

«МИНУС 10 ЛЕТ ПО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИ»

К ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОМУ ХИРУРГУ ЧАСТО ОБРАЩАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫЕ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ДОРОГОСТОЯЩИХ ЦИРКОНИЕВЫХ КОРОНОК ИСПЫТЫВАЮТ ДИСКОМФОРТ: НЕПЛОТНО СМЫКАЮТСЯ ЧЕЛЮСТИ, ЧУВСТВУЕТСЯ БОЛЬ И ЩЕЛЧКИ В УХЕ И ПРОЧЕЕ. В ТАКИХ СИТУАЦИЯХ ПРОВОДИТСЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ПРИКУСА. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО ПРИКУСА И ФУНКЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТ ВСЕГДА ВЫГЛЯДИТ ЗНАЧИТЕЛЬНО МОЛОЖЕ СВОИХ ЛЕТ. ЕЛЕНА ЧЕРНЫШОВА

СЦЕНАРИЙ ЧЛХ Когда имплантаты только начали входить в нашу жизнь, примерно около четверти века назад, все вопросы, касающиеся имплантации, решали исключительно челюстно-лицевые хирурги (ЧЛХ), поскольку этот процесс требует проведения высокоточных реабилитационных процедур. Это связано с тем, что при проведении имплантации идет работа с челюстными костями в контакте с ЛОР-органами, гайморовыми пазухами, нервами, сосудисто-нервными пучками верхней и нижней челюстей.

«Хирург-стоматолог и челюстно-лицевой хирург — это две совершенно разные профессии», — поясняет Дмитрий Левин, кандидат медицинских наук, челюстно-лицевой хирург, главный врач Центра частной стоматологии «Доктор Левин». — Первый пять лет в институте изучает зуб, второй углубленно изучает анатомию, чтобы быть готовым решать любые вопросы, связанные с хирургией мягких тканей лица, костями, венами, артериями, лор-хирургией, детским приемом, онкологией и имплантологической реабилитацией челюстей».

Пациентами челюстно-лицевого хирурга обычно становятся люди, проходящие комплексную реабилитацию зубочелюстной системы, пациенты с нестандартными, сложными случаями имплантации зубов, пострадавшие в результате травм и получившие увечья лица. Для них обязательно проведение комплексного обследования с помощью 3D- и ультразвуковой диагностики, позволяющей понять, какие группы костных тканей, мышц, суставов затронуты и какой из способов реабилитации оптимален для восстановления. Вторая категория пациентов — те, кто столкнулся с последствиями неудачного удаления зубов. «История частая: начали удалять зуб пациенту, проломили гайморову пазуху, затем выросла киста — человек становится пациентом отоларинголога. Тут стоматолог уже не поможет, имплантацию в таких экстремальных случаях стоматолог удачно провести не сможет», — говорит господин Левин.

К челюстно-лицевому хирургу часто обращаются пациенты, которые после установки дорогостоящих циркониевых коронок испытывают дискомфорт: неплотно смыкаются челюсти, чувствуется боль, щелчки в ухе и прочее. В таких ситуациях проводится комплексная диагностика для выявления причины нарушения прикуса. После восстановления правильного прикуса и функций зубочелюстной си-



ПО ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА
ДМИТРИЙ ЛЕВИН ЗНАЕТ СЕКРЕТ ОМОЛОЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА. ДЛЯ ЭТОГО ПОРОЙ ДОСТАТОЧНО ВОССТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ПРИКУС

стемы пациент всегда выглядит значительно моложе своих лет. «Этот эффект называется „минус десять лет по-стоматологически“, — рассказывает Дмитрий Левин. — Приходит, к примеру, женщина 45 лет, у которой отсутствуют по два жевательных зуба с каждой стороны. Вроде бы ерунда, но в силу этого произошла декомпенсация нижней трети лица, и носогубный треугольник на ее лице — складочка-морщинка между крылом носа и углом рта — стал намного заметнее, чем раньше. Пациентка, обратившись с проблемой к косметологу, узнает, что это проблема не косметологической, а стоматологической природы».

