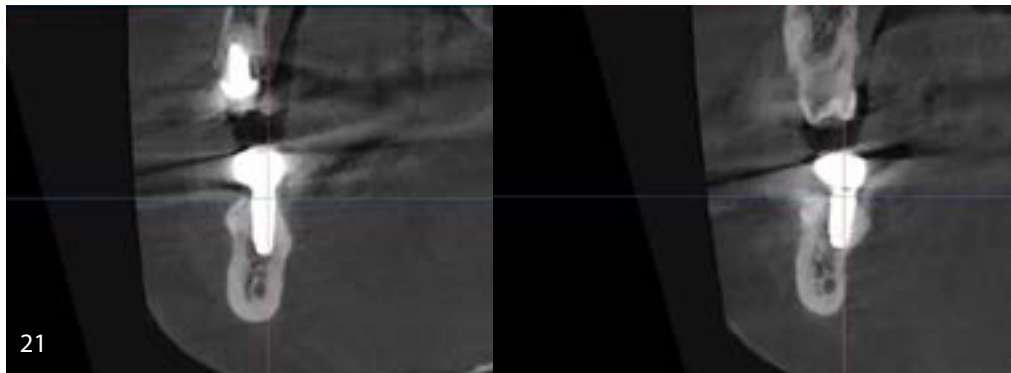




до ортопедического этапа составил 8 месяцев (Рис. 17). Были изготовлены две коронки из диоксида циркония винтовой фиксации (Рис. 18).

Контроль через 2 года после нагрузки (Рис. 19, 20, 21). По данным компьютерной томограммы определяется стабильность аугментата костной ткани, и мы видим сохранение объема и уровня кератинизированных тканей.

Заключение: анализируя опыт использования традиционных СДТ и ССТ, КОРОНАРНО СМЕЩЕННЫЙ СТРИП ГРАФТ (CORONARY SHIFT STRIP GRAFT/CSSG) позволяет не только увеличить объем мягких тканей, но и улучшить их кератинизацию. Учитывая, что большинство современных техник по восстановлению костной ткани сопровождается мобилизацией и истончением лоскута, данная методика особенно актуальна после регенеративных вмешательств и позволяет существенно улучшить качество мягких тканей вокруг имплантатов.




Несмотря на то, что данный протокол подразумевает более простую технику получения трансплантата, у клиницистов могут возникнуть сложности на этапе его фиксации. Недостаточно точное сопоставление краев лоскутов в зоне сохраненной части эпителия может привести к подвижности трансплантата, к последующим осложнениям на этапе заживления и даже к полному некрозу трансплантата. Таким образом, данная методика имеет больше рисков по сравнению

с традиционными протоколами аугментации ССТ и требует от хирурга высоких профессиональных навыков. Прежде чем рекомендовать этот протокол аугментации для повседневной клинической практики, необходимо больше времени для анализа отдаленных результатов и оптимизации техники фиксации для уменьшения рисков осложнений.

## Литература:

1. Clinical Oral Implants Research Volume 29, Issue S15 p. 7-10 Evidence-based knowledge on the aesthetics and maintenance of peri-implant soft tissues: Osteology Foundation Consensus Report Part 1—Effects of soft tissue augmentation procedures on the maintenance of peri-implant soft tissue health. William V. Giannobile, Ronald E. Jung, Frank Schwarz
2. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24 Suppl:218-36. Bone augmentation procedures in localized defects in the alveolar ridge: clinical results with different bone grafts and bone-substitute materials. Jensen SS1, Terheyden H.
3. Int J Oral Maxillofac Surg. 2014 May;43(5):606-25. doi: 10.1016/j.ijom.2013.12.004. Epub 2014 Jan 19. Are there specific indications for the different alveolar bone augmentation procedures for implant placement? A systematic review. Milinkovic I, Cordaro L
4. Clin Oral Implants Res. 2009 Five-year evaluation of the influence of keratinized mucosa on peri-implant soft-tissue health and stability around implants supporting full-arch mandibular fixed prostheses. Schrott AR, Jimenez M, Hwang JW, Fiorellini J, Weber HP.
5. Clin Oral Implants Res. 2018 Influence of titanium base, lithium disilicate restoration and vertical soft tissue thickness on bone stability around triangular-shaped implants: A prospective clinical trial. Tomas Linkevicius Rokas Linkevicius, Jonas Alkimavicius, Laura Linkeviciene, Paulius Andrijauskas, Algirdas Puisys
6. Clin Oral Implants Res 2018 Mar;29 Suppl 15:32-49. doi: 10.1111/clr.13114. Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: A systematic review and meta-analysis Daniel S Thoma, Nadja Naenni, Elena Figuero, Christoph H F Hämmerle, Frank Schwarz Ronald E Jung, Ignacio Sanz-Sánchez
7. J Clin Periodontol 2017 Feb;44(2):195-203. doi: 10.1111/jcpe.12660. Epub 2017 Jan 24.

- Free gingival grafts for implants exhibiting lack of keratinized mucosa: a prospective controlled randomized clinical study Se-Lim Oh, Radi M Masri, David A Williams, Chao Ji, Elaine Romberg 8. J Clin Periodontol 2020 Jun;47(6):777-785. doi: 10.1111/jcpe.13272. Epub 2020 Mar 21.
- Free gingival grafts for implants exhibiting a lack of keratinized mucosa: Extended follow-up of a randomized controlled trial Se-Lim Oh, Chao Ji, Salar Azad 9. Clin Oral Implants Res 2009 Sep;20 Suppl 4:146-65. doi: 10.1111/j.1600-0501.2009.01784.x. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques Daniel S Thoma 1, Goran I Benić, Marcel Zwahlen, Christoph H F Hämmerle, Ronald E Jung 10. Int J Periodontics Restorative Dent. 2014. Human palatal and tuberosity mucosa as donor sites for ridge augmentation. Dellavia C, Ricci G, Pettinari L, Allievi C, Grizzi F, Gagliano N. 11. Clin Oral Implants Res. 2014 Surgical treatment of buccal soft tissue recessions around single implants: 1-year results from a prospective pilot study. Rocuzzo M, Gaudio L, Bunino M, Dalmaso P 12. Indian J Dent Res Sep-Oct 2011;22(5):726-8. doi: 10.4103/0970-9290.93466. Root coverage using epithelial embossed connective tissue graft T Ramakrishnan 1, Manmeet Kaur, Kriti Aggarwal 13. Surg Radiol Anat. 2013 Aug;35(6):463-9. doi: 10.1007/s00276-012-1066-0. Epub 2013 Jan 8. Histomorphometric analysis of the palatal mucosa associated with periodontal plastic surgery on cadavers Sun-Kyoung Yu 1, Baek-Hee Lee, Myoung-Hwa Lee, Kwang-Hee Cho, Do Kyung Kim, Heung-Joong Kim 14. J Periodontol. 2008 Histologic observation of soft tissue acquired from maxillary tuberosity area for root coverage. Jung UW1, Um YJ, Choi SH.



Правильный прикус  
после снятия брекет-  
системы – надолго ли?

# РЕТЕНЦИЯ БЕЗ РЕТЕЙНЕРОВ

Петропавловская  
Софья Андреевна

врач-ортодонт

Среди врачей-ортодонтосов существует огромное количество споров на тему постортодонтической ретенции.

Одни считают, что ретенционные аппараты нужно носить сроком в два раза дольше, чем был период самого лечения, другие – что ретейнеры носить надо столько, сколько человек хочет сохранить идеальную улыбку, а кто-то считает, что при правильно выстроенной биомеханике окклюзии, устранении тяжей уздечек, отсутствия 8-х зубов, вредных привычек и остальных провоцирующих факторов они и вовсе не нужны.

В действительности мы видим, что есть люди, у которых с детства идеальный прикус, который сохраняется таким на всю жизнь, а кто-то неоднократно проходит ортодонтическое лечение и все ровно возвращается в кабинет стоматолога с рецидивом.

Меня как доктора и дважды ортодонтического пациента всегда интересовал третий вариант (безретенционный), но проверить чистоту исследования на двух пациентах с выбором разной ретенции не так доказательно и наглядно, так как нужно учесть степень аномалии прикуса до лечения, возраст, род деятельности, психологический статус, вредные привычки, мышечный тонус.

4 года назад ко мне за консультацией обратились две сестры, которые являются однойцевыми близнецами.

Мне сразу вспомнился «Близнецовый метод», описываемый Френсисом Гальтоном, и незамедлительно пришла в голову идея о том, что это идеальный клинический случай для рассмотрения разных видов ретенции при одинаковых условиях.

**Жалобы:**

эстетика улыбки, выпуклый профиль, подбородочная складка.

**Анамнез:**

из вредных привычек – соска.

**Объективно:**

дистальный прикус, 2 зубоальвеолярный класс по Энглю, саггитальная щель 4 мм.



