

# СТОМАТОЛОГИЯ

НА РОССИЮ НАДВИГАЕТСЯ ВОЛНА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ТУРИЗМА /3  
ПОЧЕМУ ВЫПАДАЮТ ИМПЛАНТАТЫ  
И КОМУ НЕЛЬЗЯ ИМПЛАНТИРОВАТЬСЯ /5  
ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ  
ПРОВЕРКИ КЛИНИКИ /6  
СКОЛЬКО ЖИВЕТ ВЫБИТЫЙ  
ЗУБ РЕБЕНКА /7  
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ШАБЛОН В КАЧЕСТВЕ  
СРЕДСТВА БОРЬБЫ СО СТРАХОМ /9  
ПОСЛЕДНИЕ ТРЕНДЫ СОВРЕМЕННОЙ  
ИМПЛАНТАЦИИ /10  
КАК НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, УСКОРЯЯ  
И УЛУЧШАЯ РАБОТУ СТОМАТОЛОГА,  
УДЕШЕВЛЯЮТ ЕЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТА /13  
ПРАВДА КАК ГЛАВНЫЙ РЕЦЕПТ  
ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ /14

Вторник, 10 ноября 2015  
Тематическое приложение  
к газете «Коммерсантъ» №34

**Коммерсантъ**

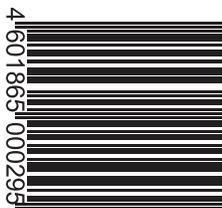
# BUSINESS GUIDE

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР  
ВЫПУСКА



Центры клинического мастерства

\* Имеются противопоказания.  
Необходима консультация специалиста



реклама

# ПОГРЕШНОСТИ ВО ВНЕШНОСТИ – ПОМЕХА ДЛЯ УСПЕШНОСТИ

Здоровая улыбка важнее любых аксессуаров



- Выбери клинику, имеющую сертификат Центра клинического мастерства Nobel Biocare
- Найди своего стоматолога

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



Реклама

ПРЕДУПРЕЖДАЕМ О НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ И НЕОБХОДИМОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА



ВЛАДИСЛАВ ДОРОФЕЕВ,  
РЕДАКТОР BUSINESS GUIDE  
«СТОМАТОЛОГИЯ»

## УЧЕБА ЗАКОНЧИЛАСЬ

Российская стоматология премиум-класса заняла реальное место на мировой карте стоматологических услуг. Дело дошло до того, что по соотношению цена-качество отечественная стоматология, в частности имплантология, вышла на первые позиции в Европе. И если бы не визовый режим, очереди в ведущих отечественных клиниках от Калининграда до Владивостока (именно так, а не только Москвы и Санкт-Петербурга) уже заговорили бы на разных языках. Как это стало возможно? Есть основные причины.

Во-первых, конечно, стараниями наших стоматологов, которые оказались не просто талантливыми, но и старательными учениками, впитав за какие-то пять-семь лет все лучшее, что есть в мире на рынке стоматологических услуг, передовой опыт, технологии, лучшие практики. Во-вторых, качественная стоматология перестала быть элитной услугой, став доступной. В-третьих, — и это неоспоримо! — отечественная частная стоматология стала одним из самых передовых секторов отечественного здравоохранения.

Но это лишь начало. Пока отечественная стоматология ничего нового не придумала. Нужны свои разработки, патенты, методики и технологии, которые были бы приняты профессиональным мировым сообществом. Если этого не будет, российская стоматология застрянет на позиции потребления.

Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» (Business Guide «Стоматология»)

Владимир Желонкин — президент АО «Коммерсантъ»  
Мария Комарова — генеральный директор АО «Коммерсантъ»  
Сергей Яковлев — шеф-редактор АО «Коммерсантъ»  
Анатолий Гусев — автор дизайн-макета  
Павел Кассин — директор фотослужбы  
Валерия Любимова — коммерческий директор АО «Коммерсантъ»  
Рекламная служба:  
Тел. (499) 943-9108/10/12, (495) 101-2353  
Алексей Харнас — руководитель службы «Издательский синдикат»  
Владислав Дорофеев — выпускающий редактор  
Ольга Боровягина — редактор  
Сергей Цомык — главный художник  
Виктор Куликов — фоторедактор  
Екатерина Бородулина — корректор  
Адрес редакции: 125080, г. Москва, ул. Врубеля, д. 4.  
Тел. (499) 943-9724/9774/9198

Учредитель: АО «Коммерсантъ».  
Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2.  
Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации СМИ — ПИ № ФС77-38790 от 29.01.2010

Типография: «Сканвек Аб».  
Адрес: Корьяланкату 27, Коувела, Финляндия  
Тираж: 75000. Цена свободная

Рисунок на обложке: Мария Заикина

# «ЛЮДИ ИЗ ДРУГИХ СТРАН ПОЕДУТ В РОССИЮ ЛЕЧИТЬ ЗУБЫ»

АЛЕКСАНДР СМРНОВ, ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ EDM & RUSSIA - NOBEL BIOSCARE, ОЖИДАЕТ НЕ ТОЛЬКО ПОЯВЛЕНИЯ СРЕДИ РОССИЙСКИХ СТОМАТОЛОГОВ СУПЕРЗВЕЗД, КОТОРЫЕ БУДУТ ВОСТРЕБОВАНЫ ВО ВСЕМ МИРЕ, НО И ВОЗМОЖНОГО НАПЛЫВА В РОССИЮ ПАЦИЕНТОВ ИЗ-ЗА ГРАНИЦЫ.

## НОВАЯ КОНСТРУКЦИЯ РЫНКА

**BUSINESS GUIDE:** Известны ли мировые продажи Nobel Bioscare в прошлом году?

**АЛЕКСАНДР СМРНОВ:** На большинстве основных рынков у компании хороший результат. В России даже намного лучше, чем мы ожидали. Динамика первых девяти месяцев 2015 года еще лучше. Причем вопреки кризису.

**BG:** С чем это связано?

**А. С.:** Есть такая присказка: сначала ты работаешь на репутацию, а потом репутация работает на тебя. И еще потому, что мы очень разумно и поэтапно меняли свою ценовую политику. Потому что мы прекрасно понимали и понимаем, что имплантация — это лечение долгоиграющее. То есть ты не можешь человеку назвать одну стоимость, один план лечения, а завтра по причине изменения курса доллара другую. Поэтому, работая в России, на мой взгляд, лучше держать всегда цены в рублях. И несмотря на рост курса доллара, в основном стараться оставлять цены прежними.

Такой подход позволяет партнерам клиники и специалистам спокойно и предсказуемо работать с пациентами. Не менять на ходу планы лечения. В итоге получается адекватный отклик в профессиональном сообществе, что может дать рост в десятки процентов. А в будущем — и еще более серьезный рост.

**BG:** В декабре прошлого года была закрыта сделка по смене владельца Nobel Bioscare. Кто он?

**А. С.:** Nobel Bioscare купила огромная американская корпорация Danaher (сделка закрыта в декабре 2014 года), которая ставит перед собой задачу, чтобы ее стоматологическая платформа, в которую сейчас входит Nobel, еще больше укрепила позиции на мировом рынке. И сейчас эта корпорация включает в себя очень много известных брендов на стоматологическом рынке.

Что важно. Эта компания не стремится дезавуировать индивидуальную идентичность брендов, таких как Nobel и других, известных в мире. А для нас основной момент заключался в том, чтобы мы не потеряли свою идентичность. Для нас это очень важная вещь.

**BG:** Сколько в прошлом году было пролечено в России пациентов с помощью вашей продукции?

**А. С.:** Около 30 тыс. человек. В 2013 году было 20–25 тыс. **BG:** Сколько клиник в стране пользуются вашей продукцией?

**А. С.:** 300–400 клиник.

**BG:** А если в специалистах?

**А. С.:** Около 1 тыс. стоматологов. Немного. Если исходить из 60 тыс. стоматологов в стране, из которых 15–20 тыс. занимаются непосредственно имплантологией.

**BG:** В 2013 году на рынке имплантологии примерно 60% в деньгах приходилось на премиальный сегмент. А в 2014-м?

**А. С.:** Я думаю, что такое соотношение сохранилось. На этом фоне выросла конкуренция в недорогом сегменте. Стало больше производителей, которые вышли на рынок с похожими продуктами. Поэтому они и технологически не могут конкурировать. Они конкурируют только за счет цены. То есть на недорогом рынке даже отмечено снижение цены, соответственно, выросло число пациентов, число единиц продукции.

**BG:** А ваша доля на премиальном рынке?

**А. С.:** 30–35%, остальная часть суммарно приходится на другие компании.

Всего в мире пять-шесть ведущих систем на рынке имплантологии. Из них в России активно представлены четыре. Три из них сейчас представлены под одним



СЕРГЕЙ МИКЕЕВ

**АЛЕКСАНДР СМРНОВ ОТМЕЧАЕТ РОСТ КОНТРАФАКТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ РЫНКЕ. ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА — ОТСУТСТВИЕ КОНТРОЛЯ ПО СТОРОНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА**

брендом. Основной наш мировой конкурент — швейцарская компания Straumann еще слабо представлена в России. Но они придут сюда, они вынуждены будут вкладывать в Россию значительные средства. Полагаю, что структурирование рынка еще не завершилось. И в более массовом секторе, где появляются новые игроки, которые пытаются предложить новый продукт, и в премиальном секторе.

**BG:** Приобретение Nobel Bioscare не могло не остаться незамеченным. Сделка эта не могла не изменить рынка.

**А. С.:** Сейчас в принципе меняется топография рынка стоматологических услуг. Если основу имплантологии, да и вообще стоматологии, составляли небольшие авторские клиники, часто семейные, которые конкурировали на локальных рынках и боролись в основном за лояльность небольших частных клиник, то сейчас очень сильно топография рынка меняется. В России всегда были сетевые клиники. Сейчас бурные числа таких клиник в Японии, Европе и Америке. И плюс происходит глобализация стоматологических компаний, то есть образуются такие колоссальные монстры, как наш новый владелец.

**BG:** Национальные бренды уходят в прошлое?

**А. С.:** Это большой вопрос для меня, потому что стоматология все-таки вещь достаточно специфическая. И я думаю, что есть два варианта развития событий. Либо останутся только крупные транснациональные корпорации, которые будут господствовать на мировых рынках, либо они будут делить рынок с небольшими компаниями, предлагающими уникальные решения.

Одним словом, мировой стоматологический рынок сейчас на очередном изломе, процесс консолидации не завершился. Мы ждем, что укрупнение сработает на современное развитие отрасли. Теоретически так и должно быть. В теории все выглядит красиво: крупная корпорация объединяет исследовательские центры, более мелкие специализированные компании, добываясь синергии. Но опять же мы посмотрим, где будет теория, где практика. Возможно, мы в самом начале такой новой сверхтехнологичной эры. И для меня лично мы шли в ногу со временем, возможно предлагая что-то свое из России.

И в этом смысле в России за последние годы сформировалась очень правильная стоматологическая платформа, в которую входят профессиональные врачи, клиники, производители. У нас на рынке разумное соотношение игроков по весу и возможностям.

## КОМБИНАЦИИ БУДУЩЕГО

**BG:** Продолжит ли Nobel Bioscare в рамках новой корпорации дальше идти по пути предложения рынку не просто готовых продуктов и готовых решений, но и технологий и продуктов, комбинации которых дают новые решения.

**А. С.:** Это 100% правильная формулировка. Она не простая для понимания, но такой видится перспектива Nobel Bioscare в рамках новой транснациональной корпорации, в которой есть много возможностей для технологической синергии, для воспроизводства нестандартных решений. Это стало возможным лишь при наличии спектра новых брендов и различных продуктовых и технологических линеек. Возможно, за этим будущее.

**BG:** Но как соединить стандартизацию, призванную удешевить и ускорить процесс, и нестандартные решения, которые по определению затратны.

**А. С.:** Разумеется, придется находить разумное сочетание индивидуализированных и стандартных решений, которые будут погружены в технологический процесс, учитывающий не только индивидуальные показания пациента, особенности продуктовой линейки корпорации, но и возможности самой корпорации, ее подразделений. Но мы еще только к этому движемся.

## АМБИЦИОЗНАЯ ГЕОГРАФИЯ

**BG:** Почему вы уезжаете из России?

**А. С.:** Я принял предложение занять пост вице-президента EDM & Russia - Nobel Bioscare по дистрибуторским развиваемым рынкам. У меня сейчас сфера ответственности будет широкая. У меня и Ближний Восток, и Восточная Европа, и Африка, и Латинская Америка. То есть много чего интересного.

В зону моей ответственности будет входить Россия. Это меня и привлекло.

Я считаю, что за последние семь-восемь лет мы здесь, в России, создали и команду, и концепцию, и систему работы, которая абсолютно может быть конкурентоспособной и востребованной в любом месте. И я надеюсь, что с моей новой позиции в Nobel мы сможем и больше международных контактов получить, и наши российские технологии, и наших врачей шире пробовать на международном уровне. И посмотреть по факту, что из этого получится. Следующие мои три года должны быть этому посвящены. Российским клиникам и стоматологам нужно выходить на международный уровень, на контакты с международными специалистами.

**BG:** А кто возглавит Nobel Bioscare Russia в России?

**А. С.:** В России остается команда, которая много лет работала со мной. Возглавит компанию Руслан Ергешев.

## НОВАЯ КАРТА

**BG:** Очевидно, что Россия появилась на мировой карте стоматологических услуг. Но центром-то она так и не стала?

**А. С.:** Для того чтобы в России появились мировые суперзвезды, нужно двигаться по двум направлениям. Во-первых, нужен правильный, скажем так, промоушен. И я считаю, что Nobel Bioscare как раз в состоянии этому способствовать, чтобы в России появились лидеры мирового уровня, которые будут хорошо приняты на ведущих миро- →

→ вых форумах. Как раз наш план на следующий год и на 2017-й интегрироваться в такие мероприятия и попробовать наших спикеров в абсолютно разных странах. Плюс у нас будет глобальный конгресс в Нью-Йорке, на котором впервые должны будут выступить российские клиницисты. На основной сцене. Это один момент.

И второе направление. Нам нужно делать свои клинические исследования, свои разработки, свои идеи патентовать. Если этого не будет, мы всегда будем оставаться только лишь потребителями.

На сегодняшний день мы в имплантологии ничего не придумали. На сегодняшний день мы просто потребляем. Кто-то придумывает это, разрабатывает, изготавливает. А мы этим пользуемся. Что, конечно, не так мало.

**ВГ:** Но уже недостаточно?

**А. С.:** Жизнь не стоит на месте. Я уверен, что у нас есть очень большой ресурс для развития в России. Интеллектуальный, материальный, человеческий. Все у нас есть. Просто нужно перейти на следующий этап. Я уверен, что вот этот следующий шаг для того, чтобы мы стали более заметны на карте мировой стоматологии, мы сейчас должны сделать.

## ГДЕ УЧАТ ЗАВТРАШНЕМУ ДНЮ

**ВГ:** Чтобы появилась стоматология завтрашнего дня, должны быть стоматологи, которые этот завтрашний день создадут сегодня. Какими должны быть эти стоматологи, кто, где и как их научит? Каким должно быть это образование?

**А. С.:** Три составные части должны присутствовать в таком образовании, чтобы появились стоматологи будущего.

Во-первых, нужно постоянно готовить профессорско-преподавательский состав. Это не должно быть пущено на самотек. Нужно быть уверенным в том, что эти люди получают всю самую современную информацию, а желательнее практически ею пользуются, то есть являются практикующими докторами.

Второй момент. Нужно иметь высокий уровень оснащения в процессе обучения. Чтобы студенты могли отрабатывать практические навыки в нормальных, достойных, приближенных к реалиям условиях. Могли бы руку поставить правильно.

И третье, это информационные технологии, которые должны быть интегрированы в образовательный процесс. **ВГ:** Стоматолог завтрашнего дня — это прежде всего функционально заточенный под одну процедуру или это универсал?

**А. С.:** Я не очень верю в модель работы, когда каждый занимается какой-то отдельной узконаправленной процедурой. Безусловно, такие специалисты будут. Потому что есть очень сложная хирургия. И будут люди, которые будут заниматься только хирургической стоматологией. Но в базовой ортопедии много стандартных ситуаций.

Поэтому я думаю, востребованы будут прежде всего специалисты, выполняющие в совершенстве по несколько манипуляций, умеющие совмещать хирургию и ортопедию. Это 100% будет.

**ВГ:** Возможно ли совмещение премиальной имплантологии и страховой медицины?

**А. С.:** Никогда задача такая не стояла. Поэтому тут даже прокомментировать нечего. Это есть в небольшом числе стран. Например, в Швеции, и то со своими нюансами.

**ВГ:** Каким представляется значение, роль имплантологии в стоматологии?

**А. С.:** Я думаю, что имплантология будет все большее место занимать в стоматологии. Возможно, лет через десять станет настолько же естественной процедурой, как современная ортопедия. Сложно об этом судить сейчас. Десять лет назад имплантология была таким уникальным делом. Сейчас имплантология — это общее место.

**ВГ:** Ставятся ли задачи по внедрению в стоматологию стандартов имплантологического лечения? Почему их не удалось решить прежде?

**А. С.:** Задачи такие ставились, но сделать ничего не удалось, абсолютно. Не получился диалог на уровне российских стоматологических ассоциаций.

Хотя мне кажется, что именно качественной стандартизации не хватает для начинающих специалистов. Возможно, такой процесс вновь нужно будет инициировать посредством создания ассоциации имплантологов России, которая хотя бы на первых порах разработала бы какие-то клинические рекомендации, в том числе и по

использованию разнообразных продуктов, инструментария и технологий. Такие рекомендации очень нужны. В ассоциацию вошли бы несколько сотен ведущих имплантологов страны, которые стали бы платформой, основанием такой ассоциации. Но этого пока нет, пока мы от этого далеки.