В разных клиниках для предварительной диагностики используются разные приборы. Как вариант, реабилитация проводится по цифровому прототипу плана лечения пациента, который формируется с помощью специального диагностического комплекса. Прибор, придуманный для восстановления зубов у беззубых пациентов, представляет собой набор датчиков, при надевании на голову пациента он снимает данные строения черепа и челюстных костей. После того как человек несколько раз смыкает челюсти, робот показывает, где у него были зубы в 16 лет, какие и где должны быть имплантаты, какого размера коронки поместятся на будущие имплантаты, чтобы пациенту было комфортно. По этому «чертежу» все вспомогательные службы — орто-

педическая, терапевтическая и хирургическая — ведут этого пациента. Все специалисты работают по одному сценарию, который утвердил именно челюстно-лицевой хирург.

Прежде чем принять решение об имплантации, специалисты рекомендуют посетить для консультации несколько медцентров. Хотя бы в одном из них стоит показаться челюстно-лицевому хирургу. «Это регулятор всей деятельности, связанной с хирургией ротовой полости, его уровень ответственности, подготовка, базовые знания позволяют это делать», — пояснил господин Левин. — Как врач со стажем, я могу сказать: глядя на зуб или проблему, по поводу которой обратился пациент, ты прекрасно знаешь, чем закончится его история и что следует сделать. Опытные клиницисты знают, когда зуб следует безоговорочно удалять и рекомендовать имплантацию, поскольку лечение и пломбирование в подобных случаях все равно позже закончится удалением».

Сейчас на рынке медуслуг представлено достаточно много методик имплантации. Есть экспресс-методики и методики классического пролонгированного лечения. К примеру, для пациентов, которые в силу своего здоровья (например, при наличии стенокардии) не в состоянии выдерживать несколько процедур, есть хирургия по шаблону. Пациент, который не готов мириться с ограничениями, предполагаемыми одной методикой, может совместно с лечащим врачом подобрать другой вариант.

К сожалению, в России, особенно в Москве, получила распространение практика костной пластики с помощью пересадки собственных тканей пациента. Конечно, для стоматологического бизнеса это выгодно. К примеру, швейцарские костные материалы сейчас стоят 30 тыс. руб. за 1 грамм, а при пересадке собственного материала пациента клиника тратится только на анестезию и шовные материалы. В итоге, пациент проигрывает дважды: заплатит за забор и перенос материала (т.е. за работу) и отдельно за костную пластику. А еще в качестве сомнительного бонуса — болезненный послеоперационный период. Во всем мире данные техники уже уходят в прошлое.

КОСТЬ В ЦЕНЕ Людям, потерявшим зуб, следует помнить, что при отсутствии зуба после удаления происходит атрофия (уменьшение или истончение) кости. «За

23 года практики я наблюдал, пожалуй, человек десять, у которых отсутствовал такой эффект. Это были молодые хоккеисты, которым клюшкой выбили зубы», — отметил Дмитрий Левин.

Пациенту, пережившему травматичное удаление зуба на верхней челюсти, начиная с клыка и далее, или в течение длительного времени не делавшему имплантацию, специалисты советуют обязательно пройти реабилитацию с помощью процедуры синус-лифтинга. Под мембрану Шнайдера, которая находится на границе с гайморовой пазухой, врач (челюстно-лицевой хирург) закладывает костно-пластический материал для роста кости. Через два месяца в этом месте вырастает новая кость. Когда ее рост закончится и она минерализуется, можно поставить имплантат. «Благодаря 3D-прототипированию плана лечения мы не делаем ничего лишнего — четко знаем, где и в каком объеме необходима кость», — объясняет господин Левин.

Абсолютными противопоказаниями для этой процедуры являются обычно онкозаболевания, заболевания крови и психические отклонения. Общие противопоказания при этом обычно не берутся в расчет. «Есть мнение, что для высокотехнологичной хирургии — а мы говорим именно о ней — всегда есть какие-то противопоказания. Но если выписать все эти противопоказания, то окажется, что пациентами могут быть только 12-летние дети или идеально здоровые люди, которые прошли бы проверку в качестве космонавтов. Их нет и не будет! Опытный врач всех пациентов зрелого возраста обязательно контролирует с помощью анестезиолога, невролога и эндокринолога, которые делают так, чтобы пациент был полностью готов к безопасной процедуре», — отмечает Дмитрий Левин.