**По данным ТРГ:**

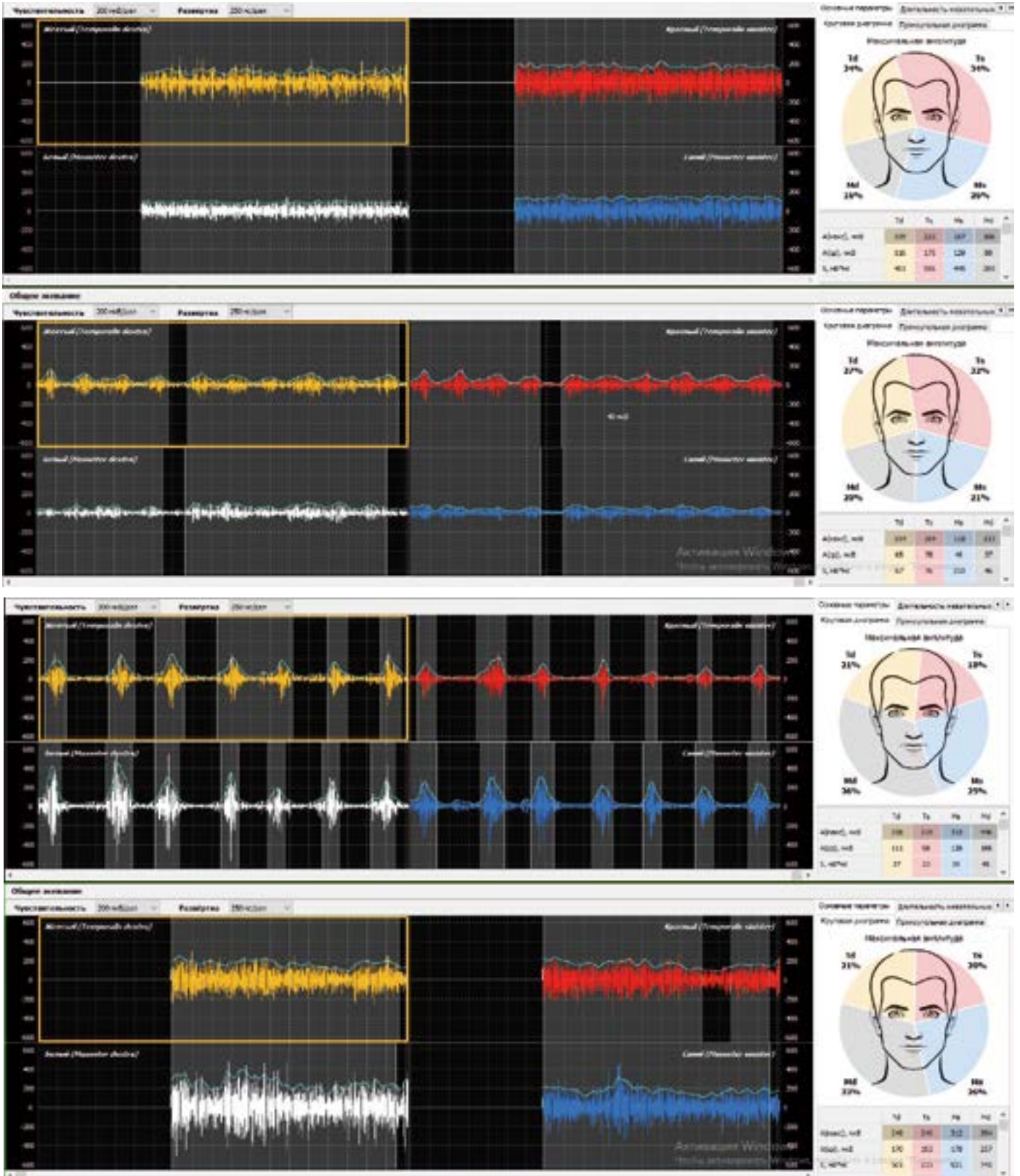
- скелетный класс 2;
- протрузия резцов верхней челюсти;
- тип роста нейтральный, с тенденцией к горизонтальному;

**Данные объективного обследования:**

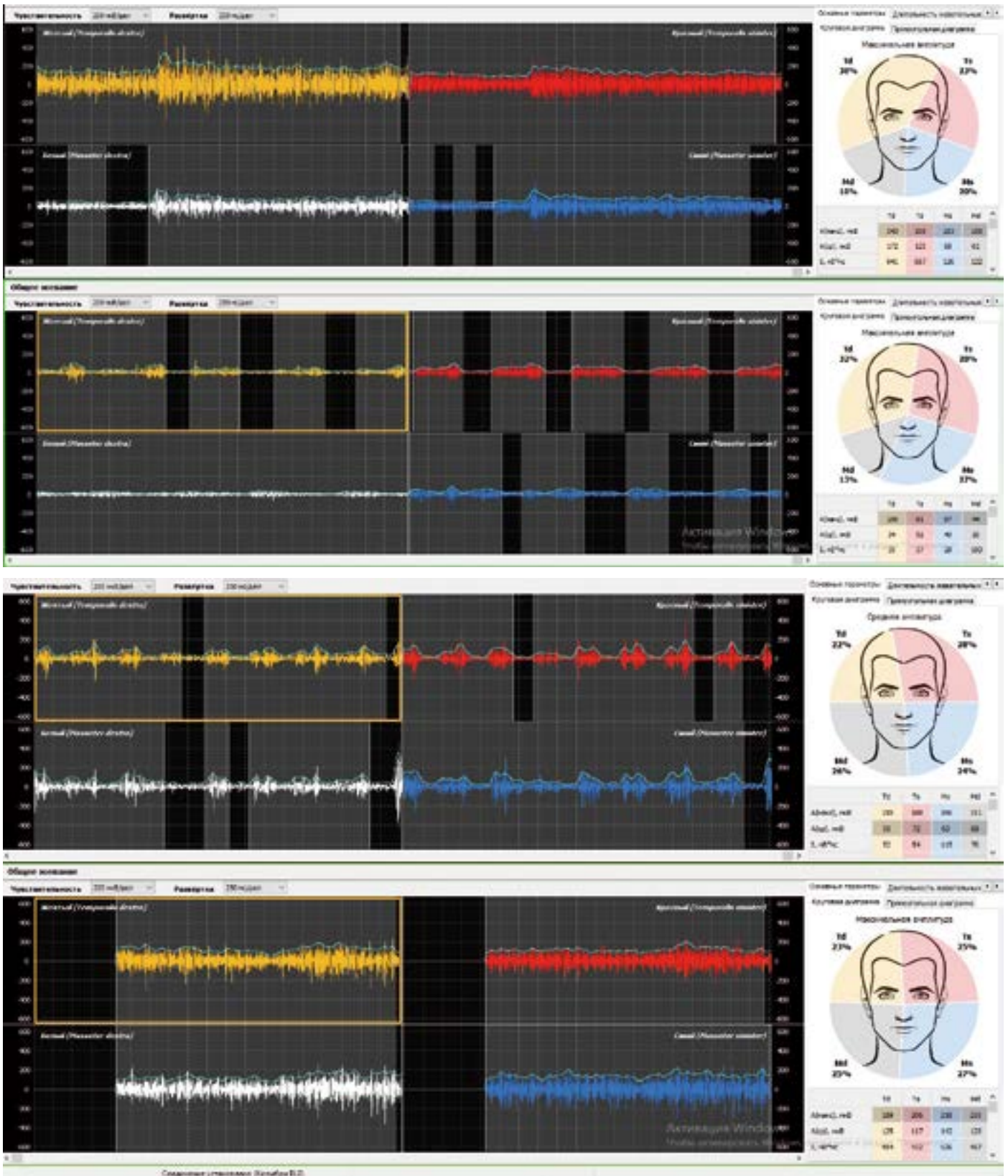
- выпуклый профиль,
  - выраженная подбородочная складка.
- По данным миографии, жевательные мышцы у пациента С. и пациента

В. находились в гипотонусе, что послужило причиной торможения роста нижней челюсти и вследствие этого формирования дистального прикуса.

Миография до /после, девочка 1



Миография до / после, девочка 2



По данным проведенных антропометрических исследований было обнаружено, что исходные данные абсолютно одинаковые, незначительная погрешность присутствовала

только в мезиодитстальном соотношении резцов по Болтону (Bolton), и присутствовали незначительные расхождения градусов по телерентгенографии.

После диагностических мероприятий была установлена лигатурная брекет-система фирмы 3m victory, пропись mbt, с крючками на клыки и премоляры на верхнюю и нижнюю челюсть, с разницей в 1 месяц.

В день установки брекет-системы на нижнюю челюсть накладки на премоляры и моляры 2 мм.

5 месяцев проводился этап нивелирования зубных рядов на дугах круглого сечения.

Далее была произведена работа по устранению протрузии верхних резцов совокупностью дуг прямоугольного сечения и эластическим чейном без шага на верхнюю челюсть.

Через 7 месяцев была выдана эластическая тяга Антилопа 3\16 6 oz для протрузии нижней челюсти и нормализации смыкания в области премоляров, постепенно сошлифовывались разобщения.

Завершилось ортодонтическое лечение через 13 месяцев на дугах 18; 25 niti фирмы 3m.

Объективно:

- 1 скелетный класс;
- отсутствие саггитальной щели;
- 1 зубоальвеолярный класс по Энгля;
- нормотрузия резцов вч и нч;
- улучшенные профильные данные;
- отсутствие трем/диастем;
- перекрытие резцов на 1/3;
- показатели мышечной активности на миографии в норме.

После проведенного ортодонтического лечения было принято решение пациенту В. зафиксировать проволочные ретейнеры (скрученные из лигатуры 010) в области 13-23 и 43-33.

Дополнительно изготовили индивидуальные ночные съемные ретейнеры (капы).



Рекомендованное ношение: каждую ночь.

Пациенту С. ретейнеры не фиксировались, капы были изготовлены в профилактических целях.

Рекомендации по ношению кап: 1 раз в 2 недели, при возникновении сложности припасовки ретенционной капы перейти на режим ношения 3-4 ночи в неделю.

После снятия брекет-системы следующий визит был через 1 месяц.

Объективно: отсутствие трем и диастем; ангуляция, торк и ротации отдельных зубов у пациентов С. и В. не обнаружены.

Следующие визиты были через 6 месяцев и через 2 года от начала ортодонтического лечения.

Объективно:  
отсутствие трем и диастем;  
ангуляция, торк и ротации отдельных зубов у пациентов С. и В. не обнаружены.

**Мне удалось наблюдать идеальный постортодонтический период без изменений на протяжении 2 лет у близнецов с разным типом ретенции (с и без).**

Возможно, данное стечение обстоятельств можно назвать везением, случайностью, закономерностью, но...