Но у нас есть идея в следующем году провести в России клиническую конференцию, где бы мы обсудили такой проект.

В идеале профессиональное сообщество должно в том числе в той или иной степени выявлять и стараться воздействовать на своих представителей, которые отходят или нарушают стандарты. Но пока этого нет.

Пока мы от этого далеки, пока пациент находится наедине с самим собой. В лучшем случае у него есть какие-то ресурсы в интернете, на которых он может почерпнуть знания или воспользоваться сарафанным радио. Но консолидированного мнения профессионального сообщества сейчас нет.

**ВГ:** Есть ли альтернатива? Сейчас, сегодня?

**А. С.:** У нас есть программа сертификации, когда мы сертифицируем клинику-партнера в качестве центра клинического мастерства. Таких клиник, которые являются центрами нашего клинического мастерства в России и СНГ, — 105.

**ВГ:** Это не более чем 1% от всех клиник?

**А. С.:** Небольшой процент, очень небольшой процент.

## И СТАЛИ ПЕРВЫМИ



ИМПЛАНТОЛОГИЯ В РОССИИ ПЕРЕСТАЛА БЫТЬ ЭКЗОТИКОЙ ИЛИ УДЕЛОМ БОГАТЫХ И РАСПРОСТРАНИЛАСЬ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ

## ➤ Российское представительство Nobel Biocare Russia действует с января 2006 года.

2006–2007 годы — период наиболее быстрого развития и интенсивного роста. На порядок вырастают продажи оборудования, инструментов и материалов, получают развитие обучающие программы, начинается партнерство с медицинскими и стоматологическими университетами. Формируется прослойка российских имплантологов, владеющих самыми современными технологиями. Передовые решения стали доступны не только жителям Москвы и Санкт-Петербурга, но и распространились по всей стране. Российские стоматологи стали постоянными участниками международных конференций и симпозиумов. В 2008 году компания выводит на российский рынок революционное технологическое решение в области имплантологии NobelProcera, организует масштабные мероприятия по информированию общественности о его возможностях. С сентября 2009 года Nobel Biocare Russia запустила ряд масштабных программ, в частности программу маркетинговой поддержки стоматологических клиник через информирование пациентов о современных возможностях стоматологии и программу поддержки российского образования. На сегодняшний день Nobel Biocare в России занимает 40–45% рынка оборудования для имплантологии. Российские инициативы в области сервиса и маркетинговой политики начинают внедряться на международном уровне, что становится уникальным прецедентом в индустрии. За последние шесть лет Россия в лице Nobel Biocare Russia четыре раза — в 2008, 2009, 2011 и 2012 годах — получила звание «Страна года», став лучшим в мире региональным представителем Nobel Biocare.

Ежегодно в России с помощью имплантатов конструкции Nobel пролечивается около 25–30 тыс. пациентов (в среднем на одного пациента приходится три-четыре имплантата). По стране около 10% российских стоматологических клиник активно предлагают пациентам продукцию компании. В премиум-сегменте компания занимает около 30–35% рынка имплантатов.

## ➤ ГЛОБАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖЕР

**Александр Смирнов** уже четырнадцать лет трудится в компании Nobel Biocare.

При его активном участии сформировался единый рынок имплантологии и эстетической стоматологии в России. Много лет уже работают исправно проекты обучения российских стоматологов новейшим технологиям. В Россию постоянно навещаются зарубежные звезды мировой стоматологии. С 2006 года коммерческий директор только что созданной Nobel Biocare Russia. С 2008 года — генеральный директор компании. В том же году на ежегодной конференции Nobel Biocare в Цюрихе признан лучшим региональным менеджером компании. С 2011 года — руководитель представительства компании в России и странах СНГ. С осени 2015 года вице-президент EDM & Russia - Nobel Biocare.

## ОСКАЛ КОНТРАФАКТА

**ВГ:** Увеличилось количество компаний, паразитирующих на рынке, который вы созидаете и разогреваете на протяжении уже многих лет?

**А. С.:** Да. Я не могу сказать, что в геометрической прогрессии. И все же на рынке растет число компаний, паразитирующих на низменных чувствах специалистов, которым предлагаются подделки по более низкой цене.

Но это медицина. Мы и наши конкуренты торгуем не одеждой или сумками, которые можно подделать и затем продавать этот контрафакт. В стоматологии недопустимо поставить качественный имплантат, а потом сверху поставить дешевый контрафакт, потому что это скажется на здоровье пациента, когда у него начнутся проблемы. Печально это, когда коммерция застигает мозги и совесть.

Но поскольку рынок имплантологии очень сильно разогреет, объем контрафакта растет.

**ВГ:** Может быть, это все же следствие кризиса. У пациентов, у клиник стало меньше денег?

**А. С.:** Это следствие того, что не работают общественные профессиональные институты, оформленные в виде, например, профессиональных ассоциаций. Поэтому нет общественного контроля со стороны профессионального сообщества, нет адекватной реакции в профессиональной среде.

**ВГ:** Кто производитель этого контрафакта?

**А. С.:** Разные компании, в основном компании из Израиля, Кореи, предлагающие на рынке поддельную продукцию, в частности под Nobel. Редко это поддельные имплантаты, чаще это абатменты (звено между имплантатом и коронкой). И это совершенно недопустимо. Поскольку не случайно наши продукты называются целостно — системой Nobel Biocare, в которой все технологически подогнано. Все компоненты системы просчитаны. И если в одном месте чуть-чуть будет изменен угол, например в месте соединения абатмента с имплантатом, всего на градус, то это может привести к увеличению до сотни раз коэффициентов нагрузки на имплантат, на десну, на кость. Что в свою очередь может привести к негативным последствиям для пациента.

Но недобросовестные специалисты хотят сэкономить, заработать, говоря при этом, мол, внешне контрафакт ничем не отличается от подлинника.

**ВГ:** Под какими брендами идут на рынок подделки?

**А. С.:** По-разному, выдумывают свои, а есть просто контрафакт в чистом виде.

**ВГ:** Как ввозится контрафакт, как регистрируется?

**А. С.:** По-разному. И в личном багаже. Даже мне порой приходят сообщения в фейсбуке или на электронную почту с предложением о покупке всех систем имплантатов. **ВГ:** Это уголовное...

**А. С.:** Мы проводили исследования. Делали анализ этих подделок, показывали докторам срезы контрафактных продуктов под микроскопом. Показывали, в чем разница. Ну на кого-то это действует. На кого-то это абсолютно не действует. Многим людям абсолютно наплевать. Потому что контрафакт стоит в 2–2,5 раза дешевле и внешне не отличить.

**ВГ:** И какова на рынке доля чистого контрафакта и подделок?

**А. С.:** Точной статистики нет. Думаю 50 на 50.

**ВГ:** И о каком количестве пациентов идет речь, которым поставили подделки?

**А. С.:** Сложно сказать, не могу ответить на этот вопрос. Статистики нет. Думаю, речь идет о тысячах человек.

Конечно, каждый человек сам хозяин своей жизни. Но человека надо информировать о том, что ему делают. Что ему ставят какую-то израильскую или корейскую подделку. Должны объяснить, почему это делается. Если он на это согласен, то это его выбор. В противном случае это уголовное.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТУРИЗМ

**ВГ:** В прошлом году нижняя ценовая граница имплантатов Nobel в России была около 40 тыс. рублей.

**А. С.:** Да. 35–40 тыс.

**ВГ:** С тех пор курс рубля изменился сильно. Каковы цены этого года?

**А. С.:** Повышение могло быть на 10–30%, но не повсеместно. Но важно: цена в валюте снизилась, невозможно было идти вслед за ростом курса рубля. Потому что доходы населения не повысились в два раза в связи с изменением курса доллара. Понятно ведь, что если цена расходного материала выросла на 50%, то при всем желании ты не можешь сохранять ту же самую цену на окончательную стоимость лечения. Вопрос, какой у тебя процент в твоей цене приходится на материал, какой на услугу. И вот тут ты можешь поиграть. Во-вторых, технологии стали более доступными. Но то, что цены изменились и еще изменятся, это несомненно.

**ВГ:** Такой разумный в данных обстоятельствах подход может привести, если не привел уже, к технологической стагнации отечественной стоматологии?

**А. С.:** Я так не думаю. Но каждый, как и прежде, решает для себя сам: купить лучшее оборудование, которое стало в два раза дороже, или сэкономить и купить дешевое.

Поэтому мы сейчас не исключаем того, что люди из других стран поедут в Россию лечить зубы. Такие примеры в Восточной Европе уже есть. В Венгрии, где есть неплохая стоматология, очень развит стоматологический туризм, пациенты приезжают из других стран на лечение.

**ВГ:** То есть Россию ждет волна стоматологического туризма?

**А. С.:** Если бы у нас не было визовых ограничений, то это движение уже бы началось. Потому что сейчас в России в валютном эквиваленте стоматология стоит, конечно, дешевле, чем в Европе, причем в премиальном сегменте ничем не уступая и даже превосходя по качеству аналогичные услуги европейских стран.

Беседовал **ВЛАДИСЛАВ ДОРОФЕЕВ**

# НЕСТЕРИЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ

## ИСТОРИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ОТТОРЖЕНИЯ ЗУБНЫХ ИМПЛАНТАТОВ СЛЫШАЛИ МНОГИЕ. ЭТО СЛУЧАЕТСЯ КРАЙНЕ РЕДКО — ЛИШЬ В 1–3% СЛУЧАЕВ, НО ТАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СЧИТАЕТСЯ САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ИМПЛАНТАЦИИ. ОТТОРЖЕНИЕ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ КАК СРАЗУ, ТАК И СПУСТЯ ГОДЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ОТЧЕГО ЭТО ЗАВИСИТ И ЧЕГО ОПАСАТЬСЯ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫМ ПРЕДСТОИТ УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТОВ?

АРИНА ПЕТРОВА

**В** О том, что происходит отторжение имплантата, говорят сильная боль, которая не снимается анальгетиками, припухлость в области имплантата, покраснение десны, а иногда и гнойные выделения. Впрочем, следует учитывать, что небольшая припухлость десны, боль и кровоточивость в первые два-три дня после операции — это вполне нормально. А вот если симптомы очень острые либо длятся дольше трех дней — это явный признак отторжения. Однако иногда отторжение происходит вообще без симптомов, поэтому на всякий случай после операции стоит наведываться к врачу почаще.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА** Научно отторжение имплантата, или ситуацию, когда он не срастается с костью, называют периимплантитом. По мнению хирурга-имплантолога, пародонтолога Елены Страндстрем, в абсолютном большинстве случаев это результат ошибок врача. «Разумеется, врачам проще обвинить в таких ситуациях пациентов, однако реально по вине пациента имплантаты отторгаются в крайне редких случаях. Лично я не вижу никаких причин, когда это происходит не по вине врачей», — говорит доктор Страндстрем.

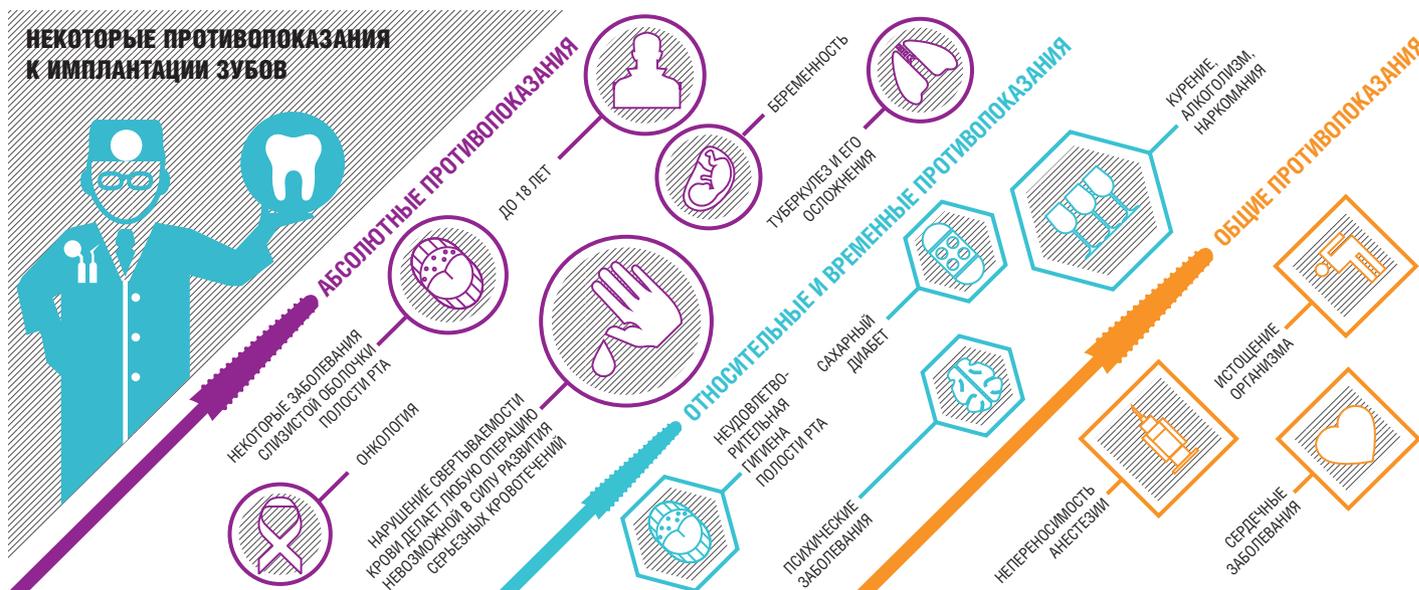
Конечно, многие ошибки докторов очевидны. Например, если врач во время операции перегревает кость, либо недостаточно ее охлаждает, либо выполняет имплантацию слишком быстро. Иногда (хотя и крайне редко) используются тупые сверла или неисправное оборудование. Еще один важный момент — соблюдение стерильности во время операции. К сожалению, в отдельных случаях этим пренебрегают. И чаще всего речь идет о недосмотре хирурга, который ставит имплантат в место, рядом с которым есть очаг воспаления, или не видит, что в лунку попала слюна пациента.

«Осложнения бывают при любой медицинской манипуляции. Связаны они преимущественно либо с повышенными рисками, на которые врач или пациент заведомо идут, либо с технологическими ошибками, которые возможны и при запуске космических кораблей», — отмечает Владимир Новиков, кандидат медицинских наук, член Европейской академии эстетической стоматологии, основатель и руководитель Центра персональной стоматологии Владимира Новикова. «Чтобы свести риски врачебной ошибки к нулю, необходимо перед имплантацией сделать компьютерную томограмму и запланировать операцию: благодаря специальной программе есть возможность провести пошагово все манипуляции с учетом индивидуальных особенностей пациента».

Весьма распространенная причина периимплантита — вовремя не выявленные (или проигнорированные врачом) заболевания пациента, которые являются противопоказанием к установке имплантатов. Таких заболеваний немного. Это прежде всего некомпенсированный сахарный диабет. Сам по себе диагноз «сахарный диабет» установку имплантатов не исключает, однако перед операцией уровень глюкозы в крови пациента должен длительное время оставаться стабильным, без резких колебаний. К тому же на протяжении полугода до имплантации у человека не должно быть госпитализаций по основному заболеванию.

Есть еще ряд тяжелых аутоиммунных заболеваний, при которых имплантаты ставить запрещено: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева и некоторые другие. Кроме того, в списке «запрещенных болезней» присутствует эпилепсия.

Причиной отторжения имплантата в будущем может стать и пародонтит соседних зубов. То есть воспаление десен, которое ведет к их расшатыванию и выпадению. Эксперты говорят, что прежде, чем устанавливать имплантат, доктор обязательно должен вылечить у пациента пародонтит.



«Зубная имплантация основана на базовых биологических принципах инертности некоторых материалов для живых организмов. То есть когда мы говорим об обычной небольшой ране, то даже не сомневаемся в том, что она заживет если не через пять, то через десять дней. Опасаться ран (как и установки имплантатов) необходимо людям с заболеваниями или состояниями, ухудшающими процессы заживления, — нарушением обмена веществ (системные заболевания, активные инфекции, радиационное поражение и т. д.), а также при наличии местных воспалительных заболеваний в полости рта, в том числе связанных с плохой гигиеной. В остальных случаях абсолютных противопоказаний нет», — отмечает доктор Новиков.

Елена Страндстрем говорит, что чаще всего невнимательное составление анамнеза пациента — это тоже ошибка врача. Конечно, может случиться, что болезнь появится внезапно. Или что пациент попытается скрыть свой диагноз. «Такие пациенты, к сожалению, встречаются. Задача врача — собрать анамнез полностью и найти нужные слова, чтобы убедить пациента в том, что скрывать ничего нельзя», — уверена Елена Страндстрем.

В любом случае в хорошей клинике перед установкой имплантата человеку предложат пройти полное обследование организма. Минимум обследований должен включать общий и биохимический анализ крови, анализы крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, а также компьютерную томографию челюсти. Кстати, ни СПИД, ни сифилис противопоказаниями к установке имплантатов не являются, однако пациенты нередко пытаются их скрыть. При этом врач не имеет права отправлять пациента на такие обследования принудительно. И все же если пациент с ВИЧ проходит активную антиретровирусную терапию, с имплантацией зубов лучше повременить.

«Подготовка к имплантации — это часть проводимого лечения. А она включает подготовку слепка и проектирование модели челюсти — в хороших клиниках обязательно проверят движение суставов, височных и верхнечелюстных. Далее составляется полный план лечения, который иногда даже включает цифровой слепок, точно смоделированный на компьютере и выведенный на экран. В Швейцарии есть технологии печати будущей коронки на 3D-принтере вместе с фотографией того, как будет выглядеть рот пациента», — рассказывает доктор Страндстрем.