Самый первый вопрос, который врачу задает пациент: «Сколько будет стоить имплантация?» Если названная сумма устраивает, он решается на имплантацию, забыв уточнить у врача, какими дополнительными процедурами она сопровождается. Врачебное лукавство приводит к тому, что пациент на финише лечения получает счета, в которых фигурируют суммы, отличающиеся от первоначально оговоренных. Для исключения подобных ситуаций за рубежом давно принята система «кейсовой стоимости лечения». ■

РЕГЕНЕРАЦИЯ ЖИЗНИ

➤ **Расширением спектра своих возможностей челюстно-лицевая хирургия обязана открытию остеointegrации — явления прочного срачивания поверхности титана, отличающегося высокой стойкостью к химическому воздействию и коррозии, с костью. Явление остеointegrации открыл шведский ученый, профессор Пер-Ингвар Бранемарк в 1952 году. Он и стал родоначальником современной дентальной имплантации. Ученый доказал, что одним из условий успешного зубного протезирования является стерильность и чистота поверхности.**

В 1965 году профессор Пер-Ингвар Бранемарк предложил использовать имплантаты, которые состояли из детали, устанавливаемой внутри кости и абатмента — опоры для коронки, которая прикручивалась к ней. Более десяти лет изобретение тестировали на охотничьих собаках.



ПО ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА
ОТКРЫТИЕ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ СДЕЛАЛО ПЕР-ИНГВАРА БРАНЕМАРКА РОДОНАЧАЛЬНИКОМ ИМПЛАНТАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ

В 1962 году Бранемарк успешно поставил имплантаты человеку — 34-летней Геста Ларссону. Вторым пациентом ученого стал таксист Свен Йоханссон, в 40 лет потерявший все зубы.

Почти 20 лет Бранемарк был вынужден умалчивать о своих новых шагах в развитии дентальной имплантации. Общество

стоматологов Швеции крайне настороженно восприняло открытие ученого.

В 1982 году доктор Джордж Зарб из Университета Торонто (Канада), занимавшийся исследованиями в области разработки искусственных заменителей корней зубов, предложил Бранемарку представить результаты своей работы научной общественности. На конференции по остеointegrации профессор получил признание коллег. В 80-е годы появилась масса модификаций имплантата системы Brånemark. Двухэтапная методика имплантации успешно используется и сегодня.

В 2000-е Бранемарк по-прежнему интересовался процессами регенерации костного мозга, костной ткани и системы кровоснабжения. Особое внимание он уделял перспективам в области остеоперцепции — явления передачи протезами, интегрированными с костью, информации, которая может быть интерпретирована цен-

тральной нервной системой. И здесь Бранемарк добился новых успехов. В его практике появились пациенты с остеointегрированными протезами конечностей, которые могли «чувствовать» текстуру ковра, по которому они идут.

Над формированием и развитием метода остеointegrации вместе с Пер-Ингваром Бранемарком работали студенты медицинского и стоматологического факультетов. Пожалуй, благодаря этому опыту ученый окончательно утвердился во мнении, что традиционное разделение между стоматологами и докторами лечебных специальностей через одно-два поколения исчезнет.

«В недалеком будущем профессиональное сообщество поймет, что в основе современной стоматологии, медицины прежде всего лежит биология, особенно иммунология», — был уверен профессор Бранемарк. — Тогда и родится принципиально от-

личающийся от современного подход к подготовке специалистов, который станет новой эрой в медицине. Стоматологов — представителей профессии, которая вплоть до XVII века не была связана с общей медициной, да и сегодня стоит особняком, будут обучать по тем же принципам, в тех же учебных заведениях, что и докторов лечебных специальностей».

Европейская патентная организация наградила Пер-Ингвара Бранемарка премией «Достижение всей жизни». Одну из самых престижных наград, которой может быть удостоен изобретатель, ученый получил за то, что «на протяжении всей карьеры продолжал отдавать свое изобретение, ставшее золотым стандартом дентальной имплантации во всем мире, — феномен остеointegrации». 20 декабря 2014 года в возрасте 85 лет Пер-Ингвар Бранемарк скончался в своем доме в городе Гетеборг.

ЕЛЕНА ЧЕРНЫШОВА