Исходя из наблюдений данного клинического случая, можно сделать следующие выводы.

Мы говорим о лечении при правильно выстроенной окклюзионной плоскости, наличии множественных фиссурно-бугорковых контактов, отсутствии факторов, оказывающих нежелательное воздействие на формирование прикуса и положения отдельно стоящих зубов, таких как:

- короткие тяжи уздечек;
- мышечный гипо-/гипертонус;
- неправильная осанка, гипотонус мышц спины;
- плоскостопие;
- гомогенное питание;
- патология лор-органов;
- вредные привычки;
- бруксизм;
- инфантильный тип глотания.

При отсутствии всех этих вышеперечисленных факторов можно попробовать оставлять пациента без ретенции даже в пик пубертатного периода, но под строгим наблюдением ортодонта и при наличии профилактических съемных подобранных миофункциональных трейнеров, которые нужно начинать незамедлительно использовать 3-4 раза в неделю, как только пациент заметит трудности в припасовывании ретенционных кап.



# Точность и



## ENDO-MATE AT

Стильный и компактный эндомотор

## ENDO-

Беспроводной



# Простота



## MATE TC2

Эндодонтический микроmotor

## ENDO-MATE DT

Эндодонтический микроmotor



# ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

ГЕЦМАН

Антонина Владимировна

Врач-стоматолог детский, частная практика, г. Москва.

Автор проекта Kiddent Team – обучение детских стоматологов.

Действующий член IAPD (International Association of Paediatric Dentistry), член комитета IAPD по связям с общественностью.

*О тенденциях современной оценки качества с каждым днем говорят все больше. Реальность такова, что мы привыкаем к визуальному компоненту, столь неотъемлемому в наше время. Мы оцениваем результат лечения по картинке, соотносим увиденное с неким идеальным форматом. При этом отдаленный результат лечения далеко не всегда будет прямо пропорционален «красоте» рентгенологического снимка. Отдель-*

*ного внимания в данном вопросе заслуживают временные зубы. Порой мы достигаем идеально запломбированных корневых каналов на контрольных рентгенограммах, а в результате наблюдаем осложнения, и наоборот. Почему так происходит? Это связано не только с погрешностью обработки системы корневых каналов, но и с выбором пломбировочного материала при эндодонтическом лечении.*

Лечение корневых каналов временных зубов проводится в случае необратимого пульпита (тотальное вовлечение пульпы в воспалительный процесс), а также при некрозе пульпы.<sup>1</sup>

**Эндодонтическое лечение у детей состоит из следующих этапов:**

1. Сбор анамнеза, осмотр полости рта, проведение основных методов исследования, постановка предварительного диагноза.

2. Использование дополнительных методов исследования, постановка окончательного диагноза;

3. Начало лечения: снятие налета, местное обезболивание, изоляция

системой коффердам, удаление кариозных инфицированных тканей, визуализация участка сообщения кариозной полости с пульпарной камерой – оценка кровотечения или его отсутствия, консистенции сосудисто-нервного пучка, проведение полной пульпотомии (Full Pulpotomy) и создание эндодонтического доступа (при подтверждении диагноза).

4. Непосредственно лечение корневых каналов:

а) предварительная оценка рабочей длины по данным диагностического рентгенологического исследования;

б) механическая обработка системы корневых каналов (методика Crown Down) ручными или вращающимися файлами;

в) медикаментозная обработка (гипохлорит натрия 2,5–3,5%)<sup>2</sup>;

г) окончательное определение рабочей длины (см. статью в журнале Dental Club №1 (13));

д) завершение обработки системы корневых каналов (с учетом изменения рабочей длины);

е) obturation системы корневых каналов, контрольное рентгенологическое исследование;

5. Изоляция obturационного материала в корневых каналах.

Простейшая клиническая классификация пульпитов P.Ford 1997 г.

1. Нормальная пульпа.

2. Обратимый пульпит.

3. Необратимый пульпит.

4. Некроз пульпы.

<sup>2</sup>Механическая и медикаментозная обработка проводятся параллельно, НЕ последовательно.

6. Восстановление коронковой части зуба.

В данной статье я остановлюсь на вопросе obturation системы корневых каналов временных зубов. А именно: каким материалом проводить пломбирование корневых каналов временных зубов.

Всем известно, каким должен быть идеальный пломбировочный материал.

Должен резорбироваться со скоростью, соответствующей физиологической резорбции корня временного зуба; быть нетоксичным для периапикальных тканей и зачатка постоянного зуба; легко резорбироваться в случае выведения за верхушку корня, обладать антисептическими свойствами; легко вноситься в корневой канал при obturation, не давать усадку и легко извлекаться при необходимости<sup>3</sup>.

Всем также известно, что на данный момент не существует материала, который отвечал бы всем вышеперечисленным требованиям.

Выделяют три основные группы пломбировочных материалов для корневых каналов временных зубов:

1) Цинк-оксид эвгеноловые пасты (без/с формальдегидом; без/с йодоформом);

2) Препараты гидроокиси кальция (гидроокись кальция на водной основе);

3) Препараты гидроокиси кальция с йодоформом (гидроокись кальция, йодоформ, силиконовое масло).

По данным литературы<sup>4</sup>, результаты при использовании для obturation материалов первой группы составляют от 85% до 100%, второй – от 60% до 80%, и третьей – от 89% до 100%.

Логично предположить, что мы с одинаковым успехом можем применять в своей клинической практике цинк-оксид эвгеноловые пасты и препараты гидроокиси кальция с йодоформом для достижения качественного лечения. Однако стоит отметить, что действительно успешным отдаленным результатом при лечении временных зубов является не только

отсутствие клинической симптоматики и патологических изменений на рентгенограмме, а прорезывание постоянного зуба, который не пострадал в результате лечения молочного зуба.

Вновь обратимся к литературным данным. Доказано, что цинк-оксид эвгеноловые пасты имеют тенденцию к более медленной резорбции в сравнении с физиологической резорбцией эндодонтически пролеченных зубов. В результате чего пломбировочный материал остается в костной ткани после выпадения временного зуба от нескольких месяцев до нескольких лет (в 27,3% было зафиксировано нахождение ЦОЭ пасты в костной ткани в течение 40,2 месяцев)<sup>5</sup>. Данное свойство является значительным недостатком, что требует от детского стоматолога взвешенного принятия решения при выборе obturationного материала для корневых каналов времен-

ных зубов. Тенденция сегодняшнего дня – отказ от рутинного применения ЦОЭ пасты. Этот материал применяют при лечении очень юных пациентов с крайней степенью несформированности зуба (в расчете на более длительный срок службы и, соответственно, своевременную резорбцию материала).

Рассмотрим клинический случай пломбирования корневых каналов с применением цинк-оксид эвгеноловой пасты, время резорбции которой не соответствовало физиологической резорбции и смене временных зубов.

Пациентка, 2 года. Родители обратились с жалобами на продолжающееся разрушение передней группы зубов на верхней челюсти на фоне лечения аппликационными методами в другой клинике (Рис. 1, 2).

В силу возраста и недостаточной степени коммуникации пациентки



Рис. 1



Рис. 2

<sup>3</sup>Fuks AB, Guelmann M, Kupietzky A. Current developments in pulp therapy for primary teeth. Endod Top. 2021;23(1):50-72

<sup>4</sup>Roberta Barcelos, Laura Guimarães Primo, Márcia P. Alves dos Santos, Federal University of Rio de Janeiro. ZOE Paste Pulpectomies Outcome in Primary Teeth: A Systematic Review Article in



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

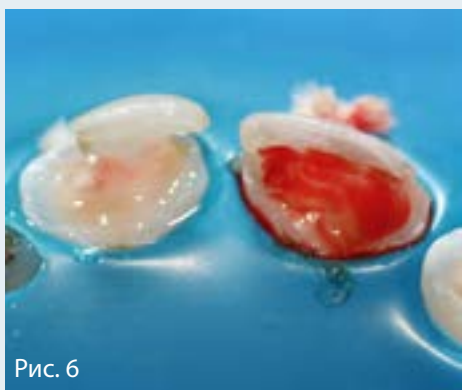


Рис. 6



Рис. 7

с медицинским персоналом провести холодовой тест, сравнительную перкуссию и пальпацию по переходной складке с получением адекватного ответа не представлялось возможным. Санация полости рта была проведена в условиях комбинированного эндотрахеального обезболивания.

На диагностической внутривитальной периапикальной рентгенограмме не визуализировались видимых патологических периапикальных изменений. Радиолуцентные изменения (подтверждающие наличие кариозного поражения) предположительно имели сообщения с пульпарной камерой зубов 5.1 и 6.1 (дать однозначную оценку двумерному изображению не представляется возможным) (Рис. 3).

При зондировании определяются размягченные ткани зубов преимущественно на вестибулярной и небной поверхностях (Рис. 4, 5). После удаления caries infected dentin (CID) под контролем операционного микроскопа, зонда и острого экскаватора №1 определяется сообщение кариозной полости с пульпарной камерой (Рис. 6, 7). Кровотечение обильное, самостоятельный спонтанный гемостаз после полной и высокой пульпотомии не достигнут.

По данным, полученным в результате сбора анамнеза, рентгенологического исследования и клинической оценки пульпы, поставлен диагноз необратимый пульпит 5.1, 6.1 зубов.

Проведены витальная экстирпация пульпы (Рис. 8), механическая обработка корневых каналов зубов 5.1 и 6.1 вращающимися файлами (ProFile) (Рис. 9), медикаментозная обработка гипохлоритом натрия 3% (Рис. 10), obturation цинк-оксид эвгеноловой пастой без формальдегида с помощью каналонаполнителя (Рис. 11, 12). Устья корневых каналов были закрыты цинк-оксид эвгенольным цементом (Intermediate restorative material). Впоследствии зубы пациентки были восстановлены стандартными металлокомпозитными коронками для временных зубов (Рис 13 – 1 год спустя; рис 14 – 1,5 года спустя).