Установка имплантатов людям младше 18 лет запрещена (приживление имплантатов исследовано только у

взрослых в стабильных тканях), однако бывает, что на нее идут. И сказать, что врач здесь ни при чем, нельзя. Беда в том, подчеркивает Елена Страндстрем, что в России установкой имплантатов чаще всего занимаются рядовые врачи-стоматологи, тогда как во всем мире костной тканью занимаются челюстно-лицевые хирурги. Поэтому пациентов у нас нередко обследуют не полностью либо не так, как нужно.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА** Периимплантит может быть ранним и поздним. Ранний случается в течение трех-четырех недель после установки имплантатов, поздний — через три-шесть месяцев или один-два года после операции. Чаще всего поздний периимплантит связан с тем, что врач неправильно рассчитал нагрузку на челюсть и выбрал неподходящую ортопедическую конструкцию, в результате чего нагрузка на челюсть не соответствует той, которую она способна выдержать.

Обычно специалист (имплантолог) ведет наблюдение за установленными конструкциями до двух лет — ведь именно в это время чаще всего происходят осложнения. Однако известны случаи, когда неправильно установленный имплантат держится пять-десять лет, и все это время он незаметно «подтачивает» кость, что приводит к ее постепенному расслаиванию. Это происходит, к примеру, если врач ошибся с размером имплантата и выбрал вариант, не соответствующий объему кости. Или если установил конструкцию в условиях недостатка костной ткани. Такая ошибка рано или поздно заканчивается тем, что имплантат начинает расшатываться и выпадает.

Однако чаще всего в позднем периимплантите обвиняют пациента, который пренебрегает гигиеной полости рта. Ее соблюдать и правда крайне важно — нужно не только тщательно чистить зубы по утрам и вечерам, но и пользоваться ирригаторами, межзубной нитью. Ведь диаметр имплантата всегда меньше, чем диаметр коронки, поэтому, как бы хорошо ни было проведено протезирование, воспаления возможны. И в их профилактике уход играет первостепенную роль.

«Соблюдение пациентами гигиены имеет огромное значение: профилактика и поддержание хорошего состояния всегда лучше капитального ремонта и устранения осложнений», — говорит Владимир Новиков.

Причиной отторжения может стать и попадание инородных предметов в рану (твердая пища, цемент от коронки). «На имплантатах устанавливаются коронки, и бывает,

что цемент от этой коронки попадает в сам имплантат, что может привести к его потере. Однако и эту ситуацию я склонна рассматривать скорее как ошибку врача, который неправильно установил коронку», — говорит доктор Страндстрем.

Кроме того, иногда причиной отторжения имплантата становится его низкое качество или неправильная конструкция. К сожалению, сегодня на рынке встречаются дешевые некачественные имплантаты, элементы которых не стыкуются друг с другом или в которых не созданы идеальные условия для «сцепления» с костью, а то и просто плохо обработана поверхность.

Некоторые специалисты считают, что причинами отторжения имплантатов могут быть вредные привычки пациентов, такие как курение или злоупотребление алкоголем, однако эту точку зрения разделяют не все. «Пьянство значення не имеет, в отличие от курения. В США курильщикам имплантаты не ставят вообще — ведь процент отторжения у них доходит до 80. Если человек совсем не может не курить, он должен курить хотя бы не более десяти сигарет в день», — говорит Елена Страндстрем. «Алкоголь влияет на весь организм, в том числе и на сосуды, которые проходят рядом с имплантатом, и здесь возможно нежелательное развитие событий. Хотя статистики такой у нас нет», — признается Владимир Новиков.

Что касается прочности имплантатов, то, как говорит Владимир Новиков, ее с лихвой хватит на то, чтобы открыть любую бутылку, но вот керамика на коронке, установленной на имплантат, может сколоться...

Крайне редко у людей встречается аллергия на титан (из него сегодня изготавливается большинство имплантатов). При непереносимости он начинает отторгаться организмом, причем часто это сопровождается воспалением и ухудшением общего самочувствия. Проблема в том, что об аллергии на титан чаще всего заранее неизвестно — она проявляется только после имплантации. Однако эта ситуация не безнадежна — для таких пациентов существуют альтернативные материалы.

К сожалению, если имплантат не прижился, его придется удалить. В большинстве случаев противопоказаний к повторной имплантации у пациентов нет, однако предварительно придется подождать, пока заживут раны и восстановится иммунитет (обычно это занимает несколько месяцев). При этом врач должен четко понять причину периимплантита, чтобы в дальнейшем ситуация не повторилась. ■

# ДОКУМЕНТ ДОВЕРИЯ

## СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ — НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ ПО ПОДГОТОВКЕ К ИМПЛАНТАЦИИ. НО В НАШЕЙ СТРАНЕ ПОКА НЕ СУЩЕСТВУЕТ СТРОГИХ ПРАВИЛ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ СОДЕРЖАНИЕ ПЛАНА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. СКОЛЬКО КЛИНИК, СТОЛЬКО И ПОДХОДОВ К ВЫСТРАИВАНИЮ ОТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТОМ. ОДНАКО ОРИЕНТИРЫ ЕСТЬ.

АНДРЕЙ ГРИГОРЬЯНЦ, РУКОВОДИТЕЛЬ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ SANABILIS

**СТАНДАРТ РИСКА** Стандарты лечения для государственных клиник предельно просты и не вписываются в рамки современных технологий. «Зуб надо удалить щипцами», — указано в них, а в каких случаях и по каким основаниям — не уточняется. Это решает сам врач, исходя из своих знаний и понимания ситуации. Но если что-то пойдет не так, никто не будет отстаивать права потребителя, поскольку к врачу невозможно придаться.

В частной стоматологии применяются передовые технологии, но нет системы отчетности частных перед государством — что они делают и почему берут за это деньги. Нет реестров, в которых все это было бы перечислено. Нет современных медицинских стандартов. Именно поэтому нет ограничений по стоимости и целесообразности. В результате невозможно отследить обоснованность цен и обезопасить себя от некачественного лечения. Врач знает, что никакого контроля нет.

Поэтому для большинства россиян поход к стоматологу всегда сопряжен с определенным риском. Возможно, эта проблема возникает из другой — отсутствия ответственности, поскольку не разработаны нормативные акты, эту ответственность регламентирующие.

По сути, речь идет о защите граждан, которой должно заниматься государство. Человек приходит за медицинской услугой, когда у него возникают проблемы с самым дорогим — здоровьем. У него нет выбора — он просто не может не обратиться к врачу. А его обманывают, необоснованно собирают. И никто это не регулирует.

**СТАНДАРТ КАЧЕСТВА** Хотя за рубежом уже есть успешный опыт. К примеру, в Германии, ежегодно подтверждаются стандарты лечения, где в деталях описано, что и как нужно делать в том или ином случае. Врачи боятся нарушать технологии, поскольку это грозит серьезными проблемами.

В Германии обмануть пациента очень сложно, потому что если страховая компания задаст врачу вопрос, зачем ты сделал два снимка, почему провел эту диагностику, зачем удалил абсолютно нормальный зуб и по какой причине проводил костную пластику, и он не даст удовлетворительного ответа, у него будут серьезные проблемы, так как проверкой занимаются эксперты-специалисты. Все очень строго, поскольку услуги оказывают в основном по страховке. При этом все чувствуют себя прекрасно — и врачи, и пациенты, и государство.

### «ВСЕ ПАЦИЕНТЫ ИДЕАЛЬНЫ»

**Георгий Азарин, хирург-имплантолог, эксперт Nobel Biocare, главный врач клиники эстетической стоматологии и имплантологии AG-Clinic, давно следует правилу рассказывать пациенту о состоянии его зубов честно и открыто. Потому что только трезвая оценка проблемы даст возможность составить оптимальный план лечения.**



Лечебная среда, атмосфера клиники — все должно быть комфортно для пациента. Отношения с пациентом — это только партнерство, притом равноправное партнерство. Хотя иногда у меня складываются дружеские отношения с пациентами, это скорее исключение, чем правило. На мой взгляд, в клинике должна царить атмосфера домашнего уюта, это способствует отношениям, основанным на взаимном доверии и уважении. Мне кажется, не стоит особенно выделять кого-то из пациентов, следует ко всем относиться одинаково внимательно и уважительно. Ты должен быть доброжелательным, профессиональным, пунктуальным. Тогда и от пациента ты можешь ожидать того же самого. Пациент-партнер тебя слышит, вы с ним говорите на одном языке.

Врач должен принять пациента таким как есть. Если врач устал или плохое настроение мешает ему работать, необходимо взять выходной. Уважительно-доброжелательное отношение врача к пациенту — залог партнерских отношений. Негатив, исходящий от врача, отпугнет пациента от него и от клиники. По моему мнению, всем сот-



СКОЛЬКО КЛИНИК, СТОЛЬКО И ПОДХОДОВ К СОСТАВЛЕНИЮ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ И ВЫСТРАИВАНИЮ ОТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТАМИ  
(НА ФОТО: ДОКТОР АНДРЕЙ ГРИГОРЬЯНЦ ВЕДЕТ ПРИЕМ)

Европейская схема взаимодействия с пациентом предполагает составление плана лечения, который должен включать подробный перечень предлагаемых пациенту манипуляций, детальное разъяснение того, что будет с ним происходить, как он будет себя чувствовать после проведенной манипуляции, сколько времени потребует на реабилитацию, сколько раз нужно будет прийти на осмотр и т. д. И мы заимствуем этот опыт.

В нашей стране не существует строгих правил, регламентирующих содержание плана диагностики и лечения. Сколько клиник, столько и подходов к выстраиванию отношений с пациентом. В одних учреждениях обо всем договариваются на словах, ориентируя пациента в стоимости и сроках, в других — детально фиксируют каждый шаг в документе, который подписывается двумя сторонами — врачом и пациентом. Поскольку план лечения важен как для врача, так и для пациента, лучше его оформить документально на первом приеме.

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ** В ходе первичной консультации происходит знакомство врача и пациента, производится осмотр полости рта, сбор жалоб, анамнеза, после чего разрабатывается план лечения, который невозможно составить без диагностики. Исключением является только карьерист, да и то, когда есть маленький дефект зуба и нужно

просто установить пломбу. Зачастую необходимо рентгенологическое исследование либо снятие слепков и оттисков для диагностических гипсовых моделей. В ряде случаев в план диагностических мероприятий может входить фотография, компьютерная томография, обследование височно-нижнечелюстного сустава, восковое моделирование, а также консультации других специалистов.

В нашей клинике мы стремимся экономить время пациента, поэтому стараемся сделать каждый его визит в клинику максимально насыщенным. Первичная консультация у нас может длиться более часа. За это время врач делает рентгеновские снимки, фотографирует пациента и его полость рта, в зависимости от задачи выстраивает компьютерные модели. На основании этих данных и разрабатывается план лечения. Реже необходимо получить диагностические гипсовые модели, и только после их изучения разработать более конкретный план. В любом случае на консультации уже понятно, какие виды лечения могут быть применены.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ** В разных клиниках план лечения может быть более или менее подробным, однако в любом случае должен включать три основных составляющие: перечень запланированных манипуляций, сроки выполнения работ (включая количество и длительность посещений), стоимость каждой манипуляции и общую стоимость работ.

При составлении плана лечения врач исходит прежде всего из своих личных навыков и возможностей инструментария. При составлении плана лечения важно учесть все моменты, которые интересуют и клинику, и пациента, что позволит в дальнейшем избежать взаимных претензий. Я сторонник детального информирования пациента. Подробный план лечения позволяет зафиксировать пожелания пациента, контролировать поставленные цели, отслеживать, что делается и что уже сделано. Это необходимо для безопасности — и пациента, и врача, и учреждения в целом. Поэтому, составляя план лечения, мы

даем максимально полную информацию, чтобы не получить в результате ни единого вопроса-претензии от пациента. При этом мы проговариваем все, вплоть до ощущений во время операции: будет ли вибрация, отек, нужна ли анестезия...

Особое внимание следует уделить обсуждению сроков и длительности лечения, поскольку для многих пациентов это имеет решающее значение. При этом сроки лечения могут существенно варьироваться. Кому-то надо просто удалить зуб, кому-то поставить одну пломбу, а для кого-то проделать огромную работу, которая может длиться год. Пациент должен четко понимать, сколько будет длиться лечение и сколько потребуются посещений. К слову, передовые технологии и современное оборудование позволяют заметно сократить сроки лечения — то, на что раньше уходил год, сегодня делается гораздо быстрее.

При составлении плана лечения нужно предельно точно определить его стоимость. Нередко случается, что люди ориентированы на одну сумму, а в результате получается в два раза дороже. Ясно, что такого быть не должно. Это либо мошенничество, либо крайне некачественный подход. Итоговая цена не может быть приближенной, тем более выше изначально заявленной.

Как правило, в общую стоимость закладывается и первичная консультация, и диагностические исследования. Некоторые клиники, чтобы привлечь людей, проводят бесплатные консультации. Но это уже коммерция. Обычно же консультация платная, поскольку на нее уходит время квалифицированного специалиста, используется большой объем знаний: врач производит осмотр полости рта, анализирует анамнез, прогнозирует результат.

Все манипуляции, используемые специалистом, и все методики, которые он применяет, описаны и отработаны. Это либо наиболее зарекомендовавший себя вариант, либо что-то новое, но ни в коем случае не экспериментальное. Поэтому не бывает такого, что врач не знает, сколько будет стоить лечение. В любой современной клинике есть утвержденный прайс-лист, по которому легко определить как стоимость конкретной манипуляции, так и вычислить полную стоимость лечения. Все эти суммы должны быть указаны в плане лечения, который подписывают и врач, и пациент. Это гарантия того, что в рамках этих манипуляций стоимость лечения не изменится, по крайней мере в большую сторону.

навстречу. Всегда лучше предлагать несколько планов лечения, разных по методикам и срокам. А пациент уже сам выбирает, исходя из своих представлений и пожеланий.

Окружение нашего пациента очень важно. Это те люди, с которыми он каждый день встречается, общается. Безусловно, степень доверия к родственникам гораздо выше, чем к клинике или врачу. Зачастую, если это возможно, мы приглашаем родственников пациента на ключевые этапы стоматологического лечения для совместного выбора плана лечения, согласования сроков или на финишном этапе реставрации и восстановления зубов.

Одной из первостепенных задач должно быть создание партнерских отношений с пациентом в клинике. Продуктом консультации пациента со специалистом является план лечения и информирование пациента о тех стоматологических проблемах, которые у него имеются. Только реальная оценка проблемы, только истинная информация о проблеме без перегибов в сторону запугивания или в сторону «да ерунда какая». Лучше взять за правило всегда говорить пациенту о состоянии его зубов честно и открыто.

Да, лечение порой не быстрый процесс. Но и получение результата лечения также не сиюминутно. Мне, как хирургу-имплантологу, это известно лучше, чем многим другим. Хирургическое лечение сопровождается болезненными ощущениями, отеками и так далее. До начала лечения я должен выстроить мост между собой и пациентом и только потом начинать лечение. Еще это можно назвать доверием. И мне стоит поблагодарить всех моих пациентов за их терпение!

Записала МАРИЯ РЫБАКОВА

# ОСТАТЬСЯ В СТРОЮ

## случаи, когда маленькие дети теряют зубы, не так уж редки. примерно каждый третий ребенок в возрасте до 16 лет лишается зуба или зубов. имплантаты в таком возрасте (до 18–21 года) ставить нельзя. но помочь можно, современные технологии позволяют справиться с этой проблемой.

АРИНА ПЕТРОВА

Обычно при таком подсчете врач исходит из стоимости более сложного подхода, который в процессе лечения может быть заменен на менее затратный. К примеру, если мы предполагаем, что какой-то «сложный» зуб надо будет лечить, а возможно, и удалить, мы обязательно это оговорим и включим в план лечения. В том случае если удаление не потребуется, гораздо приятнее будет снизить стоимость, нежели увеличивать ее.

План лечения — основной документ в случае предъявления претензий и судебного разбирательства. Поэтому, если предложенный план лечения недостаточно информативен, пациент должен требовать от врача детальных разъяснений. Отсутствие информации всегда ведет к куче проблем.

К примеру, нужно сделать выбор между съемным и несъемным протезами. Чтобы сделать мост, придется поставить чуть больше имплантатов. Если установить меньше имплантатов — протез будет съемным. Вроде бы и там, и там имплантаты — современно, мощно, крепко, надежно. Но если человека не информировали о минусах съемного протезирования, в частности, о том, что после каждого приема пищи протезы нужно снимать и мыть, он может в результате предъявить претензию: «Почему вы мне не сказали, что можно было установить еще два имплантата, и у меня не было бы этих проблем?»

Если пациент предъявит претензию, по его инициативе может быть создана конфликтная комиссия, которая будет выяснять, насколько целесообразно было проводить ту или иную манипуляцию: удалять зуб, ставить имплантат или делать что-то еще. В Германии большинство людей делают это с помощью страховых компаний. В штате страховой компании есть эксперты, которые профессионально разбираются в том, что делает врач, и могут это проверить. Это не позволяет врачам делать что-то вне протокола, не совсем правильно или упуская какие-то моменты. У нас эта система еще не отработана.

В России самый простой и объективный инструмент контроля — комментарии и отзывы о клинике на специальных сайтах. Однако рейтинг стоматологических клиник определяется исключительно технологиями, которые они используют, поскольку единственной гарантией качества в стоматологии является точное соблюдение технологий, регламентированных стандартами лечения.

**КОНТРОЛЬ ЦЕНЫ** Если полностью соблюдать протокол лечения, его стоимость не может быть ниже европейской. Существуют международные стандарты лечения, поэтому абсолютно не важно, где делать протезирование — в Мюнхене или Москве. Если врач строго придерживается стандартов, качество лечения будет одинаковым.

Возьмем имплантацию. Если врач в процессе установки имплантата следовал протоколу, использовал хорошие материалы, анестетики, правильные иглы, менял эти иглы нужное количество раз, делал отверстия в кости сверлом, которое использовал не более пяти раз, пациент не будет иметь осложнений.

Не секрет, что, выбирая стоматологическую клинику, мы часто сталкиваемся с очень большой разницей в цене одной и той же услуги. Причем до такой степени дикий диапазон цен можно найти только в России.

При этом разница в стоимости самих имплантатов составляет всего 5–7 тыс. руб. Все то, что дальше закладывается в стоимость, включает в себя анестезию, установку имплантата, расходные материалы: титановые ключи, другие элементы и т. д. На этом многие стараются сэкономить. Если врач нарушает эти технологии, у него будет больший процент осложнений. Если использовать сверло больше пяти раз, оно становится тупым и перегревает кость. В результате процент отторжения имплантатов возрастает в разы. Тогда как соблюдение технологий гарантирует качество. ■

**СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС РТА** К потере зубов (как молочных, так и постоянных) прежде всего ведут заболевания полости рта. Это кариес, пульпит и периодонтит. Сегодня кариес у малышей раннего возраста встречается в пять раз чаще, чем астма, и в семь раз чаще, чем сенная лихорадка. В Москве распространенность детского кариеса эксперты оценивают примерно в 45%.

«У детей сосудисто-нервный пучок зуба, который называется пульпой, богат кровеносными сосудами, поэтому воспалительный процесс распространяется крайне быстро от кариеса до периодонтита, — говорит Елена Страндстрем, хирург-имплантолог, пародонтолог. — При кариесе повреждаются плотные ткани зуба, а при периодонтите уже пульпа, что нередко ведет к потере зуба».

По наблюдениям стоматологов, между уровнем заболеваемости полости рта и социальным положением и образованием родителей прослеживается прямая связь. Чем выше соцстатус родителей, тем реже болят и теряются зубы у детей. Эксперты отмечают, что высокообразованные мамы и папы куда охотнее учат детей чистить зубы дважды в день, полоскать рот после еды, пользоваться зубной нитью и ирригатором.

В Москве причиной удаления молочных зубов в 25–30% случаев являются периодонтит и пульпит. Чтобы спасти зуб, нужно как можно скорее обратиться к врачу. При едва начавшемся кариесе, о котором свидетельствует изменение цвета эмали, применяются такие современные технологии, как фторирование фторсодержащими препаратами. Даже если процесс уже запущен, часто можно обойтись серебрением зубов. Как правило, его используют для молочных зубов — серебрение прекращает процесс воспаления, и все же эмаль при этом выглядит нездоровой. «В этой ситуации коммерческие клиники предлагают ставить пломбы — из композера или композитные (даже на молочные зубы). В некоторых случаях врачи идут даже на установку коронок», — говорит Елена Страндстрем. Доктор напоминает, что нелеченый молочный зуб может стать причиной того, что постоянный зуб будет неполноценным (в случае поражения зачатка) или вовсе будет отсутствовать. Запущенный кариес приводит к пульпиту (воспалению пульпы). Его тоже в большинстве случаев можно вылечить. Однако если развился периодонтит, остается только удалить зуб.

Молочные зубы появляются у детей в первые шесть месяцев жизни, а с шести-семи лет они постепенно замещаются постоянными. Особенность молочных зубов такова, что в определенный момент их корни начинают рассасываться, и их буквально выталкивают зачатки постоянных зубов. Преждевременная потеря молочного зуба может привести к травме или даже разрушению постоянного.

**СКОЛЬКО ЖИВЕТ ВЫБИТЫЙ ЗУБ** Травмы ротовой полости и зубочелюстной системы тоже довольно распространены причина потери зубов в детском возрасте. Иногда травмируются дети, которые только учатся ходить и еще не умеют владеть своим телом. Дети постарше чаще всего калечат передние зубы. По данным детских стоматологов, почти четверть маленьких пациентов, которые попадают к ним на прием по поводу потерянного зуба, получают травмы во время купания при падении на скользкой мыльной поверхности, ударяясь зубами о край ванны.

Эксперты отмечают, что к любой детской травме следует относиться серьезно, даже если это молочные зубы. Не оцененная вовремя опасность повреждения порой приводит к разрушению зачатков постоянных зубов, которые по структуре мягкие и очень хрупкие, почти как яичная скорлупа. Острые корни травмированных молочных зубов могут полностью уничтожить постоянные или привести к аномалиям их развития.



**ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ТРАВМЕ ИЛИ ДАЖЕ РАЗРУШЕНИЮ СОСЕДНИХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ. И ТОГДА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО СТАНЕТ ПРИВЫЧНЫМ НА ДОЛГИЕ ГОДЫ**

Сложность травмы ротовой полости может оценить только специалист, как правило, с применением аппаратных методов исследования (рентгена или радиовизиографа). Осмотр у детского стоматолога врачи рекомендуют пройти как можно скорее — желательнее в течение суток после происшествия, пока не начались осложнения, которые в большинстве случаев можно предотвратить. Например, вывих молочного зуба, который довольно сложно заметить визуально, нередко приводит к воспалению десны и повреждению зачатка постоянного зуба, в результате чего он будет расти деформированным. При этом только стоматолог может решить, стоит ли сохранять молочный зуб или его следует удалить с целью сохранения постоянного.

Если молочный зуб выбит полностью (а такое бывает даже при незначительных ударах), врач должен удалить его корень. Если выбито несколько зубов, стоматолог-ортодонт может поставить съемные пластины (педиатрический зубной протез), правда, только после прорезывания всех молочных зубов (после трех лет).

Однако нередко дети выбивают и постоянные зубы. В том случае если корень не поврежден, зуб можно восстановить. Правда, нужно знать, что делать, чтобы зуб остался живым. Следует аккуратно взять его и поместить в физиологический раствор или свежее молоко комнатной температуры. Или завернуть в стерильный бинт и положить за щеку. Только не подумайте, что это советы каких-нибудь знахарок. Это — рекомендации стоматологов. В таком состоянии зуб сохраняет внутренние связи, что даст возможность ему срастись с корнем, а высохнув, он умрет за полчаса. Категорически запрещено прикладывать к пострадавшему месту холод и помещать зуб в холодную жидкость. Но главное — нужно срочно обратиться за помощью к стоматологу. Живой, пусть даже выбитый, зуб можно спасти.

**«ШЕСТЕРКИ» УДАЛЯЮТ ПЕРВЫМИ** Иногда зубы удаляют по ортодонтическим показаниям — например, если у ребенка неправильный прикус или если размер челюсти не соответствует размеру зубов. «Бывает, что генетически челюсть очень маленькая, а зубы крупные — тогда ничего не остается, как пожертвовать некоторыми зубами», — говорит Елена Страндстрем.

Еще одна причина потери детьми зубов. Часто стоматологи (преимущественно общей практики) не стремятся сохранить молочные зубы ребенка, а, напротив, стараются их удалить, забывая о том, что именно они стимулируют к росту зачатки постоянных и сохраняют костную ткань. «При рассасывании молочного зуба выделяются вещества, которые стимулируют прорезывание», — уточняет наш эксперт. — Поэтому зубы ребенку должен лечить только дет-

ский врач-стоматолог. Родители же должны добиваться от врача определенного ответа на вопрос, каковы показания к удалению зуба. Например, стопроцентным показанием является свищ на десне — в этой ситуации зачаток постоянного зуба может быть поврежден гноем. Еще одно показание — молочный зуб сильно, не по возрасту, подвижен. Если же говорить о постоянных зубах, то у детей показаний для их удаления практически нет — если только остеомиелит (воспаление костной ткани) или периодонтит. А так фактически любой зуб можно вылечить».

Тем не менее даже в Москве до недавнего времени, а в регионах и по сей день существует практика удаления детям 13–15 лет постоянных «шестерок». «Дело в том, что «шестерки» прорезаются первыми, поэтому они первыми подвергаются кариесу, разрушению. И некоторым врачам просто лень их лечить. И если в столице почти везде стоматологи стараются спасти любой зуб, то в других городах это довольно распространено. Встречаются даже врачи, которые ставят на освободившееся место детям имплантаты, что запрещено», — рассказывает Елена Страндстрем.

**СРЕДСТВО ОТ НАСМЕШЕК** Установка имплантатов запрещена людям в возрасте до 18–21 года. И все же оставлять дыру на месте потерянного ребенком зуба не стоит, и не только по эстетическим соображениям или потому, что ребенок может стать объектом насмешек сверстников, будет стесняться своего вида, замкнется или станет агрессивным.

Есть причины медицинского характера. Ранняя потеря верхних клыков может привести к нарушению прикуса и искажению речи, а нижних — к неумению правильно жевать, что может стать причиной ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта. Ранняя потеря молочных жевательных зубов приводит к снижению жевательной активности, повышению нагрузки на другие зубы и их усиленному стиранию, нарушениям развития нижней челюсти (последнее, в свою очередь, приведет к тому, что постоянные зубы будут расти скученно, налезая друг на друга или даже во второй ряд). Ранняя потеря коренных молочных зубов нарушает прикус и даже изменяет природные черты лица, особенно в нижней части.

Что делать, если зуб у ребенка потерян полностью? До достижения совершеннолетия ему должны установить съемный протез, который впоследствии можно сменить на постоянный или сделать имплантацию зуба. Имплантаты ставятся только тогда, когда кости перестали расти, что происходит в возрасте 18–21 лет. Опытный врач определяет момент окончания роста костей довольно точно — по особым точкам роста на руках и ногах (чаще всего, по кисти). Поэтому если, например, в 10–12 лет ребенок лишается зуба, придется еще лет десять ждать, пока можно будет установить имплантат.

«После удаления зуба детям устанавливают конструкции, которые позволяют остальным зубам оставаться в правильном положении, то есть не сдвигаться, и к тому же сохраняют место для будущего имплантата. Различные конструкции предусмотрены на случай, когда удалены постоянные зубы или молочные. Если их не поставить, в будущем для установки имплантата придется делать операцию по аутоментации (наращиванию) кости. В таких случаях в качестве трансплантата используется либо собственная подбородочная кость, либо трупная донорская, либо ксенокость телянка, синтетический материал», — говорит Елена Страндстрем.

Так что современная медицина позволяет решить практически любую проблему, связанную даже с потерей детских зубов. ■

# «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 сращения 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

# СРЕДСТВО БОРЬБЫ СО СТРАХОМ

## ПРОЦЕСС ИМПЛАНТАЦИИ НЕ СЛОЖЕН И НЕ СТРАШЕН, УВЕРЯЕТ МОДЕСТ СИЛИН, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КЛИНИКИ NOVELDENT. ОСОБЕННО, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ НОВЕЙШИЕ ЩАДЯЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ, В ЧАСТНОСТИ ИМПЛАНТАЦИЮ ПО СПЕЦИАЛЬНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ШАБЛОНУ.

### ВСЕМ БЕЗЗУБЫМ

**BUSINESS GUIDE:** Кому больше показана имплантация — тем, у кого не хватает значительной части зубов или одного-двух?

**МОДЕСТ СИЛИН:** Имплантация показана, когда отсутствует зуб. Один или много — непринципиально, ведь имплантат является корнзамещением, он практически полностью заменяет зуб. На сегодняшний день альтернативой имплантации могут быть мостовидная либо какая-то съемная конструкция. В этом случае обтачиваются соседние зубы — то есть происходит некое воздействие на здоровые зубы. Съемная конструкция, на мой взгляд, это вообще нонсенс при возможности заменить отсутствующий зуб имплантатом.

Конечно же, нужно с детства заботиться о состоянии своих зубов. Однако если вы все же потеряли зуб в результате кариозного либо пародонтологического поражения, желательнее как можно скорее поставить имплантат. Во-первых, сохранится объем костной ткани и это не будет съемный протез, костный доставляет неудобство. Во-вторых, в старости, когда человек работает все меньше и меньше, это все же обернется некоторой экономией. Ведь в 90% случаев имплантат ставится уже практически до конца жизни.

Костная интеграция (приживление имплантата в костную ткань) на сегодняшний день постулат, поскольку технически чистый титан, из которого сделан имплантат, интегрируется в любом случае на сто процентов.

Тем не менее существуют абсолютные и относительные противопоказания. К абсолютным относится, к примеру, острая онкология: интеграция неких новых структур может повлечь появление новообразований; неконтролируемый сахарный диабет, при котором значительно осложняется заживление раны. Все остальное — относительные противопоказания. К примеру, курение — относительное противопоказание. Понятно, что желательно не курить, но абсолютным противопоказанием курение не является, потому что скорее человек умрет от рака легких, чем имплантат отторгнется.

У каждого пациента относительные противопоказания набираются, как баллы: сначала собирается анамнез, потом проводятся исследования крови, проходят беседы с пациентом, он заполняет специальную форму, в которой говорит о наличии инфекции и так далее. Если относительных противопоказаний набирается слишком много, нужно смотреть по ситуации, оправданно вмешательство или нет. В любом случае принимает решение врач.

**BG:** Есть ли особые требования к пациенту, к примеру возрастные ограничения?

**М. С.:** Возрастных ограничений для имплантации нет. Единственное — юношам имплантаты ставятся не раньше 19 лет, девушкам — не раньше 17, поскольку только к этому возрасту завершается формирование зоны роста в челюстях. Лучше подождать, когда все сформируется. А для людей старшего возраста нет никаких ограничений.

### ДВА ЧАСА АНЕСТЕЗИИ

**BG:** Сейчас в тренде малоинвазивные методики, в том числе в стоматологии. Однако многие боятся даже зайти в стоматологический кабинет.

**М. С.:** Более ранние методики имплантации предполагают, что врач работает на основе панорамного снимка или компьютерной томографии — делает разрез, добирается до кости и только тогда принимает решение, планирует дальнейшие действия. В результате тратится очень много времени пациента.

Современные технологии позволяют пациентам избежать страха, о котором вы говорите, — они приходят и просто спят в кресле. Это первое.

Во-вторых, задача современной стоматологии — максимально сократить нахождение пациента в кресле. Малоинвазивная методика, к примеру хирургия по шаблону, позволяет врачу принимать решение не в момент хирургии, а



ПО МНЕНИЮ МОДЕСТА СИЛИНА, ИМПЛАНТАТЫ МОГУТ СЛУЖИТЬ ПОЖИЗНЕННО, ГЛАВНОЕ — ДОЛЖНЫЙ УХОД И СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА

когда он сидит перед экраном компьютера. По компьютерной томографии делается хирургический шаблон — он максимально точен, позволяет избежать повреждения анатомических образований. При этом можно пригласить еще нескольких специалистов, чтобы спокойно, никому не торопясь, принять решение. По шаблону без разреза устанавливается имплантат.

Во время хирургической манипуляции, мы даже не называем это хирургической операцией, врач подходит к пациенту только на 10 минут, сколько бы имплантатов ни было. Пациент часто не понимает: «Когда делать-то будете?» Отвечаем ему, что все уже, так он удивляется: «Как все?!»

Любое лечение, конечно, несет некие неудобства. В день операции не рекомендуется купание в бассейне, плавание, не стоит ходить в баню. На следующий день после операции ограничений нет совсем!

При имплантации применяется минимальная, буквально точечная анестезия. Ведь костная ткань не чувствует боли, не иннервируется. Соответственно, когда анестезия отходит — ни боли, ни отека, ни кровоподтеков нет. В процессе имплантации есть временный момент, который объясняется протоколом. Например, в нижней челюсти имплантат интегрируется порядка трех месяцев, в верхней — около полугода. На период интеграции делаются временные конструкции, то есть зубной ряд в любом случае восстанавливается. Технология шаблонной техники позволяет получить ортопедическую конструкцию до постановки имплантата в полость рта. После установки имплантатов у пациента сразу восстановлена и жевательная функция, и окклюзия (контакт зубов верхней и нижней челюстей).

Грубо говоря, два часа отходит анестезия — и дальше человек реально может улыбаться и кушать.

Конечно, есть определенные нюансы, имплантат до интеграции должен принимать на себя меньшую функциональную нагрузку. Не надо грызть грецкие орехи, это понятно. Однако временные конструкции являются и защитой от функциональной перегрузки. То есть если даже это произошло, то скорее сломается временная конструкция, чем повредится имплантат.

### ГЛОБАЛЬНЫЙ ШАБЛОН

**BG:** Смушает слово «шаблон». А как же индивидуальный подход?

**М. С.:** Очень важный момент: под словом «шаблон» имеем в виду индивидуальный шаблон. Слово «индивидуальный» меняет все — предполагается некий индивидуальный подход к стандартной манипуляции. Технология применяется по протоколу, но сам протокол применяется к каждому человеку индивидуально. Как, например, при пошиве одежды. Есть некий стандартный предмет гардероба — пиджак. Но он бывает женский, клубный, официальный, на полных, стройных и так далее.

**BG:** Как вы начали работать с хирургическим шаблоном? Откуда узнали об этом методе?

**М. С.:** С этой технологией я познакомился в июле 2007 года. При выборе компании-производителя я опирался на несколько критериев: в первую очередь — лидирующие позиции на рынке с точки зрения инновационных решений. Второй критерий — наличие мощной программы по обучению. Не менее важный момент — возможность пользоваться технологиями в комплексе. Вся процедура проходит по одному протоколу, четко прописана схема действий врача, описаны практически все клинические случаи. Ты просто возьми эти знания и примени, и все получится. И самое интересное — получается. Вот поэтому в том числе я и сделал такой выбор: на каждом этапе ты получаешь поддержку мощной команды, даже при моделировке. С тобой вместе работает мировая команда стоматологов. Врач, которому пациент говорит: «У меня стоит такой имплантат», знает, как это сделано. И его можно обслужить в любой точке мира.