Через 2 года после проведенного лечения пациентки обратились с жалобами на подвижность центральных зубов на верхней челюсти. По результатам рентгенологического

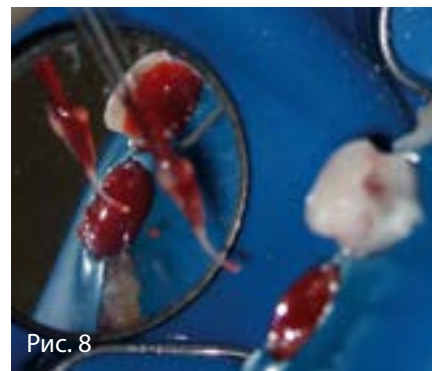


Рис. 8

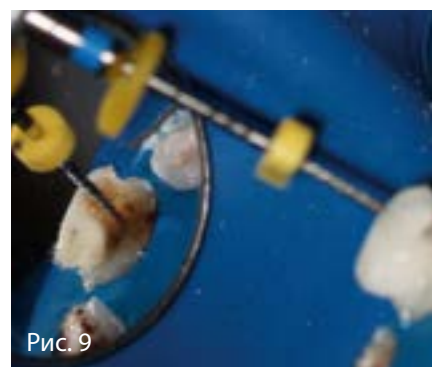


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 17

обследования (Рис. 15) сделан вывод о предстоящей смене зубов 5.1, 6.1 и несоответствии скорости резорбции obturационного материала скорости физиологической резорбции корней. Пациентка направлена на удаление центральных резцов на верхней челюсти. В связи с тем, что пациенты перенесли процедуру удаления на более поздний визит, ситуация усугубилась: возникла вероятность повреждения зачатков постоянных зубов об инородное тело во время прорезывания (Рис. 16). Во время удаления зубов цинк-оксид эвгеноловая паста была извлечена в полном объеме (Рис. 17). Постоянные резцы 1.1 и 2.1 прорезались без повреждений (Рис. 18).

Анализируя данный клинический случай, можно с уверенностью сказать, что у пациентки произошла ранняя смена зубов (в 4 года 1 месяц). Цинк-оксид эвгеноловая паста для obturации корневых каналов рассчитана на более длительный срок службы, и ее резорбция произошла к моменту физиологической смены зубов.

На сегодняшний день большинство детских стоматологов отдают предпочтение материалам из группы препаратов гидроксида кальция с йодоформом (гидроксид кальция, йодоформ, силиконовое масло). Особенно в случае лечения зубов со сформированной системой корневых каналов и вероятностью ранней физиологической смены.

Клинический случай №2.

Пациент 3,5 года. Родители обратились с жалобами на разрушение передних зубов на верхней челюсти, а также на боль при откусывании жестких и кислых продуктов (яблоки) и однократный продолжительный эпизод ночной самопроизвольной боли.

На диагностической внутриротовой периапикальной рентгенограмме визуализируются радиолюцентные очаги на дистальной и медиальной поверхностях (подтверждающие наличие кариозного поражения), прилежащие к пульпарной камере. Видимых патологических изменений периапикальных тканей не определяется.

В связи с выраженным страхом пациента перед медицинскими манипуляциями провести холодовой тест, сравнительную перкуссию и пальпа-



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23



Рис. 24



Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27



Рис. 28

цию по переходной складке с получением адекватного ответа не представлялось возможным. Проведена попытка лечения зуба 5.1 в условиях закись азота-кислородной седации. Была выполнена местная анестезия, изоляция системой коффердам, начало препарирования зуба. В силу низкой степени концентрации внимания и выраженной тревоги пациент не позволил провести лечение, зуб 5.1 был закрыт временной пломбой (Intermediate restorative material). Санация полости рта была проведена в условиях комбинированного эндотрахеального обезболивания.

При зондировании определяются размягченные ткани зубов преимущественно на медиальной и дистальной поверхностях (Рис. 21). После удаления caries infected dentin (CID) под контролем операционного микроскопа, зонда и острого экскаватора №1 определяется сообщение кариозной полости с пульпарной камерой (Рис. 22). Кровотечение обильное, самостоятельный спонтанный гемостаз после полной и высокой пульпотомии не достигнут.

По данным, полученным в результате сбора анамнеза, рентгенологического исследования и клинической оценки пульпы, поставлен диагноз необратимый пульпит 5.1, 6.1 зубов.

Проведена витальная экстирпация пульпы, механическая обработка корневых каналов зубов 5.1 и 6.1 вращающимися файлами (PreRace), медикаментозная обработка гипохлоритом натрия 3%, obturation материалом Metarax с помощью стандартной

пластиковой канюли (Рис. 23). Устья корневых каналов были закрыты цинк-оксид эвгенольным цементом (Intermediate restorative material) (Рис. 24). Восстановление зубов стандартными металлокомпозитными коронками для временных зубов (Рис. 25 – этап припасовки, Рис. 26 – после фиксации коронок).

Спустя несколько дней после проведенного лечения пациент упал и получил травму верхней губы и центральных резцов. Подвижность зубов на момент осмотра была физиологической, изменение положения коронок не определялось. Был диагностирован ушиб зубов 5.1 и 6.1. Рентгенологическое и клиническое состояние зубов через месяц (Рис. 27, 28).

Через 2 года после проведенного лечения пациенты обратились с целью очередного профилактического осмотра. Определяется физиологическая резорбция корней 5.1, 6.1 (Рис. 29), соответствующая дентальному возрасту пациента.

Через 3 года мы наблюдаем процесс физиологической смены зубов (Рис. 30).

Подытожив, я отмечу, что для рутинного пломбирования системы корневых каналов временных зубов предпочтительными являются материалы из группы препаратов гидроксида кальция с йодоформом.

Цинк-оксид эвгеноловые пасты применяются только в случаях крайне несформированной системы корневых каналов и длительного срока службы зуба.



Рис. 29



Рис. 30

MRIYA RESORT  
& SPA

YALTA

# ЮБИЛЕЙНЫЙ КРЫМСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС 29-30/10/2021

## ПРОГРАММА 1-ый ДЕНЬ

29/10/2021

08:00 - 10:00



Регистрация, приветственный кофе-брейк



**Янив Майер**

10:00 - 12:00

Работа с мягкими тканями в области имплантатов. Лечение периимплантита

12:00 - 12:30



Кофе-брейк



**Джакомо Фаббри**

12:30 - 14:30

Планирование и создание поддесневых контур реставрации: биологически обоснованная концепция

14:30 - 16:00



Обед



**Педро Родригез**

16:00 - 17:30

Протоколы немедленной реабилитации при лечении полной адентии конструкциями, опирающимися на имплантаты

17:30 - 19:00



**Борис Фридзон**

Челюстно-лицевые параметры для создания эстетической и функциональной конструкции с опорой на 4-6 имплантатов

## ПРОГРАММА 2-ой ДЕНЬ

30/10/2021

10:00 - 11:30



**Сергей Едранов**

Левитация в аугментации

11:30 - 12:00



Кофе-брейк

12:00 - 13:30



**Дамир Мухамадиев**

Аутогенная костная аугментация. Профессиональный рост или регресс?

13:30 - 15:00



Обед

15:00 - 16:30



**Роман Новиченко**

Физиологическая окклюзия в тотальных работах с опорой на имплантаты

16:30 - 18:00



**Борис Бернацкий**

B2S 21 протокол

18:00 - 18:30



Розыгрыш призов, торжественное завершение конгресса

21:00

*Чайка*

Вечеринка в ночном клубе «Чайка на пляже»

Регистрация

8 (985) 716-77-77



8 (978) 718-08-11

KISIR  
ACADEMY

HELLA  
DENTAL COMPANY

NEODENT



## Надежда Анатольевна АНКУДИНОВА

Коммерческий директор сети стоматологических клиник «Дельта Дент».

Регулярный спикер различных мероприятий по темам управления персоналом и коммуникаций в медицине.

Автор статей стоматологических сайтов Stomdevice и 32top.

Разработала собственную программу подготовки руководителей с нуля.

Является ментором в программе выпускников СПбГУ.

Имеет несколько высших образований в сфере управления и экономики.

Выпускница Президентской программы по направлению менеджмент в здравоохранении.

Активный проектный менеджер в направлении организации обучения молодых предпринимателей.

Окончила международную школу лидерства в Швеции в 2019 году.

# КРІ и администраторы

Последние несколько лет о системе КРІ не писал только ленивый. Огромное количество тренингов, семинаров, вебинаров создавалось на эту тему. Говорили, что внедрять ее обязательно для всех, а иначе бизнес не будет развиваться и доходы расти.

Но очень часто, не разобравшись как следует, руководители кидаются внедрять ее, а на выходе имеют раздраженных сотрудников, упавшую мотивацию и, следовательно, финансовые потери. Быстро от этого всего отказываются и заключают, что КРІ не работает, что это просто маркетинговый ход и для медицины он абсолютно не применим.

Сегодня я хотела бы показать все плюсы данной системы расчета зара-

ботной платы, разобрать основные ошибки и на примере администраторов показать пошагово, как провести подготовительную работу и произвести плавный переход.

На мой взгляд, дело не в системе, а в том, что часто ее начинают использовать, не разобравшись, нарушая все возможные принципы и правила. Мой личный опыт показывает, что при грамотном использовании КРІ не только работает, но и помогает увеличивать прибыль и мотивировать сотрудников на трудовые подвиги.