### «ДАЕМ ГАРАНТИЮ НА ИМПЛАНТАТЫ»

**BG:** Какие преимущества технология дает пациенту? Есть ли отзывы пациентов?

**М. С.:** После установки имплантатов нет ни боли, ни отека, потому что не делается разрез. Представьте, если на верхней челюсти ставится десять имплантатов, нужно практически по всей длине на верхней челюсти сделать разрез. Представьте, какая травма? Во время первой в России имплантации по шаблону мы поставили десять имплантатов. Звоним на следующий день пациенту поинтересоваться его состоянием, а он говорит: «Не болит вообще ничего, только легкий дискомфорт». Это фантастика!

Еще очень важен такой момент: в основном пациенты рассказывают, что когда ведется работа по шаблону в полости рта, то такие ощущения, что работают не с тобой.

Мы даем гарантию на имплантаты: если что-то вдруг произойдет — не важно, по какой причине, — переустанавливаем имплантат и делаем новую ортопедию. На ортопедию гарантию даем пять лет.

**BG:** Возможно ли отторжение имплантата? Как часто это встречается? В каких случаях?

**М. С.:** Отторжений очень мало, порядка 1–3%, не больше. Современная наука идет к тому, чтобы интеграция стала стопроцентной. Абатмент (промежуточное звено между зубным имплантатом и коронкой зуба) и саму коронку изготавливают из диоксида циркония — материала, на поверхности которого не могут долго существовать микроорганизмы.

Тем не менее очень многое зависит от пациента. Первая причина отторжения — недостаточная гигиена рта, которая составляет 50% успеха. Нельзя забывать чистить зубы, чистить их нетщательно. После имплантации нужно наблюдаться у врача. Каждые три месяца на протяжении

первого года, а далее каждые шесть месяцев нужен контрольный осмотр у врача, чтобы проверить качество гигиены и окклюзию. Это основное.

Вторая наиболее распространенная причина отторжения — функциональная перегрузка. Конечно, не исключаются случаи, когда имплантаты не прижились в силу индивидуальных особенностей организма.

Опять же даже в случае неудачи неприжившийся имплантат удаляется, формируется костная ткань, и на это же место ставится новый имплантат.

**BG:** Подходит ли хирургия по шаблону для работы со сложными клиническими ситуациями?

**М. С.:** Эта технология позволяет видеть все анатомические образования: где достаточно кости для имплантации, где нет, оценить плотность кости. Более того, работа по шаблону также позволяет провести костную пластику там, где костной ткани тотально нет. Эта технология позволяет все проконтролировать и сделать диагностику до того, как вы сделали первый разрез.

**BG:** Такое понятие, как человеческий фактор, здесь существует?

**М. С.:** Возможна манипуляционная, клиническая ошибка, потому что мы люди все-таки, обычные врачи. Но это крайне редко. Профессора и то целые тома пишут про свои ошибки! Человеческий фактор в любой специальности может проявиться. Помните, когда Юрия Никулина оперировать хотели на сердце, а оно остановилось? Хотя задачу доверили врачу с колоссальным опытом.

Сам шаблон изготавливается на заводе компании-производителя, в основном в Европе, информация о каждом клиническом случае, который идет на изготовление шаблона, централизованно обрабатывается, и если допустить какая-то ошибка, то врач получает рекомендации, которые основаны на опыте мировой команды. Разумеется, в любом случае врач принимает решение сам. Однако эта поддержка позволяет избежать ошибок. Открыт полностью протокол и для пациента — снимаем все на видео.

С помощью специальной компьютерной программы планировку лечения можно передать на планшет, чтобы пациент при желании мог проконсультироваться и у других специалистов. Эта информация не в общем доступе, но открыта для пациента.

### ПОЖИЗНЕННЫЙ СРОК

**BG:** Существует мнение, имплантаты должны служить не менее 10–12 лет, однако зачастую требуется замена уже через 3–5 лет. Пациенты опасаются, что это снова наращивание кости, снова отверстие для нового имплантата...

**М. С.:** Это не так. Как правило, 10–12 лет служат керамические коронки. Их нужно оценивать, регулярно посещая врача: и цементы вымываются, и все-таки механическое воздействие очень мощное они испытывают. При необходимости коронки заменяются на новые — как правило, просто сама конструкция устаревает: появляются сколы, изменился цвет. Опять же в практике появляются новые материалы, в силу всех этих причин коронку желательнее поменять. На мой взгляд, имплантаты могут служить пожизненно, главное — должный уход и своевременная профилактика.

БЕСЕДОВАЛА ЕЛЕНА ЧЕРНЫШОВА

**ВО ВРЕМЯ ИМПЛАНТАЦИИ (МЫ ДАЖЕ НЕ НАЗЫВАЕМ ЭТО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ) ВРАЧ ПОДХОДИТ К ПАЦИЕНТУ ТОЛЬКО НА ДЕСЯТЬ МИНУТ. ПАЦИЕНТ ЧАСТО НЕ ПОНИМАЕТ: «КОГДА ДЕЛАТЬ-ТО БУДЕТЕ?» ОТВЕЧАЕМ ЕМУ, ЧТО ВСЕ УЖЕ, ТАК ОН УДИВЛЯЕТСЯ: «КАК ВСЕ?!»**



# ПОЖИЗНЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

СЕГОДНЯ ОПРЕДЕЛЕННО МОЖНО СКАЗАТЬ, ЧТО СТОМАТОЛОГИЯ В РОССИИ НАХОДИТСЯ НА ДОСТАТОЧНО ВЫСОКОМ УРОВНЕ, КОТОРЫЙ СОПОСТАВИМ С ЕВРОПЕЙСКИМ. СЕЙЧАС ВРЯД ЛИ КОГО-ТО МОЖНО ПОРАЗИТЬ МЕТАЛЛОКЕРАМИКОЙ И ЗУБНЫМ ИМПЛАНТАТОМ. ПОЭТОМУ НЕУДИВИТЕЛЬНО, ЧТО И ТРЕНДЫ В РОССИЙСКОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ СОВПАДАЮТ С МИРОВЫМИ: В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ВСЕ БОЛЬШЕЕ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ ПРЕДПОЧИТАЮТ «ГОЛЛИВУДСКОЙ» УЛЫБКЕ ЕСТЕСТВЕННОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ. КОНСТАНТИН АНОХИН

**В ПОИСКАХ ЭСТЕТИКИ** Здоровье и красота зубов воспринимаются как синонимы. Именно поэтому эстетика выполненной стоматологом работы уже давно не менее важна для пациента, чем качество лечения зубов. То есть человек приходит к врачу сегодня не только за тем, чтобы вылечить или восстановить утраченные зубы, но и буквально за красивой, здоровой и естественной улыбкой.

Кроме того, понятие «качество жизни» все больше входит в наш лексикон. Все большее количество современных людей понимают, что к повышению уровня качества жизни теперь относится не только возможность тщательно пережевывать пищу, но и улыбаться окружающим своей открытой красивой улыбкой — общаться и получать от этого удовольствие.

Дентальная имплантология, в том числе одноэтапная имплантация зубов, повсеместно используется для восстановления утраченных зубов. А современные материалы, оборудование и все более новые технологии позволяют проводить процедуру имплантации зубов сравнительно быстро и комфортно для пациента.

Имплантация зубов может применяться для восстановления одного зуба, нескольких зубов или даже полного восстановления зубного ряда на верхней и нижней челюстях. Имплантаты надежны и долговечны, и, что самое главное, по ощущениям и уровню комфорта их использования для пациента они не отличаются от родных зубов.

Технология имплантации зубов сводится к внедрению в челюстную кость имплантата, который со временем вырастет в костную ткань и выполняет функции корня зуба. К зубному имплантату прикрепляется так называемый абатмент — наддесневая часть конструкции. А уже на абатмент устанавливается зубная коронка, которая по внешнему виду не отличается от естественного зуба.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ВО МНОГОМ ЗАВИСИТ ОТ КАЧЕСТВА РУК ЗУБНОГО ТЕХНИКА

**ГАРАНТИИ НАДЕЖНОСТИ** На рынке работают несколько десятков серьезных компаний из разных стран мира, производящих зубные имплантаты. Что касается вопросов приживления имплантата в ткани пациента, случаев отторжения практически не происходит, с условием, конечно, правильного применения стоматологами технологии и материалов.

И поскольку все технологии, которые предлагают компании, основаны на одном принципе, конкурировать между собой мировые бренды могут в основном по таким критериям, как, например, надежность конструкции, матери-

алы, используемые при имплантировании, предоставляемые гарантии, сервис при лечении и так далее. Соответственно, всеми этими критериями определяется и цена на работу с той или иной системой. Другими словами, сегодня пациент имеет возможность выбрать систему имплантатов согласно его доходам и ожиданиям.

Установка имплантата сегодня настолько отработанная технология, что все чаще на первый план при восстановлении зубов выходит косметическая стоматология, когда человек хочет получить такой естественный вид своих новых зубов, которые были бы неотличимы от его родных. То есть они должны быть не только идеально подобраны с точки зрения цвета, но и копировать все особенности формы, фактуры, вплоть до малейших неровностей и даже легки «изъянов».

При этом сейчас в стоматологии все более явно наблюдается тренд, когда пациент стремится иметь не столько «голливудскую» улыбку с идеально ровными и белоснежными (что часто усиливает эффект искусственности) зубами, а максимально естественные, выполненные с учетом индивидуальности его внешности зубы.

Для изготовления коронок, мостов, которые бы идеально соответствовали всем этим требованиям, применяются специальные цифровые сканеры. Они и помогают получать максимально точные слепки челюсти, отдельных зубов и создавать конструкции, которые практически невозможно отличить от натуральных зубов после их установки.

В российских клиниках такие технологии есть, но не во многих из них имеется компьютеризированное производ-

ство, чтобы на основе 3D-модели челюсти создавать объемные варианты каркаса будущей коронки или моста, просчитать оптимальную толщину и многие другие параметры для обеспечения максимальной прочности и соответствия клинической ситуации.

Обычно производство такого уровня расположено за рубежом. Например, производственные мощности одной из таких компаний — находятся на семи предприятиях — в Канаде, Израиле, Японии, Швеции и США. Однако представительства компании работают в 34 странах мира, в том числе и в России.

«Виртуальную модель каркаса, полученную с помощью специального сканера, мы отправляем на предприятие в Швецию. Обратное получаем конструкцию, выполненную точно по данным сканера», — объясняет директор зуботехнической лаборатории ДАЛИ Александр Малявин. — При этом изделие присваивается индивидуальный номер, информация об изделии заносится в базу компании-производителя, от которой клиент получает на это изделие пожизненную гарантию». Как поясняет Александр Малявин, при возникновении любой проблемы с установленной ему конструкцией пациент может получить помощь в любом месте мира, где есть представительство данной компании.

Впрочем, подобные технологии уместны не только при высочайших требованиях пациента к внешнему виду искусственных зубов. Иногда, в сложных клинических ситуациях, альтернативы таким техническим решениям, которые разрабатывают и применяют мировые лидеры имплантологии и эстетической стоматологии, просто не остается. Конечно, в данном случае о невысоком ценовом уровне предоставляемых услуг говорить не приходится. Но кто сказал, что надежность, красота и гарантия качества должны стоить дешево? ■

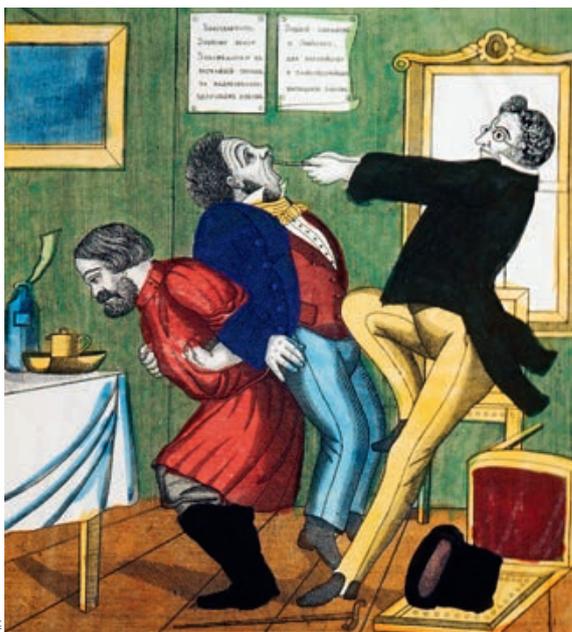
## ЦАРЬ-ЗУБОДЕРЖЕЦ

Звучит парадоксально, но в конце XX века в советской стоматологии штифтовые конструкции еще были новинкой, в то время как в начале XX века, в царской России, — рядовой технологией.

Зубоврачевание как раздел медицины начало развиваться в России в петровские времена. Сам царь Петр, научившись удалению зубов у голландского дантиста, с удовольствием практиковался в своем умении на всех окружающих его приближенных, кому не повезло быть замеченным им с гримасой зубной боли. Однако Петр внес свой вклад не только в зубодерное дело, но и в профилактику зубных заболеваний. После одного из своих посещений Голландии и общения с зарубежными учеными он приказал всем боярам России чистить зубы толченым мелом и влажной бархоткой. Поэтому часто именно Петра Великого считают основоположником отечественного научного зубоврачевания и первым русским стоматологом.

В дореволюционной России стоматология развивалась достаточно успешно: к концу XIX века профессии «дантист», «зубной лекарь» были очень популярными, а соответственно, доходными. Конечно, они не были врачами. Но поскольку им было разрешено называться и дантистами, и зубными лекарями, и зубными врачами, чаще они выбирали последнее, чтобы подчеркнуть принадлежность к медицине. На самом деле у них не было медицинского образования, а обучались они у практикующих дантистов в течение трех лет.

При этом уровень стоматологической помощи в дореволюционной России был достаточно высоким даже по сравнению с лечением, существовавшим в Советском Союзе. Например, одна из московских клиник в 1901 году предлагала «восстановление искусственных зубов по новейшей американской системе без удаления корней» с использованием культевых вкладок, которые могли отливаться из золота и платины. Подобную услугу, кстати, советские врачи-стоматологи стали оказывать только в начале 80-х годов прошлого века. Звучит парадоксально, но в конце века в советской стоматологии штифтовые конструкции еще были новинкой, в



В ДЕРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ СТОМАТОЛОГИЯ РАЗВИВАЛАСЬ ДОСТАТОЧНО УСПЕШНО: К КОНЦУ XIX ВЕКА ПРОФЕССИИ «ДАНТИСТ», «ЗУБНОЙ ЛЕКАРЬ» БЫЛИ ОЧЕНЬ ПОПУЛЯРНЫМИ, А СООТВЕТСТВЕННО, ДОХОДНЫМИ

то время как в начале века — рядовой технологией. При этом дореволюционные стоматологи на эти конструкции устанавливали сверхточные протезы из золота и платины. Кроме того, они делали мостовидные про-

тезы «без неба и крючков», то есть несъемные мостовидные конструкции с замковыми креплениями, делали ригели, балки, которые вернулись в советскую медицину спустя век только с появлением имплантации.

Интересно также, что, ссылаясь на зарубежные технологии, российские стоматологи того времени, скорее всего, использовали отечественные технологии. Дело в том, что к тому времени терапевтическая и хирургическая стоматология, ортопедия и ортодонтия, профилактика заболеваний зубов были в России на довольно высоком уровне. Один из известных в то время иностранных зубных врачей-стоматологов Б. С. Вагенгейм, служивший в России, утверждал, что зубоврачебная помощь в Санкт-Петербурге в первой половине XIX века соответствовала зубоврачеванию на Западе, а в некоторых отношениях превосходила его. Так, уже тогда во всех петербургских высших учебных заведениях проводились профилактические стоматологические осмотры с последующей санацией полости рта.

Более того, российские хирурги внесли немалый вклад в развитие хирургической стоматологии. Например, русский анатом и хирург, академик Императорской академии художеств И. В. Буяльский (1789–1886) впервые ввел операцию резекции верхней челюсти по поводу новообразования, успешно проводил пластические операции (восстановление нижней губы из кожи подбородка), разрабатывал новый стоматологический инструментарий. Большое количество стоматологических операций произвел знаменитый хирург Н. И. Пирогов (1810–1881), он также разрабатывал методы пластических операций на лице (например ринопластика), изготавливал наборы хирургических инструментов, в которые входили и зубоврачебные.

Ссылка же в рекламных вывесках на иностранные технологии была, скорее всего, не более чем рекламным ходом, поскольку, как это характерно для России разного времени, пророков в своем отечестве не было, ценилось все иностранное.

КОНСТАНТИН АНОХИН

# ТЕХНОЛОГИЯ СМЫКАНИЯ

**КЕРАМИЧЕСКИЕ ВКЛАДКИ — СРАВНИТЕЛЬНО МАЛОИЗВЕСТНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ — СТАНОВЯТСЯ ДОСТОЙНОЙ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ТРАДИЦИОННЫМ ПЛОМБАМ. А НА ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГУ-ТЕРАПЕВТУ ПРИХОДИТ ЗУБНОЙ ТЕХНИК.** ЕКАТЕРИНА УЛЬЯНОВА, СТОМАТОЛОГ-ОРТОПЕД, УЧРЕДИТЕЛЬ КЛИНИКИ DENTAL RU



КЕРАМИЧЕСКИЕ ВКЛАДКИ НЕ ДЕШЕВЫ, НО ДОЛГОВЕЧНЫ И ТЕХНОЛОГИЧНЫ

Впервые методика изготовления литой вкладки была описана в 1907 году. Материалом для ее создания служило золото. С тех пор технология изготовления вкладок претерпела значительные изменения. В настоящее время основным материалом для вкладок является стеклокерамика на основе дисиликата лития, сочетающая точность, эстетику и функциональность, позволяющую выполнять минимально инвазивные и точные реставрации. Современные CAD/CAM-системы позволяют изготавливать керамические вкладки по оптическим следам, полученным с использованием внутриротового сканнера, и фрезеровать цельнокерамические вкладки прямо в клинических условиях «у кресла пациента». Важно, что материалы, из которых изготовлены керамические вкладки, практически не стираются.

**ЗАЩИТА СОСОЧКА** Являясь ближайшим родственником пломбы, керамические вкладки имеют те же показания к применению: восстановление формы и функции витального (живого) или депульпированного зуба, нарушенных в результате кариозных и некариозных поражений твердых тканей. Однако на этом сходство пломб и вкладок заканчивается. Отличие керамических вкладок обусловлено как материалом, так и способом их изготовления. Зачастую разрушение эмали начинается с контактных — обращенных друг к другу — поверхностей зубов. Эмаль на этих участках имеет меньшую толщину, чем, скажем, на бугорках зубов, которые считаются иммунными, то есть устойчивыми к кариесу, зонами. Но самое главное — эти поверхности являются труднодоступными для самоочистки и соблюдения гигиены полости рта. Именно в этих местах могут скапливаться зубной налет и застревать остатки пи-

щи, что, в свою очередь, может послужить созданию кариесогенную ситуацию и вызвать деминерализацию эмали, являющуюся фактором риска для возникновения кариеса.

При восстановлении контактных поверхностей при помощи пломбировочного материала непосредственно в полости рта пациента, то есть при создании прямой реставрации, наиболее сложным моментом может стать формирование контактного пункта, который должен быть настолько плотным, чтобы зубная нить проходила между зубами, но не свободно, а обязательно со щелчком.

Это очень важно, так как только такая степень плотности сформированного контактного пункта обеспечит защиту подлежащего межзубного десневого сосочка и не позволит пище застревать и скапливаться между зубами. Несоблюдение этого требования может привести к воспалению десны — гингивиту, а при прогрессировании — к пародонтиту, симптомами которого являются боль, отек и кровоточивость десны. Затем могут возникнуть атрофические явления, сформироваться зубо-десневые карманы, для которых характерна определенная клиническая картина — неприятный гнилостный запах, гноетечение, оголение шеек зубов и т. д.

**КОНТАКТНЫЙ ПУНКТ** То, что является сложной задачей для стоматолога-терапевта в связи с ограниченным обзором, наличием влаги в полости рта, иногда кровоточащим десневым краем, не представляет никакого труда для зубной техники.

В условиях зуботехнической лаборатории у техника есть возможность с помощью специального прибора, имитирующего движения нижней челюсти, с учетом особенностей функционирования зубов, а также их индивидуальных ана-

томических особенностей строения создать не только оптимальную анатомическую форму керамической вкладки, но и идеально правильный контактный пункт, проконтролировать его плотность на гипсовых моделях, а также отполировать вкладку до зеркального блеска. Последняя манипуляция в полости рта технически недостижима, поскольку соседний зуб не даст это сделать качественно.

Таким образом, керамическая вкладка восстанавливает не только внешний вид зуба, но и его правильное функционирование, которое, в свою очередь, обеспечивает целостность и нормальную функцию всего жевательно-речевого аппарата.

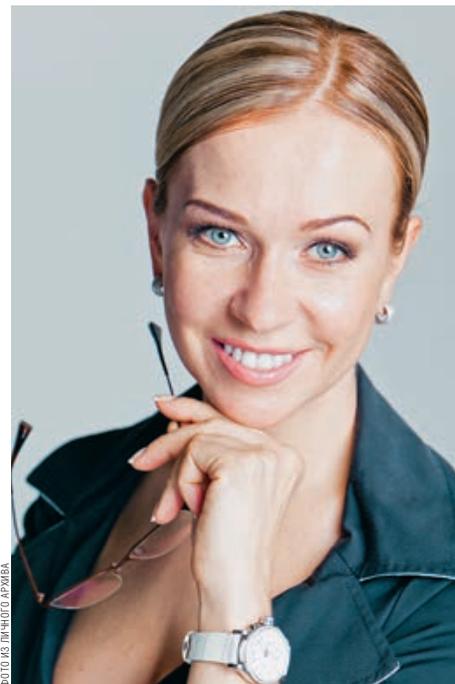
При создании керамической вкладки на модели есть возможность с использованием увеличения проконтролировать точность посадки и краевого прилегания конструкции еще до того, как она окажется в полости рта пациента. При изготовлении пломбы терапевтом непосредственно в полости рта этого добиться практически невозможно. Тогда как точность прилегания любой конструкции является гарантом ее долгосрочного использования.

Еще один немаловажный момент в отношении пломб связан с процессом их «затвердевания» или полимеризации. В процессе застывания пломбы при переходе из пластичного в твердое состояние любой пломбировочный материал дает полимеризационную усадку. И хотя она никак не ощущается и не видна невооруженным глазом, но на микроскопическом уровне происходит отрыв материала от стенок подготовленной полости.

Таким образом, уже в момент постановки пломбы возникают предпосылки для возникновения рецидива кариеса. При этом существует определенная пропорциональная зависимость величины усадки от общего объема пломбы. Чем больше пломба — тем значительнее усадка.

С керамическими вкладками по-другому. Среднее значение толщины фиксирующего цемента, заполняющего краевую щель между керамической вкладкой и эмалью зуба, лежит в очень малых пределах, то есть граница между вкладкой и эмалью не видима глазом. Величиной усадки фиксирующего материала при столь малом зазоре между эмалью и самой вкладкой можно пренебречь, поскольку этот фактор не повлияет на точность прилегания конструкции даже на микроскопическом уровне. Основное преимущество отсутствия усадки заключается в минимизации риска возникновения рецидива кариеса.

**ИСПЫТАНИЕ ПРИКУСОМ** Нередко на стоматологическом приеме можно столкнуться с печальной картиной: со временем у пациентов может возникнуть прогрессирующее снижение высоты прикуса (то есть межальвеолярной высоты). Оно связано с тем, что боковые зубы могут потерять свои полноценные размеры и анатомическую фор-



ЕКАТЕРИНА УЛЬЯНОВА ПОЛАГАЕТ, ЧТО КЕРАМИЧЕСКАЯ ВКЛАДКА ВОССТАНАВЛИВАЕТ НЕ ТОЛЬКО ВНЕШНИЙ ВИД ЗУБА, НО И ЕГО ПРАВИЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

му. Как следствие, может снизиться способность удерживать смыкание зубов на определенной, физиологической высоте. В результате может возникнуть перегрузка передних зубов, которые начнут стремительно стираться, что проявится утратой анатомической формы зубов, формированием «фасеток» (площадок) стирания, сколами эмали на режущем крае, появлением островков дентина на режущих краях. Весь этот комплекс проблем может сформироваться из-за того, что пломбировочный материал весьма подвержен истиранию, особенно если речь идет об обширных пломбах, восстанавливающих всю жевательную поверхность зубов.

Кроме того, сама «подгонка» по прикусу при постановке очередной пломбы производится врачом-терапевтом только под контролем специальной копировальной бумаги. В результате стоматолог стачивает зуб до тех пор, пока пациент не перестает его чувствовать, зачастую вовсе выключая его из смыкания.

Снижение высоты прикуса может быть связано с целым набором симптомов: уменьшением высоты нижней части лица (старческий внешний вид), углублением носогубных и подбородочных складок, опущением уголков рта, «заедами» (ангулярный хейлит), позже присоединяются признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: хруст, щелчки, ощущение «пересыпания песка» в суставах. Керамические вкладки помогают эту проблему решить или даже просто не допустить ее возникновения.

Поскольку изготовление керамических вкладок требует более сложной технологии и выполняется в зуботехнической лаборатории, их стоимость определенно выше, чем стоимость пломбы, и варьирует в диапазоне от 10 тыс. до 25 тыс. руб. Однако эта разница в цене с лихвой окупается долгим сроком службы и бескомпромиссными возможностями решения клинических задач фактически любой степени сложности. ■

## «ГЛАВНОЕ — ЭТО ДОСТИЖЕНИЕ ХОРОШЕГО РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ»

**Дмитрий Рыков, член Американской ассоциации имплантологов, главный врач стоматологического центра «Ладент на Цветном», полагает, что, несмотря на потерю времени и сил, пациенту желательнее сходить на прием в несколько клиник, прежде чем выбрать своего доктора.**



Для врача очень важно доверие и ответственное отношение к процессу со стороны пациента. Врач и пациент должны действовать как одна команда, а не наоборот. Идеальный пациент полностью доверяет врачу и старается соблюдать все рекомендации. Как правило, результат лечения таких пациентов превосходит все ожидания. Безусловно, пациента необходимо выслушать, принять к сведению все пожелания и предложить оптимальный вариант. Нужно учитывать наличие показаний, противопоказаний и финансовое положение пациента. Однако вмешиваться непосредственно в процесс лечения пациент не должен, это дело врача и его ответственность. Нужно говорить правду — четко, кратко и по делу. В данном случае лучше всего избегать эмоциональ-

ного тона, просто спокойно и доступно все объяснить. Безусловно, эмоциональный комфорт очень важен для всех участников процесса лечения. Но пациент и врач должны всегда себя контролировать и уважать друг друга. Плохое настроение и негативные эмоции должны оставаться за пределами клиники. Самое главное — это достижение хорошего результата лечения, и этому ничто не должно мешать.

Многие первичные пациенты находят клинику через интернет и по отзывам. Люди читают о новых технологиях и возможных вариантах лечения, а потом уже приходят на прием. И это нормально. Помогает это или мешает — зависит от качества той информации, которую пациент получил в интернете. Иногда это хорошо — врачу проще объяснить, в чем заключается преимущество той или иной технологии. Иногда плохо — когда пациент попадает в ловушку недобросовестной рекламы или отзывов.

Здесь можно дать один совет. Чтобы получить действительно качественную информацию о технологиях, их преимуществах и недостатках, стоимости и противопоказаниях, лучше всего обращаться к официаль-

ным производителям данных технологий и дальше уже смотреть, что предлагают клиники, которые являются официальными партнерами компаний производителей. Полезную информацию можно найти также на сайтах профессиональных изданий для врачей, однако для пациента такой формат обычно становится сложным для понимания.

Если же речь идет о выборе клиники, то нужно смотреть на несколько важных параметров: какими технологиями и оборудованием располагает данная клиника, как часто специалисты клиники повышают уровень квалификации и насколько активны в профессиональном мире (для этого достаточно посмотреть раздел «новости», например), является ли клиника официальным партнером тех технологий, с которыми работает, есть ли собственная зуботехническая лаборатория. При этом, несмотря на потерю времени и сил, пациенту желательнее сходить на прием в несколько клиник, прежде чем выбрать своего доктора. Впрочем, это реалии сегодняшнего дня, которые касаются не только стоматологии, но и проблемы всей медицины в целом.

Записала МАРИЯ РЫБАКОВА

# «Я НЕ СТРЕМИЛСЯ К УСПЕХУ, Я СТРЕМИЛСЯ К РАЗВИТИЮ»

**ГРИГОРИЙ ДРОБОТ — ХИРУРГ-СТОМАТОЛОГ «ПЕРВОЙ ПРОФЕССОРСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ», ЧЛЕН ЕВРОПЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ, КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК. ОКОНЧИЛ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ОМСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА. УЧИЛСЯ В ЦНИИ СТОМАТОЛОГИИ. РАБОТАЛ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ПЕРВОЙ ГРАДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МОСКВЫ. С 1998 ГОДА ВЕДЕТ ПРИЕМ В «ПЕРВОЙ ПРОФЕССОРСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ».**

**BUSINESS GUIDE:** Как вы стали стоматологом?

**ГРИГОРИЙ ДРОБОТ:** Случайно, хотя говорят, что случайностей не бывает. По окончании школы у меня было три пути: поступить в Омский медицинский институт, пойти в Новосибирский университет лесного хозяйства или стать дальнотранспортником на международных рейсах в «Совтрансавто». Я начал с мединститута. Стоматологию выбрал, потому что нужно было учиться на один год меньше, чем на других факультетах. Конкурс на стоматфака тогда был 12 человек на одно место, но у нас была прекрасная школа, замечательные учителя по биологии, химии, русскому и литературе, и я поступил.

После третьего курса мне предложили перевестись в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге, но, съездив туда, я понял, что особых перспектив в плане работы не будет, даже если ты семи пядей во лбу — у каждого свои дети... Я вернулся домой, окончил мединститут, прошел интернатуру и увлекся челюстно-лицевой хирургией. Работал в 11-й медсанчасти Омска интерном челюстно-лицевой хирургии. Приходилось не только лечить зубы, но иметь дело с травмами (переломами нижней и верхней челюсти, орбит глаза, носа), воспалительными и онкологическими заболеваниями головы и шеи. Потом была ординатура — следующая ступень последипломного образования.

**ВГ:** Как вы попали в Москву?

**Г. Д.:** Как-то я зашел в кабинет к нашему завкафедрой Петру Ивановичу Ивасенко. У него на столе лежало направление на курсы повышения квалификации в Москву, в ЦНИИ стоматологии на курс по микрохирургии головы и шеи. В начале 90-х госструктуры не финансировали эти поездки, а у специалистов не было интереса. Времена были тяжелые, за все нужно было платить, в том числе за проживание. Ну а я поднакопил денег и полетел. Был замечательный курс, мне все очень понравилось, и я решил остаться. Я поступил в аспирантуру к Александру Ивановичу Неробееву и поселился в общежитии банно-прачечного комбината на Домодедовской. В то время я работал челюстно-лицевым хирургом в Первой градской больнице — лечил травмы и воспаление. Это было очень полезно для профессионального роста. У меня до сих пор замечательные воспоминания.

В 1997 году я защитился, Лена — жена моя — защитилась в 1998-м, она тоже стоматолог. Темой кандидатской диссертации у меня было «Устранение дефектов нижней челюсти комбинированными эндопротезами». Я хотел стать хирургом-косметологом, но мой научный руководитель А. И. Неробеев посоветовал мне пойти на курс дентальной косметики на его же кафедре в Академии последипломного образования. В 1998 году я познакомился с Володей Новиковым, он пригласил меня в

**ТЫ ДОЛЖЕН МАКСИМАЛЬНО МНОГО ПОНИМАТЬ В СВОЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ. ПОТОМУ ЧТО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ, У ТЕБЯ ДОЛЖНА СКЛАДЫВАТЬСЯ ЦЕЛОСТНАЯ КАРТИНА. НУЖНО ОЧЕНЬ ЧЕТКО ПОНИМАТЬ, ГДЕ, КАК И ЧТО ПРИМЕНЯТЬ**



МАСТЕРСКАЯ



**ГРИГОРИЙ ДРОБОТ КАЖДУЮ ОПЕРАЦИЮ МЫСЛЕННО ПОСВЯЩАЕТ КОМУ-ТО ИЗ БЛИЗКИХ. ЭТО ДАЕТ СТИМУЛ И ОПРЕДЕЛЯЕТ ВЫСОКИЕ КРИТЕРИИ В РАБОТЕ**

«Профессорскую стоматологическую клинику», где я и работаю до сих пор хирургом-стоматологом.

**ВГ:** Не жалко было уходить из Первой градской?

**Г. Д.:** Работая в госучреждении такого формата, важно почувствовать момент, когда нужно уходить... Ведь когда ты начинаешь работать, тебе все интересно, ты воспринимаешь больного не только как пациента, но и как человека вообще. Но в государственной клинике поток людей колоссальный. Обычно у нас было два дежурных врача, а иногда поступало до 30 пациентов за сутки. У меня было ощущение профессионального роста, но ощущения внутреннего развития уже не было.

На мой взгляд, когда пациент перестает быть для врача личностью, это своего рода деградация. Мне кажется, врач не должен быть безразличным, он должен понимать, кто перед ним сидит. На мой взгляд, это гораздо важнее, чем все, что ты будешь делать потом.

**ВГ:** В рамках частной стоматологии вас ничего не сковывало в профессиональном плане?

**Г. Д.:** Поначалу сковывало отсутствие размаха, ведь стоматология — это более узкий сегмент, чем челюстно-лицевая хирургия. Было сложно понять, почему ты должен заниматься одним и тем же. Но когда глубже погружаешься в проблему, оказывается, что там достаточно много подводных камней, которые тебе интересны. Ты понимаешь, что не бывает двух одинаковых операций. Есть понятие стандартных подходов, но каждая операция сугубо индивидуальна. Обычно я мысленно посвящаю операции кому-то из близких — жене, сыну, маме, папе, сестре. Это дает стимул.

В конце 90-х в клинике открывались очень интересные перспективы. Мы уже могли позволить себе выезжать за рубеж, в том числе на международные конгрессы и симпозиумы. Коллектив был молодой. У нас был информационный голод — нам все было интересно... Когда ты понимаешь, что не один двигаешься в том или ином направлении, что у тебя есть единомышленники, которым это тоже интересно, тогда возникает замечательный вкус профессионального роста и, можно сказать, успеха... В рамках клиники мы выстраивали некую структуру, которая не похожа ни на что другое, отлична от всего того, что происходит вокруг.