Начнем с того, что система КРІ – мотивационная. Это значит, что ее грамотное внедрение и использование предполагает увеличение интереса сотрудников к достижению индивидуальных и корпоративных целей

и лояльности к компании. Почему так происходит? Потому что зарплата начинает зависеть от действий самого сотрудника, а значит он может влиять на свой финансовый результат. Что является полной противоположностью окладной системы, где сотрудник, независимо от усилий, получит фиксированную сумму в конце месяца. Рассуждения идут по принципу: «Если не видно разницы, зачем работать больше?»

Самое печальное, что даже изначально высокомотивированные сотрудники теряют интерес к работе, видя, что усилия прилагаются разные, а результат в денежном выражении одинаковый.

В классическом варианте при использовании прогрессивной шка-



лы KPI сотруднику полагается оклад и премия по результатам. Есть три варианта развития событий:

- Сотрудник выполнил установленную норму – получает оклад и премию.
- Сотрудник выполнил установленный план – получает оклад и повышенную премию.
- Сотрудник не выполнил даже норму – получает только оклад.

Так что же все-таки измеряет или показывает KPI? Ключевые показатели эффективности (так расшифровывается аббревиатура) – это, прежде всего, инструмент, который помогает объективно измерить достижение установленных целей всей организации и каждого сотрудника в отдельности.

Ключевые индикаторы представляют собой облеченные в цифры усилия и вклад каждого конкретного сотрудника в общий результат. При регулярном сборе и правильной фиксации полученные данные можно сравнивать между собой за разные периоды времени и отслеживать динамику в оцениваемые периоды.

Правильное использование системы KPI позволит:

- Проводить оценку деятельности каждого сотрудника, отделов и фирмы в целом только на основании цифр и объективных показателей.
- Вводить премии и выплачивать их согласно вкладу каждого сотрудника в работу над общим делом, а не на усмотрение руководителей.
- Внедрять стандарты работы, должностные инструкции, отражающие реальные условия работы, и быть уверенными в их исполнении, так как от качества выполнения будет зависеть заработная плата.
- Отслеживать пробелы в работе и знаниях сотрудников, своевременно их устранять и планировать карьерную карту, а также формировать кадровый резерв.

• Проводить сессии стратегического планирования, опираясь на объективные показатели и существующее положение дел в организации.

Для того чтобы система работала, важно следовать нескольким правилам:

- Ключевых показателей не должно быть много (оптимально 3–5 позиций).

Но что же делать, если показателей, которые вы хотели бы отслеживать, больше, чем 3–5 штук? Показатели можно менять со временем, но не чаще, чем раз в 6 месяцев. Выбирайте те параметры, которые на данный момент являются самыми важными. Те, которые имеют самое большое влияние на конечный результат.

• Система расчета должна быть максимально прозрачной и понятной не только вам, но и каждому сотруднику. Не скрывайте от сотрудников то, как рассчитывается их заработная плата. Это повысит их лояльность к вам и организации в целом. А вот при попытке скрыть систему возникнут подозрения в обмане, и все усилия могут быть напрасными.

• Показатели должны измеряться в цифрах, то есть, например, в оценке работы администраторов не могут использоваться критерии доброжелательность или искренняя улыбка (реальные примеры из провалившихся кейсов по внедрению системы KPI), потому что это невозможно измерить, используя абсолютные значения.

Дополнительным бонусом при использовании системы является позитивный имидж фирмы на рынке труда и возможность привлекать сотрудников с высокой квалификацией. Но это в том случае, если система внедрена по всем правилам.

Прежде чем перейти к описанию реального кейса с администраторами в одной стоматологической фирме, я хотела бы остановиться на возможных ошибках.

Ниже приведены основные советы, которые позволят вам избежать сложностей. Собраны они из реальных примеров.

✓ Не понижайте зарплату. Часто систему KPI недобросовестные работодатели используют, чтобы снизить фонд оплаты труда. Это в корне неверно. А потом при фразе «KPI» сотрудники начинают писать заявления об увольнении. К сожалению, пока слава у данной системы расчета не самая положительная.

✓ Не завышайте целевые значения. Если планка недостижима, то и стараться нет смысла. План должен быть высоким, но не заоблачным.

✓ Не выставляйте KPI наобум. Еще одна популярная ошибка. Показатели берут из интернета или у друзей, внедряют, не анализируя текущую ситуацию в организации, а значит не учитывают особенности, и система дает сбой или вообще не срабатывает.

✓ Не вводите в KPI показатели ради показателей. Все, что вы подсчитываете, должно напрямую влиять на финансовый результат компании.

✓ Если показатели разрабатываете не вы, то обязательно убедитесь в профессионализме тех, кто такие услуги предлагает. Люди, поверхностно знакомые с системой и никогда с ней в реальной жизни не работавшие, не смогут правильно вычлнить и рассчитать показатели.

✓ Работа должна быть системной, то есть, если вы взялись измерять какие-либо показатели, то вы делаете это систематически, за одинаковые интервалы времени. Хаотично собранная информация с разными вводными данными только введет вас в заблуждение и повлечет за собой ошибки.

Всегда ли нужно использовать KPI?

Нет, далеко не всегда. Если компания только начала свою работу или сама по себе имеет скромные размеры, то, на мой взгляд, использование этой системы нецелесообразно. Подготовка и введение будут занимать больше времени и сил, чем приносить пользы.

А теперь, как и обещала, приведу пример внедрения системы KPI с администраторами в стоматологическом центре.

Есть клиника, в которой работают четыре администратора, по два в каждую смену. Они на данный момент получают фиксированную оплату труда. Им платят «за выход». Таким образом, чем больше смен, тем выше заработная плата. При этом администратору абсолютно не важно, есть ли пациенты, будут ли они дальше лечиться, комфортно ли их пребывание в клинике. И речь здесь не о том, что сотрудники ничего не делают, а о том, что прилагать сверхусилия для более крутого результата никто из администраторов не будет. Смысла нет.

Это реальный кейс. И прежде чем приступить к работе, я проанализировала сложившуюся ситуацию.

Администраторы, по сути своей, были довольно замотивированными к работе. Выполняли то, что прописано у них в должностной инструкции, но периодически случались сбои, за которые их отчитывали, иногда даже штрафовали, и все оставалось по-прежнему.

Замечания, которые были к администраторам:

- Не отрабатывают входящие первичные звонки;
- «Прозвон» пациентов проводят неэффективно;
- Есть замечания к поведению в присутствии пациентов и к внешнему виду;
- Есть замечания по заполнению медицинской документации, за которую отвечают администраторы.

Ниже представлен список моих предложений:

1. Начать вести статистику по важным для руководителя критериям, а именно: количество входящих звонков; количество записанных пациентов; количество пациентов, пришедших в клинику из записанных по телефону; количество смен, отработанных администраторами; количество пациентов, записанных из журналов «прозвона», листов ожидания и тому подобное.

2. Выбрать совместно с руководителем показатели, по которым мы будем оценивать работу администраторов.

3. Вести расчет заработной платы в течение, как минимум, трех месяцев по-старому – для администраторов, и по-новому – для руководителя, чтобы сбалансировать все показатели, проверить предположения и не допустить ухудшения финансовых условий для администраторов.

На протяжении первого месяца кропотливо собирались данные. Когда они попали ко мне в руки, я проанализировала увиденное, и у меня возник ряд вопросов:

1. Почему при 100 входящих у администратора А только 37 записанных пациентов?

Стали слушать звонки (использовалась IP-телефония, и звонки записывались). Всплыли пробелы в знаниях. Отправили администратора на обуче-

ние, провели аттестацию всех остальных, чтобы проверить уровень знаний.

Второй проблемой стала периодическая явная незаинтересованность администраторов в разговоре. То есть они работали как регистраторы входящей информации. Проанализировали работу в целом, выяснили, что такие звонки были в основном в часы пик, когда много пациентов в холле и им необходимо уделить внимание, идут расчеты по кассе, где нужно быть максимально сконцентрированным. То есть нежелание администратора связано не с отсутствием заинтересованности в беседе, а с тем, что она просто не успевает.

Что же делать с этой проблемой? Выводить еще одного администратора, передавать звонки в колл-центр, приглашать дополнительного человека в часы высокой нагрузки. Решение найти можно, если есть понимание, где «узкое горлышко».

2. Почему при 50 совершенных звонках пациентам из списка у одного администратора записано 30 человек, а у второго – 5?

Ответ оказался на поверхности. Более результативный администратор звонил пациентам из листа ожидания, то есть тем пациентам, которые ждали возможности попасть к врачу. С этим и связана такая хорошая конверсия. А второй администратор приглашал на профессиональную гигиену полости рта и контрольный осмотр, который необходимо проходить раз в полгода. Понятно, что здесь желающих было не так много. Проблему решили просто. Списки поделили поровну, и каждый из администраторов звонил как по листу ожидания, так и с приглашением посетить клинику.

Анализируя звонки, я также обнаружила, что звонки пациентам из списков на контрольный осмотр проводились с ошибками в коммуникации, работа с возражениями не проводилась, администраторы легко «сдавались». Было принято решение провести тренинг по телефонным переговорам, что дало свои результаты уже в первый месяц.

Параллельно со сбором данных я разработала чек-листы, которые позволяли проверять работу адми-

нистраторов на предмет выполнения должностной инструкции.

Чек-лист – это список вопросов, на которые можно однозначно ответить «да» или «нет», поставить 0 или 1 балл, а, следовательно, посчитать, так как я уже говорила выше, что в систему KPI можно включать только те показатели, которые можно посчитать.

Таковыми вопросами могут быть:

1. Встал ли администратор при появлении пациента?
2. Предложил ли снять верхнюю одежду и показал ли шкаф?
3. Предложил ли чай, кофе?
4. Показал ли, где находится туалет?
5. В форме ли был администратор?
6. Собраны ли были волосы у администратора?
7. Пояснил ли администратор, как нужно заполнить анкету о здоровье?
8. Объяснил ли, для чего нужен договор и основные пункты?
9. Спросил ли после приема о самочувствии пациента?
10. Предложил ли дальнейшую запись или (при отказе) внес ли пациента в «очередь» и предупредил о том, что будет совершен звонок с предложением повторно посетить врача?

Вопросы могут быть любыми. Те, что я привела выше, были важны для руководителя клиники, с которой я работала. Важно, чтобы ответ на вопрос был однозначным.

Такой чек-лист заполняется руководителем или ответственным лицом минимум 4 раза за месяц, чтобы исключить погрешности. За счет неоднократного проведения проверки среднее арифметическое значение будет корректным.

Таким образом, еще до введения системы KPI как таковой были выявлены и исправлены существенные пробелы в работе администраторов. Но задача стояла именно по внедрению, поэтому спустя три месяца работа перешла в активную фазу.

Прежде всего были просчитаны коэффициенты и выставлены нормативные значения и плановые показатели.

Нормативные значения – это те результаты, которые сотрудник должен давать при любом раскладе. Это своего рода минимум. И если человек

этот минимум на протяжении длительного времени выполнить не может, то необходимо ставить вопрос ребром и расставаться.

Например, конверсия от входящего звонка к записи у администратора должна быть не менее 70%, то есть из десяти позвонивших необходимо записать семь. И это нормативное значение. Если оно ниже, то срочно необходимо принимать меры. Это как красная тряпка. Выше я уже говорила, что в моем конкретном примере значила низкая конверсия.

Плановые показатели – это те результаты, которые хотелось бы видеть и к которым необходимо стремиться. Вот за выполнение плановых показателей предполагается повышенная оплата труда. Так сказать, сверхморковка за сверхрезультат.

Например, с той же конверсией. Если нормативное значение у нас определено в 70%, то плановое можно поставить в 80%. Почему не 100%? Потому что, если вы поставите 100%, то нарушите одно из правил, которое гласит, что плановый показатель должен быть достижим. А 10 человек из

10 записать практически невозможно, поэтому я и говорю о 80%. 20 оставшихся процентов мы оставляем на тех, кто пошел подумать, просто положил трубку после ответа на вопрос или ошибся номером.

Кстати, надо иметь в виду, что если на номер администратора поступают звонки для сотрудников, например, руководителю или старшей медицинской сестре, то это нужно учитывать при расчете, так как конверсия может быть снижена искусственно при эффективной по сути работе администратора.

После определения плановых и нормативных значений были определены веса каждого показателя.

Вес показателя – это цифровое значение, которое показывает, насколько важен для конечного расчета тот или иной показатель. Вес определяет руководитель или человек, отвечающий за внедрение системы KPI.

Сумма всех весов должна быть равна единице. Это важно!

Далее распределяем веса по показателям. В моем примере были выбраны три показателя:

1. Конверсия от входящего звонка к записи на прием, то есть сколько из позвонивших записались.

2. Конверсия от количества совершенных звонков пациентам из «очереди» к тем, кого в итоге записали на прием в клинику.

3. Проверка по чек-листу.

После беседы с руководителем веса были расставлены следующим образом:

первый показатель – 0,4;

второй показатель – 0,4;

третий показатель – 0,2.

Это значит, что для руководителя менее важным является успешное прохождение проверки по чек-листу по отношению к конверсии от входящих звонков и «прозвон». Каждый руководитель сам принимает решение, насколько важен ему один показатель по сравнению с другим. Соотношение может быть любым: 0,2–0,3–0,5 или 0,8–0,1–0,1. Важно помнить, что сумма весов не может превышать 1.

Ниже на картинке представлена основная таблица для расчета KPI, где для администратора проставлены все вышеперечисленные значения.

Ключевые показатели	Весы	Норма	Цель
Ключевые показатели – критерии, по которым оценивается работа персонала. Для каждой должности они свои.	Весы – числа в интервале от 0 до 1, общая сумма которых равняется 1. Отражают приоритеты каждого ключевого показателя с учетом задач компании.	Норма – плановый уровень. То, что сотрудник должен выполнять обязательно. Ниже – работник не справился со своими обязанностями.	Цель – значение, к которому нужно стремиться. Сверхнормативный показатель, позволяющий улучшить результаты.
Коэффициент входящих звонков	0,4	75%	90%
Коэффициент «прозвон»	0,4	50%	75%
Чек-лист	0,2	80%	100%

После того, как определены и выставлены значения и веса, можно переходить к заполнению таблиц на основе тех данных, которые вы собрали. Их также вносим в таблицы для наглядности и простоты расчетов.

Где брать данные? Если вы используете CRM-систему, то сбор данных для таблиц будет максимально прост, если нет, то придется делать это вручную.

Коэффициент входящих звонков			
	Входящие	Записанные	% выполнения
администратор (кол-во)	100	78	78%
Коэффициент «прозвона»			
	Исходящие	Записанные	% выполнения
администратор (кол-во)	100	65	65%

Проверка по чек-листу						
	первая	вторая	третья	четвертая	сумма	% выполнения
проверка по чек-листу (в чек-листе 10 пунктов)	10	7	10	7	34	90%
						90%

Далее просчитываются фактические результаты работы и вносятся в основную таблицу, как показано на рисунке ниже.

Ключевые показатели	Весы	Норма	Цель	Факт
Ключевые показатели – критерии, по которым оценивается работа персонала. Для каждой должности они свои.	Весы – числа в интервале от 0 до 1, общая сумма которых равняется 1. Отражают приоритеты каждого ключевого показателя с учетом задач компании.	Норма – плановый уровень. То, что сотрудник должен выполнять обязательно. Ниже – работник не справился со своими обязанностями.	Цель – значение, к которому нужно стремиться. Сверхнормативный показатель, позволяющий улучшить результаты.	Факт – фактические результаты работы.
Коэффициент входящих звонков	0,4	75%	90%	78%
Коэффициент «прозвонков»	0,4	50%	75%	65%
Чек-лист	0,2	80%	100%	90%

И остается самое важное – определение коэффициента результативности.

Ключевые показатели	Весы	Норма	Цель	Факт	Индекс KPI
Ключевые показатели – критерии, по которым оценивается работа персонала. Для каждой должности они свои.	Весы – числа в интервале от 0 до 1, общая сумма которых равняется 1. Отражают приоритеты каждого ключевого показателя с учетом задач компании.	Норма – плановый уровень. То, что сотрудник должен выполнять обязательно. Ниже – работник не справился со своими обязанностями.	Цель – значение, к которому нужно стремиться. Сверхнормативный показатель, позволяющий улучшить результаты.	Факт – фактические результаты работы.	Индекс KPI показывает уровень результата по отношению к норме
Коэффициент входящих звонков	0,4	75%	90%	78%	104%
Коэффициент «прозвонков»	0,4	50%	75%	65%	130%
Чек-лист	0,2	80%	100%	90%	113%
					<b>116%</b>
					<b>1,5</b>

Обратите внимание на колонку под названием «индекс KPI». Там вы видите значения в процентах, и все они больше 100. Сейчас поясню, как такое возможно. Фактические результаты сравниваются с нормативными значениями. То есть в нашем примере: норма – 75%, а администратор норму перевыполнил, сделал 78%, поэтому в последней графе и стоит 104%. То есть перевыполнение нормативного значения (которое принимается за 100%) на 4%. Аналогично и с последующими показателями.

Вот мы получили три цифры: 104%, 130% и 113%, и наступает момент, когда мы высчитываем коэффициент

результативности. Каждое значение в процентах необходимо умножить на вес показателя и все результаты сложить. То есть получится такое уравнение:  $(104\% \cdot 0,4) + (130\% \cdot 0,4) + (113\% \cdot 0,2)$ . В нашем примере результат будет равен 116%.

Теперь определяем коэффициент. Если бы у нас в результате всех манипуляций получилось 100%, то коэффициент был бы равен 1. То есть это бы значило, что администратор отработал все нормативные значения, и нас такой результат вполне бы устроил, мы готовы платить ему столько же, сколько и на данный момент, без учета показателей.

Если бы значение было ниже 100%, то это значило бы, что администратор со своими обязанностями не справляется, а значит и финансовый результат его должен быть ниже, и коэффициент будет равен 0,5, если значение в диапазоне 99%-90%, и 0, если ниже.

А вот если значение оказалось больше 100%, значит администратор сделал больше, чем мы заложили, и заслуживает поощрения. А значит коэффициент будет равен 1,5. Можно даже ввести, допустим, коэффициент 2 при значительном перевыполнении плана, но необходимо проверить, возможно ли вообще достижение таких показателей.

Откуда я взяла эти цифры? Это просто математический анализ и практика применения. Вы можете довериться моим расчетам или произвести свои.

На первый взгляд кажется, что система слишком сложная и разобраться в ней практически невозможно, но

поверьте мне, стоит лишь один раз все изучить, и вопросов, как что считается и откуда какие показатели берутся, больше не будет ни у вас, ни у ваших сотрудников.

После того, как коэффициент результативности вычислен, можно пе-

реходить к расчету самой заработной платы.

Напомню, что первые три месяца необходимо вести параллельно две таблицы. В одной отображаем старую систему расчета, а во второй – новую, чтобы проще было сравнивать.

	специализация	кол-во смен	стоимость смены	сумма
Иванова А.	администратор	15	1 500	22 500
Петрова А.	администратор	13	1 600	20 800

Таблица из моего примера. Как я и говорила, существующая система оплаты труда предполагала просто оплату за «выход». Желтым выделена сумма начисленной заработной платы каждого администратора.

А теперь я представляю вашему вниманию таблицу расчета по новой системе.

	специализация	кол-во смен	стоимость смены	сумма	база для расчета премии	Коэффициент результативности	сумма	Итого
Иванова А.	администратор	15	900	13 500	10 000	1,5	15 000	28 500
Петрова А.	администратор	13	900	11 700	10 000	1	10 000	21 700
Сидорова А.	администратор	10	900	9 000	10 000	0,5	5 000	14 000

Здесь появились две новые графы.

Первая – это база для расчета премии. Что это такое? Это та цифра, на которую мы будем умножать коэффициент результативности и получать премиальную часть заработной платы.

Как ее получить? Есть несколько вариантов расчета. Я пользуюсь, на мой взгляд, самым простым. Когда стоимость смены плюс база, умноженная на коэффициент результативности 1, равно заработной плате, просчитанной «по-старому». Например, у администратора Петровой в старом варианте смена стоила 1600, и за 13 смен она получила бы 20800. По новой системе стоимость ее смены станет всего 900 рублей, но, если она выполнит нормативные показатели и ее коэффициент результативности будет равен 1,

она получит почти столько же – 21700. Но если в первом варианте сотруднику просто нужно было выйти на работу, то, чтобы получить столько же в новых условиях, придется выполнить ряд важных для руководителя условий. Простым математическим подбором просчитываются база и стоимость смены.

В таблице наглядно показано, как будут изменяться финансовые показатели администраторов в случае перевыполнения, выполнения и невыполнения нормативных показателей.

По итогу моей работы, на протяжении трех месяцев практически все администраторы перевыполняли или выполняли нормативные показатели, поэтому было довольно легко объяснить выгоду от перехода на новую си-

стему оплаты труда и замотивировать на работу.

На данный момент клиника работает на этой системе седьмой месяц, и, по оценке руководителя, работа администраторов значительно улучшилась, что сказалось на общей работе клиники в целом.

Как видно из примера, к внедрению системы KPI нельзя подходить неподготовленным. Только планомерная работа, тщательный анализ каждого показателя и выверение всех формул смогли обеспечить безболезненный переход на новую систему оплаты труда, от которой выиграли все – и руководитель, и сотрудники, и, главное, пациенты.

# ОСНОВАНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ЦЕНЫ: ЦЕНА VS ЦЕННОСТЬ

С искренней любовью  
к честной современной  
стоматологии,  
эксперт по медицинскому  
маркетингу

Евгений САМУС



*В этой статье я, Евгений Самус, расскажу вам, владельцам, руководителям клиник и врачам, об основных моментах, влияющих на эффективность работы с потенциальными и существующими пациентами в зависимости от вашей ценовой политики.*

*Для большинства пациентов все клиники и врачи одинаковы, и чаще всего пациенты сравнивают их по цене. Мне как человеку из медицинской семьи это совсем непонятно, но у большинства пациентов нет родных и близких с медицинскими знаниями. Главный вопрос, который я хочу поднять в этой статье: как, предвосхищая вопросы пациента «Сколько это стоит?», «А почему так дорого?», «А почему в соседней клинике в 2 раза дешевле?», объяснить «стоит ли это того», не оправдываясь, а формулируя ЦЕННОСТЬ.*

Для начала я попрошу вас, мои внимательные читатели, задуматься над формулой ценности.

ЦЕННОСТЬ = ВЫГОДЫ - ЗАТРАТЫ

Давайте представим простую ситуацию и забудем на 10-15 минут о вашем медицинском образовании и опыте работы. Очень прошу вас выбрать, кем стать на это время. Вы можете представить себя биржевым брокером, воспитателем отличного частного детского

сада, бабушкой с очень обеспеченными внуками или даже бабушкой с обеспеченным молодым любовником. Кем бы вы ни были, у вас нет медицинского образования, никакого – даже среднего. Ваша лучшая подруга – не стоматолог, соседка – не ЧЛХ, а сын подруги – не ассистент стоматолога. Вы вообще в стоматологии не понимаете ничего. Нам сложно это представить? Именно поэтому мы редко говорим с пациентом на одном языке. Зачем это нужно? Давайте разберемся.

Вы представили себя «Нестоматологом»? У вас 6 лет назад очень болел зуб. Так получилось, что вы хотели побыстрее решить эту проблему, не могли терпеть и попросили зуб удалить. Вы ходили с «дыркой» 6 лет, и за это время вам порядком надоело, что любимое мраморное мясо вам неудобно жевать, а улыбка, скажем так, далека от идеала. Вы живете в городе, где достаточно клиник, рекламирующих дентальную имплантацию. Если сформулировать вашу потребность простым языком, то вы «хотите вставить зуб».

Вы видите рекламу на улице или в интернете и записываетесь на консультацию в несколько клиник. До того, как мы перейдем к первичным консультациям в этих клиниках, давайте разберемся в формуле ценности, которую мы уже затронули выше. Именно осознание пациентом ценности предлагаемой услуги стоит в основе выбора в пользу лечения в вашей клинике.



Как мы помним, в формуле ценности есть ВЫГОДЫ и ЗАТРАТЫ, и для формирования положительной ценности первое должно превалировать.

Выгоды – это ожидаемые сравнительные улучшения, получаемые в процессе получения медицинской услуги, в результате нее, когда услуга оказана в полном объеме и после этого.

Затраты – это не только стоимость услуги. Это также страхи, скрытые и открытые возражения, сложности, связанные с получением услуги, и временные затраты.

И затраты, и выгоды можно сформулировать либо в эмоциональном, либо в рациональном ключе. В чем разница? Уверен, что вы отлично ее определяете, когда речь заходит о жалобах или претензиях пациентов: ограничиваются ли они расплывчатыми субъективными оценками (не нравится, не так, как я хотел, неудобно, но не знаю, почему) или дают полноценные ответы относительно локализации боли, конкретику по поводу слож-

ностей в эксплуатации элайнера или проблем в ходе реабилитации после удаления зуба мудрости. Например, если пациент говорит «больно» – это эмоциональное суждение. Если мы предлагаем ему оценить его боль по шкале от 1 до 10, то суждение становится рациональным и измеряемым.

Эмоциональные и рациональные сообщения, независимо от того, исходят они от вас или от пациента, отличаются примерно так же, как философия отличается от физики. Не вдаваясь в тонкости предмета и метода изучения этих наук, скажем так: материи, исследуемые первой, сложно измеримы и имеют разную трактовку в зависимости от той или иной философской теории. Основные понятия точных наук конкретны, имеют ряд фактических характеристик, их можно зафиксировать и измерить. Так и рациональные сообщения основываются на фактических данных, их можно оценить, перечислить их объективные качества, прочесть в документации на материалы и оборудование или зафиксировать в договоре с пациентом.

Эмоциональные сообщения приходится толковать, как басни Жана де Лафонтена, задаваясь вопросом «Что же именно хотел сказать автор?». Но когда речь идет об острой боли, эстетическом дефекте, мешающем нашей личной жизни, или о сложности, возникающей в процессе приема пищи, вряд ли нам хочется разгадывать лексические ребусы или пускаться в философские рассуждения на тему того, что же такое «качественно и хорошо». Вспоминаем нашу ситуацию с зубом, отсутствие которого беспокоит нас уже 6 лет, и терпеть больше нет сил. Готовы ли мы тратить умственную и нервную энергию, чтобы догадываться о том, почему же дорогая клиника с красивым сайтом и изящным логотипом заслуживает того, чтобы мы отдали себя в руки ее врачей? Или хотим узнать здесь и сейчас конкретные достоинства услуги, которые мы получим, если потратим большие деньги, чем в другом месте.

Приведу примеры «перевода» конкретных эмоциональных ВЫГОД на рациональный язык, чтобы принцип стал вам предельно понятен.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ	РАЦИОНАЛЬНЫЕ
надежный материал	<b>немецкий материал экспертного класса</b>
работа с увеличением	работа с 16-кратным увеличением по международному протоколу
клиника дает гарантию	гарантия на сам имплантат от производителя пожизненная, на коронку и абатмент гарантия 15 лет, мы за последние 10 лет установили более 12 тысяч таких имплантатов, за это время могу вспомнить буквально несколько обращений по гарантии
будем выполнять реставрацию зуба	главная задача – выполнить эстетическую реставрацию зуба так, чтобы, с одной стороны, никто не смог заметить то, что она производилась, чтобы зуб обладал естественными формами и цветом и повторял форму и цвет соседних зубов, и, с другой стороны, чтобы не была нарушена функциональная часть и обеспечена долговечность. Именно поэтому я уже более 7 лет выполняю реставрации только с использованием немецких и японских материалов экспертного класса и работаю над зубом только с x-кратным увеличением. Я вам сейчас покажу фотографии «до» и «после» и наглядно продемонстрирую отличие обычной «пломбы» от профессионально проведенной эстетической реставрации



Я сознательно допустил в этом «переводе» одну неточность. Сможете найти?

Знает ли пациент, который хочет «просто вставить зуб», о том, что такое абатмент и почему гарантия на него важна? Конечно, нет. Любой профессиональный термин лучше всего сразу же объяснить. В данном случае можно ограничиться уточнением, что абатмент – это соединение титанового штифта, выполняющего функцию корня зуба, с зубной короной. На своих тренингах я всегда подчеркиваю, как важно общаться с пациентом на понятном ему языке, и даю для этого конкретные инструменты по каждому из направлений в стоматологии.

Возвратимся к вашей воображаемой беззубой персоне. Какой вопрос продолжает вас беспокоить? Правильно, почему в других клиниках вставить зуб – дешевле.

Чтобы ответить на этот вопрос, я хочу еще больше утвердить вас в роли обывателя и приведу еще один пример. Проходя по улицам, вы наверняка часто встречаете вывески и баннерную рекламу заведений общепита. Как рекламируют себя столовые? Чаще всего их лозунг звучит «Дешево и вкусно», окна пестрят надписями «Борщ за 38 рублей», «Напиток в подарок при заказе основного блюда», «Пиво 1+1=3» и тому подобными. К сожалению, на рынке достаточно клиник, которые продвигают себя по примеру этих столовых. Хотя все больше клиентов готовы к тому, чтобы потратить больше, но при этом не рисковать и отобедать в заведении, где качество продуктов не вызывает сомнения и стул будет прогнозируемым.

Но если риск и возможный ущерб от употребления борща за 38 рублей известен любому здравомыслящему человеку старше 5-6 лет, то перспективы лечения в клинике, использующей устаревшее оборудование и материалы низкого качества, вы удивитесь, отнюдь не очевидны среднестатистическому пациенту клиники. Мы прекрасно знаем стоимость мяса



и овощей, но даже представить не можем, сколько стоят материалы для производства и непосредственно самого изготовления имплантата, какое количество времени уходит на изготовление коронки, насколько этот процесс и установка импланта сложны и трудоемки. И чем отличается услуга, произведенная опытным специалистом с использованием дорогостоящего современного оборудования и качественных материалов, с долгим сроком гарантии – нам тоже далеко не ясно. Все эти моменты необходимо проговорить и подчеркнуть, чтобы сформировать понимание ВЫГОД.

Формулируя ЦЕННОСТЬ услуги, необходимо также помнить, что, помимо стоимости, которая известна пациенту и которая относится к ЗАТРАТАМ в нашем уравнении, существует отложенная финансовая выгода.

Например: «С этим немецким материалом экспертного класса срок эксплуатации составит порядка 15 лет, гарантия на него 10 лет, если мы будем выбирать другой материал (дешевле), то срок эксплуатации и гарантия на него составят, соответственно, 5 лет и 2 года. Вероятность наступления ситуаций с прогнозируемыми побочными эффектами, по статистике, с немецким материалом в 2 раза ниже».

В данном примере клиника не только преумножила слагаемые ВЫГОД в формуле ценности, но и уменьшила затраты. Мы терпели 6 лет отсутствие зуба, и нам бы не хотелось еще

через 5-6 лет снова оказаться в той же ситуации, снова тратить деньги и время на то, чтобы «вставлять» тот же зуб.

Говоря о гарантиях, стоит заметить, что, помимо гарантий на материалы и услуги, пациент также задумывается о гарантиях успешного результата лечения. Самый эффективный и простой инструмент, который врач может использовать для того, чтобы помочь пациенту поверить в благоприятный прогноз – презентация конкретных результатов лечения третьих лиц – других пациентов. Результаты могут быть как статистическими – количество или процентное соотношение успешно проведенных операций, так и наглядными – фотопротоколы «до» и «после», конкретные примеры со сроками реабилитации с указанием количества дней, за которые пациент полностью возвращается к привычной жизни.

Меня часто спрашивают, как работать с возражениями. Например, доктор максимально подробно рассказывает про план лечения и план дальнейших действий, и когда он переходит к этапу утверждения договоренностей и записи пациента на первый этап лечения, пациент говорит: «Спасибо, доктор, я пока подумаю, потом сам обязательно позвоню и запишусь». Или «Спасибо, я пока не готов, это слишком дорого», «Спасибо, я еще в нескольких клиниках проконсультируюсь и обязательно потом запишусь», «Доктор, я уезжаю, вернусь и обязательно позвоню». После

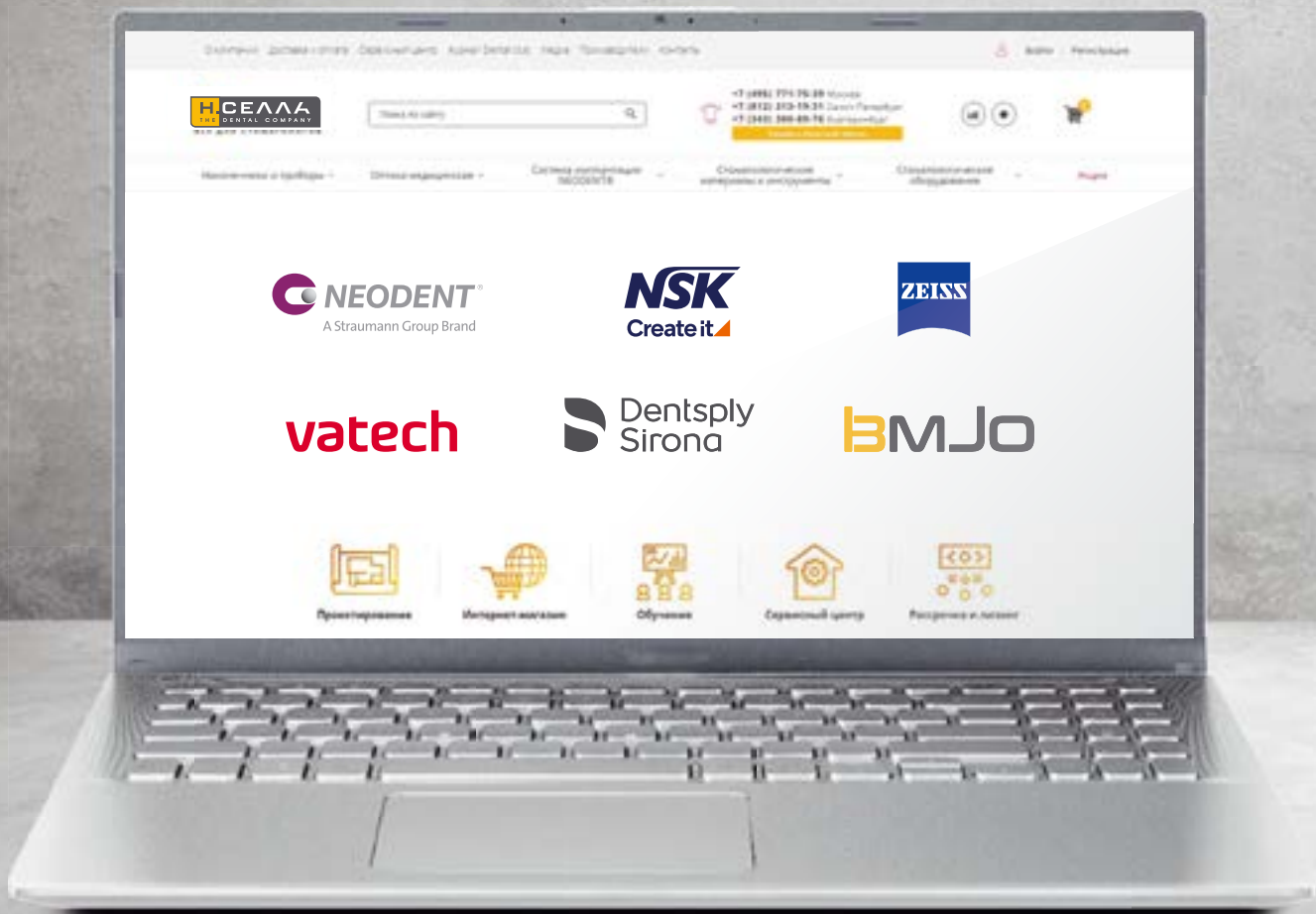
этого пациент, как правило, исчезает навсегда. Главной причиной любого возражения является отрицательная ценность. То есть когда пациент не услышал и не понял достаточно о выгодах, но четко услышал стоимость. Затраты, включая деньги, время, страхи и непредвосхищенные, необработанные возражения, в его сознании стали превалирующим элементом уравнения ценности. Главный вопрос, на который мы должны отвечать пациенту – это не «сколько это стоит», а «стоит ли это того». Я рекомендую всем врачам-стоматологам записывать свои первичные консультации на диктофон, регулярно анализировать и отмечать для себя: о каких выгодах я не сказал вообще, о каких выгодах я сказал, но сделал это непонятным для человека без медицинского образования языком. И после каждого такого анализа отмечать, как минимум, 5 пунктов: что добавить, изменить, улучшить в первичных консультациях для того, чтобы пациент понял и осознал эту информацию.

Я прошу вас задать себе очень важный вопрос. Если пациент, которого мы представляли себе в самом начале статьи и в роль которого пытались вжиться, после того, как вы составили ему план лечения, не принимает решения приступить к этому лечению у вас, можете ли вы быть уверены, что в ближайшем будущем его лечением будет заниматься такой же приятный, обладающий достаточным клиническим опытом, честный и ответственный доктор, как вы?

*«Если вы не можете объяснить что-то шестилетнему ребенку, значит, вы сами этого не понимаете»*

Альберт Эйнштейн





# 7 ПРИЧИН

## ПОКУПАТЬ

В ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНЕ

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



- 1 Надежная и быстрая доставка
- 2 Широкий ассортимент
- 3 Выгодные акции и честные скидки
- 4 Проверенное и надежное оборудование
- 5 Собственный сервис
- 6 Грамотные консультации
- 7 Online-кредит

### Москва

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

### Санкт-Петербург

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

### Екатеринбург

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





# СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР ПО РЕМОНТУ ОБОРУДОВАНИЯ



РЕКЛАМА



**Москва**  
Телефон/факс: +7(495) 771-75-39  
[www.nsella.ru](http://www.nsella.ru)      [info@nsella.ru](mailto:info@nsella.ru)

**Санкт-Петербург**  
Телефон/факс: +7 (812) 31-31-9-31  
[www.nsella.ru](http://www.nsella.ru)      [sp@nsella.ru](mailto:sp@nsella.ru)

**Екатеринбург**  
Телефон: +7 (343) 300-89-76  
[www.nsella.ru](http://www.nsella.ru)      [ural@nsella.ru](mailto:ural@nsella.ru)