**ВГ:** Какая структура клиники на ваш взгляд наиболее оптимальна?

**Г. Д.:** Мне кажется, прежде всего должно быть практически полное взаимопонимание между специалистами, которое вырабатывается годами. Это внимательное отношение к пациенту, стремление понять, что происходит с людьми. Это качество лечения, внедрение эффективных технологий, которые действительно дают результат. Например, на мой взгляд, важно наличие микроскопов в клинике: лучше весь цикл манипуляций производить под увеличением — начиная от постановки пломб и лечения каналов и заканчивая хирургией и протезированием.

**ВГ:** Почему вы решили специализироваться на имплантации?

**Г. Д.:** Имплантация — очень интересное, перспективное, революционное направление, реальная альтернатива съемным протезам, но это лишь одно из направлений в стоматологии. Нет такой специальности, как имплантолог, это достаточно узкое понятие. Существует общее понятие «стоматолог», либо «хирург-стоматолог», либо «стоматолог-пародонтолог». Это человек, который разбирается в общей проблеме и понимает общую ситуацию, не только в полости рта, но и в целом в организме пациента.

За рубежом имплантация появилась в конце 60-х — начале 70-х годов, а в нашей стране стала развиваться лишь в середине 90-х. Во времена железного занавеса у нас было свое понимание науки вообще и стоматологии в частности... Тогда наши научные «мастодонты» не воспринимали имплантологию всерьез. Проблема усугублялась тем, что в то время не было открытого доступа к научной медицинской литературе.

На международные конференции в лучшем случае ездила верхушка — чиновники от здравоохранения и руководители учреждений. И новым идеям просто не давали развития. Так было «утоплено» немало перспективных направлений — генетика, кибернетика, стволовые клетки... К тому же развивать имплантологию мы тогда просто не могли из-за отсутствия технологий. Не было научных исследований, не было опыта, и, что самое главное, в нашей стране зачастую отсутствовало такое понятие, как «реабилитация». Этому есть свое объяснение. Вся история нашей страны связана с какими-то экстремальными ситуациями, поэтому главной задачей было спасти человеку жизнь, а как он будет жить дальше — никого не интересовало. Поэтому мы всегда отставали в таком медицинском аспекте, как улучшение качества жизни пациента.

Мне кажется, у нас даже не было «рынка» методик улучшения качества жизни, не было соответствующей культуры... Целые поколения всегда были озабочены тем, как им выжить, как заработать, что поесть... Но начало 90-х было неким стартом для того, чтобы это направление появилось и у нас, появились и новые подходы к лечению.

В современной стоматологии процесс лечения можно разделить на три этапа: предоперационный период, сама манипуляция и послеоперационный период.

Операцией можно называть любую манипуляцию, связанную с лечением зубов: постановка пломбы, лечение каналов, удаление зуба, установка имплантата или коронки. Предоперационный этап включает диагностику и подготовку пациента к дальнейшим манипуляциям. Послеоперационный период заключается в поддерживающей терапии. При этом сама операция может быть непродолжительной. В ходе диагностики мы констатируем исходные данные, анализируем их, прогнозируем результат. При этом мы даем пациенту достоверную информацию о его костной ткани, прикусе, состоянии зубов, гигиене и, если нужно, общем состоянии. При необходимости пациент сдает определенное количество анализов. Это позволяет понять общее состояние его здоровья и исключить возможные осложнения, которые могут дать такие хронические заболевания, как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, почек, печени, сердечно-сосудистой системы... Поэтому, прежде чем приступить к лечению, необходим многофакторный анализ ситуации. Это влияет на тактику и выбор лечения.

Когда все понимаешь про пациента, можно заменить имплантацию на альтернативный метод лечения. Сначала нужно разобраться в человеке, понять, что с ним происходит, а уже потом предпринимать какие-то действия. Поэтому иногда самая лучшая операция — это не сделанная операция...

**ВГ:** Вы хотите сказать, что врач в частной клинике может отказаться от операции, даже теряя деньги?

**Г. Д.:** Абсолютно верно. Это один из основополагающих принципов для специалиста и человека вообще. Я сейчас не говорю про какие-то неотложные состояния — это отдельная история. Я говорю про плановые операции по улучшению чего-то. Бывает, что они не нужны. То есть не нужно ставить имплантаты там, где нет необходимости. Не нужно навязывать свое мнение пациенту, не нужно излишней мотивации. С пациентом нужно быть предельно честным. И абсолютно четко ему объяснить, что ты можешь сделать и что сделать не можешь. Самое главное, не быть равнодушным, профессионально хладнокровным. Этим определяется, врач ты или не врач, можешь ты лечить людей или не можешь. Поэтому врачи бывают хорошие либо очень хорошие. Плохих врачей быть просто не может.

**ВГ:** Как в наши дни найти хорошего специалиста и как, в свою очередь, врач может заявить о себе?

**Г. Д.:** С моей точки зрения, надо запретить рекламу медицинских услуг как таковых, потому что хорошему врачу реклама не нужна. Тут срабатывают рекомендации. Если ты хороший доктор, у тебя есть свои пациенты, если нет — ну, извини. На сегодняшний день сообщить о себе сложно. Достаточно создать страничку в интернете, выложить портфолио, показать свои работы... На такой страничке можно реально проверить специалиста, посмотреть отзывы людей...

# «К ИДЕЕ ОТКРЫТИЯ СВОЕЙ КЛИНИКИ Я ШЕЛ ОЧЕНЬ ДОЛГО»

## СЕРГЕЙ ЯКИМОВ, ДИРЕКТОР КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ «ДЕНТИ», УБЕЖДЕН, ЧТО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ НЕ ТОЛЬКО УПРОЩАЕТ И УСКОРЯЕТ, НО И УДЕШЕВЛЯЕТ ДЛЯ ПАЦИЕНТА РАБОТУ ВРАЧА. ТО ЕСТЬ СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ СТАНОВИТСЯ ДОСТУПНЕЕ МАССОВОМУ ПАЦИЕНТУ.

**В** Сергей Якимов — хирург-имплантолог, ортопед, эксперт Nobel Biocare, директор клиники эстетической стоматологии «Денти» (г. Санкт-Петербург), родился в 1971 году в г. Соликамске Пермской области. После окончания стоматологического факультета Пермского медицинского института работал челюстно-лицевым хирургом в поликлинике и госпиталях Федеральной пограничной службы. В 2000 году пришел в частную стоматологию. Профессиональные предпочтения — сложные пластические челюстно-лицевые операции.

Стоматологом был дядя, в детстве я зашел к нему на работу, и мне понравилось. И хотя у меня всегда был очень хороший иностранный язык и мне прочили карьеру переводчика, я хотел стать врачом, поэтому после школы поступил на стоматологический факультет Пермского медицинского института, который окончил в 1993 году. После чего сразу был призван в армию — в пограничные войска. Служил в Псковской области, на границе с Латвией и Эстонией. Работал челюстно-лицевым хирургом в поликлинике и госпиталях Федеральной пограничной службы. Когда проходишь практику в армии, получаешь колоссальный опыт и становишься настоящим врачом. Так я проработал шесть с половиной лет, а 2000-м уволился и ушел в частную стоматологию.

В армии у меня была довольно узкая специализация, а в частной структуре спектр деятельности расширился. Пришлось много учиться, причем не только у российских, но и у иностранных специалистов. В 90-х годах в медицинском институте мы изучали советские технологии, материалы и конструкции. В армии я занимался военно-полевой челюстной хирургией, а в области протезирования и трансплантации у меня был серьезный пробел. Нужно было освоить технологии, которые на тот момент пришли в Россию. Тогда же, в 2000-м, уже работая в частной клинике, я поступил в Медицинскую академию последипломного образования в Санкт-Петербурге, затем в Санкт-Петербургский институт трансплантологии и Военно-медицинскую академию.

У меня есть такая поговорка: «Врачи делятся на две категории: одни все знают, а другие всю жизнь учатся». В последнем, наверное, и заключается секрет успеха настоящего врача.

Современные технологии постоянно совершенствуются, появляются новые материалы. С приходом в стоматологию компьютерных технологий она стала развиваться еще стремительнее. При имплантации мы делаем компьютерное планирование: сначала моделируем в компьютере будущую операцию, изготавливаем своего рода «хирургический шаблон», после чего претворяем его в жизнь.

Чтобы применять эти технологии, нужно, во-первых, иметь необходимое оборудование и, во-вторых, пройти обучение (а это совсем недешево). При этом государство не финансирует такого рода подготовку, как правило, врачи делают это за собственный счет. Сегодня государство оплачивает только сертификацию врача, который каждые пять лет подтверждает свою квалификацию. В частной медицине все зависит от возможностей клиники и того, насколько ценен для нее специалист. Где-то врачи учатся за свой счет, где-то клиника полностью оплачивает обучение персонала. Это вопрос личных взаимоотношений врача и руководства клиники. В своей клинике я, как правило, договариваюсь со специалистами, которых очень люблю и уважаю, что половину оплачивает клиника, а половину — они сами.

К идее открытия своей клиники я шел очень долго. Созревал, искал специалистов. На мой взгляд, важно подо-



СЕРГЕЙ ЯКИМОВ ПОЛАГАЕТ, ЧТО СТОМАТОЛОГИЯ — ЭТО ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ОТРАСЛЕЙ МЕДИЦИНЫ

брать людей, которым можно доверять. Наряду с опытными коллегами у нас работают и молодые дипломированные врачи, еще не имевшие опыта работы, которые перенимают наш опыт. Сегодня в моей клинике десять специалистов разного профиля.

Моя личная практика связана с пластическими операциями, компьютерными технологиями, осложнениями после имплантации, созданием индивидуальных ортопедических конструкций.

За последние 15 лет стоматология изменилась радикально. Сегодня — это одна из наиболее высокотехнологичных отраслей медицины. С 2000 года ее развитие было стремительным, и оно продолжается до сих пор. Так же бурно развивались разве что кардиохирургия и трансплантология...

В начале 2000-х к нам пришла имплантация. И появилась возможность предлагать людям несъемные конструкции. Сегодня имплантаты приживаются в 99,9% случаев.

Но современная стоматология — это не только лечение и имплантация зубов, это прежде всего эстетика. Это красивая улыбка, гармонирующая с лицом пациента. Поэтому сегодня в процессе работы мы анализируем лицо человека, его мимику, улыбку, движение губ и в соответствии с этим задаем параметры протезирования, чтобы добиться оптимального результата.

За последние пять-восемь лет планка оценки качества стоматологии существенно выросла. С приходом в стоматологию новых, компьютерных технологий вырос и уровень сложности работ. Они стали более интересными. Скорее всего, в дальнейшем мы будем все больше уходить в компьютерные технологии. Это прежде всего снятие оттисков методом компьютерного сканирования, программирование будущей работы в полости рта и дальнейшее претворение этой работы в жизнь. Эти технологии будут дальше развиваться и совершенствоваться.

Сегодня передовые технологии пришли в Россию, но работают они главным образом в Москве, Санкт-

Петербурге и более или менее крупных городах. Московские и петербургские клиники, а также несколько клиник в наиболее крупных российских городах не уступают западным по оснащенности оборудованием и качеству сделанных работ, чего, к сожалению, нельзя сказать об уровне стоматологии в России в целом. Поэтому жители дальних регионов, которые могут оплатить работу частного стоматолога, обычно приезжают лечиться в Москву и Санкт-Петербург. Для основной массы россиян высокие технологии по-прежнему недоступны.

По моим наблюдениям, совершенствование технологий связано, во-первых, с упрощением работ для удобства врача и, во-вторых, с их удешевлением для пациентов.

При этом я не могу назвать их слишком дорогими. Мне кажется, практически любой человек может позволить себе какие-то определенные работы. Есть работы очень дорогие, есть работы бюджетного класса, а есть — эконом-класса. И это совершенно разные вещи. Диапазон цен настолько широк, что можно сделать и самую простую конструкцию для пенсионера, и очень сложную конструкцию для достаточно обеспеченного человека, при этом задействовать специалистов, которые живут и работают не только здесь, но и за границей.

В данном случае мы имеем дело с информированностью пациентов. Люди просто незнакомы с современными технологиями и конструкциями. Если у пожилого человека полный съемный протез и он с ним мучается, то достаточно поставить два совершенно недорогих имплантата для фиксации его протеза, и это изменит его жизнь. Он будет полноценно жить, питаться, улыбаться и говорить. Такое решение проблемы нельзя назвать неприемлемым или очень дорогим.

Кроме того, сегодня ценовые категории очень сильно разнятся в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре, Екатеринбурге... Я знаю российские клиники и российских врачей очень высокого уровня, несколько не уступающих западным клиникам и западным специалистам. И их ценообразование вполне сопоставимо с европейским. При этом есть клиники, которые оценивают свою работу несколько иначе.

Возможно, профессия врача сродни профессии художника. Малевич нарисовал свой «Черный квадрат», и это одна из самых дорогих картин в мире, но это всего лишь черный квадрат.

По большому счету в стоматологии цену формирует сам врач. Вообще же в ценообразование той или иной операции закладывается стоимость закупаемой продукции, работы врача и доход клиники. И эти параметры должны гармонизировать.

Мне кажется совершенно нормальным, когда приходит пожилой человек и врач, понимая, что пациент затрудняется оплатить, дает ему скидку или делает работу бесплатно.

Записала СВЕТЛАНА БЕЛОСТОЦКАЯ

**ДИАПАЗОН ЦЕН НАСТОЛЬКО ШИРОК, ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ И САМУЮ ПРОСТУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ПЕНСИОНЕРА, И ОЧЕНЬ СЛОЖНУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ДОСТАТОЧНО ОБЕСПЕЧЕННОГО ЧЕЛОВЕКА**

Если человек хочет быть доктором, то ему несложно заявить о себе, начиная с учебы в высшем учебном заведении и заканчивая последипломным образованием.

Хорошо, если врач ведет научную работу, входит в какую-то международную исследовательскую группу, участвует в программах по исследованию материалов. Сегодня фирмы—производители имплантатов и костно-пластических материалов дают их на исследование врачам в разных концах мира, которые по определенной технологии делают одну и ту же операцию. Затем собранные данные анализируются. Так оценивается качество используемых материалов. К сожалению, это могут себе позволить только большие фирмы, чтобы вынести на рынок абсолютно качественный продукт.

Сегодня на стоматологическом рынке очень много рекламы. Каждый специалист должен уметь ориентироваться в этом информационном поле, а для этого необходимо располагать достоверными данными. Европейская ассоциация эстетической стоматологии — одна из немногих организаций, неангажированных теми или иными фирмами-производителями. На заседаниях ассоциации, которая проходит раз в год в разных городах мира, можно получить объективную информацию о последних разработках, достижениях в области стоматологии, а также анализ методов, которые применялись на протяжении последних лет с точными статистическими данными. С моей точки зрения, это именно то, что нужно специалисту.

**ВГ:** Ваш секрет успеха?

**Г. Д.:** Я думаю, все закладывается в семье. Я родился в городе Омске в семье педагогов. Папа — заведующий кафедрой физвоспитания в институте, заслуженный работник физической культуры России, мама — преподаватель финансового колледжа. Сколько я себя помню, мое мнение всегда уважали, что бы я ни сделал. Когда ты уважаешь мнение ребенка, в нем закладывается определенное количество правильных для жизни форм поведения. Кроме того, у меня была очень интересная школа, замечательные учителя. Мы уже тогда взахлеб читали «Один день из жизни Ивана Денисовича», «Архипелаг ГУЛАГ» Солженицына и т. д. Нас учили нестандартно мыслить. Неважен был объем сочинения, главное, чтобы ты выражал свои мысли.

В 90-е годы у нас появился интернет, а значит, доступ к информации и общению. Сегодня ты не изолирован практически нигде. В любой точке мира можно получить все необходимые данные. Читать — это самое главное. Если хочешь в чем-то разбираться, недостаточно ходить на лекции и воспринимать то, что тебе говорят. Прослушанная лекция, какая бы замечательная она ни была, не может подойти для каждого отдельного случая. Ты должен максимально много понимать в своей специальности, а для этого ты должен быть насыщен знаниями. И современные информационные технологии это позволяют, только ленивый может этим не воспользоваться. Чтобы помочь каждому отдельно взятому пациенту, нужно использовать многофакторный анализ, у тебя должна складываться целостная картина. Нужно очень четко понимать, где, как и что применять.

С моей точки зрения, в стоматологии всегда лучше на шаг отставать от моды, чтобы сначала увидеть результаты, посмотреть литературу, пообщаться с коллегами, которые уже опробовали те или иные инновации, а уже потом их применять, если ты понимаешь, что это будет работать.

А вообще, я не считаю успехом то, что я делаю просто хорошо. Я делаю то, что люблю, что мне действительно нравится. И я не могу сказать, что я прилагал какие-то сверхъестественные усилия для того, чтобы это получить. У меня все так сложилось. Наверное, мне везло. Я не стремился к успеху, я стремился к развитию. Наверное, это один из основополагающих факторов, которые двигают тебя вперед.

Беседавала СВЕТЛАНА БЕЛОСТОЦКАЯ

## «НАДО ГОВОРИТЬ ПРАВДУ» МАРИНА КОЛЕСНИЧЕНКО, КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КЛИНИКИ M.V.K. BEAUTY LINE, ОТМЕЧАЕТ, ЧТО ДОКТОР И ПАЦИЕНТ ДОЛЖНЫ ПОНИМАТЬ ДРУГ ДРУГА НА ОСНОВЕ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ И ДОВЕРИЯ. ПОЭТОМУ ТАК ВАЖНО БЫТЬ С ПАЦИЕНТОМ ЧЕСТНЫМ И НЕ ДЕЛАТЬ ТОГО, ЧТО НЕ СДЕЛАЛ БЫ СЕБЕ.

Больше всего я ценю своих постоянных пациентов, которые доверяют мне свое здоровье на протяжении более 15 лет. Мне кажется, врачу важно наизусть помнить зубы всех пациентов и когда и что с ними было сделано — это такая профессиональная память. Еще довольно часто приходится сталкиваться с тем, что приходит пациент, который побывал уже у нескольких врачей и остался недоволен лечением. С такими пациентами работать сложнее всего — у них много накопленного негатива и недоверия по отношению к врачам, и надо шаг за шагом это вместе преодолевать, формируя у человека позитивный настрой и уверенность в том, что все можно преодолеть и справиться с проблемой. На мой взгляд, в этом для врача и есть наибольшее моральное удовлетворение.



ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

Если пациент настаивает, а ты понимаешь, что и результат будет неудовлетворительным, лучше отказать в лечении, потому что пациент тебе потом все равно скажет: «Вы должны были меня переубедить!»

Если ты имеешь дело с взрослым пациентом, а на прием он приходит с кем-то из родственников и консультация проходит совместно — значит, не зря они пришли вместе. Видимо, мнение этого человека для него определяет многое. Но решать и выбирать все равно ему. Ну а когда дело касается детей — это вообще норма, присутствие родителей.

В интернете довольно много спорных материалов, и целиком полагаться на них нельзя, а в некоторых случаях и очень вредно. Понятие ятрогенных болезней появилось задолго до появления интернета. В ту пору существовали печатные энциклопедии болезней, читая которые многие находили у себя симптомы чего угодно, начинали верить в это и, как ни странно, через какое-то время действительно заболели. Лучше наблюдать у одного доктора, которому веришь и всегда можешь обратиться с вопросом.

При этом запугивать нельзя даже детей. А уж взрослых людей тем более. Надо говорить правду, и все. И честно обрисовывать ситуацию в плане ее развития, перспектив и решения.

**ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НАСТАИВАЕТ, А ТЫ ПОНИМАЕШЬ, ЧТО РЕЗУЛЬТАТ БУДЕТ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ, — ЛУЧШЕ ОТКАЗАТЬ В ЛЕЧЕНИИ, ПОТОМУ ЧТО ПАЦИЕНТ ТЕБЕ ПОТОМ ВСЕ РАВНО СКАЖЕТ: «ВЫ ДОЛЖНЫ БЫЛИ МЕНЯ ПЕРЕУБЕДИТЬ!»**



## МЕТОД

## ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ НАТАЛЬИ ПАВЛОВОЙ, ГЛАВНОГО ВРАЧА КЛИНИКИ «СТОМАТОЛОГИЯ 31», ПАЦИЕНТ — ЭТО НЕ ПАРТНЕР И НЕ ПОДЧИНЕННЫЙ, ПОТОМУ ЧТО ПАЦИЕНТ ОСТАЕТСЯ ВСЕГДА ТОЛЬКО ПАЦИЕНТОМ.



Если идеальные пациенты существуют, то для меня идеальный пациент — это врач-стоматолог, или пациент с медицинским образованием, или человек, который интересуется медицинскими вопросами и понимает намного больше, чем рядовой человек. Работать с такими пациентами проще и интереснее, поскольку многие вещи не нужно объяснять.

Я считаю, что у пациента не может быть ни одного необоснованного мнения. У пациента свое видение лечебного процесса и методов лечения, и к мнению пациента нужно прислушиваться, даже если некоторым это кажется излишним. Все детали обязательно нужно оговаривать с пациентом, и чем выше уровень профессионализма доктора, тем больше методов лечения и возможностей, которые в итоге он сможет ему предложить. Именно в ходе этой дискуссии определяются сроки и методы лечения.

Никакая дополнительная информация еще никому никогда не мешала. Но любая информация, а особенно медицинская,



ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

нуждается в проверке, коррекции и разъяснении со стороны специалиста, в данном случае — врача. Поэтому считаю, что предварительная подготовка пациента перед визитом к врачу — это огромный плюс. Ну а дальше уже начинается совместная работа и обсуждение лечебного процесса именно этого конкретного пациента и тех методов, которые подходят лично ему.

Я считаю, что лечебный процесс должен быть максимально открытым и транспарентным, поэтому обо всех последствиях лечения (а особенно отказа от лечения) пациента нужно максимально подробно и всесторонне информировать — как о негативных, так и о позитивных моментах. Такая тактика поведения поможет пациенту правильно сформировать понимание проблемы и будет способствовать ее решению.

Никто не имеет права в обществе на демонстрацию плохого настроения. Понятно, что за подобными эмоциями обычно скрывается слабость, неуверенность в себе, страхи, усталость, но на то мы и люди, чтобы держать себя в руках. Уверена, что негативные эмоции точно не пойдут на пользу в процессе лечения. А раз так, давайте будем вежливыми и культурными. Причем не только на приеме у врача. Ну а лечение может быть длительным, сложным и непростым в функциональном плане, поэтому нужен тесный контакт. Совместная работа всегда требует взаимного понимания.

Записала МАРИЯ РЫБАКОВА

## НА ОДНОЙ ВОЛНЕ МИХАИЛ МЕДВЕДЕВ, ОРТОПЕД, ХИРУРГ, ИМПЛАНТОЛОГ, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЦЕНТРА СТОМАТОЛОГИИ «ВЫСШАЯ ШКОЛА», ОТМЕЧАЕТ, ЧТО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРОГНОЗИРУЕМОГО И ОЖИДАЕМОГО РЕЗУЛЬТАТА ВРАЧ И ПАЦИЕНТ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ НА ОДНОЙ ВОЛНЕ.



Я работаю врачом-стоматологом уже 30 лет, и с течением времени отношения между врачом и пациентом претерпевают изменения. Если раньше пациент был безвольным подчиненным, то сейчас люди имеют возможность выбирать такого врача, который будет общаться с ними на равных. Однако партнерство для пациента не всегда оказывается по плечу, потому что это ответственность, которую врач делит с ним. Очень часто пациенты говорят: «Доктор, мы ничего в этом не понимаем. Поэтому делайте так, как считаете нужным». И в моей практике был такой случай, когда поддавшись соблазну сэкономить время на объяснениях и согласованиях плана лечения. Когда все уже было готово, пациент не одобрил результата, и работу пришлось переделывать. Пациент должен участвовать в обсуждении плана лечения, чтобы максимально представлять себе, каким будет результат. На мой взгляд, когда пациент не полностью представляет себе процесс и результат, лучше не приступать к лечению, а все-таки еще раз пообщаться с пациентом более детально.

Мне нравится, когда пациенты любопытны, настойчиво добиваются от меня информации о состоянии своего здоровья. Тогда наступает мой выход. И весь мой опыт и знания работают на меня и на моего пациента. И еще. Пациент должен быть корректен и терпелив. Это очень важные качества, потому что лечение может быть длительным. Процесс лечения иногда затягивается на несколько лет. Представьте себе, насколько должен человек доверять своему врачу, чтобы выдерживать общение с ним столь длительный период. Если результат оправдывает все, то наступает момент истины и пациент для врача становится идеальным, а врач — идеальным для пациента.



ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

Я считаю, что все обсуждается: и планы, и сроки лечения, и изменения в этом процессе, неизменными должны оставаться только медицинские показания для лечения. Существует еще и юридический аспект, это федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который регламентирует отношения врача и пациента. Согласно закону, как у врача, так и у пациента есть права и обязанности. При составлении плана лечения врач обязан информировать пациента о всех аспектах лечения и согласовать этот план. Взаимодействие врача и пациента очень важно, поскольку наше лечение связано с восстановлением не только функции и эстетики, то есть красивой улыбки. Понятие эстетики у всех разное, поэтому приходится проводить предварительную работу как врачу, так и зубному технику и показывать результат этой работы пациенту. Лучше сначала получить одобрение пациента временных реставраций и только потом приступить к основной работе.

Мнение родственников нужно всегда учитывать, но расставлять приоритеты и ни в коем случае не отходить от принципа «не навреди» и сохранять врачебную тайну.

В эпоху интернета невозможно оградить человека от информации, поэтому, конечно же, хорошо, что уровень подкованности пациента в вопросах здоровья растет. Если пациент знакомится с грамотными знаниями, то это хорошо, и мне, как врачу, работать с таким пациентом легко. Если пациенту попадается реклама или пиар-акция, а такой информации, к сожалению, больше, то это очень плохо. И вот, получив такую информацию, пациент приходит на прием, и потом у него очень много времени уходит на то, чтобы вникнуть в суть проблемы и расставить все на свои места.

Одним из основных этапов в диагностике и лечении является информированное согласие. Мне кажется, лучше проинформировать пациента не только о проблеме, которая у него имеется, но и о том, как ее решать и какие осложнения могут возникнуть, если ничего не предпринимать. Мало того, на мой взгляд, врач должен информировать пациента и о тех осложнениях, которые могут возникнуть в результате медицинских манипуляций. Если врач обладает определенным опытом и знаниями и выстраивает информирование пациента в комплексе, а не выхватывая одну только проблему, то очень тяжело будет скатиться до страхов. Это вопрос профессионализма и совести врача.

Я считаю, что пациент имеет право находиться в плохом настроении, так как он приходит со своей проблемой, болью, страхом, рассчитывает на помощь врача. Врач в подобной ситуации не имеет права на демонстрацию своего плохого настроения. Но для получения хорошо прогнозируемого и ожидаемого результата в идеале врач и пациент должны находиться на одной волне.

Записала МАРИЯ РЫБАКОВА

# ПОЛЕЗНЫЕ АДРЕСА

Опыт ведущих экспертов в области эстетической стоматологии и высокий уровень сервиса центров клинического мастерства Nobel Biocare гарантируют здоровье вашей улыбки.

## МОСКВА

### ДЕНТА-ЭЛЬ

ул. Хачатуряна, 12, корп. 1  
+7 (499) 904-18-33  
+7 (495) 777-38-71  
www.dentol.ru

### ДЕНТАЛ-СТУДИО

Мичуринский проспект, 80  
+7 (495) 922-34-17  
+7 (495) 961-43-55  
+7 (499) 730-33-88  
www.dental-s.ru

### КДК ДЕНТ

Можайский пер., 5  
+7 (499) 249-62-93  
+7 (495) 784-08-10  
www.kdkdent.ru

### ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ

г. Люберцы, Комсомольский пр-т, 116  
+7 (495) 505-60-56  
www.stomservice.ru

### ЛАДЕНТ

Большой Сухареvский пер., 17/4  
+7 (495) 608-65-52  
+7 (495) 608-89-16  
ул. Башиловская, 19  
+7 (495) 685-04-31  
+7 (495) 685-76-24  
www.ladent.ru

### ПЕРВАЯ ПРОФЕССОРСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

Гагаринский пер., 7/8, стр. 1  
+7 (495) 665-02-36  
www.profcclinic.ru

### СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

пр-д Дежнева, 2Б  
+7 (495) 470-17-20  
+7 (495) 472-00-22  
www.svscenter.com

### СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ «МАГИСТР»

ул. Кулакова, 19  
+7 (495) 756-00-86  
www.tristom.ru

### СТОМАТОЛОГИЯ 31

Новинский бульвар, 31  
+7 (495) 795-06-60  
www.stom31.ru

### СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР NOVEL

ул. Мещанская, 7, стр. 1  
7 (495) 767-79-67  
www.noveldent.ru

### ЦЕНТР МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ И НЕВРОЛОГИИ

Комсомольский проспект, 32, корп. 2  
+7 (495) 223-54-05  
+7 (495) 223-54-06  
www.biointerdent.ru

### ЦЕНТР ПЕРСОНАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВЛАДИМИРА НОВИКОВА

Лопухинский пер., 3, стр. 3  
+7 (495) 637-41-93  
+7 (495) 580-28-05  
www.vn-center.ru

### ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ «ВЫСШАЯ ШКОЛА»

г. Люберцы, Октябрьский проспект, 403, корп. 1  
+7 (495) 565-49-29  
+7 (495) 501-73-03  
www.familystom.ru

### ЦЕНТР ПРИВАТНОЙ СТОМАТОЛОГИИ «ДОКТОР ЛЕВИН»

ул. Льва Толстого, 5/1  
+7 (495) 775-20-01  
+7 (499) 755-50-07  
www.doctorlevin.ru

### ALBA APEX

ул. Климашкина, 5  
+7 (499) 766-72-20  
+7 (926) 733-43-54  
www.albaapex.com

### AVRORA CLINIC

ул. Шаболовка, 23, корп. 1  
+7 (495) 988-83-35  
+7 (495) 970-18-15  
www.avroracclinic.ru

### DOCTOR MARTIN

ул. Архитектора Власова, 22  
+7 (495) 504-43-01  
+7 (495) 504-43-02  
ул. Новочеремушкинская, 50  
+7 (499) 120-52-48  
+7 (499) 128-84-10  
Товарищеский пер., 12/6  
+7 (499) 703-06-78  
+7 (926) 551-34-34  
www.dr-martin.ru

### M.V.K. BEAUTY LINE

ул. Никольская, 10  
+7 (495) 961-00-03  
ул. Солянский проезд, 1  
+7 (495) 734-99-68  
ул. Поклонная, 6  
+7 (495) 411-91-72  
www.laserstomat.ru

### SANABILIS

ул. Маршала Тимошенко, 17, корп. 2  
+7 (495) 417-00-00  
www.sanabilis.ru

### US DENTAL CARE

ул. Б. Дмитровка, 7/5, стр. 2  
+7 (495) 933-86-86  
www.usdentalcare.com

## САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

### АРКАДИЯ

Невский проспект, 22-24  
+7 (812) 315-34-86  
Васильевский о-в, ул. Нахимова, 11  
+7 (812) 355-96-88  
+7 (812) 355-97-88  
Шуваловский пр., 72  
+7 (812) 692-79-51  
+7 (812) 692-79-21  
www.aklinika.ru

### ВЕРОНИКА

ул. Савушкина, 8, корп. 2  
+7 (812) 777-77-09  
ВО, Средний проспект, 48/27  
+7 (812) 777-77-09  
www.veronica.ru

### ГОЛЛИВУД СМАЙЛ

ул. Всеволода Вишнеvского, 7  
+7 (812) 982-99-94  
www.gsmile.ru

### ДЕНТАЛ-СИТИ

ул. Куйбышева, 27  
+7 (812) 233-32-19  
www.dental-city.ru

### КЛИНИКА ДОБРОГО СТОМАТОЛОГА

ул. Коллантай, 17, корп. 2  
+7 (812) 574-83-45  
Коломяжский проспект, 20  
+7 (812) 301-10-40  
www.kdc-spb.ru

### МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР СОГАЗ

ул. Малая Конюшенная, 8, лит. А  
+7 (812) 406-88-88  
www.sogaz-clinic.ru

### ОРХИДЕЯ

Проспект Космонавтов, 61, корп. 2  
+7 (812) 368-93-11  
www.orhidea-stom.ru

### ОХТА ДЕНТАЛ

Новочеркасский проспект, 33/3  
+7 (812) 244-10-44  
www.oh-ta-dental.ru

### ПАНДЕНТ

ул. Савушкина, 17  
+7 (812) 600-20-20  
ул. Типанова, 4  
+7 (812) 600-20-20  
Проспект Литейный, 45  
+7 (812) 600-20-20  
ул. Восстания, 47  
+7 (812) 600-20-20  
www.pandent.ru

### РАЙДЕН

Ленинский проспект, 116  
+7 (812) 644-00-20  
Невский проспект, 173  
+7 (812) 644-00-20  
Проспект Энгельса, 58  
+7 (812) 644-00-20  
www.raden.ru

### СТОМА

ул. Сикейроса, 1  
+7 (812) 516-30-01  
Богатырский проспект, 25  
+7 (812) 349-01-07  
Коломяжский проспект, 26  
+7 (812) 300-36-16  
+7 (812) 300-32-12  
Большой проспект, П.С., 1  
+7 (812) 233-31-13  
Невский проспект, 163  
+7 (812) 717-57-70

### Загородный проспект, 66

+7 (812) 575-08-53  
ул. Кораблестроителей, 32, корп. 3  
+7 (812) 305-54-07  
+7 (812) 305-54-08  
ул. Ленина, 22  
+7 (812) 405-84-68  
Московский проспект, 195  
+7 (812) 371-31-94  
проспект Науки, 17, корп. 2  
+7 (812) 497-40-11  
+7 (812) 497-42-07  
ул. Савушкина, 135  
+7 (812) 344-07-08  
Театральная пл., 6  
+7 (812) 312-45-09  
+7 (812) 314-23-29  
www.ctoma.ru

### ЦЕНТР ИМПЛАНТОЛОГИИ ДОКТОРА ЗОРИНА

ул. Тельмана, 41  
+7 (812) 335-24-24  
www.implantant.ru

### AG-CLINIC

ул. Резная, 6  
+7 (812) 244-25-74  
+7 (812) 242-88-48  
www.ag-clinic.ru

### DENTAL RU

Большой проспект, П.С., 10, лит. Б  
+7 (812) 244-24-15  
www.dentalru.ru

ПОДРОБНЫЙ СПИСОК КЛИНИК, ОБЛАДАЮЩИХ СЕРТИФИКАТОМ ЦЕНТРОВ КЛИНИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА NOBEL BIOCARE, ЗДЕСЬ: [WWW.MYIDEALSMILE.RU](http://WWW.MYIDEALSMILE.RU)

ПРЕДУПРЕЖДАЕМ О НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ И НЕОБХОДИМОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА

# BUSINESS GUIDE

Тематические приложения к газете  
**Коммерсантъ**

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
ПЕРЕДОВИКИ ПРОИЗВОДСТВА  
СМЕЖНИКИ  
ИНВЕТОРЫ  
КОНКУРЕНТЫ  
АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕСУРС