



Печатный орган
Стоматологической
Ассоциации России

№ 48

Дефицит кадров
в стоматологии
19 стр.

Троллинг для
стоматологов
32 стр.

Психология
взаимодействия
с пациентом
42, 50 стр.

Причины
нерентабельности
менеджмента
70 стр.

Судебная
стоматология -
идентификация
личности
63 стр.

**А.А. УМАРОВ –
личность в стоматологии**



СОДЕРЖАНИЕ

№ 1 (48), 2016 г.

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

С.Т. Сохов, В.В. Садовский, Е.В. Володина

Оценка текущей ситуации и анализ осведомленности, восприятия и отношения стоматологов к разработкам и внедрению клинических рекомендаций (протоколов лечения) в стоматологической практике

2

ЛИЧНОСТЬ С ОБЛОЖКИ

УМАРОВ Алимхан Алгириевич

7

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.В. Алимский

Сокращение сети государственных медицинских стоматологических организаций России - важнейшая проблема отечественной стоматологии

16

КАДРЫ В СТОМАТОЛОГИИ

А.В. Алимский

Дефицит кадрового обеспечения медицинских стоматологических организаций

19

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

М.И. Бойков

Аудит профессионализма врачей-стоматологов

22

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОМС

М.И. Бойков

Имитационная модель бездефицитного функционирования

системы ОМС при оказании стоматологической помощи населению

28

ПСИХОЛОГИЯ МАРКЕТИНГА

В.В. Бойко

Троллинг в частной стоматологии

32

ПСИХОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

В.В. Бойко

Клиника после обучения персонала психологии

взаимодействия с клиентами

42

А. Копецкая

Психолог против антидепрессантов

50

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

А.М. Матвеев

Актуальные вопросы межгосударственного сотрудничества

в области подготовки персонала и совершенствования

стоматологической помощи населению

55

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РФ

Стоматологическому образованию Самарского государственного медицинского университета исполнилось 50 лет!

59

СУДЕБНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Е.Х. Баринов, М.С. Бишарян, А.И. Манин, М.Т. Саидов, П.О. Ромадановский

Исторические аспекты проблемы идентификации

личности по стоматологическому статусу

63

Е.Х. Баринов, А.И. Манин, П.О. Ромадановский

Г.И. Вильга у истоков судебной

стоматологии в России

66

МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГИИ

В.В. Бойко, А.А. Кураску

Нерентабельный менеджмент в стоматологической

клинике: причины и примеры из практики

70

СЕКЦИИ СтАР

М.А. Чубисова

Интервью с экспертом-руководителем секции

Стоматологической Ассоциации России

"Лучевая диагностика в стоматологии"

78

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР СтАР

АО "Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова"

91

Выделенные перед статьями фоном эпиграммы, щутки, анекдоты не всегда являются инициативой авторов и служат элементами сатиры по обсуждаемой тематике.

Экономика и Менеджмент в Стоматологии

НАУЧНО- АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ (РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ)

Главный редактор

В.В. Садовский

Редакционная коллегия

Академик РАМН,
проф. В.К. Леонтьев,
В.В. Садовский,
к. э. н. К.В. Николаев

Исполнительный редактор
проф. А.Е. Олесов

Коммерческий директор
М.К. Садовская

Технический редактор
Е.В. Кротова

Редакционный совет
Председатель редсовета:
проф. В.Д. Вагнер

Члены совета
(Editorial Board):
проф. А.В. Алимский,
проф. В.Г. Бугрова,
проф. А.А. Логинов,
Т.Ш. Мчедлидзе,
проф. В.Н. Олесова,
проф. Д.А. Трунин,
проф. В.Т. Шестаков,
проф. В.В. Бойко,
Dr. Gerhard Seeberger (Italy),
Prof. E. Reich (Germany)

С совещательным голосом:

к. м. н. Н.Д. Захарченко,
проф. Н.Б. Кузьмина,
проф. К. Куракбаев (Алматы),
К. Кальдин (г. Москва),
Prof. Anita Jupp (Dental Practice Management Worldwide)

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ ООО «ДЕНТАЛЬ»

Специалист по рекламе и PR –

+7 (495) 223-69-30

E-mail: maestro-msp@yandex.ru

РЕДАКЦИЯ ООО «ДЕНТАЛЬ»

Зав. редакцией –

Кротова Елена Васильевна

+7 (495) 223-69-30

Моб. 8(916)464-40-74

E-mail: maestro-stom@yandex.ru

Адрес редакции:

125047, Москва,
1-й Тверской-Ямской
переулок, д. 16

Оценка текущей ситуации и анализ осведомленности, восприятия и отношения стоматологов к разработкам и внедрению клинических рекомендаций (протоколов лечения) в стоматологической практике

С.Т. Сохов, д.м.н., профессор

В.В. Садовский, президент Стоматологической Ассоциации России (СтАР)

Е.В. Володина, к.м.н., доцент ГБОУ ВПО

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

АНЕКДОТ:

- Абрам, откуда у тебя такие прекрасные часы?
- А это мне папа продал, когда умирал.

Ключевые слова: доказательная стоматология; отношения; барьеры, клиническое внедрение; восприятие.

Keywords: evidence-based dentistry; relations; barriers clinical implementation; perception.

Сравнительно новой концепцией в стоматологии является доказательная медицина. Она основывается на том, что каждое клиническое решение должно основываться на строго доказанных научных фактах. Этот направление в зарубежной медицине получило название “evidence-based medicine” (EBD), что в переводе означает «научно-доказательная медицина» или «научно-обоснованная медицинская практика». Доказательная медицина способствует решению проблемы сравнения, стандарта в оценке результатов лечения, профилактики, диагностики, принятия клинических и управлеченческих решений. Реальная клиническая ситуация в стоматологии является элементом множества, для каждой из которых должна быть выбрана индивидуальная тактика принятия клинического решения.

Клиническое принятие решений обычно и является важной составной частью повседневной стоматологической практики для каждого стоматолога. Стоматолог, используя свой уровень образования и профессиональной подготовки, используя имеющиеся данные, научные доказательства, клиническую экспертизу, как прави-

ло, в состоянии успешно принять клинические решения в большинстве случаев. Но это не означает, что практикующие стоматологи не нуждаются в поддержке. Клинические рекомендации по существу направлены на предоставление такой поддержки стоматологов в их повседневной практике. В настоящий момент в России принято 45 клинических рекомендаций (протоколов лечения) на основе МКБ - 10, разработанных и утвержденных Советом Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Тем не менее, разработки клинических рекомендаций и их применение на практике в здравоохранении (в том числе стоматологии и медицине) является процессом, при котором возникают определенные вопросы и проблемы.

Целью нашей работы являлось изучение отношения и восприятия стоматологами клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Было проведено анкетирование 107 стоматологов по анкете, разработанной рабочей группой «Отношения между стоматологами и стоматологическими университетами» ERO-FDI (Европейского отделения Всемирной стоматологической федерации) состоявшей из 17 вопросов (**приложение 1**), учитывающей возраст,

Колонка главного редактора

Таблица 1.

Ответы	Количество ответов	Процент ответов	Общий процент	Кумулятивный процент
a	100	93,5	93,5	93,5
b	7	6,5	6,5	100,0
Количество ответов	107	100,0	100,0	

Таблица 2.

Ответы	Количество ответов	Процент ответов	Общий процент	Кумулятивный процент
	17	15,9	15,9	15,9
a	36	33,6	33,6	49,5
a,b	1	,9	,9	50,5
b	34	31,8	31,8	82,2
c	14	13,1	13,1	95,3
d	4	3,7	3,7	99,1
e	1	,9	,9	100,0
Количество ответов	107	100,0	100,0	

Диаграмма 1.

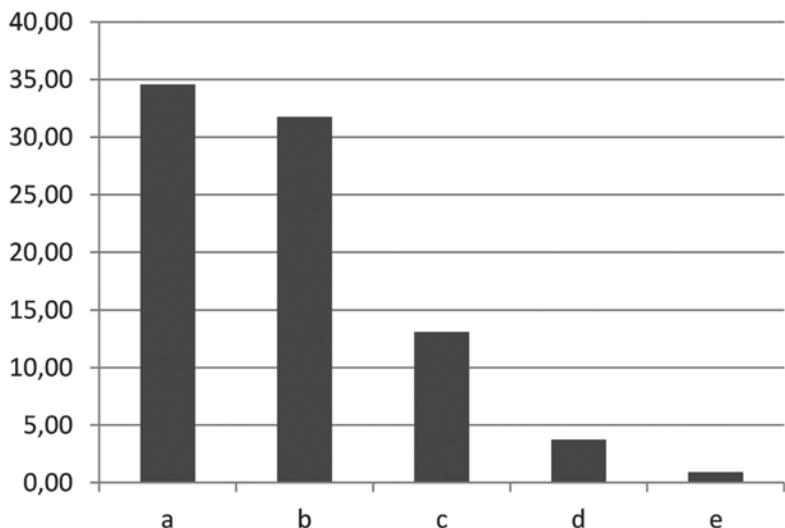
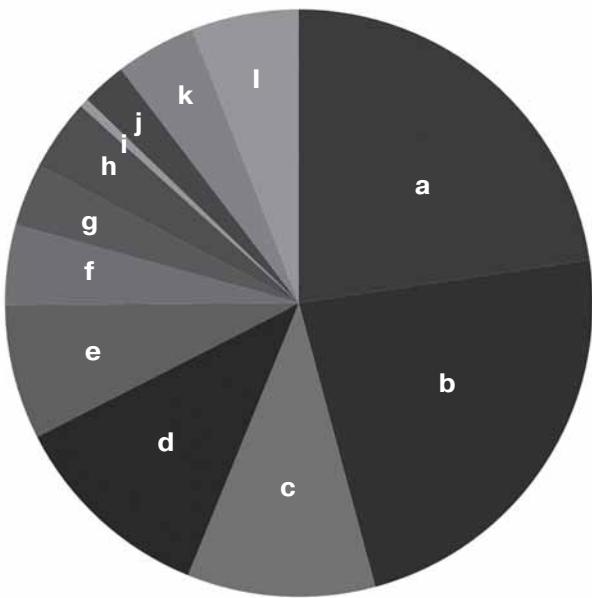


Диаграмма 2.



a отсутствие времени	46,0
b недостаточная осведомленность о КР	47,0
c отсутствие практических путей доступа к КР	21
d ограниченность КР, имеющихся в области стоматологии	23
e отсутствие научно-обоснованных КР для стоматологической помощи	15
f КР воспринимаются как ограничение "клинической свободы стоматологов"	9
g отсутствие консенсуса между аспектами доступных КР	7
h ограниченные знания о надежности методов, используемых для разработки КР	8
i ограниченные знания о надежности группы разработки КР	1
j отсутствие уверенности конфликта интересов членов группы разработки КР	5
k ограниченные знания относительно регулярного обновления КР при появлении новых доказательств	9
l отсутствие конкретных и недвусмысленных назначений в КР	12

пол участника анкетирования, стаж работы по специальности, специализация, форма собственности клиники и вид стоматологической практики.

Всего было опрошено 107 человек – 71 женщины и 36 мужчин. Стаж работы составлял от 1 года до 49 лет. По специализации стоматология общей практики среди опрошенных было 15% респондентов, стоматолог-специалист – 85 %. Результаты анкетирования были статистически обработаны.

Выборочно представим ответы на некоторые вопросы анкеты (см. приложение).

Анализируя информированность о клинических рекомендациях, мы получили следующую табл. 1:

Из полученных данных выводом послужило, что 93,5 % стоматологов знают о клинических рекомендациях, а 6,5 % – нет.

Ответы респондентов на 12 вопросов о применении клинических рекомендаций в стоматологической практике выражены в табл. 2 и представлены в диаграмме 1.

Диаграмма 3.



Анализ полученных результатов показывает, что больше половины стоматологов используют клинические рекомендации (КР) в своей практике.

Ответы на 9 вопрос анкеты позволяют узнать, что препятствует стоматологам в применении клинических рекомендаций (КР) на практике (**диаграмма 2**):

На первое место в препятствиях к применению КР на практике выходят позиции – а, б – отсутствие времени у стоматолога и недостаточная осведомленность о КР.

14 вопрос анкеты позволил нам узнать, что видят полезного стоматологи в применении клинических рекомендаций. Результаты представлены в следующей **диаграмме 3**:

16 вопрос позволил судить о мнении стоматологов по поводу обновления клинических рекомендаций. Результаты представлены в **диаграмме 4**:

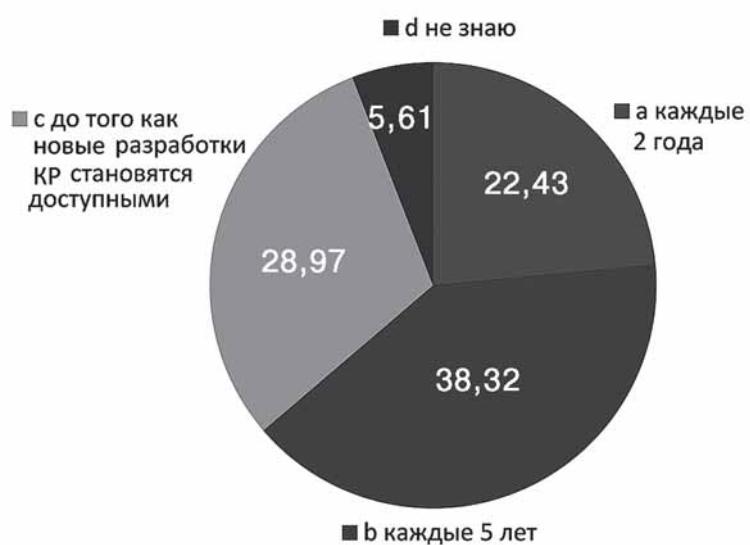
Большинство стоматологов предполагают целесообразным вносить изменения в клинические рекомендации каждые 5 лет.

Выводы. В результате проведенной работы по изучению отношения, восприятия и уровню информированности врачей-стоматологов в отношении EBD было проведено анкетирование. В общей сложности было получено 107 достоверных ответов на каждый из вопросов анкеты.

Что касается EBD, сходный процент респондентов сообщили, что они «знают, что это такое» (93,5 %) и «они практикуют» с разной частотой применения (95,3 %). Большинство респондентов считают, что «EBD выгодно» (86 %). Из участников анкетирования около 60 % считают, что «стоматологи испытывают трудности в реализации EBD». Значительные различия были обнаружены между участниками в вопросе, как «где EBD нужно учить» ($P<0,05$), и как учить студентов и при непрерывном образовании, чтобы клинические рекомендации были пригодными для использования. Возраст, режим практики и стаж работы также оказали влияние на ряд ответов ($P<0,05$).

В результате проведенной работы было выявлено общее положительное отношение к EBD, высокий спрос на получение дополнительной информации и поддержки для повышения знаний стоматологов, и, как следствие – использование EBD в повседневной практике.

Диаграмма 4.



Вопросник по реализации клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Страна проведения анкетирования: Россия

Уважаемый коллега! Просим Вас выбрать варианты ответов на вопросы!

Возраст респондента: _____

Пол: Мужской Женский

Стаж работы по специальности:

Специализация: а. Стоматология общей практики б. стоматолог-специалист.

Форма собственности клиники: а. Частная б. Государственная с. Государственная и частная.

Вид стоматологической практики:

- a. Соло (отдельный кабинет с одним креслом),
- b. Соло в медицинской клинике (отдельный кабинет в медицинской клинике),
- c. Групповая практика (в стоматологической клинике с другими стоматологами),
- d. Групповая практика (в медицинской клинике с другими стоматологами),
- e. университетская стоматологическая клиника (частный университет),
- f. университетская стоматологическая клиника (государственный университет),
- g. Другое (просьба указать) _____

1. Мне известно о клинических рекомендациях (протоколах лечения)

а) да b) нет

2. Если «да»: я знаю о клинических рекомендациях (протоколах лечения), потому что:

- a) я читал их в стоматологических журналах
- b) я их читал на веб-сайтах профильных учреждений и профессиональных организаций
- c) я использую поисковые системы, чтобы найти их
- d) моя национальная стоматологическая ассоциация посыпает мне информацию о них
- e) я узнал о них на цикле непрерывного образования (усовершенствования)
- f) я узнал о них от моих студентов
- g) другое (укажите)...

3. Я применяю клинические рекомендации (протоколы лечения) в моей повседневной практике:

а) да b) нет c) не знаю

4. Если «да»: я применяю клинические рекомендации (протоколы лечения) в моей стоматологической практике:

а) всегда b) часто c) иногда
d) редко e) очень редко

5. Вы считаете, что клинические рекомендации (протоколы лечения) в целом являются полезными?

а) да b) нет c) не знаю

6. Если «да»: я считаю, что клинические рекомендации (протоколы лечения) могут быть полезны потому, что:

- a) они могут способствовать улучшению точности диагноза,
- b) они могут способствовать улучшению плана клинического лечения,
- c) они могут способствовать уменьшению времени, необходимого для процесса диагностики,

d) они могут способствовать уменьшению осложнений лечения,

e) они могут способствовать улучшению результатов лечения,

f) другое (просьба указать)...

7. Кому выгодны клинические рекомендации (протоколы лечения) и их применение в стоматологической практике?

- a) стоматологам,
- b) пациентам,
- c) общественности,
- d) стоматологической профессии,
- e) другое (просьба указать).

8. Считаете ли Вы, что стоматологи применяют клинические рекомендации (протоколы лечения) на практике?

а) да b) нет c) не знаю

9. Если нет, каковы препятствия к применению клинических рекомендаций (протоколов лечения) на практике? (более чем один вариант)

- a) Отсутствие времени.
- b) Недостаточная осведомленность о клинических рекомендациях (протоколах лечения).
- c) Отсутствие практических путей доступа к клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
- d) Ограниченность клинических рекомендаций (протоколов лечения), имеющихся в области стоматологии.
- e) Отсутствие научно-обоснованных клинических рекомендаций (протоколов лечения) для стоматологической помощи.
- f) Клинические рекомендации (протоколы лечения), воспринимаются как ограничение «клинической свободы стоматологов».
- g) отсутствие консенсуса между аспектами доступных клинических рекомендаций (протоколов лечения).
- h) Ограниченные знания о надежности методов, используемых для разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения).

i) Ограниченные знания о надежности группы разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения).

j) Отсутствие уверенности относительно конфликта интересов членов группы разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения).

k) Ограниченные знания относительно регулярного обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения) при появлении новых доказательств.

l) Отсутствие конкретных и недвусмысленных назначений в клинических рекомендациях (протоколах лечения).

m) Другое (просьба указать).

10. Играет ли роль национальная стоматологическая ассоциация в разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения)?

а) да b) нет c) не знаю

Колонка главного редактора

11. Если да, какова роль национальных стоматологических ассоциаций в улучшении применения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и клинических систем поддержки принятия решений на практике? (более чем один вариант).

a) Создание общей осведомленности о клинических рекомендациях (протоколах лечения).

b) Разработка научно обоснованных клинических рекомендаций (протоколов лечения).

c) Разработка различных доказательств на основе клинических систем поддержки принятия решений, включая клинические рекомендации (протоколы лечения).

d) Информирование врачей стоматологов о доступных клинических рекомендациях (протоколах лечения).

e) Информирование врачей-стоматологов об обновлении клинических рекомендаций (протоколов лечения).

f) Попытки преодолеть препятствия на пути применения клинических рекомендаций (протоколов лечения) на практике.

g) Другое (просьба указать)...

h) Нет препятствий.

12. Считаете ли вы, что стоматологические факультеты и национальная стоматологическая ассоциация могут сотрудничать активнее?

a) да b) нет c) не знаю

13. Считаете ли вы, что клинические рекомендации (протоколы лечения) следует разрабатывать:

a) Университетам.

b) Национальной стоматологической ассоциацией.

c) Научным сообществам.

d) Экспертам.

e) Совместно различным стоматологическим организациям.

f) Другое (просьба указать).

g) Не знаю.

14. Считаете ли вы, что стоматологические факультеты и национальная стоматологическая ассоциация могут сотрудничать в распространении клинических рекомендаций (протоколов лечения)?

a) да b) нет c) не знаю

15. Считаете ли вы, что клинические рекомендации (протоколы лечения) должны быть действительны:

a) До 2 лет.

b) До 5 лет.

c) До того как новые разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения) становятся доступными.

d) Не знаю.

16. Как часто должны быть обновлены клинические рекомендации (протоколы лечения)?

a. Каждые 2 года.

b. Каждые 5 лет.

c. До того как новые разработки клинических рекомендаций (протоколов лечения) становятся доступными.

d. Не знаю.

17. Знаете ли вы какие-либо клинические рекомендации (протоколы лечения), которые должны быть введены?

(просьба указать название и веб-адрес)



Implantmed от W&H
Эволюция лидера
в области хирургии и имплантологии

На правах рекламы

PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

САР

Доверяйте продукции, одобренной Стоматологической Ассоциацией России!

Implantmed

35.000 rpm

1:1 20:1 20:1

Наконечники для хирургии и имплантологии с подсветкой по технологии LED+

- крутящий момент до 70 Ncm
- идеальный баланс благодаря сочетанию мотора с небольшим весом и углового или прямого наконечника эргономичной формы
- многофункциональная педаль
- функция нарезки резьбы
- угловые и прямые наконечники W&H с диодной подсветкой

Представительство в Москве : Тел. 495/ 269 48 68
E-mail: info.ru@wh.com
www.wh.com/ru_cis

Импортеры фирмы W&H: Дентекс, Москва Тел. 495/ 974 30 30
495/ 645 45 03

ОМТ, Москва Тел. 8 800 222 99 87, 495/ 229 33 75

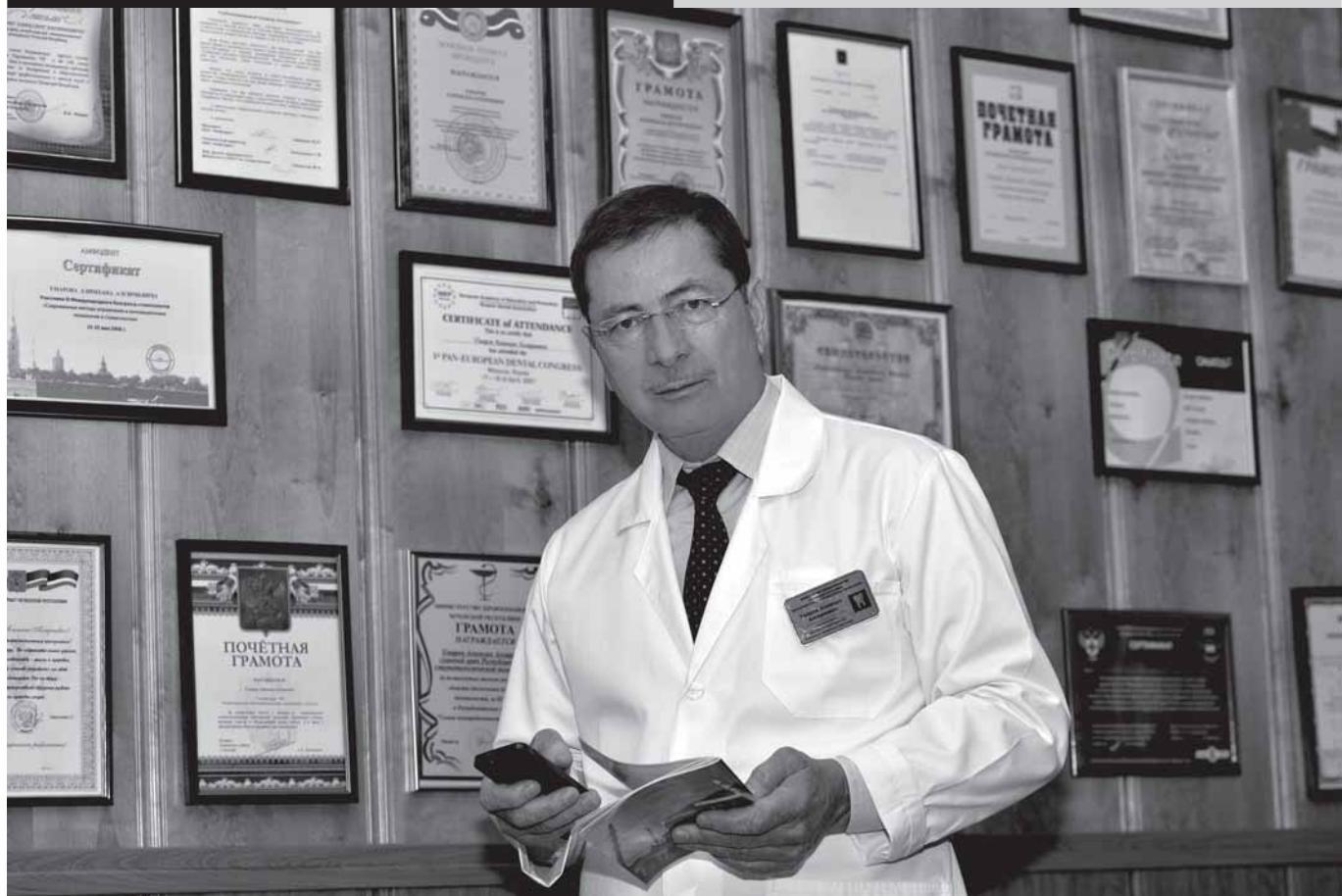
Эксподент, Москва Тел. 495/ 959 92 92, 495/ 332 03 16

Уралквадромед, Екатеринбург Тел. 343/ 262 87 50, 343/ 262 88 51

Дистрибуция в Санкт-Петербурге – Алвик-Медэспрессо: 812/ 326 29 17

implantmed

Личность с обложки



УМАРОВ Алимхан Алгириевич

Главный Стоматолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики

Президент Стоматологической Ассоциации Чеченской Республики

Главный врач ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника»

Кандидат медицинских наук

Заслуженный врач Чеченской Республики

Награжден знаком «Отличник здравоохранения»

Кавалер ордена «За заслуги перед стоматологией» I степени

Врач-стоматолог высшей квалификационной категории

«Знаменитые люди Кавказа» – так называется книжная серия, которая издается в городе Нальчике. Есть в ней и чеченская глава. При опросе жителей Грозного, кого они предлагают включить в эту книгу, не раз среди представителей медицины звучало имя Алимхана Алгириевича Умарова, главного стоматолога Минздрава Чеченской Республики, главврача Республиканской стоматологической поликлиники. В очередном – 6 томе, который готовится к выпуску, читатели найдут очерк о человеке, возродившем после военной разрухи стоматологическую службу ЧР. Более того, он за короткий срок поднял ее до такого уровня, что теперь в Грозный за передовым опытом приезжают врачи из других регионов.

Насколько сложной была эта задача, поймет только тот, кто бывал в Чечне в начале двухтысячных, когда А. Умарова назначили главврачом Республиканской стоматологической поликлиники (2000 г.)

По сути РСП – главное звено в системе стоматологической помощи населению, а точнее, ее организационно-методический и консультативный центр, от которого зави-

сит состояние и развитие остальных звеньев – тогда существовала только на бумаге. Ее двухэтажное здание, как и весь город, лежало в руинах. Поэтому новоиспеченному главврачу вместо белого халата пришлось одеть рабочую спецовку и начать ремонтно-восстановительные работы на доверенном объекте. Конечно, он не занимался кладкой кирпича, штукатуркой, возведением кровли и т.д. – все это делали строители, но под бдительным контролем и активным участием А. Умарова, при его умелом направлении и форсировании процесса.

И результат не заставил себя ждать. В ускоренном режиме усилиями небольшого коллектива врачей, оставшихся в городе, были восстановлены два кабинета и начат прием пациентов. А через полгода обновленное здание главной стоматологической поликлиники ЧР было сдано в эксплуатацию. Нельзя сказать, что проблемы на этом закончились. В то время большая часть населения Грозного проживала беженцами за пределами республики. Возвращаясь домой они не торопились из-за отсутствия безопасности и жилья. По этой причине во всех сферах, в здраво-



Осмотр больного в клиническом кабинете

охранении в том числе, ощущалась острые нехватка кадров. Поэтому А. Умарову зачастую приходилось выступать в роли педагога-наставника. Он брал неопытных, недоучившихся из-за известных событий специалистов и обучал уже в процессе работы. Через некоторое время они становились профессионалами высокого класса. Главврач щедро передавал свои обширные знания и навыки подчиненным, при этом воспитывал в них чувство ответственности перед пациентом, коллективом, а в конечном счете, перед народом, который доверяет им свое здоровье. И, самое ценное – он научил своих сотрудников не останавливаться на достигнутом, развиваться, искать, выдумывать, пробовать. Уроки руководителя легко усваивались, потому что он сам являлся примером такого отношения к труду. Достаточно сказать, что именно А. Умаров первым в республике освоил метод стоматологической имплантологии. Это было в далеком 1989 г., когда он прошел специализацию за рубежом (город Каунас, Литва).

В 2012 г. А. Умаров защитил кандидатскую диссертацию. Еще студентом будущий главврач начал заниматься научной деятельностью в студенческом научном обществе под руководством известного ученого, педагога, опытного клинициста, блестящего оратора, учителя многих ведущих преподавателей кафедр стоматологического факультета – д.м.н., профессора Владиславовича Окушко – заведующего кафедрой терапевтической стоматологии ДМИ г. Донецк, а также д.м.н., профессора Самара Эдуарда Николаевича – заведующего кафедрой хирургической стоматологии ДМИ г. Донецк, д.м.н., профессора Бондаря Владимира Сильвестровича организатора и прекрасного хирурга – первого заведующего курсом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Целиноградского медицинского института (1968–1983 гг.). Эти навыки и вкус к исследовательской ра-

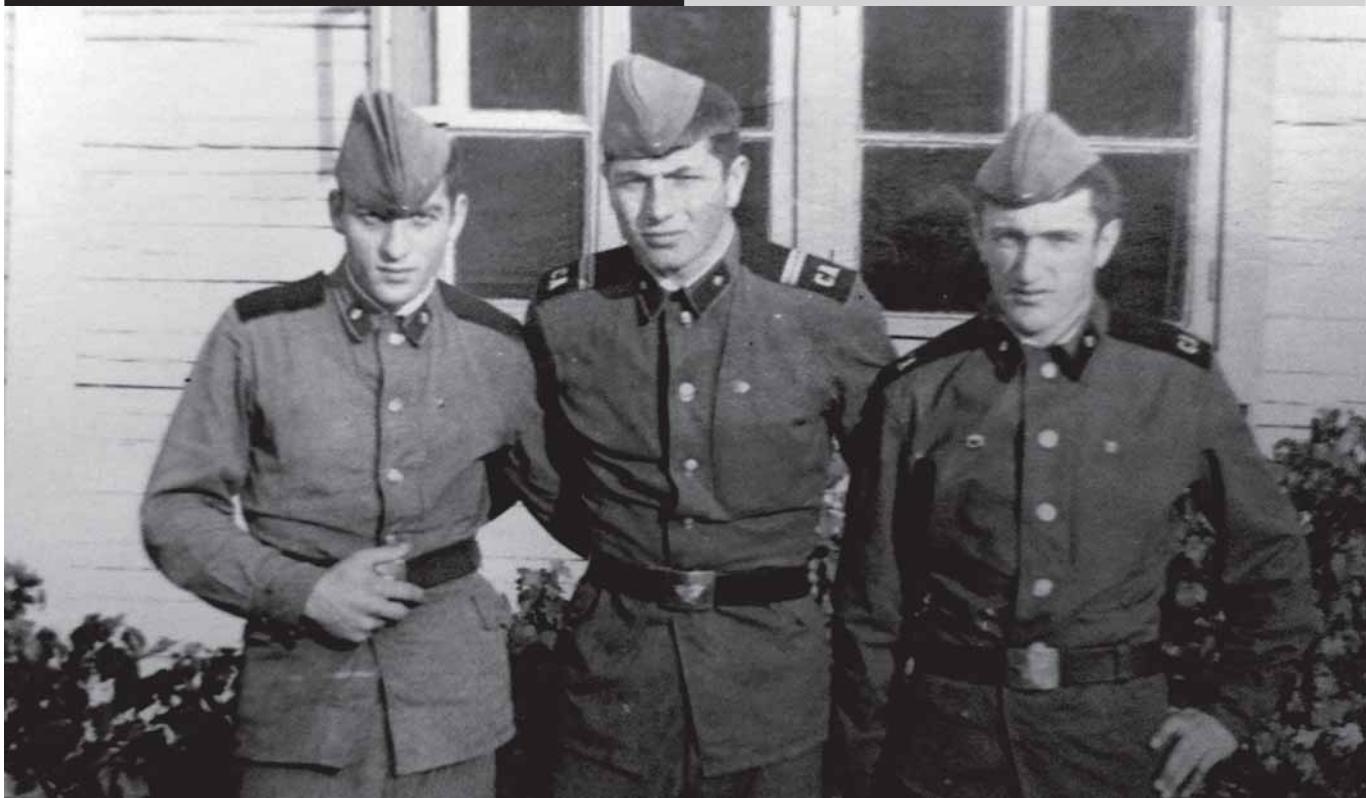
боте очень пригодились во врачебной практике, они стали фактором профессионального роста и личностного развития. Пример отца оказался заразительным и для Дагмары Умаровой, молодого врача Республиканской стоматологической поликлиники, которая недавно защитила учченую степень кандидата медицинских наук под руководством д.м.н., профессора В.Д. Вагнера (ЦНИИС).

В медицине довольно часто встречаются семейные династии, когда дети идут в профессию по стопам родителей. Но к нашему герою это не относится. В его большом роду никто до него ни по материнской, ни по отцовской линии не работал в сфере здравоохранения. А сейчас с подачи А. Умарова стали врачами около 200 человек из его окружения – настолько заразительным оказался пример известного стоматолога.

Что же определило профессиональный выбор будущего главврача РСП? Его величество случай. В армии (служил в Подмосковье) он сдружился со своим земляком Али Демильхановым (на фото слева первый), который к тому времени успел закончить медуниверситет и служил в медсанчасти. Он мечтал продолжить учебу в вузе. А у Алимхана была другая цель. До призыва, сразу после школы, он поступал на физико-математический факультет Чечено-Ингушского госуниверситета, но не прошел по конкурсу. Предложили переписать заявление на математический факультет, где был недобор. Не согласился: считал, что любимая физика должна стать делом его жизни. После демобилизации он собирался повторить попытку стать студентом-технарем, только уже не в Грозном, а в Москве – высшем училище им. Баумана, но оказался ... на стоматологическом факультете Донецкого медицинского института с легкой руки Али Демильханова.

Так армейская дружба помогла Алимхану Алгириевичу найти призвание. Это произошло в 1975 г. А через 5 лет

Личность с обложки



Служба в Советской Армии

отличной учебы новоиспеченный специалист А. Умаров начал лечебную практику в качестве стоматолога и челюстно-лицевого хирурга.

Отправной географической точкой в профессиональной биографии А. Умарова стал город Целиноград в Казахстане. Почему не родной Грозный? Этот вопрос вызывает улыбку на лице Алимхана Алгириевича:

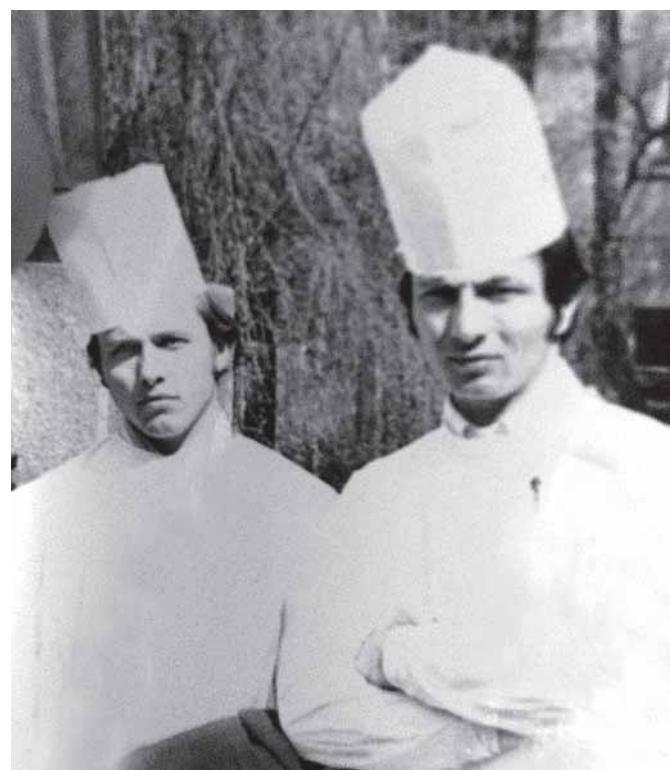
Молодость, романтика! Хотелось уехать подальше, в совершенно незнакомые места, открыть новую грань жизни. Тем более Казахстан моя вторая родина, я здесь родился во время депортации чеченцев и ингушей.

Здесь в Целиноградской областной стоматологической поликлинике прошла интернатура молодого врача. Он сумел зарекомендовать себя как хороший специалист и ответственный человек с организаторскими способностями. Эти качества стали залогом успешной карьеры. Уже через 1 год А. Умаров становится заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии городской больницы города Атбасар.

Несмотря на молодость и малоопытность в организаторских делах, Алимхан Алгириевич успешноправлялся со своими обязанностями, что обещало в ближайшем будущем новую ступеньку на служебной лестнице. Но оказалось, что судьба отвела на казахстанскую страницу его биографии только 4 года. В 1984 г. он вернулся на родину, повинуясь желанию отца, который считал, что работать надо в своей республике и приносить пользу своему народу. Да и холостяцкий образ жизни пора было менять на семейный. А это сподручнее делать дома, среди своих.

Грозненский этап жизни нашего героя начался по распределению Минздрава в больнице скорой помощи в роли челюстно-лицевого хирурга. Служба скорой помощи является важнейшим звеном в системе здравоохранения. Здесь всегда работают в напряженном режиме чрезвычайной обстановки. Это хорошая школа для молодого врача. Алимхан Алгириевич вспоминает, как много времени приходилось проводить тогда за операционным столом:

— В основном моими пациентами были пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях. Травмы одна тяжелее другой. Тогда же по совместительству я работал хирургом-стоматологом в 8 поликлинике. Это была отдушина. К тому же мне достался замечательный наставник — Павел Борисович Куретов, великолепный врач и организатор. Его уроки многому меня научили.



С однокурсником и другом Николаем Зелевым



Мой наставник и учитель Павел Борисович Куретов

Как и следовало ожидать, учитывая высокий профессионализм, инициативность, добросовестность А. Умарова, его карьера в Грозном, как и в Казахстане, поступательно продвигалась. В 1987 г. он из больницы скорой помощи переходит в недавно основанную Республиканскую стоматологическую поликлинику. И за 5 лет из рядового хирурга становится сначала заведующим хирургическим отделением, потом заместителем главврача, а в 1992 г. главным врачом Республиканской стоматологической поликлиники.

Потом в республике наступили тяжелые времена: военные действия, кадровая чехарда, нецивилизованная борьба за руководящие кресла. Чтобы не участвовать в этом, Алимхан Алгириевич решил стать предпринимателем и открыл частную клинику под названием «Интал». С помещением на главной улице Грозного помогла мэрия, остальное сделал сам – закупил современное оборудование, материалы, пригласил хороших врачей. И вскоре эта клиника стала чуть ли не единственным примером экономического процветания в республике, переживающей тотальную разруху и упадок во всех сферах.

Организаторский талант, предприимчивость, высокий профессионализм, владение передовыми технологиями в отрасли и богатый опыт сделали невозможное возможным – принесли успех учреждению, материальную обеспеченность коллективу, в то время, когда основная масса в республике работала без зарплаты. Поэтому, когда в 2000 г. началось послевоенное возрождение республики под руководством незабвенного Первого Президента Чеченской Республики Ахмат-хаджи Кадырова, ее руководство доверило восстановление стоматологической службы Алимхану Умарову на безальтернативной основе. И доверие – это, конечно, было оправдано сполна.

Сейчас трудно представить, что еще недавно здание РСП представляло собой жалкое зрелище жертвы бомбёжки. Теперь это целый комплекс строений современного вида. Основное здание дополняют еще 3 новостройки. Нарастаю-

щий поток посетителей, расширение услуг и модернизация поликлиники потребовали новых площадей. Впрочем, процесс строительства продолжается до сих пор. На очереди – ввод трехэтажной пристройки к главному зданию.

Через два года после назначения главврач РСП добился оснащения учреждения самым современным зарубежным оборудованием и техникой.

Но самое главное, А. Умаров сумел создать коллектив профессионалов, умеющих беречь честь профессии и учреждения, а также готовых учиться, совершенствоваться, чтобы соответствовать запросам времени. Здоровый сози-дательный дух сотрудников, настрой на позитив, инновации поддерживается руководителем, который болеет за поликлинику, как за родной дом.

Мы попросили Алимхана Алгириевича рассказать нам о поликлинике и вот все, что он сказал немногословно, но емко, в нескольких словах о своем учреждении и коллективе:

– Сегодня наша поликлиника твердо стоит на своих ногах, имеет прекрасную репутацию в республике, в административных органах. Мы великолепно оснащены, укомплектованы, сможем оказать практически любой вид современной стоматологической помощи, включая имплантологию, художественную реставрацию зубов, синус-лифтинг, реконструктивные пародонтологические операции, протезирование металлокерамикой, в том числе на драгметаллах и многое другое. Из технических новинок в нашем распоряжении компьютерный томограф, электронные микроскопы, визиографы, видеокамеры, лазеры, стоматологические установки Сирона – все это мы можем себе позволить приобрести и использовать в непосредственной каждыйдневной практике. Можно еще очень много говорить, что сделано, что делается нами, чтобы подарить нашим пациентам красивую улыбку, чувство уверенности в себе, но в завершении хочу отметить, что мы выстояли с нашим коллективом в тяжелое время восстановления республики, реформ здравоохранения, рыночной экономики,



Кавказские горы. Высота 3000 метров. Малая Родина

твёрдо стоим сегодня на своих ногах, успешно конкурируем с частной стоматологией, являемся организационным и учебно-методическим центром стоматологии в нашей республике, имеет необходимые материальные финансовые средства и уверенно смотрим в будущее. Конечно, за этим внешним и внутренним благополучием стоит огромный напряжённый труд всего коллектива.

Этот энтузиазм и подвижнический труд А. Умарова были по достоинству оценены руководством республики. В 2004 г. за большой вклад в развитие стоматологической службы республики главврач Республиканской стоматологической поликлиники был удостоен почетного звания «Заслуженный врач Чеченской Республики» и награжден медалью «За заслуги перед Чеченской Республикой».

Алимхан Алгириевич – редкий пример счастливого сочетания двух талантов: профессионального и человеческого. Все, кто с ним знаком, признают, что это Личность, с сильным характером, богатым внутренним миром, гражданской позицией и большим обаянием. Дар общения, жизне-любие, не показной интерес к людям, причем независимо от их социального положения, национальности, профессии, искреннее желание им быть полезным – кого оставит равнодушным такой набор качеств?! Отсюда большая популярность и авторитет нашего героя.

Казалось бы, чем может быть интересен окружающим стоматолог, который занимается больными зубами? Во-первых, любой специалист, достигший вершин в своем

деле, вызывает уважение и почтительное отношение. Во-вторых, познания и увлечения А. Умарова столь разнообразны, что общение с ним дает массу ярких впечатлений, не говоря уже о полезной пище для ума и сердца. Он интересуется историей вообще и своего народа в частности, много ездит по историческим местам в горах Чечни.

Любит литературу – Абузара Айдамирова, Идриса Базоркина, Лермонтова, Грибоедова, Бунина, Куприна, О. Генри и многих других. Любовь к чтению, зародившаяся еще в детстве, со временем не угасла. Вот что говорит об этом Алимхан Алгириевич:

– В профессии я новатор, но в духовной жизни – консерватор. Как и 30–40 лет назад продолжаю покупать книги. У меня собралась большая домашняя библиотека, которой я пользуюсь каждый день. Еще одно увлечение у меня – спорт. Сейчас плаваю в бассейне, а раньше занимался борьбой, играл в футбол, теперь только болею, прежде всего, конечно, за родной «Тerek».

Особо хочется отметить талант дружбы нашего героя. С течением времени он приобрел немало друзей, включая богатых и знаменитых. Но они не затмили друзей детства: Лечи Самраилов, Зелимхан Байбатыров.

Имея дом в городе, он больше живет в родной станице Петропавловской, несмотря на то, что ездить оттуда на работу проблематичнее. В этом проявляется еще одна сторона здорового консерватизма А. Умарова – верность своим истокам, родительскому дому, малой родине.

Личность с обложки



Всегда вместе всю жизнь друзья Лечи Самраилов, Зелимхан Байбатыров и я

Из-за большой занятости Алимхана Алгииевича мы беседовали урывками. После последней встречи по-думала: не успела просить собеседника о формуле его успеха и счастья. Потом сама нашла ответ, вспомнив фразу, брошенную им мимоходом: «Я люблю все, что делаю!». Вот откуда энтузиазм, кипучая энергия, потребность жить на перегонки со временем. Чем больше знакомишься с таким неординарным человеком, тем больше рождается вопросов. Впрочем, этот интерес можно удовлетворить и в отсутствии героя очерка, приведя здесь письмо Президента Стоматологической Ассоциации России о результатах деятельности Республиканской стоматологической поликлиники Чеченской Республики, в котором и изложено все то основное, чем он занят.

Уважаемый Алимхан Алгириевич!

– Настоящим выражают свое уважение к Вам и сообщаю, что Совет Стоматологической Ассоциации России единогласно проголосовал за награждение Вас Орденом «За заслуги перед стоматологией» I степени... С глубоким удовлетворением стоматологическая общественность России отмечает, что стоматологическая служба ЧР не только восстановлена кадрово, но и выросла профессионально с высокотехнологической составляющей успеха.

Согласно переданному перечню, эксперты Стоматологической Ассоциации России высоко оценили статус оснащения учреждения и освоенных технологий и это дает мне основание высказать мнение о поддержке использования следующих методик и оборудования:

Терапевтическая стоматология (Эндодонтия):

- эндолонтическая обработка корневых каналов техникой «step-back» и «crown-down» с применением современных эндомоторов NSK(Япония);
- эндолонтическая обработка корневых каналов техникой «step-back» и «crown-down» с помощью инновационных эндомоторов RECIPROCGold VDW(Германия);
- антисептическая обработка корневых каналов с помощью эндолонтического ультразвукового аппарата VDWUltra (Германия);
- обтурация корневых каналов при эндолонтическом лечении зубов «техникой непрерывной волны» с использованием системы BeeFill;
- повторное эндолонтическое лечение, извлечение обломков инструментов из каналов зуба, а также эндолонтическое лечение зубов со сложной анатомией корневых каналов с использованием эндолонтического микроскопа ZUMAX.

Терапевтическая стоматология (Пародонтология):

- профессиональная гигиена зубов с применением ультразвуковых аппаратов Melectron, NSK и системы Air-Flow;
- профессиональная гигиена зубов с применением высокочувствительного ультразвукового аппарата для снятия зубных отложений последнего поколения Perioscan;
- обработка пародонтальных карманов и слизистой оболочки полости рта аппаратом для озонотерапии Pro-Zone (WHDental Werk, Австрия);
- обработка пародонтальных карманов аппаратом «Vector»;
- лечение заболеваний пародонта лазером «PICASSO».

Хирургическая стоматология:

- операции открытоого и закрытого синуслифтинга с подсадкой биоинертного костного материала «Bio-Oss», расщепление костного гребня нижней и верхней челюстей;
- высокотехнологичные операции с использованием лазера (Sirona), пьезоскальпеля (NSK VarioSurg), физиодиспансера (NSKSurgicPro);
- анестезия системой компьютерной анестезии 3 поколения CompudentSTA;

Рентгенология:

- радиовизиография;
- ортопантомография цифровым ортопантомографом с цефалостатом Gendex Orthoralix 9200 DDE и цифровым ортопантомографом с цефалостатом SIRONAORTHOPHOSXG3D, позволяющий получать 3D-изображения;
- конусно-лучевая компьютерная томография с применением конусно-лучевого 3D-томографа «GendexCB500».

«Лаборатория 3D-конструирования»:

- технология: 5-осевая CAD-CAM-система;
- технология изготовления пресс-керамики E - Max;
- технология изготовления индивидуальных хирургических шаблонов с направляющей втулкой;
- технология «выращивания» восковых каркасов коронок, бюгелей, виниров с помощью воскового 3D-принтера DigitalWax;
- технология 3D-проекции «Leonardo» с дополнительным установленным сенсорным сканером скульптором;
- работа с 3D-сканером Identica Blue и программного обеспечения Exocad;
- работа с внутриротовым сканером 3ShapeTrios3;
- технология работы в виртуальном и физическом артикуляторе PROTAR5 EVO с применением лицевой дуги ARCUSEVO.

Ортопедическая стоматология:

- цельноцирконевые конструкции протяженностью до 16 единиц с применением прозрачного циркония PRETTAU;
- цельнокерамические конструкции с применением технологии E-Max;
- виниры и особо тонкие виниры.

Ортодонтия:

- технология изготовления вестибулярных брекет-систем: металлические, сапфировые, керамические, самолигирующие;
- технология изготовления индивидуальных лингвальных брекетов;
- технология изготовления лингвальных брекетов с позиционированием в аппаратуре TARG, а также с применением техники HIRO;
- расчет телерентгенограмм в программе DolphinImagine;
- индивидуальное позиционирование лингвальных брекетов с применением полностью индивидуальных дуг;
- позиционирование вестибулярных брекетов с виртуальным set-up применением шаблонов для индивидуальных дуг;
- технология изготовления элайнеров – для выравнивания прикуса без ношения брекетов;
- технология индивидуального планирования лечения с применением авторской брекет-системы и изготовление индивидуально преформированных дуг с помощью роботизированной системы (комплекс «StraightAlign»);
- технология позиционирования стандартных лингвальных брекетов с использованием специально спроектированных джигов для переноса брекетов от гипсовых моделей в полость рта;
- технология переноса наружных брекетов с помощью трансферной каппы с использованием 3D-Сканера, 3D-принтера и 3D-непрямого позиционирования брекетов;
- технология позиционирования стандартных лингвальных и наружных брекетов с использованием торка и ангуляций джигов;
- технология автоматизированного изгиба ортодонтической проволоки как для внутренних, так и для наружных брекетов на основе спроектированного и разработанного в ГБУ «РСП» робота.



С младшими детьми за новогодними подарками 2016 г.

Особо отмечаю высокий профессиональный уровень специалистов ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника», которые освоили эти и иные технологии. Еще раз подчеркиваю факт того, что орден, которым Вас наградил Совет Стоматологической Ассоциации России, является вполне заслуженным на профессиональной стоматологической ниве отечественного здравоохранения. В связи с этим подчеркиваю со своей стороны, что Правление и Исполнительная дирекция Стоматологической Ассоциации России постоянно готовы к всесторонней помощи как в организационно-методическом направлении, так и во внедрении всех самых современных инноваций в стоматологии.

За каждой из выше перечисленных методов лечения и технологий стоит напряженный труд как всего коллектива, так и самого А. Умарова, в этом направлении он и продолжает неустанно работать и получать от этого удовольствие и признание коллег и пациентов.

Портрет А. Умарова будет неполным, если не рассказать о достижениях в семейной сфере. У него замечательная семья. Старшая из 5 детей – Дагмара – правая рука и первая помощница отца во всех делах, начиная с поликлиники. Вторая дочь Амина и сын Хамзат – школьники. А младшие сыновья Мохмад и Ибрагим – дошкольники.

Эта великолепная пятерка – достойное продолжение отца и матери – Марет Умаровой. Марет Ханапиевна Ума-

рова закончила лечебный факультет Астраханского медицинского института и работала по специальности врача-кардиолога, заведующей кардиологического отделения Наурской ЦРБ, откуда была переведена в кардиологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи г. Грозного. Затем в связи с замужеством и рождением детей перепод专业化лась в г. Москве на врача лучевой диагностики и продолжает работать в отделении компьютерной томографии в Региональном сосудистом центре при Республиканской клинической больнице скорой помощи им. У.И. Хамбиеva.

Верится, что они вырастут полезными обществу людьми, кем бы не стали. Фамилия обязывает.

И в завершении один вопрос к Вам Алимхан Алгириевич, – скажите, считаете ли Вы, что достигли всего, к чему стремились как руководитель, как врач?

– Конечно, нет, я отношусь к тому типу людей, которые всегда неуспокоены, неугомонны, неудовлетворенны тем, что уже есть, поэтому всегда найду и себе работу и другим. К тому же думаю, время постоянно ставит новые проблемы, задачи и их надо решать, иначе и быть не может, главное не ждать, что они сами собой разрешаться. Залог успеха – в постоянном поиске. Это я говорю, как руководитель, как врач-хирург, также постоянно стремлюсь к совершенствованию, времени, правда на это остается мало.



С женой Марет на Неве. Конгресс Санкт-Петербург

XVI ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ
СОВРЕМЕННАЯ
ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ



16-18
ноября 2016
МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:
г. Ростов-на-Дону
Дворец спорта
пер. Халтуринский, 103

ОРГАНИЗАТОРЫ:

DENTALEXPO®
www.dental-expo.com



РОСТОВ ЭКСПО
www.rostovexpo.ru

8 (863) 201-74-65/66/67

8 (495) 921-40-69

Генеральный
информационный спонсор

**Стоматология
СЕТИАЯ**

**DENTAL
MAGAZINE**

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Russian Edition

Сокращение сети государственных медицинских стоматологических организаций России – важнейшая проблема отечественной стоматологии

А.В. Алимский, научный консультант отдела организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ, д.м.н., профессор

АНЕКДОТ:

Когда Купидон пронзает нас своими стрелами, мы не чувствуем боли. Больно становится тогда, когда он вырывает их обратно ...

Развитие любой отрасли здравоохранения напрямую связано с численностью медицинских организаций, оказывающих данный вид медицинской помощи. Если наблюдается положительная динамика, то это прямо свидетельствует о положительных тенденциях развития. К большому сожалению, за последние годы сложилась негативная тенденция, выражаясь в постоянном сокращении сети стоматологических медицинских организаций подчинения Минздрава Российской Федерации. Об этом ярко свидетельствуют данные управления статистики Минздрава за 2000-2014 гг. (табл. 1).

Согласно этим данным, начиная с 2000 г., численность стоматологических медицинских организаций (речь, скорее всего, идет лишь о стоматологических поликлиниках) сократилась с 927 в 2000 г. до 704 в 2014 г., т.е. на 223 единицы. Безусловно, это не могло не сказаться на показателях оказываемой населению стоматологической помощи.

Даются также сведения о подчиненности этих 704 стоматологических медицинских организаций (табл. 2).

Из указанных организаций 9 имеют федеральное подчинение, 541 – подчинения субъекта федерации и 154 – муниципального подчинения. К сожалению, нет данных, характеризующих

**Таблица 1. Извлечение из материалов таблицы 6.1
(Сеть и кадры медицинских организаций)***

Наименование	Год	2000	2005	2010	2012	2013	2014
Стоматологические		927	887	802	772	713	704

* Данные из табл. 6.1. перенесены из сайта МЗ РФ

Таблица 2. Извлечение из материалов табл. 6.2. (Распределение медицинских организаций по подчиненности)**

Наименование	Федерального подчинения	Подчинения субъекта федерации	Муниципального подчинения
Стоматологические	9	541	154

** Данные из табл. 6.2. перенесены из сайта МЗ РФ

мощность данных организаций и конкретных направлений их деятельности.

Однако, поскольку официальная статистика Минздрава была фактически закрыта, начиная с 2007 г., представленные показатели уже хотя бы дают какую-то конкретную информацию.

Ранее недостающие сведения мы получали по линии Федеральной службы государственной статистики – Росстата, которая до 2012 г. давала более детальные сведения не только о структуре сети стоматологических поликлиник, но также отделений и кабинетов (табл. 3).

Так, в 2012 г. в стране действительно функционировало 772 стоматологических поликли-

Таблица 3. Динамика численности стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов)***

Показатели	Год	2000	2005	2010	2011	2012
Число самостоятельных стоматологических поликлиник (бюджетных и хозрасчетных)		927	887	802	795	772
Из них детские поликлиники		136	128	124	123	122
Число лечебно-профилактических организаций, имеющих стоматологические отделения (кабинеты)		10312	9235	4870	4712	4376
Число зубопротезных отделений (кабинетов) – самостоятельных и входящих в состав лечебно-профилактических организаций		3321	2993	2322	2171	2053

*** По данным Федеральной Службы государственной статистики (Росстата)

ник, которые не были обозначены как таковые на сайте Минздрава. Давалась также разбивка по другим показателям развития сети медицинских стоматологических организаций, имеющим чрезвычайно важное значение. Так, из них детских поликлиник насчитывалось 122 в 2012 г. Кроме того, в материалах Росстата давались также сведения о численности лечебно-профилактических организаций, имеющих в своем составе стоматологические отделения (кабинеты): таковых в 2012 г. было 4376. Приводились также сведения о численности зубопротезных отделений (кабинетов) – самостоятельных и входящих в состав лечебно-профилактических организаций, составивших в 2012 г. в общей сложности 2053.

Таким образом, общая численность государственных медицинских стоматологических организаций в России в 2012 г. составляла 6,5–7,0 тыс. (за вычетом ортопедических отделений, входящих в состав самостоятельных стоматологических поликлиник).

Обращаясь к табл. 3, в которой представлена дифференциация сети стоматологических медицинских организаций, можно также наглядно наблюдать явную отрицательную динамику, начиная с 2000 г., по всем представленным показателям. Так, число самостоятельных стоматологических поликлиник сократилось с 927 в 2000 г. до 772 – в 2012 г., а число детских стоматологических поликлиник соответственно со 136 до 122. Число лечебно-профилактических организаций, имеющих стоматологические отделения (кабинеты), с 10312 в 2000 г. сократилось до 4376 в 2012 г., т.е. в 2,3 раза.

Аналогичные тенденции наблюдались и с числом зубопротезных отделений и кабинетов – самостоятельных и входящих в состав лечебно-профилактических организаций. Такое подразделение данных структур вполне правомерно, поскольку их суммарная численность напрямую характеризует количество организаций, непосредственно оказывающих ортопедическую стоматологическую помощь населению, причем одну из наиболее востребованных.

Между тем данный показатель лучше было бы представить в более развернутом варианте, выделив раздельно: 1) число самостоятельных зубопротезных отделений и кабинетов; 2) число таковых, входящих в состав лечебно-профилактических организаций (т.е. стоматологических поликлиник). Суммарная их

численность составила в 2012 г. – 2053. Поскольку пока нет их вышеуказанного дифференцированного разделения, проанализируем эту цифру по отношению к 2000 г. Если в 2000 г. число таковых было 3321, то за анализируемый период сокращение произошло на 1268 единиц.

К глубокому сожалению и Росстат России после 2012 г. прекратил подачу таких развернутых сведений по состоянию сети стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов). По-прежнему не даёт эти сведения и Минздрав, по крайней мере – в открытом доступе. Поэтому мы располагаем лишь отрывочными данными, почерпнутыми из его сайта.

Однако ценность данных Росстата заключается в том, что они дают сведения не только, начиная с 2000 по 2012 гг., которые естественно полностью совпадают с данными Минздрава по самостоятельным стоматологическим поликлиникам, но и более «свежие» данные по кадрам на 2013 и 2014 гг. С учетом того, что статистика, как правило, опаздывает на 1–2 года (из-за времени сбора материала, его статистической обработки и т.д.), данные по состоянию на 2015 г. будут представлены Росstatом лишь в конце 2016 г.

Если еще раз обратиться к материалам табл. 1, то наиболее видна отрицательная динамика сокращения численности стоматологических медицинских организаций (в данном случае – самостоятельных стоматологических поликлиник). Выявленная тенденция продолжилась и в 2013 и 2014 гг. Так, если в 2013 г. число данных организаций составляло 713 ед., то в 2014 г. оно сократилось до 704. Если такими же темпами будет и дальше происходить сокращение сети самостоятельных стоматологических поликлиник – основного звена стоматологической службы страны (и без преувеличения – достояния отечественной стоматологии), то вполне можно прогнозировать дальнейшее падение количественных и качественных показателей оказываемой населению стоматологической помощи.

Совершенно очевидно, что при сокращении сети крупных стоматологических медицинских организаций практически падает и численность медицинского персонала, работающего в них. Причем, что характерно, по физическому закону сообщающихся сосудов эти кадры, безусловно, не «исчезают» бесследно, но перейдут на работу в другие медицинские организации, преимущественно – частные. По-

скольку официальная статистика ни Росстата, ни Минздрава РФ до сих пор не дают сведений о численности последних (и главное – объеме оказываемой в них стоматологической помощи), они нигде и никак не учитываются. Поэтому с достаточным основанием можно утверждать, что государственные учебные заведения в лице ВУЗов и факультетов, готовящие ежегодно большое число стоматологов, работают во многом фактически вхолостую.

Более того, поскольку сеть государственных медицинских стоматологических организаций не только не растет, но даже существенно сокращается год от года, падает и число рабочих мест. В результате происходит перепроизводство врачей-стоматологов, которые не могут найти себе работу во многих регионах страны, «оседая» под любыми предлогами только в городах и преимуще-

ственno в ведомственных структурах либо частных организациях.

Поскольку основные объемы оказываемой населению стоматологической помощи, по-прежнему оказываются в государственных стоматологических медицинских организациях (90–95% от их общего объема – В.К.Леонтьев, 2005), по-видимому настало пора оптимальным путем решать указанные проблемы, но не за счет, как сейчас, государственных структур.

В настоящей статье мы остановились лишь на проблемах неоправданного, как представляется, сокращения сети государственных стоматологических медицинских организаций и лишь вскользь коснулись проблемы кадров стоматологического профиля. Тем не менее, считаем, что с учетом её важности для перспектив развития отечественной стоматологической службы страны необходимо посвятить ей отдельную публикацию.

**Представляем золотого партнера
чемпионата СтАР 2015 г.
в номинации
“КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ”**

ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ – НОВЫЙ ВКУС ЖИЗНИ!



VIVAX DENT

Линия средств на основе активного синтезированного пептидного комплекса, специально разработанная для повышения эффективности лечения и активной профилактики заболеваний полости рта.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

- Эффективное очищение. Профилактика кариеса. Мягкое отбеливание. Препятствует образованию зубных отложений. Стимулирует местный иммунитет полости рта.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБОСТРЕНИИ

- Помощь при пародонтите, гингивите, стоматите. Снимает воспаление и кровоточивость десен. Ускоряет заживление тканей слизистой оболочки полости рта и пародонта.

РЕМЕРИАЗАЦИЯ

- Повышение защитных свойств эмали. Снижение чувствительности зубов. Борется с кариесом и патологической стираемостью зубов.

+7 495 781-66-22

www.vivax.ru

**Представляем золотого партнера
чемпионата СтАР 2015 г.
в номинации
“КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ”**

PHILIPS

Клиническое
отбеливание



**Philips ZOOM!
WhiteSpeed**

с LED-активатором
отбеливания

Управляемая
интенсивность
светового
потока

Долговечный
источник света

Увеличенная
интенсивность
светового
потока

Улучшенная
эргономика



Philips ZOOM! — марка №1*
по рекомендации стоматологов[†]
* среди лампового отбеливания в США.

Дефицит кадрового обеспечения медицинских стоматологических организаций

А.В. Алимский, научный консультант отдела организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ, д.м.н., профессор

АНЕКДОТ:

- Ну, а теперь давай за работу ...
- Отличный тост!

В связи с закрытием для пользования данных официальной статистики Минздрава РФ с 2007 г. удалось проследить реальную численность физических лиц врачей стоматологического профиля за последние годы лишь по данным Российского статистического ежегодника за 2015 г.

Как свидетельствуют полученные данные, их численность неуклонно сокращается. Это касается как численности врачей-стоматологов, так и зубных врачей. Особенно это наглядно видно, если сопоставить вышеуказанные показатели по данным Росстата в динамике за длительный период времени, начиная с 1990 г. (табл. 1).

Таблица 1. Извлечение из материалов таблицы 8.5

(Численность врачей по отдельным специальностям)*

Год абс., в тыс.	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Численность врачей-стоматологов	48,6	55,9	62,0	60,6	62,2	63,2	63,1	61,7
на 10 тыс. человек населения								
Численность врачей-стоматологов	3,3	3,8	4,4	4,2	4,3	4,4	4,4	4,2

*Российский статистический ежегодник, 2015 г.

Таблица 2. Извлечение из материалов таблицы 8.7 (Численность среднего медицинского персонала по отдельным специальностям)**

Год абс., в тыс.	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Численность среднего медицинского персонала – зубные врачи	27,3	25,8	24,9	22,2	22,1	23,1	22,6	21,7
на 10 тыс. человек населения								
Численность среднего медицинского персонала – зубные врачи	1,8	1,8	1,8	1,6	1,5	1,6	1,6	1,5

**Российский статистический ежегодник, 2015 г.

Указанные данные получены путем извлечения из материалов таблиц 8.5 и 8.7 Российского статистического ежегодника за 2015 г. В табл. 1 представлены показатели динамики сокращения численности врачей-стоматологов, начиная с 2005 г. До этого наблюдался их определенный и даже весьма существенный рост: в 1990 г. (48,6 тыс.) и в 2000 г. (55,9 тыс.). Вслед за этим проблема врачебных кадров и, прежде всего, физических лиц врачей стоматологического профиля стала в стране все более и более острой. Хорошо видно, какой спад численности этих специалистов произошел затем в 2010 и 2014 гг. К сожалению, негативная тенденция может продолжиться и далее.

Наиболее нагляден дефицит физических лиц врачей-стоматологов, если сопоставить показатели обеспеченности ими в расчете на 10 тыс. человек населения. Если в 2005 г. как бы по инерции численность физических лиц врачей-стоматологов даже возросла и составляла 4,4 тыс., то затем стала постепенно сокращаться и снизилась в 2014 г. до 4,2 на 10 тыс. населения. На этот процесс оказывает определенное влияние также изменение численности населения в стране.

Аналогичная тенденция наблюдается и с сокращением численности другой составляющей врачебного персонала стоматологической службы – зубных врачей, т.е. специалистов со средним медицинским образованием. Если их абсолютная численность в 1990 г. со-

Кадры в стоматологии

Таблица 3. Обеспеченность врачебными кадрами стоматологического профиля в стране по состоянию на 2012–2014 гг. (физические лица)***

Кадры врачей стоматологического профиля	2012		2013		2014	
	абс. (в тыс.)	на 10 тыс. населения	абс. (в тыс.)	на 10 тыс. населения	абс. (в тыс.)	на 10 тыс. населения
Стоматологов	63,2	4,4	63,1	4,4	61,7	4,2
Зубных врачей	23,1	1,6	22,6	1,6	21,7	1,5
Всего	86,3	6,0	85,7	6,0	83,4	5,7

***Извлечение из материалов таблиц 8.5 и 8.7

Российского статистического ежегодника, за 2012–2015 гг.

ставляла 27,3 тыс., то в 2000 г. она сократилась до 25,8 тыс. (табл. 2). Примерно на том же уровне она осталась и в 2005 г., сократившись до 22,2 тыс. в 2010 г. и продолжая падать в последующие годы, вплоть до 21,7 тыс. в 2014 г.

В расчете на 10 000 населения зубные врачи в прежние годы составляли в стране довольно высокий удельный вес в структуре врачебных кадров стоматологического профиля. Так, их доля составляла в 1990 г. 1,8 на 10 тыс. населения. Она сохранилась на том же уровне в 2000 и 2005 гг., однако затем стала постепенно сокращаться и достигла самого низкого показателя (1,5) в 2014 г.

В значительной степени это было связано с тем, что Министерством образования и науки РФ 23 июня 2008 г. был издан приказ №184, исключивший из перечня средних медицинских работников специальность «Зубной врач». В связи с этим было дано распоряжение о прекращении со следующего года приемов на зубоврачебные отделения медицинских училищ, но, как ни странно, в отдельных регионах страны их подготовка продолжается и по сегодняшний день.

С нашей точки зрения, данный приказ серьезно запоздал, либо вышел не очень своевременно, когда в стране возник острый дефицит с кадрами врачей стоматологического профиля, распределение которых сейчас никем и никак не регулируется. Поэтому они фактически бесконтрольно уходят в коммерческие структуры, что еще более усугубило проблему нехватки кадров врачей-стоматологов, причем физических лиц. Одним росчерком пера кадры зубных врачей стали практически нелегитимными, хотя преимущественно и в наибольшей степени они работают до сих пор и в основном в сельской местности, куда стоматологи никак не хотят ехать.

Для того, чтобы наиболее рельефно представить существующую проблему с кадровым обеспечением врачей стоматологического профиля, в нашей стране приводим сводную таблицу их динамики за 2012–2014 гг. (табл. 3). Здесь хорошо видно соотношение указанных специалистов с высшим и средним медицинским образованием, которые работают в настоящее время в Российской Федерации. Зубные врачи составляют 25–30% от численности всех врачей стоматологического профиля, т.е. по-прежнему их доля достаточно велика.

При этом общая численность врачебных кадров стоматологического профиля продолжает сокращаться с 86,3 тыс. в 2012 г. до 83,4 тыс. в 2014 г.

Сокращается также численность зубных врачей (соответственно с 23,1 до 21,7 тыс.). Наиболее ярко проблема нехватки физических лиц врачей стоматологического профиля видна при сопоставлении полученных показателей за указанный период в расчете на 10 тыс. человек населения.

Несмотря на открытие в стране все новых стоматологических факультетов, увеличения, согласно имеющимся данным, численности врачей-стоматологов, т.е. специалистов с высшим образованием, их численность в расчете на 10 тыс. населения за последние годы не только не растет, но даже существенно сокращается (с 4,4 в 2012 и 2013 гг. до 4,2 в 2014 г.). Совершенно очевидно, что указанные кадры не «расторвались бесследно», а нашли себе работу в негосударственных стоматологических структурах. Это вполне объяснимо, если иметь в виду громадное количество неучитываемых официальной статистикой численности негосударственных стоматологических структур, функционирующих в стране.

Но в таком случае вполне правомерно было бы отразить в официальной статистике, какое количество кадров стоматологического профиля работают в частных медицинских стоматологических организациях. Более того, неплохо было бы показать и объем их фактической работы в противовес, либо в дополнение к стоматологической

помощи, оказываемой в государственных структурах. Тогда все было бы предельно ясно, прозрачно и легитимно. Тем более, что обе эти ветви стоматологической службы страны выполняют фактически одно и тоже благое дело – оздоровление населения. Однако, почему-то официальная статистка до сих пор очень однобока и абсолютно непрозрачна для коммерческих структур и главное – из-за этого в результате не дает возможности развития государственных стоматологических медицинских организаций, которые испытывают сейчас серьезный дефицит во врачебных кадрах.

Это тем более важно, что согласно опубликованным данным литературы (В.К. Леонтьев, 2005) государственные стоматологические организации оказывают основной объем стоматологической помощи населению (до 90–95%). На таком фоне абсолютно непонятна политика по сдерживанию развития государственной стоматологической службы страны. Это особенно наглядно видно, если сопоставить утвержденные в последние годы штатные нормативы с обеспечением кадрами физических лиц врачей стоматологического профиля государственных стоматологических поликлиник – основного звена стоматологической службы страны. Последняя успешно функционирует в нашей стране десятки лет с реальным обеспечением населения стоматологической помощью.

Так, согласно утвержденным нормативам (Приказ МЗ РФ от 07.12.211 г. №1496 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»), рекомендовано иметь в стоматологических поликлиниках в расчете на 10 тыс. человек взрослого населения 5,0 ставок врачей-стоматологов-терапевтов, 1,5 ставки врача-стоматолога-хирурга, 1,5 ставки врача-стоматолога-ортопеда и 1,0 ставку врача-стоматолога-ортодонта (для городского населения). Итого, максимально суммарно – 9,0 врачебных ставок. Как было показано выше суммарная численность физических лиц врачей стоматологического профиля (включая зубных врачей), составляет сейчас лишь 5,7 в расчете на 10 тыс. человек населения.

Если иметь в виду, что на перспективу ставится задача полностью исключить зуб-

ных врачей из таких специальностей, как хирургическая и ортопедическая стоматология, а ортодонты при этом уже сейчас должны комплектоваться исключительно из числа врачей-стоматологов (более того, прошедших ординатуру), то тогда в стране фактически остается лишь 4,2 на 10 тыс. человек населения физических лиц врачей-стоматологов с высшим образованием, т.е. в 2 раза (!!) меньше, чем утвержденная и рекомендованная штатная численность для стоматологических поликлиник.

Столь серьезный дефицит кадров при отсутствии распределения выпускников после окончания высших учебных заведений в стране вряд ли будет восполнен при существующем уровне их подготовки и организации стоматологической помощи на фоне никак не регулируемой на сегодня «утечки кадров» в коммерческие структуры. ■

Представляем генерального партнера чемпионата СТАР 2015 г. и 2016 г. в номинации “ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ”

Создайте виртуального пациента
– планирование имплантации
проще, чем когда либо



planmeca.ru

- Все данные сканирования и моделирования мгновенно доступны и могут быть совмещены с данными КЛКТ пациента
- Библиотека имплантатов, проверка расположения имплантата, заказ хирургических шаблонов, удобная передача данных коллегам и партнерам

PLANMeca

Аудит професионализма врачей-стоматологов

М.И. Бойков, зав. стоматологическим отделением ФГБУ «Поликлиника №4», к.м.н., докторант ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

АНЕКДОТ:

Сапер и электрик ошибаются только один раз в жизни, но электрик перед смертью еще и станцует!

Актуальность

Общепризнано – высокая квалификация врача является гарантией качества медицинской помощи. В Федеральном законе в статье 10 “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ с изменениями и дополнениями) представлены компоненты, обеспечивающие доступность и качество медицинской помощи, одним из которых является уровень их квалификации. **Квалификация врача** – это уровень его подготовки, степень его знаний и мастерства, его профессиональный опыт, но и особые врачебные качества души, воспитание врачебного мышления (http://meduniver.com/Medical/organizacija_zdravooxranenia/samoobrazovanie_vracha.html Интернет ресурс, дата обращения 13.12.2015).

23 июля 2010 г. был издан приказ Минздравсоцразвития России № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”. Его цель – способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями и специалистами. Квалификационные характеристики служат основой при подготовке должностных инструкций и содержат конкретный перечень выполняемых функций. Распоряжением Правительства РФ от 15.04.2013 N 614-р утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г.

По статистическим данным в системе здравоохранения России в 2013 г. трудились 587,48 тысяч врачей различных специальностей, из них 45,04 тысяч врачей-стоматологов. Таким образом, стоматологи составили 7,67% от общей численности врачебных кадров [1]. Качество и доступность стоматологической помощи в первую очередь обусловлены обеспеченностью населения кадрами врачей-сто-

матологов и уровнем их профессиональной подготовки. Для решения тактических и стратегических задач, связанных с совершенствованием качества стоматологической помощи, необходимым условием является проведение всестороннего аудита професионализма кадровых ресурсов Российской Федерации. Для решения тактических и стратегических задач, связанных с совершенствованием качества стоматологической помощи, необходимым условием является проведение всестороннего аудита професионализма кадрового потенциала Российской Федерации.

Цель

Обеспечение качества стоматологической помощи населению Российской Федерации на основе аудита професионализма врачей-стоматологов.

Материал и методы

Нами рассмотрены одни из основных показателей функционирования стоматологических организаций – кадровые ресурсы врачей-стоматологов, в частности их профессиональные характеристики. К одним из важнейших компонентов професионализма относится подготовка данного специалиста, которая дает ему возможность продемонстрировать определенный уровень знаний и навыков. Профессионализм подтверждается категорией и наличием сертификата.

Источником информации послужили материалы государственного статистического годового отчета Минздрава РФ «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» (форма № 17) за 5 лет с 2010 по 2014 гг. Указанная отчетная форма отражает информацию, позволяющую рассчитать ключевые показатели, характеризующие квалификацию врачей-стоматологов. Суть анализа заключается в оценке величины показателя, со-поставлении и сравнении его в динамике с другими объектами и группами наблюдений, в определении связи между показателями, их обусловленности различными факторами и причинами, в интерпретации данных и выво-

Подтверждение квалификации

дов. Следует заметить о неоднократном изменении содержания отчетной формы № 17 за последние 5 лет, что затрудняет проведение сравнительного анализа ([приказ Росстата от 14 января 2013 г. N 13](#), [приказ Росстата от 30 июня 2014 года N 459](#), [приказ Росстата от 25 декабря 2014 г. N 723](#), приказ Росстата от 4 сентября 2015 г. N 412).

Результаты и обсуждение

Для уточнения современного состояния проблемы, определения перспективных направлений научных исследований и практических действий многие исследователи пытались конкретизировать элементы профессионализма.

Профессионализм врача – это понятие, включающее знания на уровне последних достижений медицинской науки; знания в области практической и социальной психологии; умение логически мыслить, наличие развитой интуиции и способности к анализу и синтезу фактов; обладание высокой техникой исполнения необходимых действий; высокие моральные качества, такие как гуманность и верность долгу [<http://vocabulary.ru/dictionary/1019290/word/>] professionalizm-vracha Интернет ресурс, дата обращения 13.12.2015].

На современном этапе развития одной из задач государства в области здравоохранения является гарантия безопасности и качества медицинской помощи. Обеспечения данных гарантий являются контрольно-разрешительные механизмы в здравоохранении: процедуры лицензирования медицинской деятельности, аккредитации медицинских учреждений, аттестации и сертификации медицинского персонала. Термин “сертификация” предусматривает, что объект сертификации успешно прошел аттестацию, соответствует всем требованиям и критериям, которые к нему предъявлялись, и, таким образом, посредством сертификата удостоверяется соответствие объекта сертификации тем требованиям, которым он должен соответствовать (Т.В. Горяистова, 1997. – <http://www.rmass.ru/publ/info/mejdun> Интернет ресурс, дата обращения 13.12.2015).

Сертификация врача – это процесс присвоения статуса специалиста в выбранной им области медицины, который доказывается прохождением экзаменов и зачетов.

В соответствии со ст. 100 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2022 г. № 323, до 1 января 2016 г. право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское образование и имеющие сертификат специалиста. Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной медицинской деятельности. Подробный порядок выдачи и форма сертификата специалиста содержится в [приказе Минздрава России № 982н от 29.11.2012г. «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»](#). Сертификаты специалиста, выданные медицинским работникам до 1 января 2016 г., действуют до истечения указанного в них срока.

Согласно статистическим данным динамика врачей-стоматологов, имеющих сертификат специалиста, имеет тенденцию неуклонного роста, соответствующая в 2010 г. 95,01%, в 2011 г. – 95,15%, в 2012 г. – 95,79%, в 2013 г. – 97,60% и в 2014 г. – 97,63% от общего числа (рис. 1, табл. 1). Наибольшая активность в процессе сертифи-

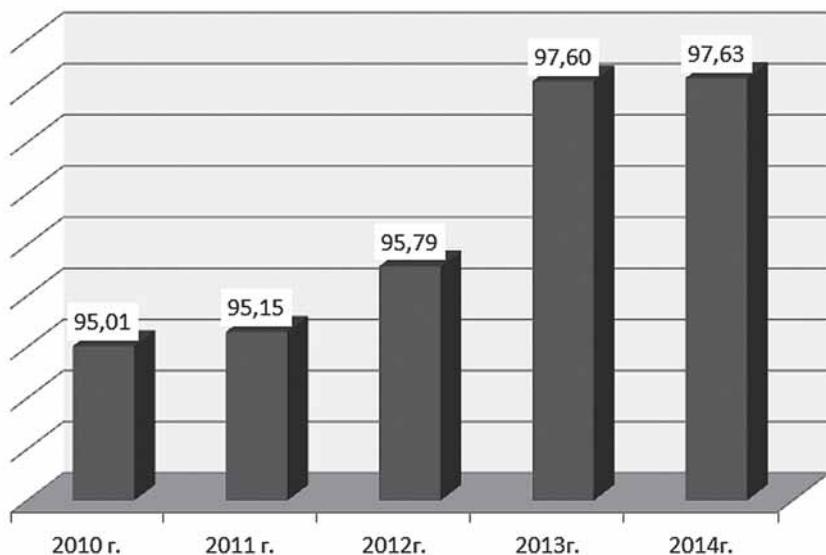


Рис. 1. Динамика уровня врачей-стоматологов, имеющих сертификат специалиста

Подтверждение квалификации

Таблица 1. Динамика постдипломной подготовки врачей-стоматологов (форма 17)

Медицинские кадры	Год	Общее число (чел.)	Имеют квалификационную категорию						Сертификат специалиста	
			высшую		1		2			
			чел.	% от общего числа	чел.	% от общего числа	чел.	% от общего числа	чел.	% от общего числа
стоматологи общей практики	2010	8344	955	11,45	1300	15,6	328	3,93	2583	30,96
	2011	8685	963	11,09	1250	14,4	340	3,91	2553	29,40
	2012	7960	684	8,59	835	10,5	314	3,94	1833	23,03
	2013	7917	677	8,55	808	10,2	330	4,17	1815	22,93
	2014	8024	674	8,40	798	9,9	360	4,49	1832	22,83
стоматологи-детские	2010	4368	991	22,69	992	22,7	272	6,23	2255	51,63
	2011	4420	1061	24,00	962	21,8	269	6,09	2292	51,86
	2012	4518	1129	24,99	865	19,1	276	6,11	2270	50,24
	2013	4486	1112	24,79	788	17,6	289	6,44	2189	48,80
	2014	4354	1062	24,39	733	16,8	272	6,25	2067	47,47
стоматологи-терапевты	2010	18289	4736	25,90	4443	24,3	1055	5,77	10234	55,96
	2011	18470	4977	26,95	4207	22,8	1063	5,76	10247	55,48
	2012	19129	5218	27,28	4115	21,5	1146	5,99	10479	54,78
	2013	18556	5185	27,94	3655	19,7	1141	6,15	9981	53,79
	2014	17675	5047	28,55	3361	19,0	1089	6,16	9497	53,73
стоматологи-хирурги	2010	4831	1206	24,96	943	19,5	233	4,82	2382	49,31
	2011	4815	1213	25,19	880	18,3	228	4,74	2321	48,20
	2012	4784	1206	25,21	809	16,9	235	4,91	2250	47,03
	2013	4808	1192	24,79	712	14,8	241	5,01	2145	44,61
	2014	4463	1063	23,82	631	14,1	253	5,67	1947	43,63
стоматологи-ортопеды	2010	7995	1782	22,29	1435	17,9	375	4,69	3592	44,93
	2011	7976	1765	22,13	1377	17,3	360	4,51	3502	43,91
	2012	7604	1743	22,92	1268	16,7	400	5,26	3411	44,86
	2013	7440	1686	22,66	1099	14,8	415	5,58	3200	43,01
	2014	6799	1517	22,31	970	14,3	435	6,40	2922	42,98
стоматологи-ортодонты	2010	2047	392	19,1	335	16,4	123	6,01	850	41,52
	2011	2149	417	19,4	310	14,4	125	5,82	852	39,65
	2012	1973	459	23,3	303	15,4	141	7,15	903	45,77
	2013	1833	447	24,4	268	14,6	124	6,76	839	45,77
	2014	1690	402	23,8	234	13,8	109	6,45	745	44,08
Итого	2010 г.	45874	10062	21,93	9448	20,6	2386	5,20	21896	47,73
	2011 г.	46515	9433	20,28	7736	16,6	2045	4,40	19214	41,31
	2012 г.	45968	10439	22,71	8195	17,8	2512	5,46	21146	46,00
	2013 г.	45040	10299	22,87	7330	16,3	2540	5,64	20169	44,78
	2014 г.	43005	9765	22,71	6727	15,6	2518	5,86	19010	44,20

квалификации принадлежит врачам-стоматологам-терапевтам (рис. 2). Так в изучаемом периоде общий уровень сертифицированных специалистов данного профиля достиг 97,41% от общего числа, практически идентичен ему сложившийся уровень среди врачей-стоматологов детских – 97,17%. Несколько ниже данный показатель среди врачей-стоматологов-хирургов – 96,83% и врачей-стоматологов-ортопедов – 96,51%. Наименьшая активность – 91,79% в процессе сертификации регистрируется среди врачей-ортодонтов.

Одним из механизмов государственного контроля за подготовкой специалистов и качеством оказания медицинской помощи является присвоение квалификационной категории.

Результаты исследования свидетельствуют, что наименьший процент аттестованных специалистов наблюдается среди стоматологов общей практики. Доля врачей данной специальности, имеющих сертификат, составила 95%. Данный факт объясняется временем утверждения специальности приказом Минздравсоцразвития России «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и

Подтверждение квалификации

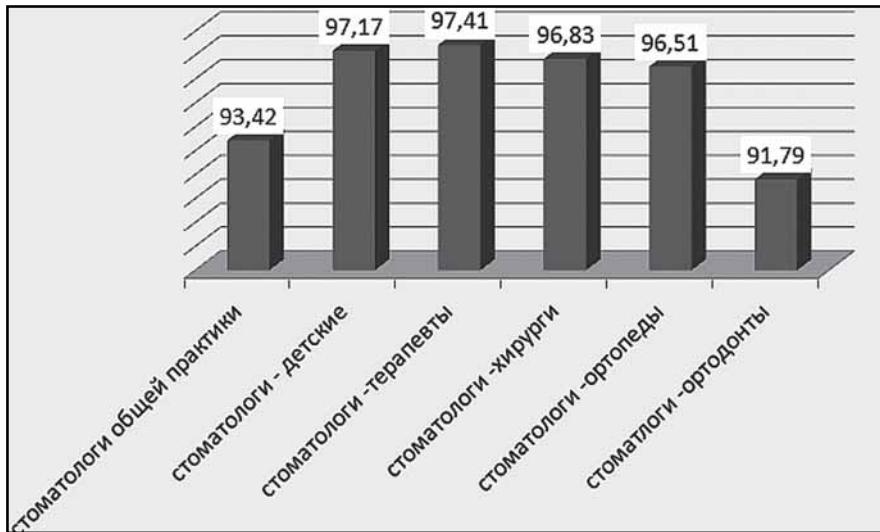


Рис. 2. Уровень сертификации среди врачей-стоматологов различного профиля

послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» от 23 апреля 2009 г. № 210 н.

Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов осуществляется в целях получения дополнительных знаний, умений и практических навыков, необходимых для осуществления самостоятельной профессиональной деятельности.

Порядок получения квалификационной категории медицинским персоналом и перечень необходимых документов на категории врачей утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 апреля 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

Аттестация врача на присвоение квалификационной категории осуществляется добровольно (по желанию врача). Предполагается, что система аттестации/переаттестации стимулирует рост квалификации специалистов, повышает персональную ответственность при выполнении своих функциональных обязанностей. В ходе аттестации, на основе результатов квалификационного экзамена, оцениваются профессиональная квалификация, компетентность с учётом соответствия квалификационным

характеристикам, а также способность врача выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. Квалификационный экзамен включает в себя экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста (далее – отчет), тестовый контроль знаний и собеседование.

Согласно статистическим данным за изучаемый период квалификационная категория присвоена почти половине – 45,93% врачей-стоматологов. Динамика данных специалистов, имеющих квалификационную категорию, имеет тенденцию неуклонного снижения, соответствуя в 2010 г. 47,73%, в 2011 г. – 41,31%, в 2012 г. – 46,00%, в 2013 г. – 44,78% и в 2014 г. – 44,20% от общего числа (рис. 3). Квалификация специалиста определяется по 3 квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

Специалист, претендующий на получение второй квалификационной категории, должен:

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области, осуществляющей профессиональной деятельности;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляющей профессиональной деятельности;
- ориентироваться в современ-

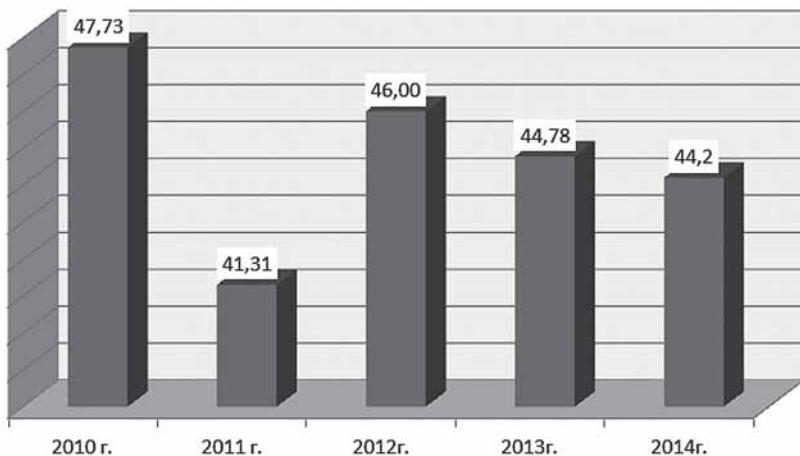


Рис. 3. Динамика врачей-стоматологов, имеющих квалификационную категорию (в %)

Подтверждение квалификации

Таблица 2. Динамика и уровень распределения врачей-стоматологов по квалификационным категориям

Годы	Высшая категория (% от общего числа)	Первая категория (% от общего числа)	Вторая категория (% от общего числа)	Всего (% от общего числа)
2010	21,93	20,60	5,20	47,73
2011	20,28	16,63	4,40	41,31
2012	22,71	17,83	5,46	46,00
2013	22,87	16,27	5,64	44,78
2014	22,71	15,60	5,86	44,20

ной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы, составления отчета о работе;

- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее 3 лет.

Специалист, претендующий на получение первой квалификационной категории, должен:

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляющей профессиональной деятельности и смежных дисциплин;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляющей профессиональной деятельности;
- уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации;
- участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности;
- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее 5 лет.

Специалист, претендующий на получение высшей квалификационной категории, должен:

- иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляющей профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в

области осуществляющей профессиональной деятельности;

- уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза;
- ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопро-

сов профессиональной деятельности;

- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее 7 лет.

Результаты исследования свидетельствуют, что высшая категория в изучаемом периоде присвоена пятой части врачей-стоматологов, первая – шестой и вторая – двадцатой части от общего числа (табл. 2). В динамике распределения врачей-стоматологов по квалификационным категориям наблюдается тенденция незначительного увеличения уровня – с 21,93% в 2010 г. до 22,71% в 2014 г. с присвоением квалификации высшей категории. В этот же период уровень врачей-стоматологов, получивших первую категорию, снизился с 20,60% до 15,60%, но возросла доля специалистов со второй категорией квалификации на 0,66%.

Наибольшая активность в процессе присвоения квалификационной категории принадлежит врачам-стоматологам-терапевтам (рис. 4). Так в изучаемом периоде стандартизованный общий уровень специалистов данного профиля достиг 54,75% от общего числа всех врачей, далее следуют врачи-стоматологи детские – 50,00%. Уровни врачей-стоматологов-ортопедов – 43,97%, получивших квалификационную категорию и врачей-ортодонтов

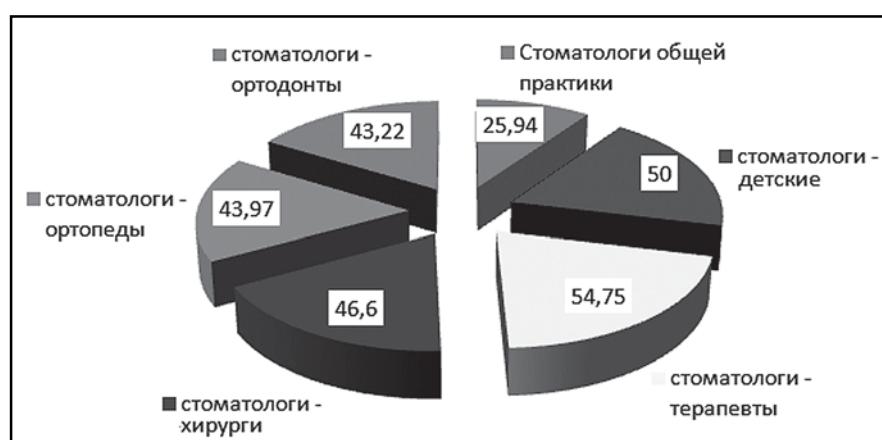


Рис. 4. Уровень распределения врачей по профилю «стоматология» в соответствии с присвоенной квалификационной категорией

Квалификационные характеристики

– 43,22% практически идентичны. Среди врачей-стоматологов-хирургов – 46,60% присвоена квалификационная категория. Наименьшая активность – 25,94% в данном процессе регистрируется среди врачей общей практики, что объясняется временем (2009) введения данной специальности.

Квалификационную категорию можно получить как по основной, так и по совмещаемой должности. При присвоении квалификационных категорий требуется соблюдать последовательность, но в редких случаях делают исключения.

Квалификационные категории медицинских работников, как отмечает Т.И. Акулина (2012), показывают уровень знаний и умений, а также деловые качества сотрудников, дает оценку **их профессиональным возможностям** на данном этапе профессионального развития [2].

Уровень профессионализма является категорией, которая формирует и обосновывает имидж (бренд) стоматологической организации. Это неудивительно, ведь качество медицинских услуг зависит от человеческого фактора, что ставит в центр уровень профессионализма поставщика услуг. Профессионализм – это открытая, динамическая подсистема кадрового потенциала медицинской организации.

Вывод

Динамика врачей-стоматологов, имеющих сертификат специалиста, имеет тенденцию неуклонного роста, соответствующая в 2010 г. 95,01%, в 2011 г. – 95,15%, в 2012 г. – 95,79%, в 2013 г. – 97,60% и в 2014 г. – 97,63% от общего числа. Наибольшая активность – 97,41% в процессе сертификации принадлежит врачам-стоматологам-терапевтам, наименьшая – 91,79% врачам-ортодонтам. Динамика врачей-стоматологов, имеющих квалификационную категорию, имеет тенденцию неуклонного снижения, соответствующая в 2010 г. 47,73%, в 2011 г. – 41,31%, в 2012 г. – 46,00%, в 2013 г. – 44,78% и в 2014 г. – 44,20% от общего числа. Наибольшая активность в процессе присвоения квалификационной категории принадлежит врачам-стоматологам-терапевтам. Так в изучаемом периоде стандартизованный уровень специалистов данного профиля достиг 54,75% от общего числа всех врачей, далее сле-

дут врачи-стоматологи детские – 5000%. Практически идентичны уровни врачей-стоматологов-ортопедов – 43,97%, получивших квалификационную категорию и врачей-ортодонтов – 43,22%. Среди врачей-стоматологов-хирургов – 46,60% присвоена квалификационная категория. Наименьшая активность – 25,94% в данном процессе регистрируется среди врачей общей практики, что объясняется временем (2009) введения данной специальности.

Литература

1. Умарова К.В., Бойков М.И. Обеспеченность населения кадрами врачей-стоматологов // Стоматология. – 2014. – Т. 98. – № 6. – С. 59–60.
2. Акулина Т.И. Проблемы образовательной подготовки медицинских работников в России // Социальное и пенсионное право. – 2012. – № 4. – С. 32–37.

**Представляем главного партнера
чемпионата СтАР 2015 г.
“ЛУЧШАЯ РАБОТА ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ” в номинации
“Керамическая облицовка коронки”**



**Крупнейший
Отечественный
Производитель**



- Стоматологические материалы
- Инструменты
- Оборудование

Разработка Производство Реализация

г. Белгород, ул. Студенческая, 19,
тел. (4722) 200-555
www.vladmiva.ru

Имитационная модель бездефицитного функционирования системы ОМС при оказании стоматологической помощи населению

М.И. Бойков, кандидат медицинских наук, докторант
ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России

АНЕКДОТ:
Помни, сынок: подливать, кивать и слушать – это тоже разговор ...

Система ОМС с 2015 г. перешла на одноканальное финансирование, что представляет собой сложную проблему в сфере медицинского страхования, обусловленную необходимостью выполнения государственных обязательств по оказанию медицинской помощи населению в условиях финансового дефицита. Кроме того, одной из проблем оплаты стоматологической помощи, оказываемой по программе ОМС, заключается в принципе финансирования медицинских услуг, при котором оплата производится страховой медицинской организацией не ранее чем через 2 месяца после оказания услуги. Данные факты нарушают принцип достаточности страхового фонда, который предусматривает формирование фонда в размере, позволяющем страховщику выполнить взятые на себя обязательства по страховой защите и в принципе страхования отмечается «инверсия цикла», под которой понимается уплата страхового взноса до предоставления страховой защиты. Причем между моментом уплаты страховой премии и осуществлением страховой выплаты может проходить значительное время, что является основой для выполнения инвестиционной функции страхования. При сложившейся ситуации – задержка платежей и оплата за оказанную лечебно-профилактическую помощь по тарифам, не возмещающим затраты, медицинские организации, предоставляющие стоматологическую помощь по программе ОМС, работают в условиях, приводящих к полному износу основных средств, что подрывает финансовое состояние и инициирует кризис. Идентификация данных проблем требует незамедлительного принятия решений.

Рассчитанная нами себестоимость 1 УЕТ составляет 251,54 руб., что превышает в 1,81 раза сложившийся норматив – 138,89 руб. Общий дефицит финансовых средств в системе ОМС при оказании стоматологической помощи,

соответствует 46108012434,17 руб., то есть половину. При одноканальном финансировании задержка платежей и оплата за оказанную лечебно-профилактическую помощь по тарифам, не возмещающим затраты, инициирует кризис системы ОМС. Установленное нами несоответствие между реальными потребностями населения в стоматологической помощи и уровнем финансирования медицинских организаций требуют поиска путей преодоления сложившегося противоречия и подтверждает необходимость создания адекватной модели, обеспечивающей клинико-экономическое равновесие при реализации ПГГ медицинской помощи населению, предоставляемой в амбулаторных условиях по профилю «стоматология».

Последующее проектирование комплекса работ по обеспечению населения стоматологической помощью в ТПГГ требует выверки поставленных целей и разработки комплекса мероприятий, необходимых для их достижения в рамках доступных возможностей и действующих ограничений. Проектирование представляет собой систематическое формирование будущего системы ОМС для недопущения критического состояния медицинских организаций.

Главный смысл работ по прогнозированию и планированию финансовых ресурсов системы ОМС заключается в повышении эффективности их использования с учетом возможных вариантов ее развития. И прежде всего:

- целевая ориентация и координация всех событий в рамках интересов системы ОМС;
- выявление рисков и снижение их уровня (в том числе в сфере управления страховыми резервами);
- оптимизация процессов деятельности;
- повышение устойчивости системы за счет гибкости, приспособляемости к изменениям [1].

По мнению М.В. Пирогова, дефицит программы ОМС на уровне субъекта РФ может

быть компенсирован различными вариантами тарифной политики в системе ОМС:

■ Самый сложный способ компенсации – оптимизация лечебной сети, направленная на повышение эффективности и снижение затрат по ФОТ, без снижения уровня средней заработной платы в сфере здравоохранения субъекта РФ.

■ Другой вариант компенсации – участие субъекта РФ в финансировании территориальной программы ОМС за счет увеличения финансового норматива объемных показателей на величину ожидаемого дефицита.

■ Третий – компенсация дефицита финансирования территориальной программы ОМС за счет софинансирования со стороны пациента – для такого варианта нужно методическое обоснование и нормативное определение на уровне федерального закона, что достаточно проблематично и может привести к росту социальной напряженности [2].

Переход на одноканальное финансирование представляет собой основу для реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования, обеспечивающих сбалансированность государственных обязательств по оказанию медицинской помощи населению через перераспределение финансовых обязательств между государственными и частными источниками.

В системном проектировании существенная роль отводится имитационному моделированию. Имитационное моделирование рассматривается как технологическая дисциплина разработки и использования программно-аппаратных комплексов для изучения поведения объектов исследования и оценки их качества. Роль и доля организационных экспериментов при этом существенно сужается. В отличие от математических моделей, представляющих собой аналитические зависимости, которые можно исследовать с помощью достаточно мощного математического аппарата, имитационные модели, как правило, позволяют проводить на них лишь одиночные испытания, аналогично однократному эксперименту на реальном объекте.

Субъекты ОМС вместе с его участниками образуют сложные организационные системы различной конфигурации. Многие экономические механизмы взаимодействия между элементами этих систем до конца не изучены, поэтому

в практику исследования проблем ОМС необходимо интенсивное внедрение системного подхода и его инструментария, опирающегося на современные ЭВМ. Первый принцип является основным экономическим принципом функционирования всей системы. Он означает, что расходы должны точно соответствовать доходам.

Нами для разработки баланса доход – расход в имитационной модели выбран вариант реализации программы ОМС за счет увеличения финансового норматива на величину ожидаемого дефицита. Решение данной проблемы инициируется необходимостью установления достаточных финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, регламентируемых базовой ПГГ.

В соответствие с докладом В.И. Скворцовой «О реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2014 г.», расходы за счет всех источников финансового обеспечения Программы в 2014 г. составили 2221,6 млрд. руб. В этот год Программа финансировалась за счет бюджетов всех уровней (40,3 %) и средств ОМС (59,7 %). Финансовые средства фондов ОМС соответствуют 1326295200000,00 (2221,6 млрд. руб. * 100% / 59,7%) руб. Общие затраты на реализацию ПГГ по профилю «стоматология» составляют 4,29% (56923472140,95 руб. * 100% / 1326295200000,00 руб.) от общих затрат системы ОМС. В 2014 г. на 1 застрахованного при оказании стоматологической помощи по программе ОМС было затрачено 396,22 (56923472140,95 руб. * 143666931 число населения) руб.

С целью достижения баланса дохода и расхода системы ОМС при реализации ПГГ медицинской помощи населению, предоставляемой в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», данный норматив должен быть увеличен в 1,81 раза, то есть должен соответствовать 717,2 руб. Он является базовым и должен входить в общий объем подушевого норматива. Подушевые нормативы – это затраты на обеспечение медицинской помощью, предоставляемой по ПГГ в пересчете на душу населения. Подушевое финансирование определяется как механизм оплаты, при котором медицинские организации получают фиксированную сумму (в месяц, квартал, год) на застрахованного для возмещения затрат, на оказание утвержденного перечня медицинских услуг в течение определенного времени. По-

Финансирование ОМС

подушевой норматив на 2014 г. установлен в размере 10294,4 руб., в том числе за счет средств ОМС на финансирование базовой программы – 6962,5 руб.

Безусловно, что планируемые подушевые нормативы должны быть увеличены на 320,95 руб. (717,2 – 396,22) и должны составлять за счет средств ОМС – 7283,48 ($6962,5 + 320,95$) руб. В данном подушевом нормативе финансовые поступления / доходы на реализацию стоматологической помощи будут соответствовать 717,2 руб., то есть составят 9,85% (717,2 руб. * 100% / 7283,48 руб.). В соответствие с этими расчетами общие финансовые поступления будут соответствовать 103,05 млрд. (7283,48 руб. *

143666931 населения * 9,85% / 100%) руб. В таком случае достигается баланс доходов и расходов системы ОМС при реализации госгарантий по профилю «стоматология».

На схеме представлена имитационная модель бездефицитного функционирования системы ОМС при оказании стоматологической помощи населению. Данная модель основана на рассчитанных нами прогнозируемых нормативах потребления стоматологической помощи и подушевом нормативе финансирования. В свою очередь данная модель позволяет проконтролировать правильность предыдущих расчетов. Себестоимость 1 УЕТ в 2014 г. составляет 251,59 руб., что превышает в 1,81 раза сложившийся

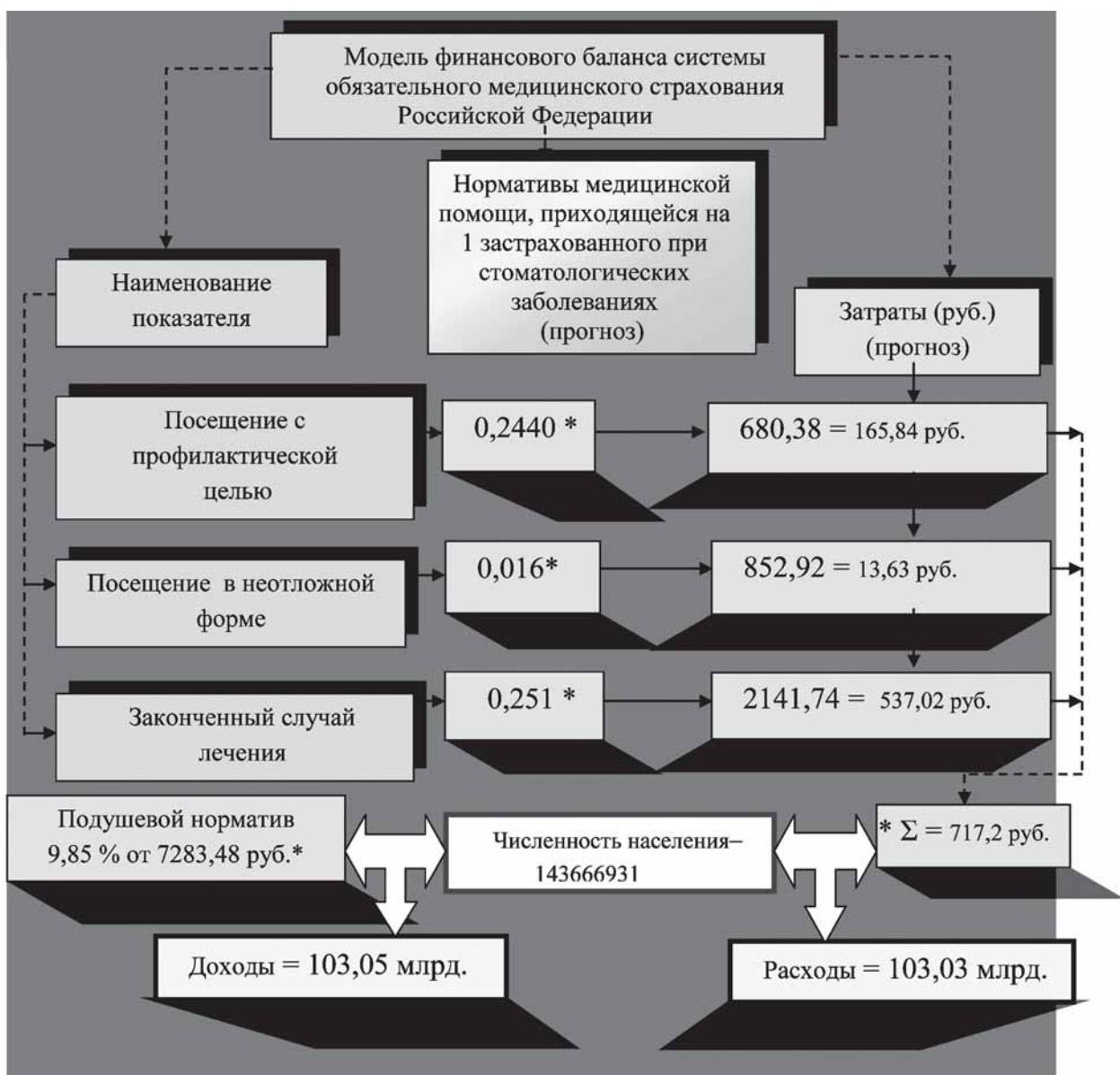


Схема. Имитационная модель бездефицитного функционирования системы ОМС при оказании стоматологической помощи населению

Таблица. Финансовые затраты на единицу объема медицинской помощи (руб.)

Наименование показателя	Сложившиеся затраты (тариф)	Расчеты (коэф. удорожания)	Себестоимость (руб.)	Нормативы мед. помощи, на 1 застрах. (прогноз)	Затраты по себестоим на 1 застрах. (руб.)
1	2	3	4	5	6
Посещение с профилактической целью	375,51	*1,81 =	679,67	*0,2440 =	165,84
Посещение в неотложной форме	470,73	*1,81 =	852,02	*0,016 =	13,63
Законченный случай лечения	1182,06	*1,81 =	2139,52	*0,251 =	537,02
Итого					717,2
Контроль полученного показателя - посещение	527,55	*1,81 =	954,87	*0,751 =	717,2

норматив – 138,89 руб. Из главы 4 данного исследования вытекает, что средние сложившиеся нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «стоматология» в 2014 г составляют: 1 посещение с профилактической целью – 375,51 руб.; 1 посещение в неотложной форме – 470,73 руб., 1 законченный случай лечения – 1182,06 руб.

Исходя из данной информации, нами установлены реальные затраты на данные услуги, которые составят: посещение с профилактической целью – 679,67 руб.; оказание медицинской помощи в неотложной форме – 852,02 руб.; законченный случай лечения – 2139,52 руб. (таблица).

Результаты исследования свидетельствуют, что реальные финансовые затраты на 1 застрахованного (графа 6, Таблицы 49) с учетом прогнозных нормативов потребления стоматологической помощи (графа 5, Таблицы 49) будут соответствовать 717,2 руб. При функционировании имитационной модели общие затраты на реализацию Программы государственных гарантий медицинской помощи населению, предоставляемой в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», на все население составляют 103 043 669 590,44 (717,24 руб. * 143666931 численность населения) руб., что соответствует планируемым доходам.

В современных условиях медицинские организации ведут финансово-хозяйственную деятельность по принципу самоокупаемости. А самоокупаемость – главный принцип, основное условие хозяйственного расчета, при котором предполагается полное возмещение те-

кущих затрат, связанных с производством и реализацией услуг, и получение прибыли. Принцип самоокупаемости состоит в предоставлении медицинской организации необходимых материальных, трудовых и денежных ресурсов и её способности обеспечить рентабельную работу. И в настоящих условиях единственным источником для развития медицинских организаций является деятельность приносящая доход – это работа в системе добровольного медицинского страхования и предоставление медицинских услуг на платной основе.

Можно сделать вывод, что система ОМС в целом демонстрирует финансовую устойчивость, которая обеспечивается системой регулирования тарифов и компенсацией дефицита из средств, полученных от деятельности, приносящей доход (платных услуг). Однако следует отметить, что финансовая стабильность системы ОМС находится в зависимости и от состояния экономики страны, темпов экономического роста, так как страхователями в системе ОМС выступают работодатели (для работающих граждан) и органы власти субъекта Федерации (для неработающих), от положения которых зависит возможность произвести уплату соответствующих страховых взносов.

Литература

1. Решетников А.В. Обязательное медицинское страхование: резервы и парадоксы возможностей / А.В. Решетников, С.А. Ефименко // Российское здоровье и общество. – 2002. – 29 ноября. – С.7.
2. Пирогов М.В. Тарифная политика системы ОМС в условиях инфляции // Здравоохранение. – 2016. – № 3. – С. 12–16.

Троллинг в частной стоматологии

В.В. Бойко, Академик международной БПА, чл.-корр. Петровской Академии Наук и Искусств, д-р психол. наук, профессор, зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПбИнстом, председатель секции СтАР психология в стоматологии

АНЕКДОТ:

Дай человеку рыбку и он будет сыт один день. Дай человеку удочку и он задолбает тебя рассказами о рыбаке. Дай ему леща и он заткнется.

Троллинг – от англ. *trolling* – блеснение, ловля рыбы на блесну. Какое-нибудь плавсредство тащит за собой обманку и цепляет на крючки обитателей водного бассейна, готовых поживиться без особых усилий.

Тролль, то есть человек, занимающийся троллингом, размещает блесну-приманку на Фейсбуке, Вконтактах или в специализированном информационном источнике, к которому обращаются представители массовых профессий, например, врачи-стоматологи, руководители клиник, менеджеры. Большинство из них хотят много зарабатывать, ищут простые советы, поэтому легко реагируют на «блесну». Тролль постиг эту истину и не стесняется в выборе средств воздействия на аудиторию в целях собственного заработка. Для троллинга не требуется серьезной подготовки, глубоких знаний, выверенных навыков и умений.

В определении троллинга, которое дает Википедия, есть и дополнительные характеристики. Некоторые люди занимаются троллингом с целью развлечения, получая удовольствие от собственных действий. Бывает, что тролль желает привлечь внимание к своей персоне. Сами тролли, читаем в Интернете, делают троллинг на «толстый» и «тонкий». «Толстый» троллинг виден при первом взгляде, он состоит в вызывающем поведении, прямых оскорблений и однозначных нарушениях правил. «Тонкий» троллинг распознать сложнее, его удачность и степень воздействия зависит от того, насколько хорошо тролль разбирается в людях. «Тонкий» тролль знает правила, принятые в месте, где он троллит, и не нарушает их напрямую.

Тролль, специализирующийся в области частной стоматологии, стремится к личному обогащению, завлекая на свои тренинги и семинары при помощи обещаний раскрыть секреты получения больших прибылей, увеличения потока пациентов, реже – повышения позиций среди конкурентов. Троллингом занимаются некоторые учебные и консалтинговые центры, использующие ресурсы вебинаров, рубрик «Маркетинга в стоматологии» и «Мир

стоматологов», электронного справочника «Все стоматологии РФ». Троллингом увлечены отдельные стоматологи.

Начнем с троллей, агитирующих стоматологов посетить их тренинги.

✓ Участникам обучения обещают маркетинговые приемы и техники воздействия на персонал или пациентов, которые позволят за короткое время (сразу или в течении 2-3 месяцев) повысить доходы клиники или врачей на 25% и более, значительно увеличить поток пациентов (прогноз позитива зависит от самокритичности троллей).

Это «толстый» троллинг в чистом виде. Он создает иллюзию быстрых перемен в стоматологии. При этом полностью игнорируется ее известный консерватизм в преодолении укоренившихся стереотипов: консультации проводятся бегло, нередко делятся около 10 минут, не сопровождаются составлением рекомендуемого и выполняемого планов лечения, обсуждением возможных вариантов лечения, согласованием стоимости, этапов и сроков лечения; отсутствуют полноценные консилиумы с одновременным участием 3-4 специалистов (консилиумы подменяются приглашением коллеги «зайди-взгляни на моего пациента» или направлениями пациента от одного нужного специалиста к другому); плохо ведется медицинская документация (отсутствуют диагностические симптомы, нет данных о соматическом здоровье или доктора не принимают их во внимание, что порой становится причиной снижения качества лечения и даже смерти пациента в стоматологическом кресле); плохо оформляются юридические документы, что обнаруживается при судебных разбирательствах; предоставляются не обоснованные гарантии, например, год на все виды лечения; общение с пациентами не учитывает их индивидуальные особенности как получателей услуг; доктора не умеют или не ставят себе цель набрать «очки доверия» от каждого клиента; отсутствует командный стиль работы персонала, когда каждый член коллектива разделяет

корпоративную философию и вносит свой вклад в информационное и психологическое воздействие на клиентов от «входа» до «выхода» из клиники.

Опыт показывает, что преодоление хотя бы некоторых из упомянутых стереотипов в работе клиники – сложная задача, требующая переобучения и переубеждения докторов, введения грамотно составленных пакетов документов, сопровождающих пациентов от «входа» до «выхода», хорошо организованного внутреннего и интерактивного маркетинга. А главное – инновации должны быть очевидными и понятными пациентам и иметь конкурентные преимущества, тогда есть шанс повысить доходы и увеличить поток пациентов. Обо всем этом умалчивает тролль, использующий технику, ловли рыбы на блесну. (См. В.В. Бойко. Психология и менеджмент в стоматологии. Том I «Клиника под ключ»).

Конечно, нужно и можно сосредоточить внимание участников занятий на отдельных аспектах повышения эффективности клиники, но тогда не следует обещать решительного увеличения прибыли, как сулили слушателям тролли из системы обучения в одной республике СНГ, куда меня пригласили для проведения семинара-тренинга для стоматологов. К своему удивлению, я увидел анонс, обещавший после моих занятий подъем доходов на 35–40%, хвалебные отзывы слушателей, якобы прошедших мое обучение. Тролли даже поместили их фотографии. Подобное поведение троллей можно расценить как подставу, поэтому потребовал немедленно прекратить самодеятельность в рекламе моих выступлений.

✓ **Тролль заманивает слушателей на занятия простыми формулами убеждения пациентов купить предлагаемые услуги.**

Арсенал рекомендаций не знает пределов, они не имеют какого-либо научного обоснования, рождены якобы на основе личного опыта продаж услуг, игнорируют ориентацию на типы клиентов (что годится для одного, может оттолкнуть другого). Тролль об этом не задумывается и призывает в Интернете: «Просто берите конкретные фразы и в лоб говорите их пациентам». При ближайшем рассмотрении «полезные советы» – результат ориентации на примитивного получателя услуг и плод фантазий автора, отражающих его некомпетентность и стремление собрать аудиторию невдумчи-

вых слушателей-зрителей. Приведем примеры.

Автор образовательной системы агитирует в пользу своих занятий под девизом «Тренинг – это жизнь в концентрированном виде». Приманка блеснула, начала действовать, полагает тролль. Далее цитируем его по тексту в Интернете с некоторыми сокращениями, сохраняя, однако, грамматику, стиль и слова автора.

«Договорились или просто поговорили?»

Одним из последних этапов при взаимодействии платного врача и пациента является этап достижения договорённостей (завершение, заключение или закрытие «делки»). Именно он превращает простой разговор о здоровье пациента в продажу дорогого плана лечения! Именно только тогда, когда вы с пациентом «ударили по рукам»». Потенциальный участник тренинга, наверное, настроился на получение продуманных советов специалиста-тренера, но вот что рекомендуется: «**Способ номер 1.** Иногда “закрыть контракт” можно простым добрым доверительным верbalным посылом: “Иван Петрович, соглашайтесь. Вам-то уж это точно надо. Соглашайтесь” – голос без давления и без нажима, а демонстрирующий максимальную теплоту и доброжелательность.

Способ номер 2. Называется «Всё решено».

Подразумевается, что лечить-то вы его начнёте по-любому, только, возможно, остались какие-то ещё пока нерешённые «условности». А вот что ещё...? Фраза врача-стоматолога в таком случае может так и звучать: «Игорь Петрович, что ещё нам предстоит обсудить, прежде чем начнём лечение?» Или немного альтернативный на словах, но тот же самый по смыслу всё-решено-вариант: «Раз уж мы с вами всё обсудили, то здорово, что мы договорились (и можно ещё добавить, мол, Когда мы теперь с вами вместе начнём заботиться о вашем здоровье?)». Этот способ эффективен, как нож хирурга. В умелых устах врача он практически гарантированно приносит вам приличные деньги, коллега. В неумелых «руках» (или использованный не вовремя) этот способ «закрытия» может привести к срыву продажи даже очень доступного по цене лечебного плана. Кстати, мне известно ещё примерно с десяток других способов закрытия сделок. А вам?

Как видим, чтобы убедить пациента начать лечение, нет необходимости доказывать ему свой профессионализм и честность, заинтересованность в качестве лечения и заботу о его кошель-

ке. Вся тайна «договоренности» оказывается в том, чтобы произнести с «максимальной теплотой» заключительную фразу сомнительного свойства. В арсенале тролля их с десяток!

Во многих случаях, действительно, стоматолог может произносить на консультации или в процессе лечения выверенные фразы убеждения или внушения, но в них необходимо сконцентрировать смысл, понятный пациенту, выразить совет, вытекающий из приведенных аргументов, или дать рекомендацию, отвечающую его потребностям. В противном случае, имеет место жонглирование ничего не значащим набором слов: «надо соглашаться», «здраво, что мы договорились». Почему пациент должен согласиться на лечение? На каком основании сделано заключение о договоренности? Может быть, на занятиях участникам встречи будет сказано что-то дельное, хотя бы намекните на это. Автор образовательной программы продолжает троллить: «Приходите на живой НАСТОЯЩИЙ тренинг, доктор».

В Интернете тролль обращается к потенциальным участникам предлагаемого тренинга с вопросом: «Почему Ваш Пациент говорит: «Пойду, посоветуюсь с женой?». Действительно, подобное пациенты часто произносят после консультации, и потому докторам хочется получить содержательный ответ на поставленный вопрос. Читаем далее: «Одна из распространенных ошибок при продаже плана лечения это перегруз пациента информацией. По этой причине, пациент может сказать Вам: «Так хорошо, я понял. Пойду, посоветуюсь с женой». И вот вам, стоматологи, предлагается примитивная формула выхода из ситуации: «Старайтесь не говорить пациенту того, о чем он Вас не спрашивал. Избыток информации – это не лучший способ быть убедительным». Правда, тролль тут же дает ход назад: «Безусловно, если человеку интересен какой-либо вопрос более подробно, в таком случае молчать не стоит. Иначе это может быть воспринято, как будто Вы что-то недоговариваете».

Автор этих советов не имеет представления об Обязательном Профессиональном Общении при оказании платных услуг. Надо информировать о возможных вариантах устранения выявленных нарушений в полости рта, совместно обсудить снимки, обсудить данные анкеты об общем здоровье и показать связь общих заболеваний с состоянием полости рта, составить и аргументировать рекомендуемый

план лечения и согласовать выполняемый, рассказать о стоимости услуг и согласовать ее до начала лечения, пояснить обстоятельства, руководствуясь которыми, доктор будет определять гарантии. Спросит или не спросит клиент, его надо об этом информировать – кратко или подробно, с упраждением вопросов, учитывая пожелания и состояние «здесь и сейчас».

Кроме того, стоматолог, оказывающий платные услуги, обязан следовать Закону РФ «О защите прав потребителей», один из пунктов которого гласит о том, что потребитель услуг должен получить полную и объективную информации о ней до ее оказания. Надо руководствоваться пунктами Договора на проведение лечения – здесь должны быть указаны обязательства Исполнителя провести тщательную диагностику и качественное лечение, сообщить о стоимости до начала лечения, определить гарантии, ознакомить с информированными добровольными согласиями.

По тем или иным причинам пациент может не спросить о том, о чём стоматолог частной клиники обязан его информировать. Часть таких причин указывает сам «тренер»: «пациент не понял ценности Вашего предложения, у него есть вопросы, но он не решается их задать, у него в голове все смешалось и он в растерянности, ему действительно нужно посоветоваться с близкими». Если все обстоит именно так, то почему стоматолог должен замалчивать обязательную информацию. Осознав ее дефицит, клиент отправится к другому специалисту. Так научите врачей умению сообщать необходимую и достаточную информацию, позволяющую принять осознанное решение оставаться на лечение, не возвращайте их в лоно «совковой» стоматологии, когда врачи молча лечили и гордились своими мануальными навыками: «Я умею хорошо лечить! Общаться с пациентами мне не нужно». Тренер-тролль заслужит одобрение со стороны некоторых стоматологов, которые с облегчением станут цитировать его: «Молчи, коли тебя не спрашивают!». Дефект такой установки осознали многие врачи, работающие в коммерческих клиниках, зачем же с умным видом агитировать их за прошлое. Оно не учитывало правовое поле оказания платных услуг, не ставило вопрос о том, что каждому доктору нужны очки доверия от каждого пациента, в том числе за счет полноты, четкости и полезности информации об услугах.

...А вот тролль-наставник, который от имени проекта «Маркетинг в стоматологии» делится советами под заголовком «Увольте своих пациентов». Ему не нравится «некачественный» пациент, и он предлагает избавляться от такого. «Некачественный», как можно понять из описаний автора рекомендаций, это пациент, который не удовлетворен консультацией, не остается на лечение, предъявляет претензии, имеет негативный опыт взаимодействия с клиниками.

Дается пример, который должен подкрепить позицию тролля: после консультации, где была озвучена предварительная стоимость лечения, у кассы администратору пациент говорит: «Да ладно, доктор посмотрел меня около пяти минут, а я за это должен платить как за полноценную консультацию». Далее следуют доводы врача, желающего иметь дело с «качественными» пациентами: «Вы объясняете, что стоимость консультации зависит не от времени, а от умений и навыков доктора. Что именно за это платит пациент деньги. Это первый звоночек, что пациент может быть не совсем адекватен».

По мнению того же тролля, «проблемный пациент» проявляет себя такими заявлениями: «Вы уже третья клиника, куда я обращаюсь. С первой я сужусь, потому что доктор неправильно меня лечил – на форуме было написано по-другому. А вторая никак не может вернуть мне деньги за лечение... Это уже не звоночек, а колокольный звон». Резюме «специалиста» по маркетингу: «Лучше сразу заметить таких пациентов и не браться за лечение. Можно порекомендовать обратиться в другую клинику и предложить её сайт». Для желающих просветиться более основательно указывается горячая телефонная линия проекта «Маркетинг в стоматологии».

Правильно ли советует тролль «увольнять пациентов», т.е. отказывать некоторым в приеме и лечении? В соответствии с «Федеральным законом «О правах пациентов» (ст. 14, 26) и «Этическим кодексом российского врача» (ст. 7) стоматолог в ряде случаев имеет право отказать в лечении, в том числе когда он не в состоянии установить с пациентом терапевтическое сотрудничество. Но отказ надо строго обосновать, а не подчиняться «звону колокольчиков и удару колоколов». Публикация создает иллюзию правильной тактики «увольнения» «недекватных» пациентов, и кто-то из стомато-

логов возьмет ее на вооружение. Разберем приведенные ситуации. Итак, пациент не стал оплачивать пятиминутную консультацию, которую доктор считает доказательством своего мастерства. У пациента были основания сомневаться в профессионализме и ответственности стоматолога.

Во-первых, доктор не принимает во внимание возросшую компетенцию среднестатистического получателя стоматологических услуг. Повысился уровень его взыскательности, требовательности, просвещенности в области стоматологии и законодательства. Типичный посетитель клиники сегодня не просто получатель стоматологической помощи, который хочет, чтобы доктор поскорее помог ему устраниТЬ проблему, избавил от боли и дискомфорта. Получатель помощи с острой болью, возможно, не придает особого значения тому, как доктор с ним общается, что поясняет и рекомендует. В соответствии с ожиданиями получателя помощи, стоматологи привыкли играть патерналистскую роль (от латинского *pater* – папа) – «я тебе говорю, советую, рекомендую – выполняй!»

Пациент в платной клинике в то же время – получатель услуг, т.е. клиент, который хочет выбрать врача и вариант лечения, хочет, чтобы доктор выявил его пожелания, объяснил и согласовал с ним свои намерения, учел бы стоматологический опыт (положительный или негативный). Вот почему получатель услуг ссылается на описание качества лечения на форуме, и это естественное проявление его возросшей требовательности и просвещенности. При оказании платных услуг доктор должен осуществить Обязательное Профессиональное Общение, о содержании которого было сказано выше. Получатель услуг не принимает врача-патерналиста, но многие стоматологи не могут выйти из этой роли.

Налицо ролевой конфликт между врачом-патерналистом, отставшим от времени, и современным получателем услуг, клиентом. Докторов надо обучать тому, как разрешать этот конфликт на консультации и в процессе лечения, как переводить получателя услуг в получателя помощи, чтобы он воспринимал советы, рекомендации и требования доктора. Задача непростая, творческая, а тролль советует искать «качественного» клиента. Действуя так, можно терять деньги.

Во-вторых, консультация, которая длится 5–10 минут, не позволяет стоматологу набрать очки доверия – это необходимое условие, чтобы пациент-клиент оплатил консультацию и остался на лечение. По мнению иного стоматолога, такая беглая консультация – доказательство его профессионализма. Но это может быть свидетельством небрежности, спешки, халтуры. На консультации пациент словно «сканирует» врача: можно ему доверять или нет. Под таким углом оценивается каждое его слово, манера общения, делается вывод о его профессионализме, порядочности, способности объяснять и убеждать. Если стоматолог не сумел доказать свое мастерство, упредить сомнения клиента, не учел его потребительскую компетентность и стоматологический опыт, значит, он не тот человек, которому можно доверить свое здоровье и кошелек.

Стоматологов надо учить демонстрировать свое мастерство при помощи специальных маркеров в расчете на определенный тип пациентов. Вместо этого, тролль внушать им примитивные способы избавления от потребителей услуг, отнесенных к категории «некачественных» (термин, унижающий пациента).

В-третьих, доктор, которому пациент отказался оплатить консультацию, по всей вероятности, нарушил условия оказания платных услуг. Похоже, что пациент проходил консультацию без подписания Договора. В нем есть обязанность оплатить услуги клиники – консультация – это вид стоматологического приема, следовательно, она подлежит оплате. Либо Заказчик подписал Договор, но врач не выполнил обозначенные в нем обязательства Исполнителя: провести качественную диагностику, обсудить снимки, согласовать стоимость (в некоторых случаях она может быть предварительной, и это надо аргументировать), составить рекомендуемый и выполняемый план лечения, ознакомить с обстоятельствами предоставления гарантий. Либо Договор составлен обтекаемо и не возлагает на Исполнителя конкретные обязанности. Любое из этих обстоятельств провоцирует клиента сделать вывод: врач не заслуживает доверия, потому его услуги можно не оплачивать.

К сожалению, большинство стоматологов, как показывают наши опросы во время занятий, не знает содержание Договора, который существует в клинике и подписывается клиентами, его пункты не принимаются в расчет и легко нарушаются.

В четвертых, доктор, которому пациент не стал оплачивать консультацию, имеет неправильную исходную установку: он хочет увидеть перед собой «качественного» пациента, но перед ним может оказаться человек с негативным стоматологическим опытом. Возможно, он имел дело с врачом, который поставил неправильный диагноз или плохо пролечил, был невнимателен или не смог установить терапевтический союз. Вместо того, чтобы в максимальной степени проявить свой профессионализм в расчете на разочаровавшегося пациента, врач решил за пяток минут показать свое невидимое мастерство и недоказуемый опыт.

Негативный стоматологический опыт пациента врач должен фиксировать, при этом проявлять сопереживание и стилем общения, профессиональной работой реабилитировать стоматологию, насколько это возможно. Вместо этого тролль советует слышать «удары колокола», призывающие избавляться от пациента, которого травмировали коллеги, с которым не нашли общего языка в другой клинике. Таким образом, стоматолог, вычисляющий «качественного» пациента, усиливает негативизм того, кто встретил на своем пути «некачественного стоматолога».

Наконец, описываемый стоматолог лишен самокритичности. Умный человек должен рефлексировать: «Почему пациент, нуждающийся в помощи специалиста, не остался у меня на лечение? Нет ли в том моей вины? Все ли я сделал правильно и убедительно?»

Вместо рефлексии и работы над собой тролль подкрепляет привычку стоматологов обвинять пациентов в своих промахах. Это ошибочная стратегия, которая приводит к постепенной профессиональной деформации личности врача и все более выраженному отсеву пациентов.

«Включаем сарафанное радио на полную громкость!» – агитирует в Интернете на свои тренинги «тонкий» тролль. Приманка классная, всем известно, что значительная часть пациентов приходит к врачу по рекомендации лечившихся у него пациентов. Очевидно, доктор осуществил качественное лечение, установил контакты с пациентом, заслужил доверие – таковы «секреты» сарафанного радио. Расскажите на тренинге, как рождается такой результат, с какой отдачей работает коллега, в чем его кон-

курентные преимущества, и тогда призывайте стоматологов повторять ценный опыт. Однако тролль все упрощает и высокопарно советует докторам «стимулировать работу сарафанного радио на полную мощность и по максимуму использовать эту неиссякаемую золотую жилу!» Как? Надо, сообщает автор «методики», вызвать у пациента «Вау эффект»: на следующий день после сложной операции доктор должен лично позвонить пациенту, чтобы узнать о самочувствии. «Звонок уже выделяет Вас из многообразия врачей или стоматологических клиник. Не каждый доктор готов проявить любовь к пациентам таким необычным образом. Обращаю внимание, звонок именно от лечащего доктора, а не от ассистента или администратора!».

Согласимся, звонок после сложного лечения (а лучше приглашение на контрольный осмотр) позволяет быстро выявить дискомфорт, болевые ощущения. Это является свидетельством заботы стоматолога о состоянии пациента, о профессиональной ответственности и подчеркивает, что отношения врача с пациентом не закончились после оплаты чека. Но такая полумера вовлечет в сарафанное радио только тех, кто прошел сложное лечение, «золотая жила» окажется слабой ниточкой в дистрибуторстве.

Дело в том, что совет выхвачен из стройной и эффективной маркетинговой стратегии по организации обратной связи с пациентами, прошедшими лечение, которая позволяет усовершенствовать стиль работы всех докторов, заслужит признание всех пациентов, а не ограничиться звонком после сложного лечения. Суть этой стратегии в том, чтобы от каждого пролечившегося пациента получать информацию о любых дискомфортах, о доверии к врачу, о намерении обращаться к нему впредь, если понадобиться стоматологическая помощь, о согласовании и оправданности стоимости лечения, о принятии пациентом личности и стиля работы врача, с которым пришлось иметь дело. (См. Психология и менеджмент в стоматологии, том I «Клиника под ключ», том II «Персонал – команда»).

Эти и другие факторы, выявляемые при помощи профессионально организованной телефонной обратной связи с пациентами после лечения, а также их отклики и рекламации, попутно высказанные в свободной форме, – вот инструмент, позволяющий усовершенствовать работу клиники. Вот что способно стимулировать сарафанное радио.

В Интернете среди публикаций «Все стоматологии РФ» – специализированный электронный справочник» все активнее распространяются видеоролики, создаваемые автором семинаров, посвященных активным продажам. Они назойливо сулят стоматологам богатую жизнь и большие заработки. В стиле очень «толстого» тролля, страдающего нарциссизмом, звучат призывы: «Дорогой друг врач-стоматолог, ещё есть последняя возможность «вскочить» в уходящий поезд и обеспечить себе гарантированный прорыв в заработках денег и других благ. Громкое заявление, правда? В мире обучения продажам – в мире бизнес-тренингов, криков и преувеличений – есть много чего «привлекательного». Когда вам обещают горы сокровищ, на золотом блюдечке... И почти всегда это оказывается очередным «пишиком». Мы сами не один раз «попадались». Но есть и другое. То, что прошло испытание временем. То, что работает всегда... на любом рынке (стоматология, педиатрия, лечебка), с любой аудиторией (от рака и неотложки до простой дури и психосоматики), в любых условиях (от частной практики и директора коммерческого медцентра до работы врачом или главврачом в государственной клинике), психология влияния в работе врача!»

После столь ярких заявлений потенциальный посетитель тренингов готов подумать: «Вот, наконец, явился отечеству Миссия, который обучит всех и всему!»

Оценим предложения тролля. Среди единичных более или менее вразумительных мыслей на слушателей-зрителей обрушивается тарабарщина и поток утверждений, оскорбительных для клиентов и уничтожающих престиж врача-стоматолога. Ограничимся 3 выдержками.

Первый видеоролик, приглашающий на тренинг, предваряется «завлекалками» (стиль и грамматика автора сохраняются): «Дрессировка «животных» пациентов врачами», «Дрессировка врачей на тренингах». Очевидно, автор хочет усилить влияние на потенциальных посетителей семинара и добавляет: «На этом тренинги я буду дрессировать в вас качества пациентоориентированных и при этом эффективных продавцов, клёвых врачей-продавцов, к которым хочется приводить знакомых. Если вы боитесь слова дрессировка, то кормите своих тараканов сами и/или в другом

месте». (Агитатор, очевидно, имеет в виду тараканов в голове). Другой видеоролик еще более возмутителен. «Автор образовательной системы» (так себя величает тролль) предстает в белой форме дзюдоиста и заявляет нечто вроде девиза: «Выжми из пациента ВСЁ!!! – это показали по 1 ТЕЛЕ-каналу. Я учу врачей помогать пациентам и зарабатывать при этом больше денег. Сейчас я хочу показать вам один из приемов, как лучше выжать из пациентов максимум. (Манипулирует кистью правой руки, раскрытой в форме захватывающего устройства). Вот это мой пациент (наклоняется над подростком, который без движений лежит на полу), берешь его за один отворот кимоно, затем за другой (поочередно ведущий перекрещивает руки на горле и груди мнимого пациента, словно пытаясь его задушить). А другие подробности смотрите, пожалуйста, на сайте (диктует на английском языке). На заднем плане постоянно проецируется адрес сайта и надпись «подпишитесь на видео»). Третий ролик свидетельствует о потере всякого чувства пристойности. На семинаре тролль расписывает на доске типологию клиентов, которую якобы позаимствовал у кого-то. Прошу прощение у читателя за цитирование этой непристойности, но мириться с подобным нельзя: «Есть клиенты блондины, брюнеты, рыжие, шатены, лысые и... засранцы. Есть сангвиники, холерики, меланхолики, флегматики и... зас....ы.» Далее тролль, кандидат медицинских наук, называет иные группы индивидов и все заканчиваются тем же рефреном – зас....ы. Аудитория смеется.

Упомянутый автор неоднократно публикует шокирующие теории «больших заработков», но, очевидно, на них есть спрос, если ведущий с экрана утверждает, как восторженно его воспринимает аудитория, то есть «клёвые врачи-продавцы», желающие «выжимать из пациента всё». В нормальном обществе такого тренера привлекли бы в суд за публичное оскорбление чести и достоинства профессионалов, у нас троллинг в стоматологии востребован. С сожалением приходится признавать, что в частной стоматологии есть случаи неуважительного отношения к получателям услуг.

В некоторых клиниках принято предупреждать коллег о пациентах, чем-то настороживших администраторов или врачей. В углке медицинской карты ставится крестик, плюс или восклицательный знак. Я давно собираю эти

доказательства сниженной корпоративной культуры и профессиональной деформации. Чем выше, по мнению представителя персонала, степень «неадекватности» визитера, тем больше повторяется знак «обратите внимание!». Иногда рисуют смайлик или домик, крыша которого сдвинута в зависимости от степени мнимой неадекватности посетителя. В коллективах, где уровень нравственности значительно снижен, в ход идут буквенные обозначения: СБ – может означать «сложный больной», «сумасшедший больной», «скандальный больной», «склонная баба», ВП – «вредный пациент», КМ – «козья морда», возводится в квадрат или в куб в зависимости от случая, СМ – «скандальная мамочка», Г или ГГ – воздержимся с переводом аббревиатуры, СВБ – сука в ботах, SP – «сволочь и псих», Ш – «шизик», КП – «крыша поехала»... Не видно конца проявлениям вариантов нравственного примитивизма стоматологов, в чем убеждаюсь на своих коммерческих циклах.

Последний случай заставил содрогнуться в очередной раз. Веду занятие по психологии в питерской клинике и пытаюсь выявить корпоративную философию, в частности спрашиваю: «Как отмечаете в медкарте пациента, который чем-то не устраивает?» Напротив меня сидит детский стоматолог – молодая, красивая, стройная, любопытная – вот, думаю, доктор новой формации. И вдруг признание: «Я пишу МД: «мама – дура». Я буквально замер и обратился к стоматологу почти с мольбой: «Ради Бога, никогда больше не думайте так о маме, которая пришла к вам с ребенком за помощью. Может быть, ее поведение кажется не адекватным. Она в тревоге, вы не знаете о ее судьбе, семейных отношениях... Примите ее такой, как она есть, и в ответ она отзовётся признательностью».

Уважаемые доктора! Никогда не вешайте ярлыки на пациентов и сопровождающих лиц. Ваш негативный настрой обязательно почувствует человек, пришедший к вам с надеждой на помощь и понимание. А ведь вы хотите, чтобы он уважал вас и остался на лечение.

Теперь о троллях-стоматологах.

✓ «Тонкий» троллинг использует стоматологи, которые стараются расположить к себе пациентов при помощи так называемых фишек.

Фишкa это приманка, используемая стоматологом, с целью вызвать у клиента- паци-

ента доверие, показать профессионализм или особое расположение и в результате побудить его оставаться на лечение или стать постоянным.

Многие владельцы клиник также озадачены поиском фишек и тренеров, которые могли бы поведать о них. «Дайте нашим врачам фишки, чтобы удерживать пациентов после консультации, – просит владелец клиники с Украины. – Один тренер проводил у нас занятия и дал хорошую фишку: в завершении консультации бесплатно почистить зуб пациенту. Действует! Число пациентов, остающихся на лечение, значительно увеличилось».

Опять видим знакомую тенденцию: привлекать пациентов не за счет демонстрации мастерства в процессе консультации, не при помощи Обязательного Профессионального Общества на платном приеме, а за счет чудодейственных секретов. Оценим с разных сторон «фишку» с чисткой зуба.

Во-первых, сколько времени и денег будет терять клиника, если каждый специалист начнет бесплатно чистить хотя бы один зуб? Во-вторых, останется ли на лечение человек с почищенным зубом, не убежденный в мастерстве стоматолога, который провел консультацию за 5-10 минут? Не лучше бы потратить время не на чистку, а на содержательное взаимодействие с пациентом по полному алгоритму эффективной консультации? В-третьих, фишка рассчитана на меркантильного или наивного клиента, который якобы не заметит того, что доктор манипулирует им.

Вот доктора-тролли, нашедшие свою «фишку»:

... На консультациях стоматолог внимательно смотрит в глаза пациента и произносит: «Как хорошо, что вы попали ко мне! У вас сложный клинический случай и не известно, что и как лечил бы вас другой специалист». Тролль не учел одно обстоятельство: напуганный пациент обратился к главному врачу клиники с вопросом: «У меня действительно все так сложно?» Старший коллега осмотрел пациента и понял, что его элементарно развели – клинический случай типичный, никакой сложности не представляет. Упомянутый доктор прежде был замечен в нарушениях профессиональной этики, во лжи, махинациях с оплатой работ.

Троллинг обычно является показателем системного дефекта личности стоматолога.

...Врач по обыкновению начинает консультацию с «самопрезентации»: «Вам повезло – я

ученик профессора... (далее следует фамилия учителя)». Пациент не имеет понятия о профессоре, его достижениях, таланте обучения, но, по мнению тролля, должен обрадоваться своему везению, стать постоянным и дистрибутором.

Можно ли ссылаться на учителей? Да, в оправданных случаях. Например, предстоит сложное лечение, и доктор, как бы размышляя вслух, говорит: «Профессор, у которого я учился, советовал поступать так...». Такой подход к клинической ситуации свидетельствует об ответственности стоматолога, привычке вспоминать полезный опыт учителей, о приверженности принципу «одна голова хорошо, две – лучше». Такого доктора можно уважать.

...Пациент на консультации рассказывает: «Я уже был у стоматолога. Он сказал, что мне нужно поставить три пломбы. Если оплачу до начала лечения, это будет 15 тысяч рублей, а если после лечения, то значительно дороже. Я не стал лечиться у него. Какой же это врач?». Подскажем пациенту: действительно, это не врач, а «толстый» тролль.

Тролль обычно настораживает получателей услуг и провоцирует их не иметь с ним дела.

У нас нет оснований и желания приписывать троллинг всем потряд стоматологам. Погавляющее большинство из них работает на совесть. Но если кому-то из пациентов-клиентов довелось нарваться на тролля, осадок останется на всю жизнь, а сарафанное радио донесет его, по крайней мере, до ближайшего окружения.

Нередко от стоматологов на своих занятиях слышу: «Пациенты относятся к нам плохо, не считают за врачей». Обидно. Одна из причин – обучение у троллей и самостоятельный троллинг. Избавляйтесь от троллинга.

В порядке оптимистичного заключения.

На моем рабочем столе буклетик «Качество жизни и удовольствие от работы зависит от нас». Составил его Александр Кураскуа, стоматолог-хирург, кандидат медицинских наук, с практическим стажем более 30 лет. Среди красочных талантливых картин автора есть принципы, которыми он руководствуется и рекомендует коллегам. Вот некоторые:

- Береги свое здоровье и здоровье пациентов.
- Лечи пациентов так, как хотел бы, чтобы лечили тебя.
- Доброе имя стоматолога – уже капитал.
- Не будь рабом своей алчности.
- Оплату за лечение бери по совести.

Семинары-тренинги В.В. Бойко

На занятиях проводятся деловые игры, дискуссии, обмен опытом, используются данные опросов персонала и пациентов, демонстрируются учебные видеофильмы. Слушатели получают конспект "на дом".

Заявки для участия в семинаре (ах) по тел. +7 921 322 00 31,

или по электронной почте: vv_boy@rambler.ru

(в адресе две буквы v, затем нижнее подчеркивание)

Заказ по почте литературы по психологии и маркетингу в стоматологии (автор В.В. Бойко)

	Наименование	Цена, руб.
1.	Психология и менеджмент в стоматологии. Том I Клиника «под ключ», СПб, 2009 г. 1008 стр.	2000
2.	Психология и менеджмент в стоматологии. Том VI Врач, ребенок, родитель. СПб, 2014 г. 512 стр.	1300
3.	Психология и менеджмент в стоматологии. Том VII Сервис - детям. СПб, 2013г. 200 стр.	900
4.	Психология и менеджмент в стоматологии. Том VIII Бизнес-мышление и развивающаяся клиника. СПб, 2015г. 408 стр. (Соавтор В.В. Садовский)	2000
5.	Эффективная стоматологическая реклама. 100с. (электронная версия)	350
6.	Субъектные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом. (Соавтор Т.Ш. Мchedlidze). 28с.	200
7.	Менталитет врача-стоматолога и пациента: аспекты психологии и этики. 42 с.	300
8.	Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. 32 с.	300
9.	Психологические аспекты работы администраторов платных стоматологических учреждений. Часть 1. Отбор претендентов. 38с.	600
10.	Психологические аспекты работы администраторов платных стоматологических учреждений. Часть 2. Обучение, аттестация, переаттестация. 60 с.	600
11.	Диада "стоматолог – ассистент": психология сработанности. 128с	500
12.	Пациент выбирает стоматолога? 97с.	500
13.	Правила эмоционального поведения. 84 с.	300
14.	Оценки эмпатии личности. 32 с.	300
15.	Физический дискомфорт на стоматологическом приеме. 70 с.	500

Желающие приобрести литературу могут заказать ее пересылку по почте

E – mail: vv_boy@rambler.ru (в адресе две буквы v и нижнее подчеркивание)

В продаже материалы сопровождения пациентов от «входа» до «выхода».

Поднимают клинику на более высокий конкурентный уровень, мотивируют покупки услуг.

I. Телефонный опрос пациентов после лечения. 2.500 р. Опросник, алгоритмы проведения и обработки данных, работы с коллективом.

II. Оформление взаимоотношений с пациентами от «входа» до «выхода». 8.000 р.

1. Договор. Образец, алгоритм для администратора и врача набора очков доверия. **2. О здоровье пациента.** Алгоритм и ключевые фразы обсуждения с пациентом сведений о его здоровье, набор очков доверия, анкета «Пожелания пациента перед лечением – обратите внимание!»).

3. О гарантиях. Алгоритм обоснования пациенту, ключевые фразы для персонала, гарантайные талоны, положение о гарантках для пациентов.

4. Информированные добровольные согласия. Алгоритм разъяснения пациентам, 14 образцов на все виды вмешательств. **5. Рекомендуемый и выполняемый планы лечения.** Образцы, алгоритмы мотивации пациентов. **6. Сервисная карта пациента.** Положение о внедрении, фиксируемые обстоятельства, рекомендации персоналу – работа в команде.

III. Должностные обязанности (для всего персонала коммерческой клиники). Для переаттестаций, объективного определения оплаты труда и повышения уровня сервиса. **3500 р.**

IV. Стандарты сервиса во взаимодействии с пациентами (для всего персонала коммерческой клиники). Для переаттестаций, объективного определения оплаты труда и повышения уровня сервиса. **3500 р.**

V. Индивидуальный план профилактики. Руководство по продаже для стоматологов и гигиенистов, проспект для пациентов. **500р.**

VI. Отбеливание зубов. 1500р. Инструкции для администраторов и врачей, буклет, информационный листок для пациентов, информированное согласие, сравнительная таблица методов отбеливания.

VII. Для администраторов «Информирование пациентов о цене услуг и условиях приема в стоматологической клинике». **5000р.** О цене и стоимости услуг, о первичной консультации, преимуществах клиники, гарантиях, формах и сроках лечения и протезирования, скидках, информированных согласиях. Поведение в нестандартных ситуациях. Словарь стоматологических терминов. Ориентация в проблеме пациента (16 таблиц).

VIII. Психология в работе администратора. Учебное пособие. **5000 р.**

Формирование отношений и маркеры в общении с клиентами. Убеждающее воздействие. Десять шагов эффективного телефонного разговора с пациентом. Взаимодействие в холле по «принципу контраста с конкурентами». Программирование пациента на получение услуг (ключевые слова и фразы). Когда у пациента возникает впечатление обмана в разговоре с администратором об услугах. Типичные ошибки администраторов.

VIII. Эффективный консилиум стоматологов. **1000 р.** Аспекты: клинический, организационный, представительский, информационный, психологический, коммерческий. Алгоритмы действий ведущего специалиста, докторов, ассистента.

IX. Эффективный консилиум. Аспекты: организационный, клинический, представительский, информационный, психологический, коммерческий. **1500 р.**

X. Алгоритм эффективной консультации. **6000 р.**

«Ключи доступа» к сознанию пациента, мотивация к покупке услуг и преодоление сопротивлений. Набор очков доверия на каждом этапе консультации (с использованием убеждающих фраз, маркеров профессионализма, внимания, заботы и уважения). Типичные ошибки докторов.

XI. Взаимные оценки контактного персонала в маркетинге отношений. **2000 р.**

Администраторы, врачи, ассистенты оценивают себя и друг друга в общении с пациентами. Для проведения переаттестаций, определения оплаты труда и улучшения сервиса.

XII. Алгоритмы взаимодействия врача и ассистента с пациентами на приеме. **2500 р.**

Словесные и неверbalные маркеры внимания, заботы и уважения пациента, 14 аспектов согласования действий врача и ассистента.

XIII. Алгоритмы мотивации к приобретению стоматологических услуг. **1500 р.** Аргументация гигиенической чистки, панорамного снимка, микроскопа, компьютерного томографа, вертикальной конденсации.

XIV. Рекламации, которых могло бы не быть. **2.000 р.**

Содержание и типология (по итогам обратной связи). Ошибки докторов, которые обуславливают появление рекламаций каждого типа. Способы упреждения рекламаций каждого типа. Правила работы с reklamacijami.

XV. Система гарантий при оказании стоматологических услуг. **1500 р.**

Десять видов гарантий, объединенных принципом «Обещано – выполнено» и создающих осозаемое конкурентное преимущество клиники.

XVI. Сервис в стоматологии - когда он приносит доход. **Учебное пособие. 2000 р.** Общекультурный и медицинский сервис: аспекты, виды, организация, конкурентные преимущества.

12-14 ОКТЯБРЯ

2016 года

ВЕРТОЛ
выставочный центр **EXPO**



ВЫСТАВКА **СТОМАТЭКС** СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ЕЖЕГОДНО ВЫСТАВКУ ПОСЕЩАЮТ БОЛЕЕ
3 000 ЧЕЛОВЕК, СРЕДИ НИХ:

- руководители стоматологических учреждений;
- практикующие врачи-стоматологи, зубные техники, ортопеды, ортодонты, пародонтологи, детские стоматологи;
- представители фирм-трейдеров

**ОБЪЕДИНЯЕМ ВСЕХ
ПРОФЕССИОНАЛОВ ОТРАСЛИ!**

- **88,4%** посетителей интересуются разделом выставки Стоматологическая практика
- **45,5%** посетителей интересуются разделом выставки Зуботехническая лаборатория
- **39,9%** посетителей планируют получить информацию о новинках отрасли

НАЙДИТЕ СВОИХ КЛИЕНТОВ!



90% экспонентов считают эффективным свое участие в выставке*.



76% экспонентов наладили контакт с потенциальными клиентами и нашли новых бизнес-партнеров*.



300 тыс. руб. – уровень баерских договоренностей*.

* Статистика 2015 г.

В рамках выставки пройдет
**XV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2016»**

Проводится при поддержке РООО «Ассоциация стоматологов Ростовской области»

Ростов-на-Дону, пр. М. Нагибина, 30. Тел. (863) 268-77-68,
www.vertolexpo.ru

Присоединяйтесь
к нам в соцсетях



Клиника после обучения персонала психологии взаимодействия с клиентами

В.В. Бойко, академик международной БГА, чл.-корр. Петровской академии наук и искусств, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПБИНСОМ, Председатель секции СтАР «психология в стоматологии»

Качество – это делать что-либо правильно, даже когда никто не смотрит.

Генри Форд

Семинар-тренинг «Персонал-команда» длится 3 дня, в нем в определенных комбинациях задействованы администраторы, врачи и ассистенты. По нашему опыту, это наиболее продуктивная форма занятий, позволяющая добиться согласованности в работе персонала передней линии, синергии (суммирующего эффекта) и за счет этого получить конкурентное преимущество и увеличение прибыли клиники. Участникам семинара выдаются адресные конспекты, которые позволяют осуществлять коллективные цели в соответствии с «векторным принципом», когда каждый член команды понимает, какой информационный и психологический вклад он вносит во взаимодействие с клиентами. Однако желаемый результат достичь при условии дальнейшего закрепления материала слушателями самостоятельно, а еще лучше под руководством владельца клиники-стоматолога или главного врача.

Создать в клинике команду и поддерживать ее в должном тонусе, заменить сложившиеся стереотипы новыми принципами коллективной работы – дело ответственное и требует времени. Не нужно упрощать задачу и верить тем гуру, которые, агитируя посетить свои циклы, обещают значительное увеличение доходов клиники за короткий период.

Из программы мастер-класса:

1-й день (обучаются врачи, администраторы, ассистенты).

- 1. Одиннадцать типов команд: достигнутое и перспективы роста.**
- 2. Показатели доверия клиента клинике, на которые работает весь персонал.**
- 3. Общение администратора с клиентами по телефону по «принципу вектора»: информирование о ценах, стоимости, имеющихся в клинике вариантах лечения и гарантиях.**
- 4. Работа персонала по «принципу вектора» в холле: модули «встреча клиента», «задержка приема», «личные имена», «сервисная карта пациента», «отслеживания состояний пациента после лечения», «взаимодействие после оплаты услуг».**

5. Маркеры внимания, заботы и уважения на этапах взаимодействия персонала с клиентами.

2-й день (до обеда обучаются администраторы, врачи и ассистенты, после обеда – врачи и ассистенты).

6. Работа персонала по «принципу вектора» с Договором, анкетой о здоровье, информированными добровольными согласиями и рекламациями.

7. Консультация стоматолога: видеофильм, анализ ошибок врача и ассистента.

8. Новая философия сестринского дела: ассистент – участник диады и триады.

3-й день (только врачи).

9. Режимы работы врача: «мануальщик», «продавец», «менеджер продаж».

10. Эффективная консультация: принципы «контраста», «комплайенса», «присоединения» и «диалога».

11. Технология «набора очков доверия»: работа с анкетой о здоровье пациента, составление рекомендуемого и выполняемого плана лечения, обоснование варианта лечения и гарантий.

Как видим, участники семинара-тренинга «Персонал – команда» получают объемную и конструктивную информацию. Почему же эффективность обучения оставляет желать лучшего, что выявляется почти сразу после обучения. Прогрессивно настроенные доктора сами фиксируют это в отзывах по электронной почте: «в клинике почти ничего не изменилось», «руководители пустили все на самотек», «я попытался напомнить о новых требованиях к персоналу, но мне дали понять, что лезу не в свое дело» и т.п. Отметим основные ошибки, которые владельцы, директора клиник и персонал допускают на этапе реализации содержания занятий.

1. Материалы документально-информационного сопровождения пациентов от «входа» до «выхода» запускаются в оборот «пачкой».

Сюда входят документы, адресованные получателям услуг, а также инструкции и алгоритмы поведения для персонала, показывающие, что, как и когда надо говорить клиентам, предлагая тот или иной документ. Это не только материал конспектов, которые остаются на руках у слушателей семинара, но также наши разработки, которые руководители клиники обычно приобретают дополнительно, понимая их необходимость. В результате клиника полностью, как говорится, упакована для работы с учетом всех маркетинговых, юридических и психологических требований.

Однако такой объем инноваций надо внедрять постепенно и в определенной последовательности. В помощь клиникам, прошедших учебу по программе «Персонал – команда», нами разработана «Дорожная карта внедрения инноваций», в которой дается пошаговый алгоритм введения документов и работы с персоналом. (См. «Психология и менеджмент в стоматологии» Том II «Персонал – команда»). В ней обозначены действия владельца клиники, директора, главного врача, старшей сестры и старшего администратора. Нововведения включают в себя не только систему требований, но также методы контроля за инновациями и критерии оценки достижений персонала, которые должны учитываться при оплате труда сотрудников.

Стремление руководителей клиник внедрять инновации «чопом» – яркое свидетельство их управленческой ограниченности, а также желания получать эффекты без особых трудов и мобилизации усилий коллектива.

Самые перспективные идеи

можно угробить, действуя насоком.

2. Управленческие новации внедряются плохо, потому что нарушается так называемая «золотая цепочка профессионального роста».

«Золотая цепочка профессионального роста» – это совокупность последовательных интеллектуальных и практических действий, обусловливающих усовершенствование специалиста.

«Золотая цепочка профессионального роста» включает такие звенья:

- знание,
- понимание,
- принятие,
- исполнение,

- самоконтроль, - усовершенствование.

Знание. Как известно, оно бывает у специалистов полным или частичным, точным или приблизительным, современным или устаревшим; знание может быть усвоено хорошо или плохо, а значит, легко или с трудом будет воспроизведиться в расчете на пациента здесь и сейчас.

Например, стоматологу нужны точные, полные и современные знания при объяснении клиентам сути лечения, достоинств технологий и материалов, связи между общим здоровьем и состоянием полости рта, при разъяснении гарантий. Кроме того, нужно четко знать психологические приемы, при помощи которых следует излагать знания заказчику определенного типа, например, рациональному или эмоциональному, тревожному или хорошо владеющему собой, имеющему негативный или позитивный стоматологический опыт. На занятиях выявляется, что доктора утверждают «мы это знаем», но в деловых играх обычно оперируют поверхностными, плохо сформулированными представлениями о чем-либо, не учитывают личностные особенности клиента.

Понимание. Даже если имеющиеся знания совершены, их недостаточно для того, чтобы специалист повышал свое мастерство. Можно знать, но не использовать знания на практике. Надо еще понимать, зачем это знание необходимо: что он дает, почему, для чего следует делать или говорить именно так, а не иначе, и что случается, если отступать от известного тебе.

Хороший специалист отличается от плохого тем, что понимает ценность своего знания.

Например, врачам и администраторам необходимо четко знать, что пациент в возрасте 14 лет имеет право сам подписать Договор оказания услуг, а в 15 лет – информированное добровольное согласие. Это надо знать точно и понимать, почему необходимо неукоснительно следовать этим юридическим нормам. В противном случае персонал нарушает права личности, показывает просвещенным получателям услуг незнание законов, рискует иметь дополнительные нарекания при рассмотрении в суде жалоб по поводу качества лечения. Когда на семинаре-тренинге «Пер-

сонал-команда», проверяется корпоративная осведомленность членов коллектива, звучат неправильные ответы: «мы считаем, в 16 лет», «я думаю, с 18 лет». Судью не интересует ваше «я так думаю», он будет руководствоваться законами и накажет клинику за нарушение прав личности.

Чтобы преодолеть отжившие стереотипы в работе персонала, привычку членов коллектива небрежно относиться к точным и полным знаниям в своей сфере деятельности, приходится добиваться того, чтобы участники семинаров понимали, почему надо выполнять определенные требования, инструкции и алгоритмы взаимодействия с клиентами. Нужны аргументы, примеры из практики. И тут выявляется, что заказчики учебы не дооценивают значимость звена «понимание» в изменении установок работников. Им кажется, что преподаватель дает ненужную информацию, дескать, сотрудникам надо диктовать четкие схемы поведения: делай так и так.

Приведу пример. Общаясь с администраторами одной клиники, я понял, что в данной аудитории необходимо доказать, почему с желающими записаться на консультацию нельзя работать по старинке, как в обычной поликлинике, т.е. в режиме «регистратора»: вот тебе время консультации и фамилия врача. Современный потребитель услуг требует иного отношения к себе – хочет получить четкую, понятную, необходимую и достаточную информацию, которая убедила бы его лечиться именно в этой клинике, воспользоваться имеющимися здесь вариантами оказания стоматологической помощи, услышав о них от администратора. В качестве аргументации выдвинутого тезиса цитирую для слушателей отзывы клиентов по обратной телефонной связи, проводимой после лечения. Из них видно, сколь взыскательны и наблюдательны потребители услуг, как юридически образованы, чем не удовлетворяет их работа типичного администратора, какой отсев первичных пациентов случается из-за его неудовлетворительной информации.

В перерыве владелец клиники высказывает претензию: «Это вы говорили лишнее, «лили воду», нам важно услышать четкие рекомендации, что и как делать администраторам, а вы долго подходили к ним». При этом руководитель не обратил внимания на то, что слушательни-

цы вели себя самоуверенно, заявляли, что все знают и делают, как надо, а в ответ на замечания и уточнения преподавателя реагировали агрессией – это защитная реакция людей, которые безосновательно уверены в своем профессионализме и не осознают необходимость дальнейшего усовершенствования.

Принятие. Специалисту мало хорошо знать и понять что либо. Новую информацию еще надо принять, то есть пропустить через себя и сделать понятое знание неотъемлемой частью своей профессиональной деятельности. Тогда отступление от известного будет вызывать недовольство собою, а иногда переживание и страдание. Речь идет о процессе интернализации.

Интернализация (лат. *internus* – внутренний) – процесс превращения знаний, убеждений, ценностей, оценок и норм поведения в качества собственной личности.

Пример по аналогии. Когда мы принимаем пищу, сначала она является внешним объектом, но после пережевывания и усвоения становится нашей внутренней питательной средой, т.е. интернализовалась. Нечто похожее должно происходить с тем, что мы познали и поняли, – оно должно усвоиться и стать обязательной частью нашего профессионализма.

Много раз после проведения занятий с администраторами, стоматологами и ассистентами приходилось с сожалением наблюдать, что они легко отступают от того, что узнали и поняли, а это значит, что внешнее не стало внутренним. Администраторы, как и прежде, забывают извиняться перед клиентами за доставленные неудобства, не хотят заполнять сервисные карты пациентов, не стараются обеспечивать юридическую и профессиональную защиту докторам. Ассистенты выходят в холл, не сняв перчатки, должным образом не осуществляют модули «встреча пациентов», «отслеживание состояния пациента после лечения». Стоматологи обычно продолжают играть патерналистскую роль, т.е. почти ничего не разъясняют пациентам, небрежно ведут медицинскую документацию, не составляют рекомендуемые планы лечения, что приводит к снижению качества лечения и заработка.

Пример. На занятиях в одной из клиник Ташкента подробно пояснялось, как администраторам и докторам надо работать с анкетой о

здоровье пациента, чтобы обеспечивать стоматологам профессиональную защиту и набирать «очки доверия». На следующий день у меня была возможность посетить прием главного врача и оценить успешность применения полученных знаний. Результаты наблюдений: администратор не предложила пациентке перед заходом в кабинет ответить на вопросы анкеты, поэтому врачу пришлось заполнять ее перед лечением, делалось это спешно, чтобы экономить время, необходимые выводы о связи соматики с состоянием полости рта не озвучивались в расчете на пациента. Итог: предложенный на занятиях норматив работы «по принципу вектора» не интернализовался, не стал неотъемлемой частью профессиональной деятельности администратора и доктора, хотя с этим нормативом персонал клиники знаком по прежним встречам со мной. Значит, норматив не обеспечивает профессиональную защиту врачу и не участвует в формировании конкурентных преимуществ клиники в представлениях пациента.

Исполнение. Для повышения своего профессионального уровня специалисту мало знать, понять и принять то, что рекомендовано, надо еще иметь возможность повседневно исполнять усвоенное. Но если бы все зависело только от конкретного работника... Хотел бы иной стоматолог действовать, как надо, однако он лишен такой возможности. Например, он понимает необходимость вдумчиво оценивать данные анкеты о здоровье пациента, но в клинике используется анкета, содержащая 10-12 соматических заболеваний, которые не позволяют проследить всесторонние связи соматика-зубочелюстная система. Врач понимает, что пациенту надо показывать суть предлагаемых технологий лечения с помощью мультиплексии, но ее нет в клинике или компьютер все время зависает. Хотел бы стоматолог по следам занятий больше времени общаться с пациентом, выслушивать жалобы и пожелания пациента с обратной связью «здесь и сейчас», обосновывать рекомендуемые планы лечения, да хозяин клиники обозначил такой уровень дежнейкой выработки, что перевести дыхание не-когда, поток пациентов за смену 10-16 человек.

Самоконтроль. Врачу, ассистенту и администратору мало исполнять то, что положено, надо еще уметь контролировать себя в процессе деятельности, а это требует больших интеллектуальных потенциалов – восприятия, вни-

мания, памяти, мышления, представлений. Не каждый человек справляется с такой мощной интеллектуальной нагрузкой, то есть правильно действовать и тут же контролировать себя.

Например, врачу нелегко осуществлять процесс лечения и параллельно отслеживать каждый свой мануальный шаг, фиксировать состояние пациента и оценивать правильность каждого своего умственного ответного действия. Точно так администратору сложно давать определенную информацию по телефону и тут же контролировать ее соответствие запросу позвонившего, логичность изложения, необходимость и достаточность сведений для принятия клиентом решения записаться в данную клинику. Естественно, самоконтроль предполагает немедленное устранение подмеченных неточностей действий и ошибок.

Усовершенствование. И вот когда специалист знает, понимает, принимает новое знание, исполняет положенное и научился контролировать себя в процессе работы и тут же исправлять свои ошибки, он при всем этом не должен утратить жажды дальнейшего познания и усовершенствования. Таким образом, «золотая цепочка профессионального роста» разворачивается вновь и вновь.

**Неграмотными в XXI веке
будут считаться не те, кто не умеет читать
и писать, а те, кто не способен учиться,
переучиваться и совершенствовать
свои навыки.**

Элвин Тоффлер,
американский социолог

**3. Эффективность обучения снижают
своими оценками формальные и неформаль-
ные лидеры.**

Мы имеем в виду главных врачей и рядовых сотрудников, которые пользуются авторитетом среди сослуживцев. Случается, что эти члены коллектива в ходе занятий или после распространяют мнение о том, что ничего нового для себя не узнали, что другие лекторы уже говорили об этом. Подобные выводы не обдуманы и обусловлены разными причинами. Кто-то из членов коллектива утверждается в глазах сослуживцев – все должны услышать его точку зрения, увидеть его кривую усмешку. Кто-то, может быть, действительно имеет некоторые представления о предлагаемых алгоритмах взаимодействия с клиентами, но не обоснованно, как говорит-

ся, расписывается за всех, утверждая «мы это знаем», «мы так и делаем». Иногда главный врач, выражая скепсис по поводу содержания занятий, хочет сказать, что его коллектив работает на должном уровне, подчеркивая тем самым свою организационную роль.

Конечно, отдельные требования и рекомендации известны, но о них приходится напоминать, поскольку они не находят должного проявления в повседневной практике, в них нет психологической и маркетинговой составляющей. Это выясняется, когда слушателям предлагается решать конкретные практические задачи и становится ясно, что произносятся слова и осуществляются действия, которые не могут убеждать пациентов, которые не свидетельствуют о профессионализме докторов.

Припоминаю, как в одной клинике Калининграда главная врач демонстративно прерывала занятия репликами «мы это знаем», «мы так и делаем», мешая персоналу усваивать алгоритм активного проведения консультации и приемов. Ее не смущало, что в аудитории более 40 стоматологов с различным опытом работы, потенциалом познания, с более и менее выраженным желанием следовать рекомендациям. В перерывах участники семинара благодарили за информацию и дальние советы, давая понять «не обращайте внимания на нашего главного врача, ее заносит».

4. Снижение эффективности занятий происходит по вине тех, кто должен внедрять рекомендованное документально-информационное сопровождение клиентов от «входа» до «выхода».

Владельцы клиник и менеджеры допускают такие ошибки:

– медлят с внедрением приобретенных документов сопровождения и алгоритмов поведения, рекомендованных на семинаре-тренинге. Возникает разрыв между полученным на занятиях эффектом и временем реализацией инноваций. Что узнали, то успели забыть, энтузиазм угас. Вопрос: зачем тратили время и деньги на обучение?

– по своему усмотрению вносят в приобретенные документы сопровождения клиентов или инструкции для персонала правки, дополнения, делают сокращения. В результате таких действий предписания пе-

рестают соответствовать юридическим нормам, маркетинговым или психологическим целям, а иногда искажаются настолько, что поражают невежеством. Примеры. Информированные добровольные согласия превращаются в средство принуждения пациентов получать услуги (приходить на осмотры, делать гигиеническую чистку). В телефонный опросник для получения обратной связи с клиентами вносятся не информативные вопросы (откуда вы о нас узнали, устраивают ли вас часы работы нашей клиники и т.п.), вопросы объединяются, в одном вопросе получается два-три, и опрашиваемый не знает, как ему отвечать.

5. Не соблюдаются нормы профессионального сотрудничества.

Профессиональное сотрудничество – важнейший признак командного стиля работы, способствующий повышению качества лечения, экономических показателей работы докторов и клиники в целом, формированию конкурентных преимуществ на рынке стоматологических услуг. Владельцы клиник, как правило, озабочены тем, врачи разных специализаций недостаточно сотрудничают, не отправляют пациентов друг к другу в обоснованных случаях, каждый работает на себя. На семинаре рассматриваются нормы профессионального сотрудничества и неблагоприятные следствия их нарушения, о чем свидетельствуют наблюдения владельцев клиник и отзывы пациентов по обратной телефонной связи, проводимой после лечения.

Нормы профессионального сотрудничества стоматологов:

- ✓ Соблюдать коллегиальную ответственность за лечение пациентов.
- ✓ Аргументировать пациенту необходимость посещения специалиста иного стоматологического профиля (работать «на того паря»).
- ✓ Не выходить за рамки своей профессиональной компетенции (не работать «за того паря»).
- ✓ Не менять без согласования с коллегой предложенный им пациенту план или вариант лечения.
- ✓ Лечить по гарантии, предоставленной отсутствующим коллегой.
- ✓ Главный врач, заместитель по медицинской части имеют право войти в кабинет

(по договоренности с врачом), чтобы поинтересоваться ходом лечения и тем самым показать пациенту заботу о качестве лечения.

После семинара-тренинга выясняется, что стоматологи продолжают нарушать обозначенные нормы. Причины:

- недостаточный контроль со стороны главного врача за соблюдением норм профессионального сотрудничества при проверке медицинской документации;
- стремление отдельных докторов самостоятельно и быстрее провести лечение, зароботать деньги, не привлекая специалистов иного профиля;
- нежелание докторов выполнять гарантии, которые давал коллега, если он находится в отпуске или уволился.

Нормы профессионального сотрудничества врачей и ассистентов:

- ✓ Врач и ассистент образуют функциональное единство, работая в диаде и триаде.
- ✓ Хорошие личные отношения между врачом и ассистентом, способствующие выполнению обязанностей.
- ✓ Врач не работает за ассистента.
- ✓ Ассистент не работает за врача.

Обычно после занятий выясняется, что ассистенты пассивно выполняют свои функции, мало взаимодействуют с пациентами, врачи работают за ассистентов (направляют свет лампы, сами экипируют себя и т.д.). Причины:

- оплата работы ассистентов не учитывает их стремление работать лучше в паре с врачом;
- не сложившиеся межличностные отношения между врачом и ассистентом;
- неумение докторов ценить труд помощников;
- высокомерное отношение некоторых докторов к ассистентам (поучают в грубой форме, делают замечания в присутствии пациентов, не учитывают мнения опытных помощниц);
- при подборе пар не учитываются условия совместимости (нравственной, энергетической, наличие правильных представлений о взаимодействии с пациентами);
- эмоциональное выгорание ассистентов, что проявляется с увеличением стажа работы и при ограничении взаимодействия с пациентами.

Нормы профессионального сотрудничества администраторов и врачей:

✓ Администраторы и врачи руководствуются одинаковыми принципами в информировании клиентов. Это касается информирования о содержании консультации, стоимости лечения, гарантиях и назначении информированных добровольных согласий.

✓ Администраторы обеспечивают юридическую и профессиональную защиту стоматологам. Это касается подписания Договора оказания услуг, предложения пациентам анкеты о здоровье, реакций на рекламации.

✓ Администраторы работают «по принципу вектора». Это означает, что они упреждают взаимодействие стоматолога с клиентом, готовят его к информации, которую врач будет сообщать на консультации и на этапах лечения.

После занятий выявляется, что администраторы очень быстро переходят на прежний неэффективный режим работы – режим «регистратора». Стартуют меньше информировать первичных пациентов об условиях предоставления услуг, вариантах лечения, имеющихся в клинике, не говорят о стоимости лечения и гарантиях. Наблюдается отступление от алгоритма предложения пациентам Договора и анкеты о здоровье, что снижает профессиональную и юридическую защиту врачей. Причины:

- снижен контроль за работой администраторов;
- при определении им зарплаты не учитываются критерии, отражающие командный стиль работы;
- оценку работы администраторов осуществляют владельцы и директора клиник, руководствуясь субъективными мнениями (не используют во всех ситуациях систему оценочных критериев, не учитываются данные обратной связи с пациентами и мнения врачей).

5. Снижается уровень корпоративной этики.

Корпоративная этика – совокупность моральных норм, объединяющих коллектив.

На семинаре-тренинге «Персонал – команда» корпоративной этике уделяется особое внимание, поскольку это синоним порядочности и свидетельство зрелости личностей членов коллектива.

Команда, соответствующая нормам корпоративной этики, руководствуется такими установками:

- Не занимаемся доносительством.
- Не сплетничаем, не склончничаем.
- Не сваливаем вину друг на друга.
- Не критикуем коллегу за его спиной.
- Руководитель, главный врач не делают замечаний врачу в присутствии пациентов и среднего персонала.
- Врачи не обращаются к администраторам с просьбой: «Не записывай ко мне трудных пациентов».
- Врачи не выражают недовольство ассистентами при пациенте.
- Честно признаемся за поломку стоматологического инструмента и оборудования.
- Честность смягчает вину и свидетельствует о зрелости личности.
- В коллективе выгодно быть честным.

Наши наблюдения показывают неприятные последствия нарушений корпоративной этики, которые действуют раздельно или в комбинациях:

- ✓ Работа, где проходит значительная часть жизни сотрудников, превращается в источник напряжений и стресса, поскольку коллектив периодически трясёт от распри, взаимных обвинений.
- ✓ Нередко коллектив раскалывается – одни объединяются вокруг неформального лидера, а другие становятся союзниками формального.
- ✓ Нарушаются товарищеские отношения. Сотрудники, которые прежде дружили или нормально относились друг к другу, теперь придерживаются противоположных мнений, оказываются по разные стороны «баррикад».
- ✓ Появляются или обостряются профессиональные конфликты.
- ✓ Плохие отношения между членами коллектива негативно сказываются на отношениях с клиентами.

Самое неприятное следствие неблагоприятных отношений между членами коллектива – снижение доходов клиники!

Как повысить уровень корпоративной этики? Прежде всего, надо выявить, кто является первоисточником нарушений корпоративной этики.

1. Плохую атмосферу в клинике создает

неформальный лидер, имеющий психологические или нравственные проблемы. Это может быть такой человек:

- с комплексами (завистник, неудачник в жизни, без семьи или у него проблемная семья). Нарушая корпоративную этику, он достигает, как ему кажется, внутреннего равновесия;
- с психопатическими чертами (периодически проявляет сильную негативную энергетику, недко критикует коллег, стравливает их между собой, сплетничает, сгоняет зло на руководителей). Нарушая этические нормы, такой сотрудник провоцирует окружающих на конфликты и получает от этого удовольствие.

Что следует предпринять?

Закомплексованного сотрудника можно простить, понять, пожалеть и принять.

От психопатизированного человека надо избавиться, соблюдая все законы об увольнении.

2. Плохую атмосферу в клинике инициирует ее владелец или директор. Это человек:

- **несобранный** (забывчивый, разбросанный, не может концентрироваться на деле),
- **недисциплинированный**,
- **противоречивый** (непоследователен, меняет решения, субъективен в оценках сотрудников),
- **непорядочный** (обманывает, подставляет, обсчитывает сотрудников, распространяет слухи, нарушает договоренности),
- **перфекционист** (во всем добивается идеала, жестко требует соблюдения порядка, решений, инструкций).

Что следует предпринять?

Руководителя несобранного, не дисциплинированного и перфекциониста, но умного надо прощать – с ним можно договориться.

Противоречивого, но умного можно терпеть.

От непорядочного руководителя (с хорошим или плохим умом) надо уходить.

6. Наблюдается несоответствие деловому имиджу. На занятиях были отмечены недостатки делового имиджа и персонал осознал их, но прошло время и многое вернулось на круги своя. В клиниках с низким уровнем корпоративной культуры вновь фиксируются такие явления: мятая, загрязненная рабочая форма, черные носки и туфли, плохо выбритые лица мужчин, небрежные прически,

излишние украшения у женщин, запах тела, усталый вид, расхлябаные походки в поле зрения пациентов, ассистенты и врачи выходят в холл, не сняв перчатки, уборщица наводит порядок в холле в присутствии пациентов, персонал курит в неподтвержденных местах.

В чем причины столь явного отклонения от норм функционирования медицинского учреждения? Они, как показывают наши наблюдения, разные:

- сотрудники сопротивляются требованием начальства, которое не имеет авторитета. Это может быть случайный человек на посту директора клиники или главный врач, показывающий плохие примеры поведения;
- сотрудники выражают неприятие владельца клиники. Он (она) не уважает работников, проявляет высокомерие, нарушает свои обещания, меняет требования, бывает несправедливым, окружает себя подхалимами;
- в клинике отсутствуют регуляторы поведения персонала или они имеются, но персонал не ознакомлен с ними под подпись. Это касается должностных обязанностей и стандартов взаимодействия с клиентами;
- регуляторы поведения персонала имеются, но нет соответствующих критериев оценки работы сотрудников;
- критерии оценки исполнения должностных обязанностей и стандартов взаимодействия с клиентами имеются, но не разработаны соответствующие поощрения и наказания.

7. Самый неприятный вывод: спустя некоторое время после обучения воспроизводятся пресловутые стереотипы «совковой клиники».

При возврате к «совковой» клинике возникают циклические конфликты по вертикали:

Руководители не довольны поведением сотрудников после обучения (особенно perfectionists):

- считают, что время и деньги на обучение потрачены зря;
- убеждаются, что некоторые подчиненные теряют совесть, бойкотируют инновации;
- в некоторых случаях увеличивают прессинг на подчиненных и могут пойти на решительные меры (уволить отдельных сотрудников, ввести жесткие санкции за нарушение требований).

Даже хорошего руководителя, желающего всем добра, персонал может загнать в состояние фрустрации!!!

Уместно такое обращение к членам коллективов: не доводите своих руководителей до крайностей.

В ответ подчиненные нервничают, проявляют недовольство, оказывают сопротивление инновациям.

Некоторые коллективы после обучения входят в фазу напряжения!!!

Как видим, спустя некоторое время персонал клиники заметно отклоняется от стиля работы единой командой. Таково следствие двух основных факторов.

Фактор первый – отсутствие профессионального менеджмента, который способен выстроить внутренний и интерактивный маркетинг.

Внутренний маркетинг – система мероприятий, которые создают персоналу все условия для работы на заданном уровне качества предоставления услуг – лечения и сервиса.

При плохо организованном внутреннем маркетинге отсутствуют или не действуют инструменты, управляющие поведением членов коллектива.

Интерактивный маркетинг – система мероприятий, которые обеспечивают эффективное взаимодействие персонала с клиентами.

При плохом внутреннем маркетинге персонал не исполняет инструкции, алгоритмы и предписания, которые позволяют удовлетворить запросы современного взыскательного потребителя услуг. Еще раз повторим вывод, который приходится сделать, анализируя ситуацию в целом:

Проблема частной стоматологии в том, что она значительно отстает от возрастающей потребительской компетенции получателей услуг.

Фактор второй. Отсутствие системного психологического обучения персонала. Преодоление отживших стереотипов и консерватизма в работе персонала коммерческих стоматологических клиник – задача, которая может быть решена в течение длительного времени. Некоторые клиники начали ее решать, и это правильная позиция.



Психолог против антидепрессантов

Александра Копецкая, психолог

АНЕКДОТ:

- Маам, хочу татуировку ...
- Неси ремень, ща набью anekdot.net

Заменить антидепрессанты работой психолога, возможно ли это? Наша практика с 1997 г. показала, что да!

Мы решили выявить эффективность технологий Проекта «Чувство покоя» в отношении расстройств депрессивного спектра. Для этого привлекли врача-психиатра и подвергли его нашей, так сказать, психологической обработке. Для пущей достоверности возложили на него контроль, а точнее самоконтроль результатов и отказались вмешиваться в этот процесс. Мы узнали о результатах уже после эксперимента. Задачи эксперимента решили построить так:

- 1) Идентифицировать исходное состояние респондента в соответствии с критериями МКБ-10 и с помощью психометрических методик.
- 2) Динамическая оценка состояния «от сессии к сессии».
- 3) Выявить изменения в эмоциональной сфере и в личностном профиле респондента в целом.

Оценка состояния производилась нашим испытуемым на двух уровнях (**табл. 1**):

- 1) Клинический уровень (оценивался с помощью клинических шкал, оценка проводилась врачом-психиатром).
- 2) Психологический уровень (оценивался с помощью самого респондента, использовались самооценочные шкалы).

А теперь по существу. Ниже описан ход эксперимента и наблюдения нашего испытуемого за собой.

В психическом статусе на момент обращения:

- Подавленное настроение. Эмоциональный фон с элементами уныния и апатии не зависимо от окружающих событий.
- Утрата прежних интересов, отсутствие удовлетворения от повседневной деятельности. Состояние ещё более усугублялось при сравнении «себя до развития этого состояния» и «себя сейчас».
- Заторможенность и снижение повседневной активности. С трудом выдерживал рабочий день, каждый день был мучением, а зачастую вообще не хотелось вставать с постели и выполнять какие-либо действия, выходные проводил лёжа. Что вызывало еще большее чувство вины перед окружающими.
- Значительно было замедлено мышление, что было ведущей жалобой. Возникало то самое субъективное ощущение «оглуления», «пустой головы». Это приводило к полному отчаянию.
- Стали возникать на этом фоне идеи никчёмности и трудности с принятием решений, которые раньше не составляли труда.
- Мысли о будущем вызывали тревогу и ещё большее оцепенение.

Соматические симптомы:

- Потеря веса, около 5 кг за последний месяц без ограничений в диете и при сохраненном аппетите.
- Расстройство сна в виде трудностей с засыпанием, значительная сонливость днём.

Таблица 1. Методы оценки состояния

Клинический уровень	Психологический уровень
MMPI (СМИЛ)	Когнитивно-эмотивный тест (КЭТ) Ю.М. Орлова (в конце недели). Самооценочная шкала депрессии Цунга (в конце недели). Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (в конце недели).
Клиническое описание Шкала депрессии Гамильтона (HRDS) (в конце недели). Шкала тревоги Гамильтона (HARS) (в конце недели). Гиссенский опросник психосоматических жалоб (GBB) (в конце недели).	
MMPI (СМИЛ)	

Таблица 2. План работы.

Дата проведения	Содержание психотерапевтической сессии
31.10.2015	Процедура «Чувство покоя».
07.11.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка эмоции «Обида».
14.11.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка эмоции «Вина».
21.11.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка эмоции «Стыд».
01.12.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка социальных фобий.
09.12.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка изолированных фобий.
18.12.2015	Процедура «Чувство покоя». Проработка эмоции «Гнев».

- Постоянные запоры.
- Ежевечерние головные боли напряжения и боли в шейно-грудном отделе.
- Боли в пояснице, плечевом пояссе.
- Субъективное ощущение нехватки воздуха.
- Рецидивирующие фарингиты.

Вот какой диагноз в соответствии с МКБ-10 он констатировал сам себе (напомним, испытуемый – врач-психиатр):

Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (апатический вариант). F 32.11

Объём проведенной психотерапевтической работы (табл. 2).

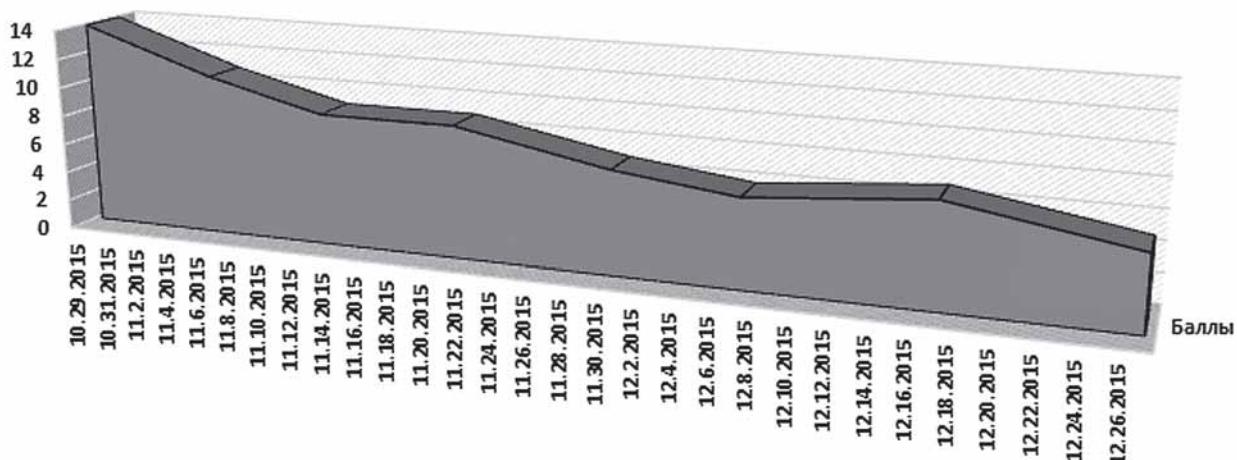
Результаты удивили и нас самих!

Исходное состояние по шкале депрессии Гамильтона (HRDS) соответствовало депрес-

сивному расстройству средней степени тяжести (**рис. 1**), а по самооценочной шкале Цунга достигало лишь степени лёгкой депрессии (**рис. 2**), что возможно связано с наличием в структуре депрессивного расстройства довольно значимых нарушений в сфере мышления. За счёт этого критические способности были снижены.

Из графиков видна отчётливая редукция депрессивной симптоматики как субъективно самим респондентом, так и при объективном осмотре. По шкале HRDS полная редукция депрессивной симптоматики до 7 баллов была достигнута к 31 дню, т.е. после проработки 3 основных эмоций (обиды, вины и стыда). Субъективно же респондент почувствовал себя «без депрессии» уже после научения

Рисунок 1 - Данные по шкале депрессии Гамильтона (HRDS)



	10.29.2015	11.6.2015	11.13.2015	11.21.2015	11.30.2015	12.7.2015	12.17.2015	12.27.2015
Баллы	14	11	9	9	7	6	7	5

**Рисунок 2 - Данные по шкале депрессии Цунга
(самооценочная)**

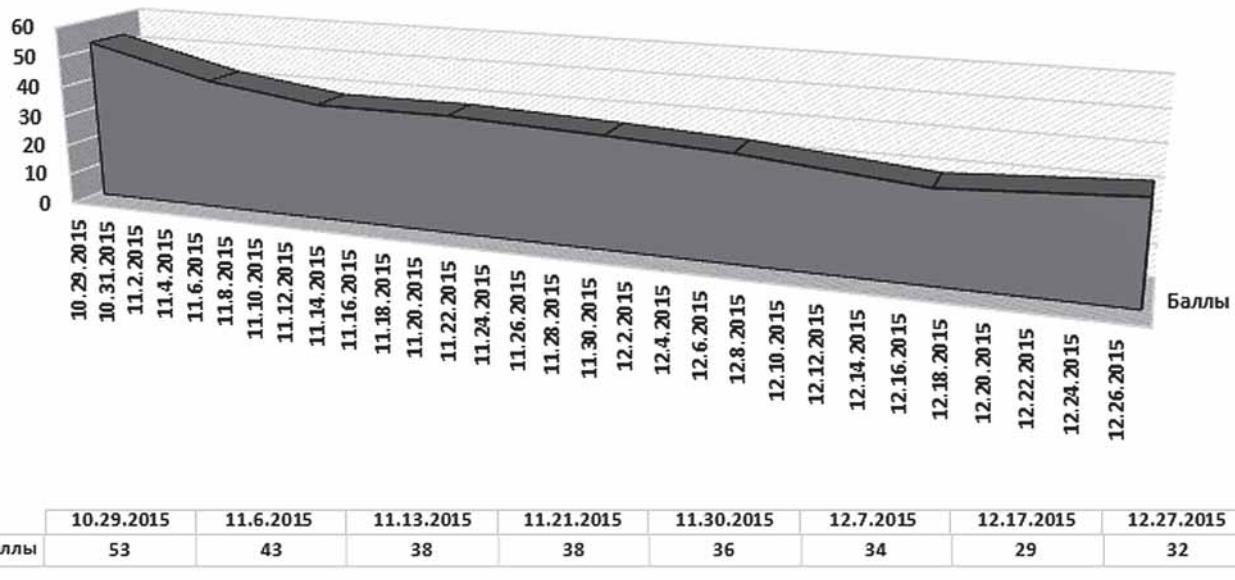
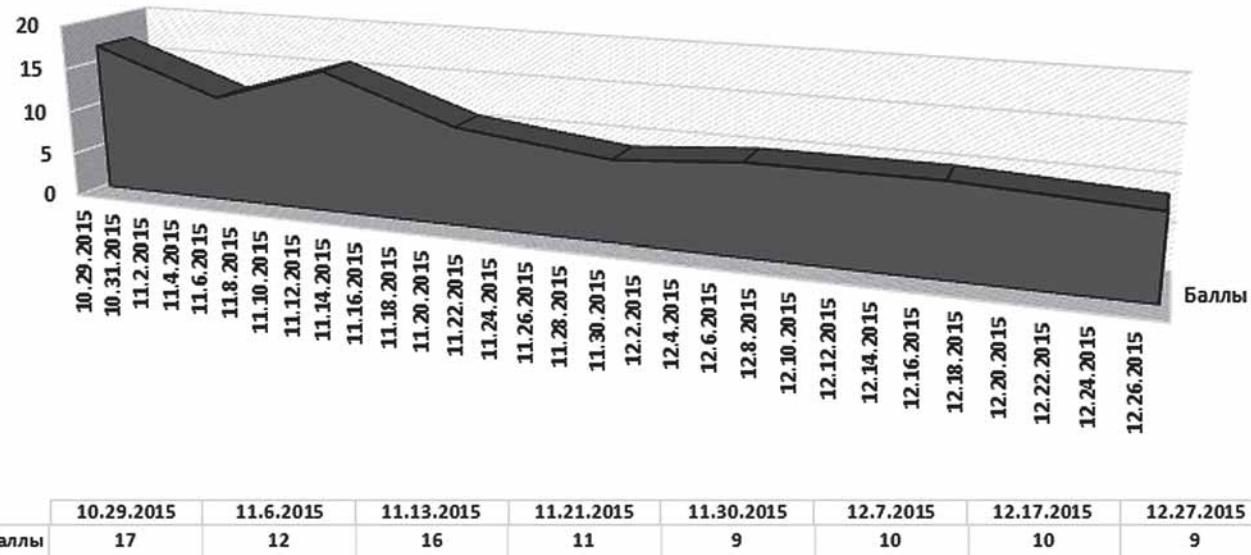


Рисунок 3 - Данные по шкале тревоги Гамильтона (HARS)



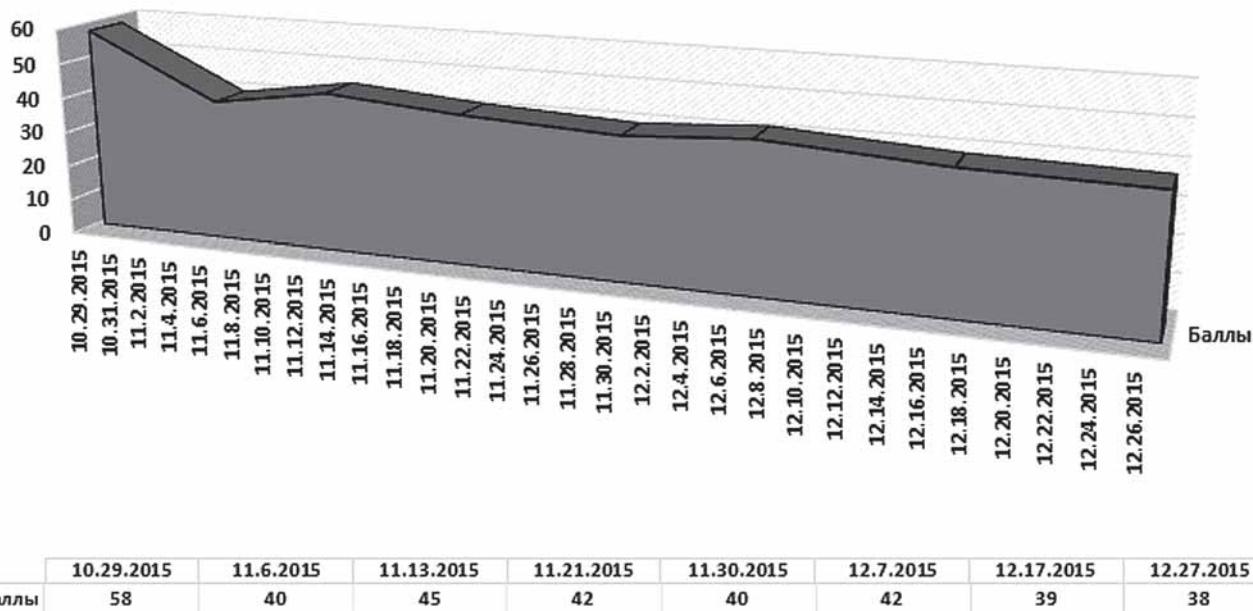
процедуре «Чувство покоя», это отражают данные по шкале депрессии Цунга, где произошло уменьшение на 10 баллов, до нормы (43 балла).

Исходное состояние по шкале тревоги Гамильтона (HARS) соответствовало умеренно выраженной тревоге (рис. 3), а по самооценочной шкале Спилбергера-Ханина высокой тревожности (рис. 4).

Отмечается отчётливая редукция тревожной симптоматики по шкале HARS на 5 баллов, по шкале Спилбергера-Ханина на 18 баллов уже после обучения технике «Чувство покоя».

Динамика редукции соматовегетативного компонента отражена на рис. 5. Также отмечается значительное уменьшение количества баллов по всем субшкалам. По шкале «Давление жалоб», которая является суммарным от-

Рисунок 4 - Данные по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина (самооценочная)



ражением всех субшкал, наибольшее уменьшение баллов (на 11 баллов) после освоения техники «Чувство покоя» и после проработки 3 эмоций (обида, вина, стыд) ещё на 14 баллов. Редукцию соматовегетативных проявлений респондент отмечал и субъективно, во время выполнения процедуры «Чувство покоя»: уменьшение головных и мышечных болей, чувства стеснения в груди, появление ощущения теплоты в ступнях и кистях.

В начале исследования (**рис. 6**) мы видим личностный профиль с преобладающими пиками по 2 («пессимистичности»), 8 («индивидуалистичности») и 7 («тревожности») шкалам. Шесть из десяти показателей находятся за пределами нормативов (70 Т и выше). Данный профиль можно охарактеризовать как «психастенический» с гипотимией как личностной особенностью.

После прохождения полного курса наш врач отметил следующее (**рис. 7**):

- Ни одна из основных шкал не превышает нормативов (70 Т и выше).
- Преобладают пики по 4 («импульсивности») и 8 («индивидуалистичности») шкалам.
- Данный профиль свидетельствует об активной личностной позиции, уверенности и быстроте принятий решений в сочетании с анализом каждой отдельной ситуации.

Выходы

- 1) Технологии Проекта Чувство покоя оказались эффективными в отношении депрессивного расстройства и оказали эффект сопоставимый с современными антидепрессантами как по скорости развития антидепрессивного эффекта (31 день), так и по выраженности редукции симптоматики.
- 2) Отчётливо выраженным эффектом обладает процедура «Чувство покоя», так как уменьшает выраженность соматовегетативных проявлений, что очень важно для пациентов на первых порах для формирования комплайенса.
- 3) Для эффективного преодоления расстройств депрессивного спектра необходимо обязательно проходить полный курс, не прерывать и не прекращать его. Несмотря на то, что субъективно улучшение чувствуется уже после первой недели, объективные данные говорят об обратном.
- 4) В ходе работы над собой возможно путём на учения формируются новые личностные черты. Изменения в личностном профиле происходят путём замены дезадаптивных личностных черт на более адаптивные.
- 5) Технологии Проекта «Чувство покоя» – относительно просты в исполнении, теоретически обоснованы, требуют минимальных затрат времени, не приводят к зависимости от терапевта.

Рисунок 5 - Данные по Гиссенскому опроснику психосоматических жалоб (GSS)

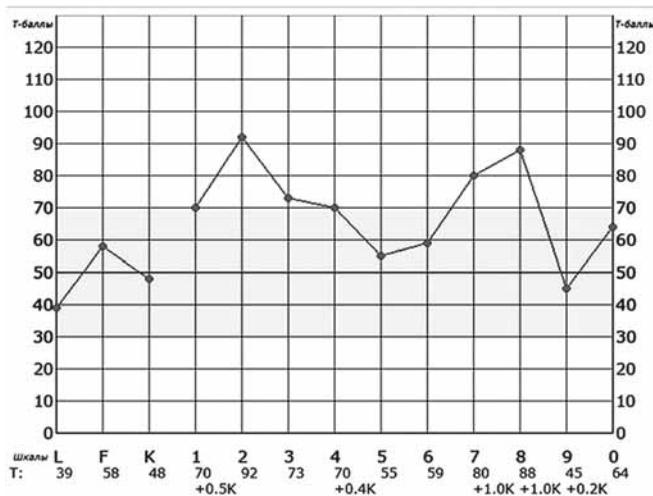
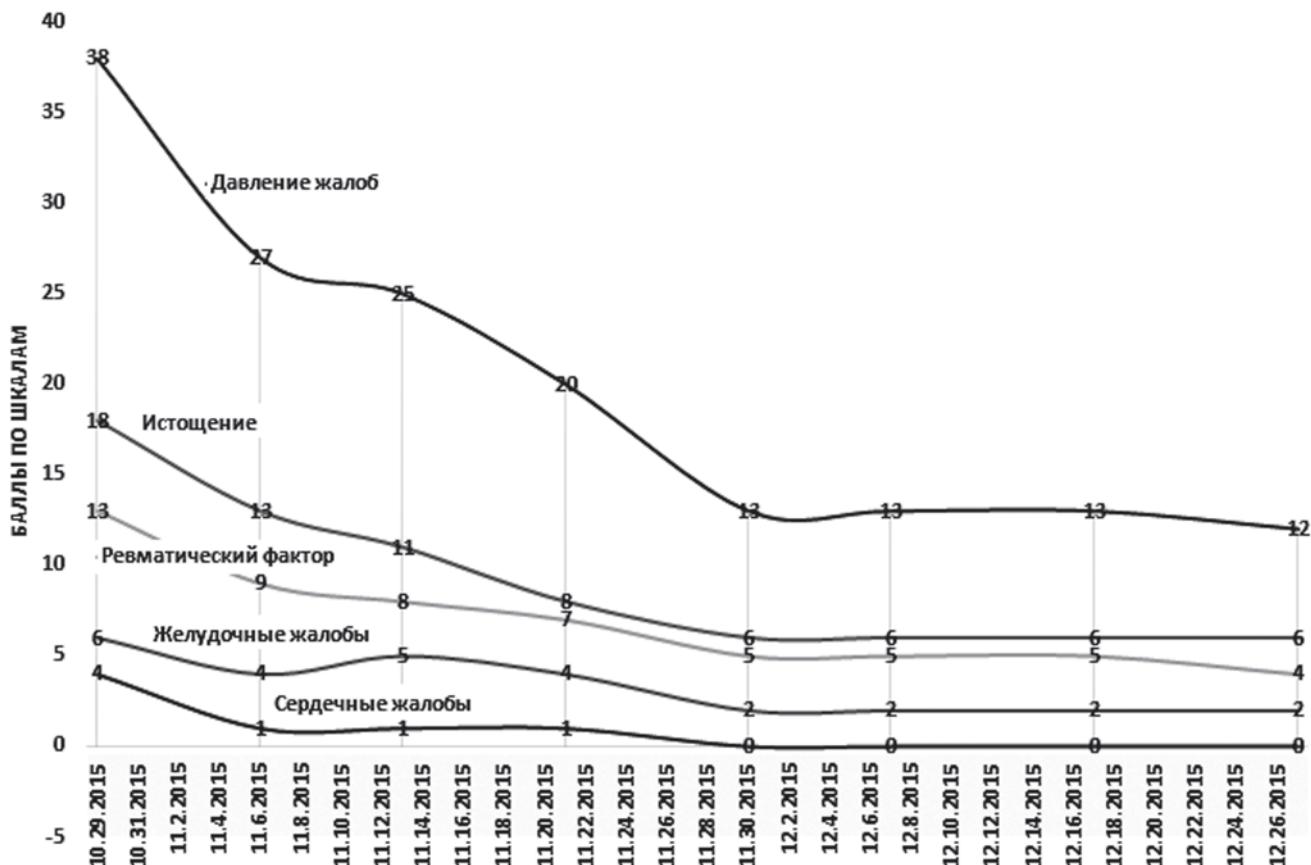


Рис. 6. Данные по основным шкалам MMPI/СМИЛ от 29.10.2015

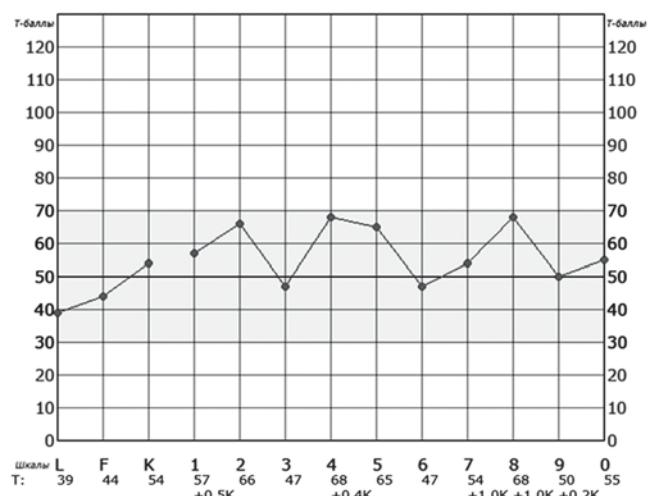


Рис. 7. Данные по основным шкалам MMPI/СМИЛ от 27.12.2015

Актуальные вопросы межгосударственного сотрудничества в области подготовки персонала и совершенствования стоматологической помощи населению

А.М. Матвеев, председатель межгосударственного совета по сотрудничеству в стоматологии СНГ, главный специалист по стоматологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

АНЕКДОТ:

В связи с тем, что Верховный Суд США узаконил однополые браки, убедительная просьба к нашему МИД - больше не использовать термин "наши американские партнеры"

В текущий период времени бурного развития информационных технологий и перестройки систем здравоохранения в странах СНГ, особенно актуальными являются вопросы дальнейшего развития межгосударственного сотрудничества в области стоматологического образования, науки и совершенствования стоматологической помощи населению наших стран до уровня лучших мировых стандартов.

Вопросы стоматологического образования. В подготовке стоматологического персонала в Беларуси сохранены основные достижения советского периода, но за последние 20–25 лет произошли и некоторые изменения, поэтому мы не можем утверждать, что виды персонала и их подготовка полностью соответствуют Российской модели. В частности, у нас исключены из штатного расписания зубные врачи и прекращена их подготовка. В учебную программу врачей стоматологов включены два важных предмета: коммунальная стоматология и общая стоматология, проводится комплексный государственный экзамен по всем профильным дисциплинам. С 1998 г., согласно рекомендации Международной экспертной комиссии по стоматологическому образованию, существенно перестроен учебный план. Так, на стоматологические дисциплины отведено 3318 учебных часов (данные 2013/14 учебного года), что составляет 53,4% от общего количества учебных часов на все предметы. Для сравнения, в странах Европейского Союза на стоматологические дисциплины, при 5-летнем сроке обучения, отведено в среднем 3053 учебных часов (рис. 1, 2). Это позволило, как мы полагаем, улучшить подготовку врачей-стоматологов, хотя остаются и нерешенные проблемы, особенно по вопросу адекватного материально-технического снабжения учебного процесса.

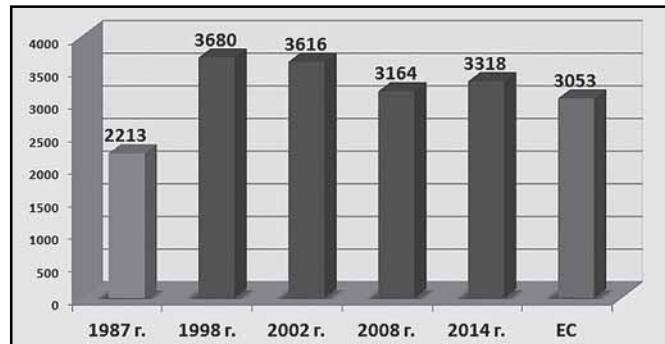


Рис. 1. Количество учебных часов на стоматологические дисциплины в БГМУ в сравнении с ЕС

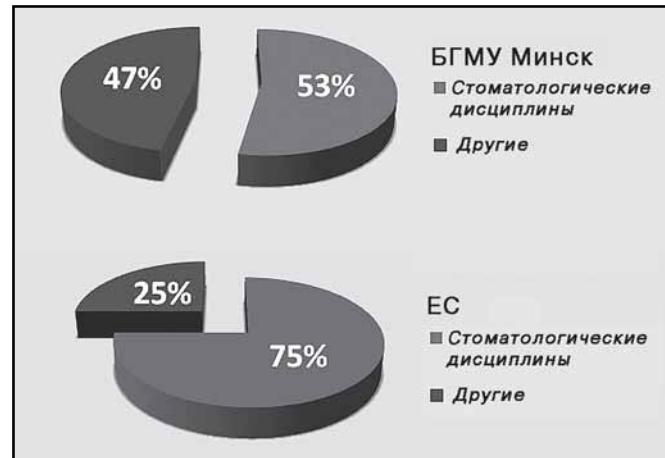


Рис. 2. Пропорции стоматологических дисциплин в БГМУ в сравнении с ЕС

Кадры и сеть стоматологических ЛПУ. Обеспеченность населения врачами стоматологического профиля, с учетом зубных фельдшеров (бывшие зубные врачи): 1 на 1600 человек населения; врачами-стоматологами: 1 на 2700. К сожалению, очень медленно решается вопрос введения в штатное расписание зубных гигиенистов. В этой связи очень важен опыт России как улучшилась профилактика стоматологических заболеваний среди населения и настолько повысилась эффективность работы врачей

стоматологов с появлением новой специальности – гигиениста стоматологического.

В стоматологии Беларуси постепенно развивается сеть клиник и кабинетов негосударственной формы собственности. На конец 2015 г. их было 814 или около 50% от общего количества лечебных учреждений. В стоматологических поликлиниках государственной собственности лечение бесплатное, за исключением зубопротезирования, но в каждом лечебном учреждении, желающим пациентам оказываются платные услуги. По объему лечебной работы основную нагрузку несут государственные лечебные стоматологические учреждения. Примерно 60% жителей Беларуси ежегодно обращаются к стоматологам, что соответствует среднеевропейскому показателю, а за счет повторных посещений среднее число обращений составляет 1,56 на одного белоруса в год. Таким образом, по уровню подготовки кадров, по доступности стоматологической помощи, по объему проведенного лечения в Беларуси хорошие показатели, но не все конечные результаты работы стоматологов соответствуют ожиданиям населения. Так, количество взрослых людей нуждающихся в лечении и зубопротезировании не уменьшается и уровень стоматологического здоровья населения по таким показателям как среднее количество сохранившихся функционирующих естественных зубов и пропорция людей старших возрастных групп полностью утративших зубы (беззубых) такое же, как в России и других странах СНГ.

Профилактика. С 1997 г. в Беларуси реализуется Национальная программа первичной профилактики кариеса зубов и болезней периодонта среди населения. Программу изучают студенты стоматологического факультета на кафедрах стоматологии детского возраста и коммунальной стоматологии и активно включаются в работу после окончания университета. Как известно, не во всех странах СНГ программы профилактики приняты на государственном законодательном уровне, поэтому хотелось бы отметить ряд особенностей нашей, достаточно эффективно «работающей» программы: **1) использование не затратных доказательных методов массовой профилактики; 2) привлечение к реализации программы не медицинского и не стоматологического персонала в рамках их повседневной рутинной работы и 3) реализация программы за счет текущего финансирования**

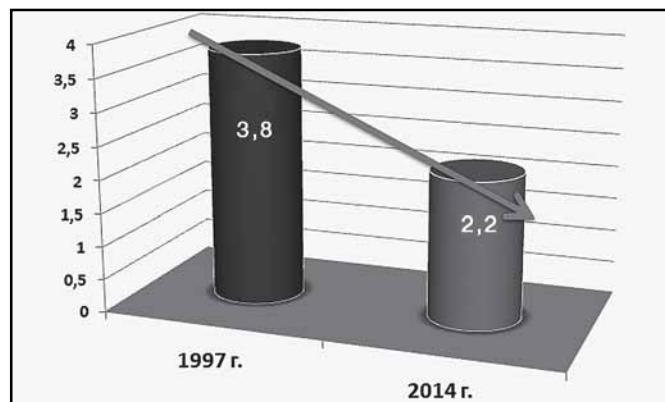


Рис. 3. Результаты мониторинга государственной программы профилактики кариеса зубов в Беларуси

стоматологической помощи населению, без существенных дополнительных затрат, с учетом возможностей приобретения населением основных средств профилактики – зубных паст. За 15-летний период реализации программы профилактики интенсивность кариеса постоянных зубов у детей школьного возраста уменьшилась на 40% до уровня 2.2 КПУ, что на 15% ниже среднеевропейского показателя (рис. 3).

За указанный период времени из стен Университета вышли более 2 тысяч молодых врачей-стоматологов, достаточно хорошо подготовленных по вопросам **коммунальной профилактики** и их роль в просвещении населения, обучении учителей и воспитателей дошкольных учреждений переоценить невозможно. Успешной, на наш взгляд, реализации программы профилактики способствовал также ряд нововведений в отчетную систему стоматологических лечебных учреждений: **ежегодную регистрацию уровней индекса гигиены и КПУ зубов 3 ключевых возрастных групп детей в каждой области и определение динамики этих показателей.**

Перспективы межгосударственного сотрудничества. Краткий анализ вышеупомянутых составляющих системы стоматологической помощи населению в Беларуси показывает, что по многим аспектам в странах СНГ имеются похожие проблемы и было бы логичным решать их сообща путем обмена опытом. Следует признать, что за последние 25 лет большой активности в этом направлении не было. Однако, в будущем такая возможность, на наш взгляд, является реальной благодаря созданию новой межгосударственной структуры – **Межгосударственного совета по сотрудничеству в стоматологии Содружества независимых государств.**

Международное сотрудничество

Таблица. План совещаний межгосударственного совета по сотрудничеству в стоматологии стран СНГ.

№, Дата	Тема	Сотрудничество	Место
Первое: 21.05.2015	Утверждение плана работы. Программы	Европейское бюро ВОЗ ВОЗ, БелСА	Минск БГМУ Состоялось
Второе: 29.09.2015	Структура коммунальной программы профилактики основных стоматологических заболеваний	Комиссия по профилактике FDI-ERO. EURO-ВОЗ	Москва МГМСУ Состоялось
Третье: 28-29.04. 2016	Системы стоматологической помощи населению: структура и персонал	ВОЗ-EURO	Копенгаген Дания ВОЗ
Четвертое: 10.09.2016	Европейские стандарты подготовки стоматологического персонала	FDI – Секция главных стоматологов АДЕЕ	Познань, Польша FDI
Пятое: Апрель-Май 2017	Стандарты качества стоматологической помощи населению	EADPH БелСА	Минск БГМУ

Совет был создан в рамках Межгосударственной стоматологической ассоциации «Содружество», утвержденной на XXV заседании Совета по сотрудничеству в области здравоохранения стран СНГ, 11 Декабря 2014 г. Главной целью этого межгосударственного института является **разработка программ и стандартов стоматологической помощи населению** на основе международного опыта, рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения (WHO), Международной Федерации Стоматологов (FDI), Европейской Ассоциации Общественной Стоматологии (EADPH) и других авторитетных организаций. Для практической реализации обозначенной цели Совет осуществляет сбор и анализ информации по международному сотрудничеству в области стоматологического образования, нормативно-правового и методического обеспечения мероприятий по организации стоматологической помощи, существующих стандартов диагностики и лечения, а также практического использования новейших методов и технологий профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний. Совет формирует банк данных по указанным вопросам и организует обмен информацией между министерствами здравоохранения и заинтересованными общественными институтами стран СНГ. На 2015-2017 гг. запланированы 5 совещаний главных стоматологов и заинтересованных специалистов стран СНГ и создание 4 проблемных межгосударственных экспертных комиссий по вопросам выносимых на совещания (**таблица**).

Планируется разработка **рекомендаций** экспертами, согласование их с ВОЗ, профильными комиссиями FDI, CECDO, EADPH и ут-

верждение Советом главных стоматологов по следующим актуальным вопросам:

- Структура коммунальной программы профилактики (уже разработана и утверждена);
- Оптимальная эффективная система стоматологической помощи населению (соотношение государственной, частной и страховой), научно обоснованное количество и виды персонала (врачи-стоматологи, ассистенты, зубные гигиенисты и др.);
- Модель оптимизации подготовки стоматологического персонала международного признания;
- Возможности практической реализации европейских стандартов качества основных видов лечебно-профилактической стоматологической помощи населению.

Рекомендации будут предоставлены заинтересованным государственным и общественным институтам здравоохранения стран – участниц Совета и экспертных групп. Советом были определены следующие подходы в организации работы: 1) Добровольное участие заинтересованных главных специалистов по стоматологии; 2) Открытость института для участия экспертов по стоматологии; 3) Детальное обсуждение актуальных вопросов стоматологии, предложенных главными специалистами: по одному вопросу на плановом заседании; 4) Информация о принятых рекомендациях Совета в стоматологических изданиях; 5) Предоставление согласованных рекомендаций по актуальным проблемам стоматологии заинтересованным государственным и общественным институтам стран – участниц; 6) Сотрудничество с национальными стоматологическими ас-

Международное сотрудничество

социациями; 7) Сотрудничество с Европейским советом главных стоматологов (CECDO), ВОЗ, EADPH, EAPD, FDI. Эксперты из числа ученых и организаторов стоматологической помощи приглашаются в межгосударственные проблемные комиссии с учетом многолетнего опыта деятельности по данной проблеме, наличия публикаций и докладов, умения слышать альтернативные мнения, готовности работать на безвозмездной основе и владения средствами электронной связи.

Как уже было отмечено выше, одной из самых важных задач текущего времени является совершенствование стоматологического образования в странах СНГ. Как известно, наши дипломы врача-стоматолога не признаются в большинстве стран ЕС. Дело, конечно, не в признании, а о возможных дефектах в подготовке стоматологов и соответственно его возможном негативном влиянии на уровень стоматологического здоровья населения. На примере Минска мы считаем, что несмотря на полное соответствие учебного плана по стоматологическим дисциплинам со стандартами ЕС, остаются не-

решенными ряд важнейших проблем: 1) изучаемые дисциплины по стоматологии не полностью соответствуют квалификационной характеристике выпускника; 2) ряд предметов отсутствуют, в их числе важнейший предмет, который формирует врача-стоматолога общей практики – поликлиническая стоматология (амбулаторное комплексное лечение пациентов), (в странах ЕС на этот предмет отводится более 25% (более 800 часов) от всех учебных часов на стоматологические дисциплины); 3) суммарное количество учебных часов на 5-летний срок обучения в Минске почти в 2 раза больше (около 7 тыс. часов), чем в странах ЕС (около 4,5 тыс. часов), т.е. учебная программа существенно перегружена, но при этом в ЕС 20 стоматологических дисциплин, а в Минске 7. Возможно, что на каких-то стоматологических факультетах РФ обозначенные проблемы стоматологического образования уже разрешены, или не считаются проблемами. Поэтому обмен опытом между странами СНГ должен быть на постоянной основе в приемлемых рамках для общения заинтересованных специалистов. ■



R.O.C.S.[®]
REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMS

SMART ORAL CARE

ЗУБНАЯ ПАСТА R.O.C.S.[®]
БАЛЬЗАМ ДЛЯ ДЕСЕН

С ЭКСТРАКТАМИ ЛЕСНЫХ РАСТЕНИЙ

НАТУРАЛЬНАЯ ЗАЩИТА
ДЕСЕН ОТ КРОВОТОЧИВОСТИ
И ВОСПАЛЕНИЯ

НОВИНКА!

- ЗАЩИЩАЕТ ДЕСНЫ ОТ КРОВОТОЧИВОСТИ И ВОСПАЛЕНИЯ
- НАСЫЩАЕТ ЭМАЛЬ ЗУБОВ МИНЕРАЛАМИ
- ПРЕПЯТСТВУЕТ РАЗМНОЖЕНИЮ БАКТЕРИЙ



World Oral
Health Day



БРЕНД R.O.C.S.[®] – Партнер по проведению Всемирного Дня здоровья полости рта 2016 г. в России, проходящего под эгидой Стоматологической Ассоциации России (СтАР) и Всемирной Федерации Стоматологов FDI.

WWW.ROCS.RU



На правах рекламы

Стоматологическому образованию Самарского государственного медицинского университета исполнилось 50 лет!

Г.П. Котельников, ректор ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, академик РАН, лауреат Государственной премии России, дважды лауреат премии Правительства России, Заслуженный деятель науки России, председатель Совета ректоров вузов Самарской области, Почетный гражданин Самарской области, доктор медицинских наук, профессор

Д.А. Трунин, директор Стоматологического института ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, президент-элект СтАР, Главный внештатный специалист стоматолог ПФО, Главный внештатный специалист по Стоматологии МЗ СО, доктор медицинских наук, профессор

В.П. Потапов, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, профессор кафедры ортопедической стоматологии, доктор медицинских наук

А.В. Пономарев, заместитель директора Стоматологического института ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доцент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук

Прошло уже полвека, с того момента, когда первый абитуриент начал свой путь в новой для нашего вуза специальности – стоматология. И в то время никто из них, выбравших эту специальность, еще не мог представить, что на его плечи ляжет ответственность за развитие стоматологического образования, будущее нашей школы стоматологии. Именно эти люди стояли у истоков, последовательно создавая то сильное и именитое настоящее, которое создано в Самарском государственном медицинском университете в настоящее время. От истоков до реалий прошло 50 лет! Много это или мало? Наверное, вопрос в другом – в

вечном академическом духе воспитания учителем своего ученика! И в этом духе нет ни возраста ни срока давности, а есть только усердие, терпение и мудрость созидания новой личности, своего лучшего продолжения! Это и есть истина, заложенная веками. Меняются времена и технологии, но путь человека, получившего от учителя право лечить – неизменен, он тернист и благороден! И мы тоже выбрали свой путь в специальности благодаря своим учителям, давшим нам право учить, лечить и заниматься наукой!

Полвека нашей специальности – стоматологии, профессии, где главное это улыбка





Центр симуляционного обучения занят в 2 смены каждый рабочий день 4-мя стоматологическими кафедрами, там проводятся практические занятия, лекции, олимпиады, мастер-классы для студентов, интернов, ординаторов, преподавателей и врачей

пациента. Конечно, XXI век – это эпоха увеличивающейся потребности в высококвалифицированных, конкурентоспособных кадрах, непрерывного процесса обновления и совершенствования знаний. Но все то, что заложили учителя, создав Нашу школу стоматологии, мы обязаны бережно пронести через всю жизнь, передав уже своим ученикам, как самое ценное – врачебное и духовное благородство и профессионализм, без чего все современные технологии и гроша ломаного не стоят.

Наш факультет имеет богатую историю, созданную подобно фундаменту. Он был открыт ректором Куйбышевского медицинского института профессором И.В. Сидоренковым в феврале 1966 г. У истоков факультета стояли великие ученые нашего университета – профессора А.М. Аминев, М.А. Макиенко. Первые два десятилетия (60-70-е годы) ушли на становление факультета, насыщение нашей области собственными кадрами. Последующие десятилетия – на подготовку кадров высшей квалификации для всей страны.

Дальнейшее стремительное развитие факультет получил под руководством ректора академика РАН А.Ф. Краснова. В университете был создан крепкий фундамент для подготовки врача-стоматолога, разработана стройная система обучения. Большая работа по организации факультета проделана деканами – Г.И. Юрасовым, И.М. Федяевым, Д.И. Тельчаровым, Ю.В. Петровым. В это время активно проходила координация не только стоматологических, но и общемедицинских дисциплин. В тесном сотрудничестве работали профессора Ю.А. Панфилов, Б.В. Аникандров, Р.А. Галкин, доценты Н.В. Левашов, И.Р. Быстрова.

Сегодня во всем мире идет осмысление того, каким должно быть образование, чем оно должно отличаться от образования прошлого. Концепцией развития факультета стала подготовка специалистов общероссийского и мирового уровня. В 1999 г. по инициативе ректора Университета, академика РАН, профессора Г.П. Котельникова и заслуженного врача РФ, почетного профессора СамГМУ, профессора И.М. Федяева открыт стоматоло-



Учебно-теоретический корпус Самарского государственного медицинского университета с высоты птичьего полета. Флешмоб студентов стоматологического института, посвященный 50-летнему юбилею

гический институт, который он возглавил. Стремительная и взвешенная реорганизация стоматологического образовательного пространства университета позволила разработать новую структуру – стоматологического института, директором которого назначен академик АДИ, профессор Д.А. Трунин, а с 2006 г. деканом стоматологического факультета назначен профессор В.П. Потапов. В состав стоматологического института вошли: стоматологический факультет и центр симуляционного обучения по специальности, открытие которого состоялось в 2011 г. на 45-летие стоматологического образования в нашем ВУЗе.

Центр симуляционного обучения занят в 2 смены каждый рабочий день 4 стоматологическими кафедрами, там проводятся практические занятия, лекции, олимпиады, мастер-классы для студентов, интернов, ординаторов, преподавателей и врачей.

На базе стоматологического института планируется совместно с рядом зарубежных и отечественных фирм, специализирующихся на выпуске стоматологической продукции, создание совместного учебно-производственного клинического центра по обучению студентов. Лучшие студенты по инициативе директора стоматологического института будут проходить стажировку в ведущих клиниках

Европы и России. Стоматологический институт, как подразделение университета, позволяет проводить подготовку врача-стоматолога на хозрасчетной основе в очной и очно-заочной форме обучения, заключать договоры с фирмами и университетами Германии и Швеции, проводить производственную практику и стажировку студентов и преподавателей в зарубежных университетах.

На 5 профильных стоматологических кафедрах работают 17 профессоров, 14 доцентов и десятки кандидатов медицинских наук. Образовательный процесс проводится на следующих профильных кафедрах: кафедра терапевтической стоматологии (зав. кафедрой профессор Э.М. Гильмияров), кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (зав. кафедрой профессор И.М. Байриков), кафедра ортопедической стоматологии (зав. кафедрой профессор В.П. Тлустенко), кафедра стоматологии детского возраста (зав. кафедрой профессор А.М. Хамадеева), кафедра стоматологии института последипломного образования (зав. кафедрой профессор В.Д. Архипов). Многие годы на кафедрах работали и работают известные специалисты – профессора Э.Э. Бурше, И.М. Федяев, С.Н. Федотов, Е.П. Карманов, В.В. Миронова, В.И. Кузевляк, А.И. Богатов, М.Г. Кочеткова, В.М. Зотов, М.И. Садыков, В.П. Болонкин, доценты – П.Ю. Сто-

ляренко, Р.И. Хуснутдинов, А.И. Лихацкая, Т.М. Ткач, В.П. Кириллова, В.И. Дорофеев, В.И. Щербаха, д.м.н. Н.Ю. Никольский и многие другие. На первых курсах нашего института учился будущий директор ЦНИИС и ЧЛХ, профессор А.А. Кулаков. Все стоматологические поликлиники г. Самары, г. Тольятти являются базами Университета, а главные врачи – выпускниками нашего факультета.

До открытия стоматологического факультета в области и городе насчитывалось не более 10 человек с высшим стоматологическим образованием. В этом году произведен 46 выпуск специалистов с высшим стоматологическим образованием. 88% врачей-стоматологов Самарской области являются выпускниками СамГМУ. Факультет насыщает кадрами не только наш регион, но и Оренбургскую, Пензенскую и Ульяновскую области, где стоматологическую помощь оказывают наши выпускники.

На сегодняшний день, следует сказать – сделано немало! Выпущено более 6 тысяч врачей-стоматологов. И отовсюду приходят добрые отзывы, слова благодарности и признания, которые в первую очередь направлены в адрес нашей стоматологической школы и профессорско-преподавательского состава университета.

В 2009 г. Университет получил сертификат качества на соответствие международным стандартам ISO 9001.

Факультет готовит кадры высшей квалификации не только для своего университета, но и для вузов Татарстана, Башкортостана, Кирова, Сибири, Крыма, Севастополя и других регионов страны.

Выпускники стоматологического факультета СамГМУ занимают ведущие позиции в России. Профессор А.А. Кулаков является директором Центрального научно-исследовательского института стоматологии (Москва). Подготовленные факультетом доктора наук заведуют кафедрами в Екатеринбурге (профессор Г.И. Ронь), в Ульяновске (профессор В.В. Миронова), в Архангельске (профессор С.Н. Федотов), в Харькове (профессора В.И. Куцевляк и В.Ф. Куцевляк), в Таджикистане (профессор А.Н. Шакиров), в Новокузнецке (профессор Е.П. Карманова и профессор Полинигнин).

В Самарской губернии сохранены все государственные стоматологические поликлиники и открыто более 400 частных стоматологических кабинетов и поликлиник. Выпускники СамГМУ успешно работают не только в области, но и за рубежом – Израиле, Германии, Англии и Соединенных Штатах Америки.

И все-таки самой главной ценностью нашей школы стоматологии являются студенты! Ежегодно в стоматологическом институте проходят обучение более 1200 студентов со всей страны. Без участия студентов-стоматологов не проходит ни одно творческое, научное или спортивное мероприятие. Создан и функционирует Студенческий совет Стоматологического института, впервые в Российской Федерации организована секция студентов-стоматологов при областной стоматологической ассоциации «СтАС».

Большое внимание уделяется патриотическому воспитанию – в преддверии 70 и 71 годовщин Победы в Великой Отечественной войне, студенты с большим энтузиазмом делали доклады перед каждой лекцией об этих исторических событиях, буквально по крупицам, собирая письма с фронта, разговаривая с пациентами, у которых их родители, девушки и бабушки защищали нашу Родину!

Особое внимание уделяется учебно-воспитательной работе, наши студенты обладают большим упорством в подготовке к различным олимпиадам всероссийского и международного масштабов. Почти половина студентов-стоматологов занимаются в научных кружках на кафедрах университета и активно вовлечены в научно-исследовательскую деятельность. В стоматологический институт поступают лучшие студенты с самым высоким рейтингом и получают образование от высококвалифицированных педагогов.

Спустя полвека истории стоматологического образования Самарского государственного медицинского университета мы очень точно осознаем главную догму бережно хранить академическую атмосферу воспитания учителем своего ученика, получающего право лечить, учить и заниматься наукой!

**Стоматологическому факультету
Самарского государственного
медицинского университета
исполнилось 50 лет – с Юбилеем!**

Исторические аспекты проблемы идентификации личности по стоматологическому статусу

Е.Х. Баринов, М.С. Бишарян, А.И. Манин, М.Т. Саидов, П.О. Ромодановский,
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет им.А.И. Евдокимова» Минздрава России

АНЕКДОТ:
Сегодня утром в зеркале
заметил у себя какие-то
небольшие глаза над мешками.

Резюме: В статье рассмотрены вопросы, связанные с историей развития судебной стоматологии в России, идентификацией личности по стоматологическому статусу; In article questions the developments of a judicial odontology bound to history in Russia, by identification of the person on the stomatologic status are considered.

Ключевые слова: идентификация личности, возраст, пол, зубы, стоматологический статус; identification of the person, age, sex, teeth, stomatologic status.

Следует отметить тот факт, что до начала XX столетия отечественная судебная медицина не располагала сведениями о возможности использования данных о состоянии зубочелюстного аппарата для идентификации личности. Впервые данная проблема была освещена в работе видного отечественного одонтолога Г.И. Вильги (1864-1942) «О зубах в судебно-медицинском отношении», изданной в 1903 г. [1, 2, 4, 5, 6].

Сама работа Г.И. Вильги состояла из предисловия и 7 отдельных глав. В работе автор подробно и обстоятельно разобрал отечественные и иностранные законоположения о телесных повреждениях, дал врачу-эксперту советы, как должны оцениваться повреждения зубов. Специальное внимание было удалено характеристике ран от укусов, причиненных человеком и животными, а также вопросам идентификации личности по особенностям строения зубов, наличию пломб и протезов [6].

Проблеме идентификации личности посвящена глава III «Определение тождества личности». В данной главе автор поднимает актуальность данной проблемы: «В одном из основных вопросов судебной медицины, в вопросе о тождестве личности, зубы играют важную роль. Отождествление личности на основании свойств зубов возможно не только по отношению к живым людям, но и по отношению к трупам и даже тогда, когда последние под влиянием огня или гниения изменились в такой

степени, что представляют одну лишь бесформенную массу [6].

На основании исследования зубов могут быть установлены с известной степенью вероятности: возраст, пол человека, его профессия и некоторые заболевания.

Первый раздел данной главы был посвящен определению возраста. Г.И. Вильга совершенно справедливо отмечает, что при отождествлении личности важным и часто решающим моментом является определение возраста. Впервые в судебно-медицинской литературе появляется положение о том, что «по виду зубов можно с достаточной точностью определить возраст с 6-й недели утробной жизни и до 20-го, приблизительно, года после рождения». Автор также отмечает, что «позднее определение возраста может быть сделано хотя в более широких размерах, однако не с меньшей точностью, чем это возможно сделать на основании других частей скелета». Совершенно справедливо было высказано, что «в тех случаях, когда труп представляет разрушенным огнем или гниением, зубы, а также их зачатки, мешочки и черепочки, как наиболее стойкие элементы в организме, часто остаются единственными данными, на основании которых судебному врачу приходится делать заключение о возрасте индивидуума».

На основании вышесказанного Г.И. Вильга утверждает, что «зубы представляют ценный признак возраста. И действительно, развитие зубов, первое и второе прорезывание их совершается с небольшими колебаниями в правильном хронологическом порядке между 6-й неделей утробной жизни и 20-24 годами после рождения, а поэтому разные моменты этого периода жизни могут быть отмечены с достаточной точностью».

В данной главе Г.И. Вильга детально описывает моменты развития зубов, приведена таблица, представляющая степень окостенения зубов в разное время. Было отмечено, что

«длина и степень развития корней молочных и постоянных зубов должны служить надежнейшим признаком возраста». Окостенение молочных и постоянных зубов автор изобразил графически. Помимо того, приведенная автором таблица дает представление о последовательном ходе окостенения коронки и корня каждого зуба.

Г.И. Вильга детально обобщил все имеющиеся на тот момент литературные данные, касающиеся установления возраста. Следует отметить и тот факт, что автором приведены множественные примеры идентификации личности и установления возраста из европейской судебно-медицинской практики. Отсутствие примеров из отечественной практики свидетельствует о том, что на период написания Г.И. Вильгой работы полностью отсутствовали сведения о возможности использования зубов для целей идентификации личности.

Во втором разделе главы детально рассмотрены вопросы определения пола. Автор справедливо отмечает, что «разница между зубами мужчин и женщин настолько незначительна, что при определении пола, зубы, естественно, должны играть второстепенную роль, способствуя все же, при наличии других признаков, например, таза, решению этого в большинстве случаев трудного вопроса».

Г.И. Вильга указывает, что многие авторы делали попытки найти в зубах отличительные черты пола, для чего проводились сравнительные измерения зубов у мужчин и женщин. Им был приведен обзор европейской литературы по данной проблеме.

Автором было замечено, что челюсти мужчин соответствуют более развитой мускулатуре, массивнее, толще, грубее и сильнее, чем челюсти женщин; челюсти последних более гладкие, нежнее и меньше размером, особенно по сравнению с черепной крышкой. Восходящая ветвь нижней челюсти у мужчин менее наклонена, чем у женщин. Зубы же женщин носят следы большего ухода, реже «закурены» табаком, «в общем слабее мужских, чаще поражены костоедом».

Г.И. Вильга делает вывод о том, что из приведенных литературных данных видно, что пока зубы не представляют надежных признаков пола, но что весь зубной аппарат при наличии других признаков пола может способствовать правильному решению этого трудного воп-

роса. Один же зуб или несколько и этого значения не имеют.

Третий раздел главы посвящен установлению тождества личности на основании физиологических особенностей зубов и их аномалий. Автор отмечает, что физиологические особенности зубов и их аномалии дают возможность установить тождество личности, если только признаки эти были известны кому-либо из окружающих то лицо, опознание которого должно быть произведено.

Г.И. Вильга сформулировал положение о том, что следует относить к физиологическим и индивидуальным особенностям зубов. Согласно автору к ним относятся: их необычный цвет, большая величина, ширина, длина, неравномерное развитие зубов, как, например, широкие большие средние резцы и маленькие боковые, большие клыки и маленькие резцы, зубы частые или редкие с промежутком между собой (диастема), присутствие молочных зубов, наступившая или окончившаяся смена зубов, прорезавшиеся зубы мудрости и прочее, сюда же относится нормальное изупотребление зубов, присутствие фасеток (площадок) от стирания зубов на поверхностях соприкосновения двух тесно стоящих соседних зубов, вследствие существующей незначительной подвижности зубов в ячейках. Наличие таких фасеток заслуживает внимания еще и потому, что отдельно найденные два соседних зуба могут быть признаны принадлежащими одному и тому же лицу.

К физиологическим же особенностям Г.И. Вильга отнес и старческое выпадение зубов, стоящее уже на рубеже с процессами патологическими.

К аномалиям зубов автор относит врожденные недостатки зубного аппарата: Аномалии смыкания зубов или так называемого прикуса; сюда относятся: А) Прямой прикус; В) Открытый прикус; С) Выступающий верхний ряд зубов; D) Отодвинутый нижний ряд зубов; Е) Выступающий нижний ряд зубов; F) Косой прикус. 2) Аномалии челюстей. 3) Аномалии положения зубов. 4) Аномалии числа, то есть увеличенное или уменьшенное против нормы число зубов. 5) Аномалии формы зубов. 6) Аномалии величины. 7) Аномалии строения. Все вышеперечисленные аномалии представлены хорошо выполненнымми графическими иллюстрациями. Приведены примеры из европей-

кой практики случаев идентификации личности по вышеизложенным аномалиям.

В 4 разделе 3 главы рассматриваются вопросы установления тождества личности по пломбам и искусственным зубам, а также изменения натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и гниения. Г.И. Вильга справедливо указывает, что «зубные пломбы и искусственные зубы, подобно тому как и аномалии зубов и их физиологические особенности, представляют огромное значение в вопросе установления тождества личности, особенно потому, что их отличительные свойства сохраняются даже тогда, когда все ткани человеческого тела пришли в полное разрушение».

При этом автор верно отмечает, что «особенно ценное судебно-медицинское значение приобретают зубы, пломбы и протезы, если они кем-либо отмечены и зарегистрированы. Отсюда, естественно, явилось стремление у многих авторов выработать такой способ регистрации зубного аппарата и всего, что с ним делалось, который дал бы возможность понять и разобраться специалисту в записях, делаемых другим лицом, сделать таким образом этот способ международным и рекомендовать широкое его применение».

Автором детально рассматривается вопрос о системе регистрации состояния зубных рядов, приводятся наблюдения видных европейских одонтологов. Приведена система обозначения, принятая в Австрии, Германии, Франции, Швейцарии и России, и дается подробное разъяснение принятых обозначений. Помимо того приводится схема зубных дуг с обозначением постоянных и молочных зубов.

Собранные по данной проблеме литературные данные четко проанализированы автором. Г.И. Вильга очень подробно изложил случаи из европейской судебной практики идентификации личности по пломбам и зубным протезам. Приведены наблюдения и специалистов из США.

В подразделах данной главы рассматриваются изменения натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и изменения зубов под влиянием гниения.

Изменения натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и гниения Г.И. Вильга описывает как на основании литературных данных, так и собственных

опытов. Проведенные опыты убедили автора в том, что зубы длительное время сохраняют свои идентификационные свойства.

В V разделе автор рассматривает вопросы установления тождества личности по профессиональным изменениям зубов, обусловленным травмою или химическими агентами. Г.И. Вильга указывает, что «профессиональные изменения зубов могут быть настолько значительными, что по ним легко определить в некоторых случаях род занятий данного лица и установить тождество личности. Изменения эти бывают или а) травматического характера, б) или они обусловлены химическими агентами». Приведены большое количество химических веществ, способных влиять на состояние зубочелюстного аппарата.

В VI разделе рассмотрена проблема тождества личности по болезненным изменениям зубов. Г.И. Вильга справедливо утверждает, что «болезненные изменения зубов, подобно тому как и физиологические их особенности и аномалии, могут помочь в деле установления тождества личности, если они были раньше отмечены кем-либо из знающих то лицо, опознание которого требуется сделать».

Им описываются профессиональные и болезненные изменения зубов, по которым может быть иногда установлена подлинность трупа.

В VII разделе изложена проблема исследования отдельно найденных зубов. Г.И. Вильга подчеркивает важность данной проблемы для судебно-медицинской экспертизы [6].

Несмотря на то, что с момента выхода работы прошло 110 лет, актуальности для судебной медицины данная книга не потеряла. Исследования, начатые Г.И. Вильгой? легли в основу отечественной судебной стоматологии и стран СНГ [2, 3, 6].

Литература

- Баринов Е.Х., Александрова М.Н. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 5. – Новосибирск. – 2000. – С. 208–213.
- Баринов Е.Х., Жаров В.В., Косухина О.И., Ромодановский П.О. Исторические аспекты изучения дефектов оказания стоматологической помощи // Медицинская экспертиза и право. – 2012. – №3. – С. 54–55.
- Бишарян М.С., Ромодановский П.О., Баринов Е.Х. Использование особенностей строения слизистой оболочки твердого неба у жителей Республики Армения для идентификации личности // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т.1, №1. – с.23–25.
- Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Александрова М.Н. Из истории развития судебно-медицинской стоматологии // Судебно-медицинская служба на рубеже веков. – Киров. – 2001. – С. 54–60.
- Пашинян Г.А., Харин Г.Н., Баринов Е.Х., П.О.Ромодановский, Е.С.Тучик. Краткий исторический очерк развития судебной стоматологии // Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствование. – Москва. – 2001. – С. 3–9.
- Пашков К.А., Ромодановский П.О., Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Белолапоткова А.В., Борисенко К.А. Судебная стоматология. Страницы истории. – М.: МГМСУ, Изд.: ЗАОХПИ «Эслан», – 2009.

Г.И. Вильга у истоков судебной стоматологии в России

Е.Х. Баринов, А.И. Манин, П.О. Ромодановский,

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Резюме. В статье приведены сведения о развитии из криминальной антропологии нового раздела судебной медицины. Показано становление судебной стоматологии.

The resume. In the clause data on development from criminal anthropology of new section of forensic medicine are resulted. Formation of judicial stomatology is shown.

Ключевые слова: криминальная антропология, судебная медицина, судебная стоматология, идентификация личности.

Keywords: criminal anthropology, forensic medicine, judicial stomatology, identification of the person.

Созданию судебной стоматологии предшествовала судебная одонтология как ее первый этап, соответствующий уровню развития зубоврачевания начала XX столетия. К концу XIX – началу XX века в медицине были созданы условия для успешного развития данной науки. Был накоплен и обобщен опыт европейских школ судебной медицины и отечественной судебно-медицинской школы. Не маловажным для решения данной проблемы явилось развитие такой науки, как стоматология. Судебные медики, так же как и стоматологи прекрасно сознавали необходимость единого подхода к исследованию зубочелюстного аппарата, документального, научно основанного отражения имеющихся у потерпевших повреждений зубов и ихальной оценки по степени вреда, причиненного здоровью.

Однако имеющихся данных было абсолютно недостаточно дляальной оценки повреждений зубов. Поэтому заведующий кафедрой судебной медицины Московского университета, профессор П.А. Минаков, видный отечественный судебный медик и педагог, создавший своими оригинальными исследованиями славу российской судебной медицины, предложил выпускнику ме-

дицинского факультета Московского университета Г.И. Вильге подготовить диссертацию на степень доктора медицины, посвященную судебной одонтологии. Будучи опытным практическим экспертом, профессор П.А. Минаков прекрасно сознавал необходимость использования данных о состоянии зубочелюстного аппарата как при проведении судебно-медицинской экспертизы трупа, так при экспертизе живых лиц и вещественных данных (1, 3, 4, 5, 6, 7).

Данная работа, выполненная под руководством профессора П.А. Минакова, на кафедре судебной медицины Московского университета и явилась первым научным исследованием в России в области судебной стоматологии (1, 3, 4, 5, 6, 7). Таким образом, основоположником отечественной судебной стоматологии стал Гилярий-Здислав Иванович Вильга. К сожалению, сохранилось мало сведений о жизни и деятельности Г.И. Вильги, однако в архивах имеются документы, позволяющие пролить свет на судьбу ученого (8, 9).

Гилярий-Здислав Иванович Вильга родился в 1864 г., обучался в Слуцкой гимназии, которую закончил в 1887 г. Дальнейшая его судьба связана с медицинским факультетом Императорского Московского университета, на котором он обучался с 1887 по 1893 гг. По окончании университета Г.И. Вильга получил звание лекаря. За успехи в учебе в 1894 г. университет командирует молодого лекаря за границу для дальнейшего усовершенствования в науках. В течение 3 лет Г.И. Вильга совершенствуется в Германии в области одонтологии. Вернувшись из заграничной командировки, он поселяется в Москве, где занимается хирургией и зубными болезнями (5, 6, 7).

19 февраля 1897 г. Г.И. Вильга обратился к декану медицинского факультета Императорского Московского университета с просьбой допустить его «к испытаниям на

степень доктора медицины в мартовской конференции текущего года». Разрешение было получено и 7 марта 1897 г. им были сданы экзамены по 9 предметам. Среди сдаваемых экзаменов был и экзамен по судебной медицине и медицинской полиции, который принимал заслуженный ординарный профессор И.И. Нейдинг, поставивший экзаменуемому удовлетворительную оценку за вопросы о механических средствах, используемых для плодоизгнания, а также о признаках зрелости младенцев. Несмотря на то, что Г.И. Вильга занимался стоматологией, каких-либо вопросов, относящихся к судебной одонтологии, ему задано не было. Все это было основано тем, что в учебниках по судебной медицине той поры полностью отсутствовали сведения по судебной стоматологии, а сам будущий доктор медицины являлся первооткрывателем этой новой области судебной медицины.

После успешной сдачи экзаменов Г.И. Вильга продолжает заниматься вопросами одонтологии, которые впоследствии найдут отражение в его диссертации, не прерывая связь с кафедрой судебной медицины Московского университета. В 1901 г. им была опубликована в «Одонтологическом обозрении» работа «К казуистике зубов в роли ино-родных тел», имеющая и судебно-медицинское значение. В 1902 г. на заседании Московского Одонтологического общества им были сделаны доклады «К вопросу о реплантации зубов» и «Местная анестезия при экстракции зубов», опубликованные также в «Одонтологическом обозрении». Г.И. Вильга принимал участие в 1902 г. на заседаниях VIII Пироговского съезда, где его научный руководитель профессор П.А. Минаков выступил с докладом «О субэндо-кардиальных эхимозах при смерти от истечения кровью». В этом докладе он впервые в мире сообщил о новом признаком острого малокровия, получившем впоследствии название «пятен Минакова». Сам же Г.И. Вильга 5 января 1902 г. на упомянутом съезде сделал доклад «О зубах в судебно-медицинском отношении». Данное сообщение было встречено положительно, в прениях П.А. Минаков подчеркнул, что работа Г.И. Вильги является первым опытом в решении данной проблемы в России

и, по его мнению, зубы имеют большое значение в судебно-медицинской практике. В качестве примера им был приведен случай, когда ему удалось в массе обгоревших на пожаре костей, в том числе и жвачного животного, распознать зуб ребенка 3–5 лет, и тем самым решить вопрос о том, что исчезнувшая во время пожара дома девочка, стала жертвой огня (1, 6, 7).

На следующий год после съезда Г.И. Вильга подает сочинение на тему «Смерть от потери крови». Среди характерных признаков данного вида смерти он указывает на ее скопление «в какой-либо полости тела; или около трупа», а также на признаки «значительного малокровия трупа», «необыкновенной бледности» кожных покровов и слизистых оболочек и «едва заметные» трупные гипостазы. Автор обращает внимание на «необыкновенное малокровие внутренних органов», отмечает, что при данном виде смерти «почти пусты полости сердца и большие сосуды, и лишь в головном мозгу не замечается малокровия». Им делается вывод о том, что степень малокровия оказывается большей при наружном, чем при внутреннем кровотечении и что опасной для жизни является потеря «половины всего количества крови». Г.И. Вильга подчеркивает, что «дети и слабые, истощенные субъекты могут умереть от значительно меньшей потери крови, чем здоровые и с сохранившимся питанием». В заключение данного сочинения следует: «для судебно-медицинской диагностики смерти от потери крови будет достаточно, если при общем малокровии в трупе, никакой другой причины смерти не оказывается. Данное сочинение было оценено профессором П.А. Минаковым как удовлетворительное (8).

В 1903 г. среди протоколов Московского Одонтологического общества имеются сведения об еще одном докладе Г.И. Вильги на тему: «К вопросу о неправильностях 2-го прорезывания зубов» и о возможности его опубликования. Все указанные работы в той или иной мере связаны с исследованиями автора в области судебной одонтологией.

15 марта 1903 г. Г.И. Вильга обратился на медицинский факультет Московского

университета с прошением рассмотреть его работу «О зубах в судебно-медицинском отношении» и допустить его к публичной защите.

Сама диссертация Г.И. Вильги состояла из предисловия и 7 отдельных глав. В предисловии Г.И. Вильга высказывает свою благодарность профессору П.А. Минакову за ценные советы, указания и нравственную поддержку. В работе автор подробно и обстоятельно разобрал отечественные и иностранные законоположения о телесных повреждениях, дал врачу-эксперту советы, как должны оцениваться повреждения зубов. Специальное внимание было уделено характеристике ран от укусов, причиненных человеком и животными, а также вопросам идентификации личности по особенностям строения зубов, наличию пломб и протезов.

Изменения натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и гниения Г.И. Вильга описывает как на основании литературных данных, так и собственных опытов. Им описываются профессиональные и болезненные изменения зубов, по которым может быть иногда установлена подлинность трупа. Также рассматриваются вопросы судебно-медицинской экспертизы врачебных ошибок при лечении зубов (2).

Вместе с тем Г.И. Вильга в освещении отдельных вопросов судебной одонтологии высказал ряд ошибочных суждений, поддавшись влиянию зарубежной криминалоантропологической школы (Ч. Ломброзо и др.). Так, при описании зубного аппарата у психических больных, преступников, проституток им высказывается мнение о «дегенеративных» признаках, якобы предопределющих людей этих групп (1, 2, 3, 4, 5).

Однако трудно переоценить значение этой работы для становления и развития отечественной судебной стоматологии. В ней нашли отражение все основные ее вопросы, многие годы эта работа являлась единственным руководством для судебных медиков, а также зубных врачей, привлекаемых к экспертной деятельности.

7 мая 1903 г. в аудитории при институте оперативной хирургии на Девичьем

поле в Москве состоялась публичная защита диссертации Г.И. Вильги, которая прошла успешно – «медицинский факультет признал Гилярия Вильгу достойным степени доктора медицины» (9).

Профессор П. А. Минаков был не только научным консультантом Г.И. Вильги, но и выступил по отношению к его работе и как официальный оппонент. В своем отзыве о работе он отмечает: «На русском языке мы не имеем работ, посвященных изучению зубов в судебно-медицинском отношении, а между тем, судебному врачу приходится решать вопросы, относящиеся к одонтологии, а именно: при оценке повреждений зубов, при определении тождества живого лица или трупа, при определении возраста, профессии, при оценке ошибок зубоврачевания...». П.А. Минаков подробно разобрал все главы указанной диссертации и дал свою оценку работе в целом. Он отмечал: «Автор хорошо изучил весь относящийся к данному вопросу обширный литературный материал, судебно-медицинская казуистика собрана с особой тщательностью. Многие выводы автора представляют значительный научный интерес и практическую важность для судебного врача. Ввиду сказанного я полагаю, что сочинение Г. Вильги вполне удовлетворяет той цели, с которой оно представлено на рассмотрение медицинского факультета». После подписи профессора П.А. Минакова следуют приписки двух других официальных оппонентов, профессоров И.И. Нейдинга и Ф.Е. Рейна о том, что они полностью согласны с мнением научного консультанта и официального оппонента П.А. Минакова (8, 9).

В 1909 г. Г.И. Вильга открыл в Москве зубоврачебную школу, которая вместе с зубоврачебной школой И.М.Коварского впоследствии стала учебно-вспомогательной базой кафедры хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой медицинского факультета Московского университета. Г.И. Вильга был одним из инициаторов создания стационарной стоматологической помощи в России. Им в 1915 г. при Центральном госпитале в Москве было открыто челюстно-лицевое отделение на 50 коек, а спустя полгода – гос-

питаль на 400 коек. Здесь работали профессора А.Э. Рауэр, Н.М. Михельсон, внесшие значительный вклад в развитие отечественной челюстно-лицевой хирургии и др. На роль специализированной помощи раненым в челюстно-лицевую область Г.И. Вильга указывал в работе «Помощь на фронте раненным в челюсть» (1919), в которой отметил недостаток организации этого вида медицинской помощи: незначительное число госпиталей, нехватка специалистов, поздняя госпитализация из-за неудовлетворительной эвакуации раненых и др. Г.И. Вильга подробно описал огнестрельные ранения челюстно-лицевой области, разработал схему последовательного оказания помощи при таких ранениях, индивидуальные показания к иммобилизации при переломах челюстей различной локализации.

25 июля 1918 г. Г.И. Вильга был избран председателем президиума одонтологической комиссии при Зубсекции Наркомздрава РСФСР, которая должна была разработать меры по реформированию зубоврачебного образования. Комиссия приняла резолюцию о закрытии всех зубоврачебных школ, как не отвечающих требованиям времени. Было предложено передать зубоврачебное образование медицинским факультетам университетов, зубоврачебные школы использовать в качестве учебно-вспомогательных учреждений при них. Комиссией были внесены предложения по вопросам общего медицинского образования, преподавания специальных медицинских дисциплин и сроках обучения на одонтологических отделениях, по судьбе слушателей зубоврачебных школ. На одонтологических отделениях было решено создать 3 самостоятельные кафедры: патологии и терапии зубных болезней, протезной техники, хирургии болезней челюстей и полости рта. С большинством положений комиссии Наркомздрав и Наркомпрос РСФСР согласились. Однако в феврале 1919 г. Совет МГУ отклонил предложение об организации одонтологического отделения, вместо него было предложено создать кафедру хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой. 19 марта 1919 г. ректор МГУ Р.М. Новиков, по согласованию с Наркомпросом РСФСР, ут-

вердил решение Совета МГУ об организации кафедры. Заведующим был избран Г.И. Вильга, который одновременно заведовал челюстно-лицевым госпиталем.

В 1922 г., приняв польское гражданство, Г.И. Вильга покинул Россию. В этом же году он был избран по конкурсу профессором кафедры дентиатрии Польского института одонтологии. В 1942 г. профессор Г.И. Вильга погиб во время оккупации Польши фашистской Германией. Однако, имя Г.И. Вильги осталось в истории отечественной судебной медицины как имя первого российского судебного одонтолога.

Литература

1. Баринов Е.Х., Александрова М.Н. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертизы практики. Выпуск 5. – Новосибирск, 2000. – С. 208–213.
2. Вильга Г.И. О зубах в судебно-медицинском отношении: Дисс. на степень доктора медицины. – Москва, – 1903. – 287 с.
3. Гамбург А.М. Развитие судебномедицинской науки и экспертизы, – Госмединат УССР, – Киев, 1962.
4. Пашиян Г.А., Баринов Е.Х., Александрова М.Н. Из истории развития судебно-медицинской стоматологии// Судебно-медицинская служба на рубеже веков. – Киров, – 2001. – С. 54–60.
5. Пашиян Г.А., Харин Г.М., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Тучик Е.С. Краткий исторический очерк развития судебной стоматологии// Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования. – Москва. – 2001. – С. 3–9.
6. Пашков К.А., Ромодановский П.О., Пашиян Г.А., Баринов Е.Х., Белолапоткова А.В., Борисенко К.А. Судебная стоматология (страницы истории) – Москва, – 2009. – 200 с.
7. Пиголкин Ю.И., Баринов Е.Х., Гридасов Е.В. Профессора судебной медицины Московского Императорского университета, ИММИ, ИМОЛМИ, Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова. – Тула. – 2008. – 96 С.
8. ЦИАМ, фонд 418, опись 404, ед. хр. 45.
9. ЦИАМ, фонд 418, опись 410, ед. хр. 72.

Нерентабельный менеджмент в стоматологической клинике: причины и примеры из практики

В.В. Бойко, Академик международной БПА, чл.-корр.
Петровской Академии Наук и Искусств, д-р психол.
наук, профессор, зав. кафедрой психологии и медицин-
ской деонтологии СПБИИСТОМ, председатель секции
СтАР «Психология в стоматологии»
А.А. Кураскуа, стоматолог-имплантолог, к.м.н.,
директор компании «Северная синица»

АНЕКДОТ:

Стоит Рабинович у себя в огороде и закапывает деньги. Его сосед и спрашивает:
- Миша, что ты делаешь? Ведь скоро наступит коммунизм и денег вообще не будет!
- А у меня будут...

Рентабельность менеджмента – это способность управленцев обеспечивать максимальный коммерческий успех клиники в создавшейся рыночной ситуации.

Нерентабельный менеджмент снижает прибыль и даже препятствует ее получению.

Основным критерием рентабельного менеджмента является правильная организация внутреннего и интерактивного маркетинга, где создается прибыль, которая позволяет быстро приспосабливаться к темпам рыночных перемен, привлекательность услуг для пациента и система отношений в коллективе, способствующая улучшению качества лечения и сервиса. Причем в последнее время темпы усовершенствования маркетинга задают клиенты. У них появилась свобода выбора стоматологических клиник, врачей и стоимости услуг.

Внутренний маркетинг клиники призван создать для персонала все условия для эффективной работы на заданном (желательном) уровне качества лечения и обслуживания.

Во внутреннем маркетинге происходит взаимодействие между его участниками: управленцы создают контактному персоналу (администраторы, врачи, ассистенты) максимум условий для эффективной работы, в результате персонал имеет возможность обеспечивать рост прибылей предприятия.

Интерактивный маркетинг охватывает взаимодействие между контактным персоналом и получателями услуг, здесь реализуются и контролируются профессиональные достижения сотрудников и предпосылки, созданные усилиями внутреннего маркетинга.

В крупных стоматологических клиниках и многопрофильных медицинских орга-

низациях маркетинг обеспечивают владельцы бизнеса, директора, офис-менеджеры, сотрудники, отвечающие за рекламу, сервис, отбор и обучение кадров, формирование социального пакета. Результативность маркетинга зависит от уровня их подготовки в сфере менеджмента, свойств характера и нравственных качеств. Чем крупнее управляемая система, тем больше организаторов маркетинга. В маленькой и средней клинике все функции менеджмента, как правило, выполняет директор клиники. Обычно он соглашается свои действиям с владельцем, иногда привлекает к маркетингу главного врача, редко опирается на мнения неформальных лидеров в коллективе.

Главный недостаток организации как внутреннего, так и интерактивного маркетинга состоит в том, что плохо подготовленные менеджеры обычно искажают механику маркетинга: в первую очередь они стараются любой ценой обеспечить финансовое благополучие своему хозяину, сиюминутно увеличить прибыль или удержать ее на сложившемся уровне, а во вторую – создать условия для эффективной деятельности коллектива. Перестановка местами этих целей приводит к нерентабельности менеджмента.

Хороший внутренний и интерактивный маркетинг служит сотрудникам предприятия, а плохой – угождает владельцу бизнеса.

Нередко владелец доволен тем, что клиника приносит 10–15% прибыли, полагая, что директор призван удержаться на этом уровне, и не понимает, что плохой менеджер своими решениями и действиями сдерживает развитие клиники и даже вредит ей. Может ли управленец обеспечивать хорошее состо-

яние менеджмента, если у него нет соответствующей подготовки и опыта, если оказался в роли менеджера случайно, если он движим субъективными представлениями о должном. Например, директором назначили старшую медсестру на том основании, что ей за 50 лет, два года проработала в клинике, и знает, какие материалы надо закупать для врачей? Какой управляющий стоматологической клиникой из бывшего работника отдела продаж развалившейся медицинской структуры или из врача-педиатра из числа родственников владельца? Такие управленцы, как правило, амбициозны, конфликтуют с персоналом и импульсивно осуществляют нововведения, чтобы доказать свою значимость.

В данной статье рассмотрим задачи и недостатки организации внутреннего маркетинга.

Первая задача здесь – обеспечить клинику качественным документно-информационным сопровождением пациентов (клиентов) от «входа» до «выхода».

Правильно составленные документы демонстрируют уважение к правам клиентов, юридическую ответственность и честность персонала, заботу об интересах потребителей услуг.

**Как театр начинается с вешалки,
так клиника начинается с
документно-информационного
сопровождения пациентов.**

Чем выше качество и полнее пакет документно-информационного сопровождения пациентов (клиентов), тем выше конкурентная способность клиники, ее привлекательность для посетителей, тем продуктивнее работа персонала передней линии. Критерии качества документно-информационного сопровождение:

- 1) соответствие юридическим нормативам, Приказам Министерства здравоохранения и рекомендациям СТАР;
- 2) отражение интересов потребителей услуг;
- 3) соответствие «законам читабельности» – информация изложена простым языком, легко понимается, запоминается, воспринимается зрительно (этому способствуют хороший стиль изложения, уместные абзацы, использование разных шрифтов, высота букв);
- 4) соответствие «законам коммуникабельности» – документы приятно взять в руки, они

отпечатаны на хорошей бумаге, имеют логотип клиники, что свидетельствует об уважении клиентов и материальной состоятельности производителя услуг;

- 5) соответствие векторному принципу – документы согласованы между собой и не содержат противоречий, по мере прохождения клиентом пути от «входа» до «выхода» персонал постепенно усиливает свое информационное и психологическое воздействие на него, каждый предыдущий участник вектора «работает» на последующего, а каждый последующий учитывает вклад предыдущего; все формируют у пациента впечатление: «У нас – лучше, чем у других».

В результате усилий одушевленных и неодушевленных участников векторного воздействия (контактный персонал и документы сопровождения) возникает синергический эффект, который превышает влияние любого отдельного участника воздействия на клиента при достижении желаемых целей – создание конкурентоспособного качества услуг и обслуживания, увеличение потока пациентов.

Пакет документов сопровождения, отвечающих всем критериям качества и грамотно предлагаемых потребителям, – «продаваемый» продукт, в том смысле, что клиент вносит их в вывод: стоимость услуг клиники оправдана.

В минимальный перечень документов сопровождения обычно включают: уведомление пациентов о соблюдении рекомендаций врача, Договор оказания услуг, анкету о соматическом здоровье пациента, информированные добровольные согласия на все виды медицинского вмешательства, памятки после лечения, формы заявлений пациентов об отказе от лечения и о согласии лечиться без гарантов (в обоснованных случаях). С учетом новейших тенденций формирования конкурентных преимуществ и завоевания доверия клиентов, к этому списку нами разработаны дополнения, которые рассчитаны на продвинутые клиники и подчеркивают их особый статус:

- ✓ анкета для пациентов «О чем вы хотите предупредить стоматолога перед лечением?»,
- ✓ предупреждения о возможных дискомфортах после лечения,

- ✓ телефонный опрос пациентов после оказания услуг,
- ✓ положение о гарантиях для пациентов,
- ✓ сервисная карта (заполняется контактным персоналом на всех этапах взаимодействия с клиентом),
- ✓ алгоритмы эффективного консилиума и консультации,
- ✓ алгоритмы мотивации пациентов к стоматологическим услугам,
- ✓ положение об индивидуальном плане профилактики (для персонала и пациентов),
- ✓ буклеты по проблемам пациентов,
- ✓ проспект по защите прав, интересов и здоровья пациентов,
- ✓ буклет «Что вам гарантирует клиника».

Далеко не каждая клиника обеспечила персонал хотя бы минимальным объемом качественного документно-информационного сопровождением пациентов (клиентов) от «входа» до «выхода», что является прямым доказательством непрофессионального менеджмента. Более того, попытки обратить внимание менеджеров на плохое состояние документов сопровождения вызывает бурную и даже агрессивную реакцию со стороны владельцев и директоров клиник: у нас все хорошо, нас все устраивает, документы нам составил юрист. Доказать, что юрист не имеет представления о показателях качества документов сопровождения, обычно не получается – ведь многие менеджеры, как уже отмечалось, не имеют специальной подготовки, их восприятие ограничено непрофильным образованием.

Общие недостатки документов, не позволяющие контактному персоналу работать с полной отдачей, таковы:

- документы вызывают негативные эмоции у потребителя услуг (клиента), поскольку не рассчитаны на современного посетителя клиники – взыскательного, требовательного, просвещенного в своих правах, имеющего значительный опыт приобретения платных услуг в разных сферах;
- функционируют документы старого образца, в которых не отражены последние юридические требования;
- некоторые документы отсутствуют, другие составлены неграмотно или небрежно, что мешает пациентам понять их содержание и снижает конкурентные преимущества клиники;

- случается, что документы не обеспечивают юридическую защиту клинике и юридическую и профессиональную защиту докторам, поскольку составлены юристами, не знающими специфики стоматологических услуг;
- нередко владелец клиники или директор сокращает документы или вносит в них дополнения, руководствуясь соображениями мнимой «выгоды»;
- менеджеры копируют у конкурентов документы сопровождения, не видя их недостатки, но ставят себе в заслугу такую находчивость;
- в большинстве клиник не проводятся тренинги по обучению персонала работе с документами сопровождения в типичных и конфликтных ситуациях, даже если они отвечают требованиям качества.

Рассмотрим недостатки менеджмента в организации работы контактного персонала с конкретными документами сопровождения:

Договор оказания услуг.

1. Как правило, менеджеры не считают нужным ознакомить стоматологов с его содержанием и побудить их работать в рамках юридических норм. Обычно выясняется, что Исполнители услуг никогда не держали в руках Договор, который читает, подписывает и на который готов ссылаться получатель услуг и адвокат, когда дело доходит до суда. Следовательно, врачи не вникают в свои обязательства и обязательства клиники перед получателями услуг, не понимают, какую юридическую ответственность несут перед клиентом, что становится причиной некоторых его претензий.

Например, пациент по обратной телефонной связи заявил, что хотел ограничиться постановкой пломбы, а доктор предлагал составить рекомендуемый план лечения, чтобы «раскрутить» на деньги. Такое впечатление не возникло бы, если бы врач сослался на обязательства клиники в Договоре, где, в частности, сказано: врач обязуется составить рекомендуемый план лечения – это его профессиональный долг.

Другой пример. Встречаются пациенты, которые во время консультации на попытку стоматолога объяснить суть предстоящих вмешательств или особенности предлагаемых вариантов лечения говорят: «Делайте,

что считаете нужным». Врач опрометчиво сворачивает свою информацию, ибо пациент, недовольный результатами лечения, заявит: «это вы мне не говорили», «это мне не объясняли». Врачи в таких случаях утверждают, что пациент лжет, лукавит, необоснованно обвиняет их в нечестности. Упредить такой поворот событий можно на консультации ссылкой на Договор, понимая, что он создан по векторному принципу: «Хорошо, я опущу детали, но я обязан сказать вам основное в соответствии с Договором, который Вы подписали, – клиника обязуется предоставить пациенту полную и достоверную информацию о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения». Далее надо кратко сообщить необходимую информацию и акцентированно спросить, все ли понятно, чтобы избежать конфликта в перспективе.

2. Обычно тексты Договоров составлены так, что в них отчетливо просматривается стремление клиники как можно больше указать обязанностей клиента и снизить долю обязательств клиники (докторов) или обозначить их расплывчато. Этот факт настороживает вдумчивого получателя услуг и препятствует формированию его лояльности, т.е. преданности клинике, снижает конкурентную ее способность.

3. Написанное в Договоре нередко противоречит тому, что указывается в прочих документах сопровождения и создает у клиента впечатление безответственности Исполнителя или впечатление обмана. Например, в Договоре пропечатано, что клиника дает гарантии на все виды услуг, а в информированных добровольных согласиях заявлено, что на лечение каналов, приживление имплантов, гигиеническую чистку и отбеливание гарантии не даются. Или в Договоре обещан год гарантий на все виды лечения, что не соответствует закону РФ «О защите прав потребителей», в соответствии с которым на каждую выполненную работу надо предоставлять обоснованный гарантийный срок и срок службы. Если в суде будет рассматриваться дело о некачественном оказании услуг, то возникнет вопрос об обоснованности гарантий, и клиника будет наказана за нарушение прав потребителей.

4. Известны случаи, когда по совету плохо информированного юриста, в клиниках состав-

ляются Договоры на каждую выполняемую работу – лечение кариеса, постановку имплантов, лечение десен и т.д. Пациент подписывает кучу бумаг, в которых повторяется одно и то же содержание, за исключением предмета договора. Однако вполне достаточно заключить один Договор, правильно сформулировав его предмет, – оказание стоматологических услуг в соответствии с согласованным планом лечения. Такой Договор предполагает длительное сотрудничество Исполнителя с Заказчиком и может обновляться, если спустя некоторое время в его содержание внесено что-то новое или клиент длительное время не контактировал с клиникой. Все уточнения об оказываемых услугах отражаются в приложениях к типовому Договору – в рекомендуемом и выполняемом планах лечения.

5. В некоторых клиниках Договоры с пациентами подписывают врача в соответствии с доверенностью, предоставленной владельцем или директором. Видимо, таким образом руководители хотят повысить личную ответственность врачей за качество своей работы. Уязвимость такой логики очевидна. Во-первых, лечащий врач не является лицом, отвечающим за финансовую деятельность клиники (за это отвечает учредитель или директор – юридическое лицо), не с врачом расплачивается пациент, а через кассу. Следовательно, нарушаются условия финансовой деятельности коммерческого предприятия. Во-вторых, пациент лечится у терапевта, хирурга, пародонтолога и других врачей, значит, каждый специалист заключает Договор и якобы отвечает за качество лечения. А что думает об этом получатель услуг? – Он понимает, что концов в этой клинике никогда не найдет, следовательно, нет соответствия критерию «отражение интересов клиента». В-третьих, сегодня пациента лечит этот врач, а завтра он уволился или ушел в отпуск – к кому обращаться с претензиями? По всей вероятности, к официальными руководителями клиники. В таком случае, зачем городить огород с доверенностями?

Анкета о состоянии здоровья пациента. Основной показатель ее качества – наличие всех соматических заболеваний, которые имеют двустороннюю связь с состоянием в полости рта, являются противопоказаниями при определенных видах лечения, создают

угрозу неотложной помощи, ограничивают использование препаратов, уточняют стратегию лечения, предупреждают персонал о мерах личной безопасности, ухудшают прогноз. Только при наличии указанных сведений, анкета защищает врача, поскольку позволяет избежать профессиональных ошибок и принимать взвешенные решения (можно ли проводить данное лечение сегодня и в ближайшее время, какие препараты использовать, какие дополнительные обследования необходимы), предусмотреть риск неотложных состояний, обеспечить хорошие результаты лечения и обосновать гарантии в конкретной клинической ситуации. Кроме того, в анкете должен быть перечень стоматологических жалоб, которые в данный момент для пациента не актуальны (например, бруксизм, запах изо рта, наличие заед и др.), что дает врачу основание включать их устранение в рекомендуемый план лечения. Но главное – доктор, работая с анкетой о здоровье, должен уметь набирать «очки доверия». Для этого он должен использовать специальный алгоритм, позволяющий демонстрировать пациенту свой профессионализм и заботу о его благополучии.

Что видим на практике?

1. Во многих клиниках анкеты по старинке содержит 7–10 соматических заболеваний, а их должно быть более 40, чтобы отслеживать двусторонние связи между общими заболеваниями и нарушениями в полости рта. Менеджеры обычно не видят актуальность внедрения корректной анкеты о здоровье, не ставят задачу пригласить специалиста, который обучит докторов работать с анкетой, чтобы учитывать показатели, влияющие на эффективность лечения и позволяющие демонстрировать свой профессионализм.

2. Как показывает наш опыт проведения семинаров-тренингов, даже если слушателям было рассказано, как надо эффективно работать с анкетой о здоровье и набирать «очки доверия», доктора очень быстро возвращаются к конвейерному стереотипу. В обороте все те же анкеты, в которых 7–10 пунктов, пациентам не предлагают в положенный срок обновить данные анкеты (она вшина в медицинскую карту навсегда). Если анкета соответствует требованиям качества,

то врачи работают с ней безответственно: бегло просматривают на консультации, задают пациентам без пояснений пару вопросов, откладывают в сторону, на последующих лечебных приемах к ее данным не обращаются. Все это свидетельствует о формальном отношении к здоровью пациента, не способствует повышению конкурентных преимуществ стоматолога, снижает уровень его профессиональной защиты.

3. У многих специалистов нет установки на то, чтобы внимательно прислушиваться к информации об изменениях в здоровье, выдаваемой пациентом как бы между прочим. Например, на очередном приеме человек рассказывает о том, что между визитами к стоматологу он перенес операцию. Естественно, надо поинтересоваться тем, что случилось, спросить о самочувствии сегодня и сделать необходимые отметки в анкете о здоровье, даже если срок ее обновления не настал.

4. Возврат к конвейерному методу работы с анкетой о здоровье инициируют как врачи, так и владельцы и директора клиник. Аргументы: мы привыкли к прежней анкете, на нее не надо тратить время. Но истинные причины глубже, они в том, что доктора затрудняются комментировать в расчете на пациента связи соматика-состояние полости рта (им недостает нужных знаний) и хотят увеличить поток пациентов в своих интересах и следуя требованиям менеджеров.

Формальное отношение стоматолога к данным анкеты и состоянию самочувствия в день приема может стать причиной плохого результата лечения и рекламаций.

Рассмотрим пример. Медикам известно о геморрагическом синдроме, когда под влиянием постоянных или временных причин изменяется время свертываемости крови. Любое оперативное вмешательство, без учета понимания возможных осложнений при таком синдроме приводит к длительным кровотечениям, образованию гематом (синяков), которые нагнаиваются, неэстетичны, что доставляет неудобства пациентам (особенно женщинам). У женщин в определенный период менструального цикла количество тромбоцитов уменьшается на 30–50% (даные медицинской литературы), а оставшиеся тромбоциты в сосудах имеют сниженную

функцию. Риск появления кровотечения, образования синяков, мелких кровоизлияний резко увеличивается. Длительная кровоточивость также возникает, когда пациент принимают антикоагулянты, препараты разжижающие кровь. В любом учебнике по хирургической стоматологии сказано, что «менструация» является относительным противопоказанием к плановому удалению зуба и другим оперативным вмешательствам. Относительным потому что, если зуб или операцию нужно делать по неотложке (абсцесс, флегмона и т.п.), то главное – снять острое воспаление, а синяк потом рассосется, здесь уже не до косметики. Если рана (лунка) будет кровить, кровоточащие ткани можно ушить или лунку затачонировать, чтобы остановить кровотечение.

Теперь приведем конкретный клинический случай, который показывает халатность стоматолога в работе с анкетой о здоровье и цинизм, несовместимый с профессией врача-врачевателя. Пациентка пришла на профессиональную чистку зубов по акции – скидка на данную процедуру. В анкете отметила, что легко появляются синяки и что ранки порой долго кровоточат – явные признаки геморрагического синдрома. Однако врач не обратила внимание на данные анкеты, не спросила о совпадении лечебной процедуры с днями менструации в день проведения стоматологического вмешательства. По показаниям была проведена чистка над и под десной. Заметив слабую кровоточивость десен, врач посоветовала: «пополощите крепким чаем – все пройдет». Дома кровоточивость продолжалась, и по совету подруг пациентка решила прополоскать рот перекисью водорода, причем не помнит, какой был процент раствора. К кровоподтекам присоединился ожог от перекиси водорода.

На следующий день пациентка обратилась в клинику с жалобами: на деснах гной из рта запах, чистить зубы и принимать пищу не может, все болит. Врач увидела на деснах фибриновый налет, пациентка приняла его за гной. (Это естественная защитная пленка желтого цвета, которую вырабатывает слизистая оболочка при ее травме, в данной ситуации, возможно, от чистки и от ожога перекисью). Врач отругала женщину за то, что она ополаскивала рот перекисью и

обвинила в случившемся. Пациентка потребовала вернуть деньги и бесплатно провести лечение десен. Это надо было сделать стоматологу, поскольку вина врача очевидна. Тем не менее, директор клиники пригласил консультанта, чтобы разобраться в ситуации. Конфликт был разрешен только после вмешательства эксперта – по его совету требования пациентки были выполнены.

Удивляет реакция врача на случившееся: пациентка сама виновата, могла бы сказать, что у нее дни менструации. Но ведь в анкете была отметка о повышенной кровоточивости, стоматолог должен был выяснить необходимые детали на день проведения вмешательства. Врач добавила: «Гигиеническая чистка проводилась по акции, мне платят такие маленькие деньги, мне некогда обращать внимание на такую мелочь».

К сожалению, есть врачи, которые рассуждают так: если стоимость лечения небольшая, то можно работать спустя рукава, не заботясь о здоровье человека и качестве лечения. Отсюда утрата своего авторитета и как результат – потеря пациентов после консультации и первого лечения.

Информированное добровольное согласие (ИДС). Основной показатель качества этого документа – наличие в нем перечня возможных отклонений от желаемого результата лечения, которые могут возникнуть не по вине стоматолога. ИДС оформляется на каждый вид медицинского вмешательства (лечение кариеса, имплантация и т.д.) и действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

Правовой статус документа: ИДС, подписанное пациентом, обеспечивает юридическую и профессиональную защиту врачу-стоматологу, если он разъяснил противопоказания, вероятные осложнения, риски, дискомфорты в процессе и после лечения.

Что показывает практика?

1. Плохо подготовленные менеджеры искают суть документа. ИДС имеет сугубо медицинское содержание, однако в него вставляют разные согласия, не имеющие отношения к данному документу, принуждая пациента подписаться под такими формулировками: согласен оплатить услуги по

прайсу клиники (это пункт Договора оказания услуг), согласен регулярно проходить гигиеническую чистку, являясь на профессиональный осмотр каждые полгода (это условия соблюдения гарантий исполнителя). Водной системе клиник в ИДС на все виды стоматологических вмешательств менеджеры включили такие «согласия»: «Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею». Все эти дополнения из области фантазий и пустословия: что значит необходимый и достаточный уровень сервиса, обычные потребности пациента, общепринятый порядок предоставления этой услуги? Приступая к лечению, пациент не знает об уровне сервиса в клинике, порядке предоставления услуг, тем не менее, должен подписывать документ, иначе откажут в лечении.

2. Стоматологи сдвинули фокус своего внимания: им важно, чтобы пациент подписал ИДС, вместо того, чтобы разъяснить ему вероятные риски, осложнения, отклонения от желаемого результата и получить на то согласие. В результате врачи снижают себе профессиональную защиту, когда пациент предъявляет претензии по поводу неудовлетворительного результата лечения, который возникает не по их вине.

3. Иные врачи, не понимая предназначение ИДС, излагают в них разделы из учебников по своей специализации. Так, врач-ортодонт в одной клинике составила ИДС на двух страницах, набранных мелким шрифтом, на которых изложены сведения по таким рубрикам: ортодонтическое лечение проводится с целью...; лечение ортодонтической патологии у детей достигается за счет...; сроки лечения зависят от...(перечислено свыше 20 факторов, «в связи с которыми длительность лечения не может быть установлена точно»)...; при лечении используется ортодонтическая продукция США (номера регистрационного удостоверения и сертификата соответствия), ретенционные аппараты и периоды...; о значении гигиенической чистки и т.д. Сюда же добавлены: согласие об ис-

пользовании фотографий пациента в лекциях и на сайте, фрагменты памятки о том, что нельзя делать и употреблять в пищу в процессе и после лечения, предупреждение о том, что Исполнитель вправе прервать лечение без возврата денег в случаях... Среди информации, уместной в отдельном просветительном буклете, в Договоре и среди условий соблюдения клиникой гарантий, теряются сведения о возможных осложнениях в процессе и после лечения. В одном документе (ИДС) пациенту предлагается 4 раза поставить подпись под разными обстоятельствами ортодонтического лечения, в том числе под такими формулировками: «часть несложных технических манипуляций может выполняться помощниками врача под контролем врача, что никак не повлияет на качество лечения, и что данная клиника является учебным центром, всвязи с чем на приеме могут присутствовать (не выполняя никаких манипуляций) другие врачи (не более двух)».

Так составленное ИДС не соответствует своему назначению и не отвечает ни одному критерию качества документа сопровождения пациентов, на что пришлось указать его составительнице. Реакция была бурная, и это можно понять – доктор старалась, вставила в текст всё, что ей кажется необходимым для профессиональной защиты. Однако умозрительное сочинительство в важных документах не уместно, ибо вероятен эффект обратного действия: пациент ставит подпись под тем, что не понятно, согласен с тем, что ему не ясно, – лишь бы от него отстали!

4. Бывают случаи, когда руководители клиник побуждают докторов не заострять внимание на разъяснении пациентам ИДС: незачем тратить время на эти бумажки, надо деньги зарабатывать! Это прямой путь к конфликтам с пациентами по поводу неблагоприятных исходов лечения, возникающих не по вине стоматолога.

Особо остановимся на пороках организации документно-информационного сопровождения пациентов от «входа» до «выхода», когда менеджмент оказывается в руках совершенно неподготовленного и бездумного управленца. Рассмотрим пример.

Управляющая клиникой решила «облегчить» врачам работу с документами сопровождения и внедрила «внутренний стан-

дарт» приема пациентов. Цель – освободить врачей от «бумажной волокиты» и предоставить максимум времени для лечения. Такая цель импонирует докторам, рассуждающим по старинке: «я врач, моя задача только лечить». В чем же суть «внутреннего стандарта»? Пациент, обратившийся в клинику, должен перед консультацией оптом подписать Договор, заполнить анкету о заболеваниях, где всего 8 вопросов, сразу подписать все ИДС, имеющиеся в клинике (на лечение и протезирование зубов, хирургическое вмешательство, ортодонтию, профессиональную чистку зубов, проведение рентгенологического обследования) и даже заполнить бланк с отказом от лечения на случай, если не захочет выполнять предложенный план. Одни пациенты не задумываясь все сразу подписывают, а другие, естественно, возмущаются. Как можно подписывать ворох документов, не видя врача, не зная, какое будет предложено лечение и по какой стоимости? На это администратор обучен говорить неправду: «Такой стандарт требует Минздрав РФ».

Изучение обозначенных документов сопровождения, к которым управляющая приложила свою руку, показало: все они составлены противоречиво, в ИДС сокращено основное содержание (возможные отклонения от желаемого результата лечения), они не подписаны врачами, но находятся в медицинских картах пациентов, проходящих лечение. На предложение привести документы в порядок управляющая возразила: «Все документы согласованы с юристом, а ИДС врачи подписывают, когда назревает конфликт. У нас такое правило – врачей на эту мелочь не отвлекаем».

Вывод: «стандарт» работы с документами, выдуманный управляющей, – бомба замедленного действия, поскольку он не обеспечивает правовую безопасность клинике и врачам. В идеологию внутреннего маркетинга заложено одно – главное, чтобы доктора приносили деньги сегодня, а с документами, разберемся, когда приспичит.

Подобный подход к документам со стороны менеджеров встречается в разных вариантах. Владелец одной подмосковной клиники обозначил такую задачу ведущему семинар-тренинга: показывать докторам,

как работать с анкетой о здоровье, – не надо, об информированных согласиях – не рассказывать, вопрос о гарантиях – не поднимать, научите только продавать импланты. Но, позовольте, а как врач сможет вызвать доверие к себе, как обеспечит себе профессиональную защиту и юридическую защиту клинике, как он сможет провести качественное лечение? На эти вопросы автора семинара владелец клиники ответил: «В нашем регионе пока не контролируют соблюдение юридических требований, проверок нет. Если пациент предъявляет претензии, конфликты решаем просто: хочет – будем перелечивать, не хочет – пусть берет деньги и до свидания». И цинично резюмировал: «Хороший менеджер любую ситуацию использует для получения максимального дохода». Кстати заметим, именно на таких «менеджеров» ориентированы обучающие программы, предлагаемые под девизами «как выжить максимум из клиентов», «как удвоить доходы клиники за два месяца» и т.п. Спрос на такие мероприятия, к сожалению, имеется, они соответствующую закону стаи: *птицы одного оперения объединяются*.

Итак, внедрение документно-информационного сопровождения пациентов от «входа» до «выхода», соответствующего всем критериям качества, – один из показателей рентабельного менеджмента. Другой не менее важный его показатель – организация интерактивного маркетинга, в рамках которого управленцы должны создать предпосылки для эффективного взаимодействия персонала с получателями услуг. Недостатки, существующие в этом аспекте, порой перечеркивают самые крутые технологии, приобретенные клиникой, профессиональные знания стоматологов, привлекательную стоимость услуг, прекрасные интерьеры клиники, удобство парковки и близость метро. Вот владельцы клиник и сетуют: вложился в оборудование, в технологии, отправил врачей на курсы по лечению каналов и протезированию, вложился в рекламу сайта, а пациенты не остаются после консультации или уходят после первых лечебных этапов работы. Что делать? Отвечаем – наводить порядок в интерактивном маркетинге.

Продолжение следует.

Интервью с экспертом-руководителем секции Стоматологической Ассоциации России «Лучевая диагностика в стоматологии» (отчет о работе 2012-2015 гг.)

Председатель секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии» - Чибисова Марина Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, ректор Негосударственного Общеобразовательного Учреждения Санкт-Петербургский Институт Стоматологии последипломного образования, заведующая кафедрой рентгенологии в стоматологии СПБИНСТОМ, главный врач Сети Центров стоматологической рентгенодиагностики МЕДИ, врач-рентгенолог высшей категории, врач ультразвуковой диагностики высшей категории. Чибисова М.А. является автором 283 печатных работ, из них 9 монографий и 3 патентов на изобретения. Проводит лекции и образовательные семинары по современным вопросам лучевой диагностики и конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ, ЗДКТ) в амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии в Санкт-Петербурге, различных городах Российской Федерации, странах СНГ и Европы

Вопрос: Когда образована секция, кто и сколько специалистов в ней состоит?

- Секция «Лучевая диагностика в стоматологии» создана решением Совета Стоматологической Ассоциации России от **16 апреля 2007 г.** (г. Москва).

Чибисова М.А. пришла работать в НОУ СПБИНСТОМ **16 лет** назад на должность доцента кафедры рентгенологии в стоматологии, которую организовал профессор, д.м.н. Дударев А.Л. Заведовать этой кафедрой стала с **2000 г.**

В **2007 г.** Чибисова М.А. стала председателем Секции «Лучевая диагностика в стоматологии» Стоматологической Ассоциации России, в **2011 г.** избрана на эту должность уже на второй срок.

Очень приятно, что д.м.н., проф., заведующий кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПБИНСТОМ Бойко В.В. в **2014 г.** организовал в СТАР новую Секцию «Психологии в стоматологии» и стал ее председателем.

Поводом к созданию секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии» стала необходимость поднять на более высокий уровень подготовку врачей-стоматологов, работающих на радиовизиографах в стоматологических клиниках, а также повысить профессиональный уровень врачей-рентгенологов и рентгенолаборантов, проводящих рентгенологические обследования пациентов на рентгеностоматологическом оборудовании (радиовизиографах, ортопантомографах, дентальных компьютерных томографах) в амбулаторной стоматологической практике. Исходя из данных предпосылок, на кафедрах рентгенологии и лучевой диагностики различных ВУЗов (СПБИНСТОМ и МГМСУ) были разработаны оригинальные программы повышения квалификации для врачей-стоматологов, врачей-рентгенологов, рентгенолаборантов и медицинских сестер стоматологических клиник, позволяющие наиболее эффективно и быстро освоить теоретический материал и получить практические навыки, которые необходимы для уверенного ведения клинического приема пациентов по выбранной специальности, для осуществления всего комплекса современных рентгеностоматологических обследований пациентов в амбулаторной клинике любой формы собственности.

Состав правления секции – 3 человека.

- **А.Ю. Васильев**, д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН, профессор кафедры лучевой диагностики ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава им. Евдокимова, заслуженный деятель науки РФ (Москва);

- **А.П. Аржанцев**, д.м.н., проф., заведующий рентгенологическим отделением ФГУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздравсоцразвития России, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ГОУ ДПО Российской Медицинской Академии Последипломного образования РОСЗДРАВА, г. Москва;

- **Р.А. Фадеев**, д.м.н., проф., заведующий кафедрой ортодонтии НОУ Санкт-Петербургский Институт стоматологии последипломного образования.

Состав участников секции – 24 человека (2007 г); 56 человек (2015 г).

В состав участников секции входят: врачи - лучевые диагностики, работающие в амбулаторной стоматологии, в челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии; врачи-стоматологи; руководители и главные врачи амбулаторных стоматологических клиник и диагностических центров; заведующие и сотрудники кафедр лучевой диагностики.

Вопрос: Основные виды деятельности секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии»?

- М.А. Чибисова переняла опыт от профессора Н.А. Рабухиной, которая передала ей эту секцию в 2007 г. В настоящее время секция «Лучевая диагностика в стоматологии», СТАР и другие общественные организации направляют все силы, чтобы организовать и обеспечить радиационную безопасность рентгеностоматологических исследований в амбулаторной практике в свете современных нормативных документов и санитарных правил. Вначале это была борьба за возможность использовать радиовизиограф в стоматологическом кабинете, а сейчас речь идет о возможности запрета размещения цифровых ортопантомографов и конусно-лучевых компьютерных томографов в жилых зданиях (в смежных с жилыми помещениями).

При этом, основная задача секции «Лучевая диагностика в стоматологии» – продвижение в профессиональной среде новых современных методов лучевой диагностики, в том числе конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ, ЗД КТ); внедрение стандартов рентгенологического обследования с использованием КЛКТ и алгоритмов рентгенологического обследования пациентов в различных разделах амбулаторной стоматологической практики, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии.

Сегодня в нашей секции состоят врачи-рентгенологи, которые пришли в стоматологию. Есть врачи-стоматологи, которые сейчас имеют возможность официально получить специализацию по рентгенологии через ординатуру и интернатуру. В секцию вступают главные врачи и генеральные директора стоматологических клиник, то есть, все те энтузиасты, которые любят рентгенодиагностику в стоматологии. Потому что люди все больше и больше понимают, что без лучевой диагностики сегодня невозможно гарантировать качество стоматологического лечения.

Целями создания и деятельности Секции являются содействие профессиональной, общественной и научной деятельности специалистов (врачей-стоматологов, врачей-рентгенологов, рентгенолаборантов) в области рентгенодиагностики в стоматологии, внедрение современных инновационных технологий, рентгенологических методик и методов лучевой диагностики в области терапевтической (эндодонтия, пародонтология), хирургической (имплантология), ортопедической, детской стоматологии и ортодонтии, развития медицинской науки и практики.

Для реализации уставных целей и задач Секция «Лучевая диагностика в стоматологии» в соответствии с действующим законодательством осуществляет следующие виды деятельности: коммуникативную, издательскую, информационную, рекламную, образовательную, путем организации обучения по дополнительному профессиональному образованию. Секция выпускает и распространяет печатную продукцию в рамках уставной деятельности. Секция сотрудничает со средствами массовой информации. Командирует за границу своих и принимает иностранных представителей для решения вопросов, связанных с деятельностью Секции. Секция осуществляет иные виды деятельности, незапрещенные действующим законодательством для общественных объединений.

Задачи секции:

- Внедрение инновационных диагностических технологий в амбулаторную стоматологическую практику и челюстно-лицевую хирургию.
- Обучение врачей-стоматологов различных специальностей современным методам лучевой диагностики в стоматологии.
- Обучение врачей-рентгенологов, работающих в стоматологических клиниках различных форм собственности, современным методам лучевой диагностики в амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии.
- Проведение научно-практических конференций в г. Москве, г. Санкт-Петербурге, в других городах, удаленных регионах России и странах СНГ для ознакомления врачей-стоматологов и врачей-рентгенологов с современными методами лучевой диагностики.
- Участие во всех региональных конференциях, проводимых СТАР.

- Выпуск учебно-методических пособий, монографий и атласов по инновационным методикам лучевой диагностики в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
- Разработка алгоритмов рентгенологического обследования пациентов в амбулаторной стоматологической практике. Разработка и утверждение медико-технологических стандартов на проведение рентгенологического обследования в амбулаторной стоматологической практике (стандартов качества рентгенологического обследования пациентов, стандартов качества рентгеновского снимка, стандартов на технологию выполнения рентгенологических исследований).
- Повышение эффективности и качества стоматологического лечения при использовании современных методов лучевой диагностики.
- Совместная работа секции с органами Росздравнадзора и Роспотребнадзора для решения вопросов организации рентгенологического обследования пациентов стоматологических учреждениях различных форм собственности; соблюдения радиационной безопасности при проведении рентгено-стоматологических исследований для пациентов, медицинского персонала и населения.
- Встреча с органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора (г. Москва) для решения кадрового вопроса осуществления работы службы лучевой диагностики в стоматологии».
- Применение телекоммуникационных и информационных технологий в оптимизации лечебно-диагностического процесса и подготовке кадров в амбулаторной стоматологической практике.
- Организация междисциплинарного взаимодействия с кафедрами лучевой диагностики и кафедрами стоматологического профиля при проведении учебно-методической, научно-исследовательской, клинической и организационной работы в плане внедрения стандартов и алгоритмов использования современных методов лучевой диагностики.
- Организация междисциплинарного взаимодействия врачей-стоматологов и врачей-лучевых диагностов в плане внедрения стандартов и алгоритмов использования современных методов лучевой диагностики для планирования и повышения качества стоматологического лечения в амбулаторной практике.

В рамках работы Секции «Лучевая диагностика в стоматологии» разработаны и утверждены следующие стандарты рентгенологического обследования (2013–2015 гг.):

1. «Стандарт качества рентгеновских снимков, выполняемых в амбулаторной стоматологической практике»;
2. «Требования, предъявляемые к диагностическому рентгенологическому обследованию пациентов в рентгеновских кабинетах в амбулаторной стоматологии. Стандарт качества рентгенологического обследования»;
3. «Алгоритмы рентгенологического обследования пациентов по нозологическим единицам в различных разделах амбулаторной стоматологической практики»;
4. «Стандарт описания рентгеновских снимков, выполняемых в амбулаторной стоматологической практике».

Участники секции «Лучевая диагностика в стоматологии» регулярно принимают участие в следующих мероприятиях:

- Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в стоматологии», СтАР, Крокус-Экспо, г. Москва, апрель –сентябрь, 2007–2015 гг.;
- Конференция СтАР и МГМСУ, «Дентал-Ревю», Крокус-Экспо, г. Москва, февраль 2007; 2009; 2011; 2012; 2014; 2015 гг.
- Чемпионат стоматологического мастерства Стоматологической Ассоциации России, конкурс в номинации «Диагностика в стоматологии» г. Москва, 2006; 2007; 2008; 2009–2010; 2011; 2013 гг.;
- Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов в рамках региональных конференций СтАР “Новые технологии в стоматологии”, СПб (май–июнь; октябрь–ноябрь, 2007–2015 гг.);
- «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний» в рамках региональных конференций СтАР, СПб (СПБИНСТОМ, май–июнь 2007–2015 гг.);
- «Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний» в рамках региональных конференций СтАР, СПб (СПБИНСТОМ, октябрь–ноябрь 2008–2015 гг.);
- Невский радиологический Форум, СПб (апрель 2007; апрель 2009; апрель 2011–2015 гг.);
- Всероссийский Ринологический конгресс (май 2013 г., СПб);
- Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении», РВмедА, СПб, апрель–октябрь 2009–2014 гг.
- Общество стоматологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области (2009–2015 гг.);
- Общество рентгенологов и радиологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области (2008–2015 гг.).
- Круглые столы СПБИНСТОМ в СПб (для врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, лучевых диагностов и оториноларингологов (2009–2015 гг.).

Также за отчетный период (2009–2015 гг.) участники и руководители секции «Лучевая диагностика в стоматологии» принимали участие в организации и проведении мероприятий и выставок в рамках научно-практических конференций и семинаров в регионах Российской Федерации (Татарстан, Казань, Красноярск, Архангельск, Мурманск, Новосибирск, Челябинск, Хабаровск, Калининград, Уфа, Омск, Томск, Нижний Новгород и т. д.), странах СНГ (Украина, Белоруссия, Казахстан, Киргизия, Узбекистан, Армения, Азербайджан, Грузия) и Европы (Германия, Австрия).

Хочется отдельно отметить те мероприятия (2012–2015 гг.), в организации и проведении которых активное участие принимали председатель и члены Секции СтАР «Лучевая диагностика в стоматологии»:

2012 год

- Участие в конференции МГМСУ и СтАР в Дентал-Ревю, 20 февраля 2012 г . выступление на симпозиуме «Качество в пародонтологии» с совместным докладом «Ошибки рентгенодиагностики в пародонтологии».
- Посещение конференции СтАР, участие в работе Совета и правления СтАР, выступление на Совете, посещение стоматологической выставки – 23–26 апреля 2012 г., г. Москва, Крокус-Экспо.
- Участие в конференции по челюстно-лицевой хирургии в Ленэкспо, СПб, участие в конференции СПБИНСТОМ

по детской стоматологии, выступление с 2 докладами (май 2012 г.).

- Организация и проведение в рамках Всероссийской научно-практической конференции 17–20 сентября 2012 г., г. Москва, Крокус Экспо совместной конференции секции «Лучевая диагностика в стоматологии» и секции «Детская стоматология» СтАР. Тема конференции: «Трехмерная диагностика стоматологических заболеваний детского возраста – гарантия качества терапевтического и ортодонтического лечения пациента на всю жизнь» – 19 сентября 2012 г. Посещение конференции (съезда) СтАР, участие в работе Совета и правления СтАР, выступление на Совете, посещение стоматологической выставки.
- Ноябрь 2012 г., г. Москва, участие в конф. по Лучевой диагностике в стоматологии, Третий конгресс КВИНТЭССЕНЦИЯ по стоматологической Радиодиагностике (выступление с лекцией).
- Организация и проведение Чемпионата стоматологического мастерства СтАР в 2012 г. в номинации «Диагностика в стоматологии» (декабрь 2012 г., г. Москва).

2013 год

- Участие в работе Дальневосточного стоматологического Форума «Новейшие технологии – далекие и близкие: знать и применять», выступала с докладом на конференции. Проведение выездного коммерческого цикла ПК «Радиационная безопасность при проведении рентгенодиагностических обследований» (Хабаровск, июль 2013 г.).
- Выступление на Совете СтАР (сентябрь 2013 г.) с сообщением «Организация рентгенодиагностических обследований в амбулаторной стоматологической практике. Проблемы и пути их решения в свете новых нормативных документов (СанПин по рентгенологии 201.. и ОСПОРБ-99/2010)».
- На заседании Совета СтАР М.А.Чибисова награждена орденом «За заслуги перед стоматологией II степени».
- Организация и проведение в качестве председателя в рамках конференции г. Москва, Крокус Экспо симпозиума секции «Лучевая диагностика в стоматологии» «Дифференциальная диагностика хронических очагов инфекции лицевого черепа и проблемы, решаемые в амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии» (М.А.Чибисова, А.В. Васильев) – 16 сентября 2013 г., СтАР, Москва.
- Участие в заседании Экспертного Совета при Федеральной Антимонопольной службе России (ФАС) по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранению. Вопрос повестки дня: «Обсуждение проекта постановления главного государственного санитарного врача Российской Федерации «О внесении изменений в некоторые санитарные правила, устанавливающие требования в области радиационной безопасности» (совместно со С.Ю. Остренко, И.В.Павленко). Участие в составлении письма в Роспотребнадзор России и Главному санитарному врачу РФ совместно с Федеральной Антимонопольной службой России (ФАС) по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении. 4 кв 2013 г.
- Проведение Круглого стола «Дифференциальная 3Д-диагностика одонтогенных и риногенных заболеваний околоносовых пазух в стоматологической и ЛОР-практике» на базе СПБИНСТОМ (Невский, 82) для врачей-стоматологов СПб и ГК МЕДИ – 14 октября 2013 г.

- (М.А. Чибисова, Н.М. Батюков, СПБИНСТОМ; А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе, 1-й СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова).
- Участие в **Видеомосте Москва – Санкт-Петербург «Как выбрать стоматологическую клинику?»** (РИА Новости в рамках проекта «Социальный навигатор» впервые представляет «Навигатор стоматологических клиник СПб») (октябрь 2013 г.).

2014 год

- Участие в работе **Научного общества рентгенологов и радиологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области**, секция рентгенодиагностики, УЗИ, МРТ и СРКТ. Выступление на заседании общества 28 января 2014 г. с 3 докладами совместно с Зубаревой А.А. и Шавгулидзе М.А. (СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова).
- **XXXI Всероссийская научно-практическая конференция СтАР «Актуальные проблемы стоматологии» с 21 по 23 апреля 2014 г. Москва, Дентал-Экспо. Симпозиум «Визуализации нарушений в полости рта: инструментальный, психологический, деонтологический и ортопедический аспекты».** 23 апреля 2014, Крокус-ЭКСПО, Москва (председатели – В.В.Бойко, М.А.Чибисова, А.В.Цымбалистов; пр-ло 45 чел.).
- **II Международная конференция по диагностике и лечению крацио-мандибулярных расстройств** – 25 апреля 2014 г. Санкт-Петербург (Р.А. Фадеев, М.А. Чибисова; пр-ло 206 чел.).
- **X Невский радиологический Форум, 4-6 апреля 2014 г., Санкт-Петербург**, проведение в рамках Форума секции «КЛКТ в челюстно-лицевой хирургии, амбулаторной стоматологии и оториноларингологии» (М.А. Чибисова; А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе, А.Л. Дударев; пр-ло 65 чел.).
- **Научно-практическая конференция по диагностике и лечению крацио-мандибулярных расстройств**, июнь 2014 г., г. Великий Новгород.
- **Проведение в рамках Всероссийского Ринологического конгресса секции «КЛКТ в оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии и амбулаторной стоматологии»** (16-18 мая 2014 г. СПб) (М.А. Чибисова, А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе; пр-ло 68 чел.).
- Научно-практическая конференция «Современные возможности диагностики и лечения в пародонтологии» (4 июня 2014 г., комплекс Ленэкспо, пр-ло 68 чел, докл. – М.А. Чибисова; Е.В. Гольдштейн; Ю.В. Волкова; Е.И. Гусарина).
- Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии», ВМА, СПб, 25-26 ноября 2014 г. Международная Научно практическая конференция посвященная 55-летию основания стоматологического факультета СПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии», СПб 11-13 декабря 2014 г.
- С 28 по 30 октября 2014 г. в конгрессно-выставочном комплексе ЭКСПОФОРУМ прошла **XI научно-практическая конференция с международным участием «Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний»**.
- **28 октября** конференция была посвящена вопросам использования **современных методов комплексной реабилитации пациентов с заболеваниями тканей пародонта** в амбулаторной стоматологической практике. Докладчики на данном форуме выступили Чибисова М.А., Госьков И.А., Гольдштейн Е.В., Гусарина Е.И., Волкова Ю.В.

■ **29 октября** международная конференция была посвящена теме «**Функциональная диагностика заболеваний жевательно-речевого аппарата и височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторной стоматологии**». Докладчиками выступили Фадеев Р.А, Чибисова М.А., Алпатьева Ю.В., Шестопалов С.И., Снегирев Л.А., Боллманн Фридхельм, Германн Рене, Саулин В.В., Кузакова А.В., Чжан Цянь, Козицына С.И.

■ **30 октября** конференция была посвящена теме «**Современные возможности диагностики и лечения в терапевтической стоматологии**». С докладами выступили Чибисова М.А., Петухова И.А., Филиппова Т.В., Берхман М.В., Батюков Н.М., а так же представители ПСПбГМУ им. И.П. Павлова и ММА им. И.М. Сеченова.

2015 год

- XI Невский радиологический Форум, ЭКСПОФОРУМ, 10-11 апреля 2015 г., Санкт-Петербург, проведение в рамках Форума секции «КЛКТ в челюстно-лицевой хирургии, амбулаторной стоматологии и оториноларингологии». Тема конференции «Высокотехнологичные методы лучевой диагностики в амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии и офтальмологии» (Председатели: М.А. Чибисова, А.Л. Дударев; докладчики – А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе; пр-ло 65 чел.).
- **XXXIII Всероссийская научно-практическая конференция СтАР «Актуальные проблемы стоматологии» с 20 по 21 апреля 2015 г. Москва, Крокус Экспо. Симпозиум «Комплексная реабилитация стоматологического пациента. СПБИНСТОМ – Ваш гид к вершинам мастерства в стоматологии».** 20 апреля 2015 г., Крокус ЭКСПО, Москва (председатели – М.А. Чибисова, В.Д. Вагнер, Р.А. Фадеев; пр-ло 45 чел.) (Докладчики – Бойко В.В, Батюков Н.М, Ступин М.Г., Черкашин Э.А., Грицай И.Г., Немаева А.В., Аллатова В.Г., Селягина А.С., Хоццевская И.А., Стерлигова Л.В.).
- Международная научно-практическая конференция «Комплексная реабилитация пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы и ВНЧС с использованием dentalной имплантации и 3D-технологий». СПб, ЭКСПОФОРУМ, 3 июня 2015 г. (Председатели: Чибисова М.А., Гольдштейн Е.В.; принимали участие компании Zebris (Германия) и КОНМЕТ, пр-ло 65 чел.).
- Впервые СПБИНСТОМ представил вниманию посетителей выставки Круглый стол «Обследование и лечение стоматологических пациентов с ЛОР-заболеваниями», СПб, ЭКСПОФОРУМ, 3 июня 2015 г. (Председатели: проф. Чибисова М.А., проф. Науменко Н.Н., к.м.н. Кузьмина И.В., д.м.н. Зубарева А.А., докладчики Поздякова Ю.С., Красненко А.С. Насущная тема междисциплинарного взаимодействия врачей нашла живой отклик среди участников мероприятия, пр-ло 45 чел.).
- XI Научно-практическая конференция «Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний» (4 и 5 июня 2015 г, Экспофорум, СПб, пр-ло 123 чел., председатель – М.А. Чибисова; докладчики – Р.А. Фадеев; И.А. Хоццевская, И.А. Госьков, Н.А. Савушкина).
- Организация МАСТЕР-КЛАССа «Современные возможности эндодонтического лечения» – заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Батюков Н.М., СПб, Экспофорум, 4 июня 2015 г. (пр-ло 56 чел.).

- Участие и выступление с докладом в мероприятии СОВЕЩАНИЕ ДЕКАНОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ РОССИИ СОВМЕСТНО С РАБОЧЕЙ ГРУППОЙ «ИНТЕГРАЦИЯ» ERO FDI. МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «НЕПРЕРЫВНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ» САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 3-5 ИЮНЯ 2015 г. (организаторы – ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, МГМСУ им. Евдокимова) (М.А. Чубисова).
- 2-я Ставропольская имплантологическая неделя 25-30 мая 2015 г., г. Ставрополь, «Актуальные вопросы дентальной имплантологии. Применение клинических рекомендаций (протоколов) при лечении частичной и полной потери зубов». (Чубисова М.А. «Диагностические аспекты применения конусно-лучевой компьютерной томографии и 3D-технологий в имплантологии, хирургической, ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (26 мая). Гольдштейн Е.В. «Имплантация при заболеваниях тканей пародонта» (30 мая).

Вопрос: Что такое современная лучевая диагностика в амбулаторной стоматологии?

– Кроме решения задач по организации рентгенологических обследований в стоматологических клиниках и соблюдения радиационной безопасности при выполнении рентгенологических исследований, необходимо широко внедрять для практического использования инновационные методы лучевой диагностики – трехмерную дентальную компьютерную томографию при проведении диагностических обследований в амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. Трехмерные дентальные компьютерные томографы устанавливаются в частных и государственных стоматологических клиниках, они позволяют перейти на новый уровень трехмерной диагностики, что значительно расширяет возможности визуализации зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, верхнечелюстных пазух и височно-нижнечелюстных суставов. Применение современных методов лучевой диагностики позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс, сократить сроки обследования стоматологических пациентов, снизить индивидуальную дозу лучевой нагрузки, повысить качество оказания стоматологической помощи.

Актуальность проблемы. Недавно (2003) в амбулаторной стоматологической практике появилась новая диагностическая методика – конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) или трехмерная дентальная компьютерная томография (3Д КТ). Данный метод исследования существенно расширяет возможности рентгенологической диагностики, так как позволяет увидеть рентгеновское изображение анатомической структуры корней и каналов зубов, альвеолярных отростков челюстей в 3 проекциях: фронтальной, сагиттальной и трансверзальной. На основании полученных данных конусно-лучевой компьютерной томографии были предложены алгоритмы диагностического обследования пациентов в различных разделах амбулаторной стоматологии и сформулированы показания для лучевого исследования больных с различными патологическими процессами зубо-челюстной системы, челюстно-лицевой области, лицевого отдела головы, околоносовых синусов и височно-нижнечелюстных суставов.

Цифровая ортопантомография и радиовизиография имеют единственный недостаток – это методики двухмерного анализа изображения, при этом зубочелюстная система

проецируется на плоскость других анатомических образований, что ведет к появлению артефактов и ошибок в трактовке изображения при диагностике стоматологических заболеваний. Самая инновационная методика лучевой диагностики 21 века – создание и активное внедрение в амбулаторную практику трехмерных дентальных компьютерных томографов. Дентальная или челюстно-лицевая объемная томография – 3Д КТ позволяет получать цифровое увеличенное и высококачественное рентгеновское изображение зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области или лицевого отдела головы в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (фронтальной, сагиттальной и аксиальной – по аналогии с СРКТ и МРТ) с соблюдением норм радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения. Просмотр CD-диска с данными 3Д КТ на персональном компьютере врача-стоматолога, дает возможность повысить качество консультаций пациентов и обеспечить комплексное лечение больных с привлечением врачей разных направлений, в том числе при необходимости челюстно-лицевых хирургов и оториноларингологов для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний и новообразований зубов, челюстей, лицевого отдела головы, верхнечелюстных синусов и височно-нижнечелюстных суставов. Дентальные объемные томографы созданы на основе конусно-лучевой (cone beam) технологии формирования пучка рентгеновского излучения. Компьютерная томография с применением конусного луча (СВСТ) или СВВТ является более совершенной технологией, чем получение изображения с использованием традиционного веерного луча, как при спиральной рентгеновской компьютерной томографии. Получаемое при данном исследовании изображение представляет собой цилиндр или сферу, а не набор срезов.

Теперь врачи имеют возможность получать цифровое трёхмерное изображение в процессе диагностического обследования благодаря принципиально новому диагностическому аппарату – трехмерному дентальному компьютерному томографу. Данный стоматологический или челюстно-лицевой компьютерный томограф, дает возможность получения прицельного (сегмента зубного ряда) или панорамного цифрового трехмерного рентгеновского изображения зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, лицевого отдела головы, верхнечелюстных, околоносовых синусов или височно-нижнечелюстных суставов пациента. Трехмерное изображение хранится в памяти компьютерного томографа и позволяет врачу-рентгенологу (лучевому диагносту) или врачу-стоматологу получить любое сечение зоны интереса и любую проекцию. Одна трехмерная модель дает возможность отказаться от дентальных снимков любой сложности. Трехмерные реконструкции можно вращать и рассматривать под любым углом. Уникальные диагностические возможности этого аппарата могут быть успешно использованы в различных областях стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. Дентальный компьютерный 3D-томограф надежен и прост в эксплуатации, он требует размещения аппарата в отдельном кабинете (площадь 8 м²) и сам занимает площадь 2x2,5 м². При устройстве рентгеновского кабинета с дентальным компьютерным 3D-томографом во время проведения рентгенологических исследований должны соблюдаться все меры радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения. В одной процедурной рентгеновского кабинета с дентальным компьютерным томографом можно устанавливать радиовизиограф.

Значительно расширяет возможности рентгенологической и лучевой диагностики в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии методика трехмерной дентальной компьютерной томографии, разработанной и проводимой при помощи различных видов цифровых объемных 3D-томографов в Центрах Стоматологической Рентгенодиагностики Группы Компаний МЕДИ (г. Санкт-Петербург, г. Москва) и других диагностических центрах в стоматологических клиниках в регионах РФ. Основной особенностью дентальной компьютерной томографии (3Д КТ) является возможность получения трёхмерного изображения зубов и отдельных участков челюсти, в том числе и поперечного послойного изображения корневого канала на всем протяжении корня. К 2014 г. в 9 Центрах Стоматологической Рентгенодиагностики Группы компаний МЕДИ (г. Санкт-Петербург и г. Москва) установлены одни из первых в России прицельные и панорамные дентальные объемные томографы разных фирм производителей. В настоящее время на данных 3D-томографах обследовано более 65 000 пациентов с различными заболеваниями и повреждениями зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, лицевого отдела головы, височно-нижнечелюстных суставов, верхнечелюстных и окононосовых синусов. Опыт использования трехмерной дентальной компьютерной томографии в Центрах Стоматологической Рентгенодиагностики Группы компаний МЕДИ и НОУ СПб ИНСТОМ свидетельствует о высокой информативности данной методики при применении в различных разделах амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии, а также о возможности повышения качества и эффективности стоматологического лечения на основе полученных данных.

Цели и задачи исследования. При этом для трехмерной дентальной компьютерной томографии не разработан оптимальный протокол стандартизированного использования различных компьютерных программ обработки дигитального изображения зубочелюстной области, который мог бы применяться в практической работе врачами-стоматологами и врачами-рентгенологами. Не разработаны наиболее информативные диагностические алгоритмы (регламенты) комплексного цифрового рентгенологического исследования при лечении и реабилитации стоматологических больных различного профиля, в том числе с использованием трехмерной дентальной компьютерной томографии.

Методы лучевой диагностики, используемые в амбулаторной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии:

1. Рентгенологическое исследование (рентгенография, зоно- и томография):

- внутритротовая рентгенография, радиовизиография;
- внеротовая рентгенография челюстей;
- ортопантомография зубочелюстной системы;
- панорамная зоно- и томография лицевого скелета по специальным программам на ортопантомографах;
- панорамная рентгенография челюстей с прямым многорадиальным увеличением изображения;
- рентгенография черепа;
- линейная зоно- и томография лицевого скелета.

2. Конусно-лучевая компьютерная томография (дентальная объемная томография, КЛКТ, ЗДКТ).

3. Мультиспиральная (мультисрезовая) рентгеновская компьютерная томография (МСРКТ).

4. Магнитно-резонансная томография (МРТ).

5. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягкотканых структур челюстно-лицевой области (УЗИ).

Алгоритмы и схемы лучевого обследования челюстно-лицевой области:

1. Лучевая диагностика аномалий и пороков развития зубо-челюстной системы.
2. Лучевая диагностика в стоматологии детского возраста.
3. Лучевая диагностика травматических повреждений челюстно-лицевой области.
4. Лучевая диагностика воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваний зубочелюстной системы;
5. **Лучевая диагностика новообразований челюстно-лицевой области** (кисты и новообразования челюстей).
6. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава.

7. Ультразвуковая диагностика мягкотканых структур челюстно-лицевой области (заболевания слюнных желез, кисты челюстно-лицевой области, лимфадениты челюстно-лицевой области, опухолевые поражения лимфатических узлов).

С 2007 по 2015 гг. специалисты секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии» врачи-стоматологи и врачи-лучевые диагностики активно занимаются научно-исследовательской работой с проведением научно-практических конференций и разработкой тем докторских и кандидатских диссертаций по актуальной проблеме: «Стандарты использования конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) при планировании и оценке качества лечения в различных направлениях амбулаторной стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии».

Наиболее активно занимаются научными исследованиями по данной проблематике специалисты секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии», работающие в НОУ СПб ИНСТОМ (кафедра рентгенологии в стоматологии); ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова (кафедра оториноларингологии с клиникой и кафедра челюстно-лицевой хирургии) и ГОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова (кафедра лучевой диагностики). В настоящее время на основании данных НИР опубликовано большое количество научных статей, методических руководств и монографий, в которых с современных позиций лучевой диагностики и стоматологии рассмотрены диагностические возможности конусно-лучевой компьютерной томографии, уточнены этапы цифрового рентгенологического исследования зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области, предлагаются рациональные стандартизованные протоколы компьютерной обработки и алгоритмы цифрового анализа трехмерного компьютерного рентгеновского изображения различных анатомических структур челюстно-лицевой области, зубочелюстной системы и лицевого отдела головы.

Основные **темы научных исследований** по актуальным проблемам лучевой диагностики воспалительных заболеваний челюстно-лицевого отдела головы (**разрабатываются на базе НОУ СПб ИНСТОМ**):

I. «Возможности конусно-лучевой компьютерной томографии в оптимизации и лечения хронических периодонтитов зубов».

II. «Клинико-рентгенологическая характеристика и алгоритм диагностического обследования на конусно-лучевом компьютерном томографе пациентов с заболеваниями пародонта».

III. «Современные возможности высокотехнологичных цифровых методов исследования при решении вопросов дифференциальной диагностики и тактики лечения больных с рино-одонтогенной инфекцией челюстно-лицевого отдела головы».

IV. «Трехмерная дифференциальная диагностика кистовидных образований челюстей. Возможности конусно-лучевой компьютерной томографии в дифференциальной диагностике воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области».

Заключение. Современная лучевая диагностика оказала существенное влияние на стоматологию в распознавании и планировании лечения многих заболеваний. Появление новых высокотехнологичных методов медицинской визуализации (цифровая рентгенография, КЛКТ, МСРКТ, МРТ и УЗИ) привело к пересмотру представлений о диагностике многих заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых и детей. Фактически были разработаны новая семиотика и синдромальная диагностика основных заболеваний зубочелюстной системы, алгоритмы и схемы лучевого обследования.

В настоящее время разработаны и используются алгоритмы лучевых методов исследования в диагностике стоматологических заболеваний у взрослых и детей, только благодаря современным методам лучевой диагностики можно обеспечить соблюдение протоколов и высокое качество лечения во всех направлениях амбулаторной стоматологической практики.

Достижения и проблемы организационного характера секции «Лучевая диагностика в стоматологии». Организация рентгенодиагностических обследований в амбулаторной стоматологической практике. Проблемы и пути их решения.

Вопрос: Обязательно ли стоматологическая клиника (или кабинет) должна иметь рентгенодиагностическую аппаратуру? Регламентируется ли это требование какими-либо нормативными актами, если да, то какими?

– В современной стоматологии роль рентгенологического метода исследования неуклонно возрастает. Рентгенологическое исследование является ведущим методом диагностики и постоянно используется при



Рис. 1. Радиовизиограф в рентгено-стоматологическом кабинете

распознавании большинства заболеваний зубочелюстной системы у лиц разных возрастных групп как в практике терапевтической и хирургической стоматологии, так и при ортодонтическом лечении и ортопедических мероприятиях, в том числе при лечении пациентов детского возраста. Таким образом, без рентгенологических данных клиническое исследование не может считаться полным ни в одном разделе стоматологии. Обязателен рентгенологический контроль при эндодонтическом лечении периодонтитов, при этом платным эндодонтическим лечением следует заниматься только в тех лечебных учреждениях, где есть условия для качественного и оперативного проведения рентгенологического обследования. В арсенале стоматологов имеется большой спектр различных видов и методик рентгенологических исследований зубочелюстной системы: традиционная внутриротовая рентгенография, радиовизиография, ортопантомография (панорамная зонография), телерентгенография, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, цифровая объемная томография (конусно-лучевая компьютерная томография, дентальная объемная томография, 3Д КТ) зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области и другие методы лучевой диагностики. При этом основными базовыми рентгенологическими методиками остаются внутриротовая дентальная рентгенография и ортопантомография. Кроме этого, наряду с выполнением традиционных рентгеновских снимков на пленку, в настоящее время в практике стоматологических клиник активно используются современные методики рентгенологического исследования – внутриротовая цифровая рентгенография зубов и периапикальных тканей с последующим вычислительным анализом их изображений (радиовизиография) и цифровая ортопантомография. В последние годы в амбулаторную стоматологию нашей страны активно внедряется трехмерная диагностика, при этом применяются конусно-лучевые компьютерные томографы и ортопантомографы с функцией 3Д-изображения.

Однако, в настоящее время не существует никаких нормативно-правовых актов, регламентирующих обязательное требование оснащения стоматологической клиники любой формы собственности рентгенодиагностической аппаратурой. Кроме того, в европейской и мировой амбулаторной стоматологической практике также не существует подобных нормативных документов. Данные требования имеют рекомендательный характер и исходят от профессиональных стоматологических организаций Европы, мира, а также Стоматологической Ассоциации России. В 2005 г. были разработаны, утверждены Советом СтАР и опубликованы в журнале «Клиническая стоматология» «Методические рекомендации по эндодонтическому лечению». Согласно данным рекомендациям, для соблюдения стандартов качества при проведении эндодонтического лечения в обязательном порядке необходимо выполнение 3 внутриротовых прицельных снимков зубов (цифровых дентальных на радиовизиографе в стоматологическом кабинете или пленочных снимков зубов в рентгеновском кабинете): диагностический; измерительный (с файлами или эндодонтическими инструментами для измерения длины канала); контрольный после временного или окончательного пломбирования канала зуба для оценки качества пломбировки. Три-шесть данных внутриротовых рентгенограмм зубов, выполненные на любом носителе (рентгеновской пленке или при радиовизиографии, распечатанные на принтере) должны быть вложены в амбу-

латорную карту или сохранены в памяти компьютера в электронной карте стоматологического больного. Рекомендательный характер данных требований СтАР, тем не менее, четко соблюдается в России, как необходимое условие стандарта качества эндодонтического лечения.

В настоящее время утверждены следующие документы:

■ «Стандарт оснащения стоматологической поликлиники. Стандарт оснащения отделения (кабинета) общей практики стоматологической поликлиники»

■ «Стандарт оснащения отделений (кабинетов, лаборатории) стоматологического профиля в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь».

■ «Стандарт оснащения стоматологического кабинета в образовательных учреждениях среднего, высшего и послевузовского профессионального образования, призывающих пунктах, на предприятиях и в организациях».

Согласно данным стандартам рабочее место врача-стоматолога общей практики, в обязательном порядке, должно быть оснащено радиовизиографом или дентальным рентгеновским аппаратом.

Сейчас одним из основных действующих нормативных документов являются «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. СанПиН 2.1.3.2630-10», в которых отдельный раздел посвящен организации рентгенодиагностики в стоматологической клинике. В данном разделе особое внимание уделено возможности размещения dentalных рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете и размещению радиовизиографов в стоматологическом кабинете, основным этапам реализации требований радиационной безопасности при вводе рентгеновских аппаратов в эксплуатацию.

Вопрос: С какими основными проблемами сталкиваются сегодня стоматологи при решении вопросов организации рентгенодиагностических обследований в стоматологических клиниках?

– В настоящее время в условиях рыночных отношений и страховой медицины резко повысились требования к качеству и эффективности оказания стоматологической помощи населению в стоматологических лечебно-профильных учреждениях различных форм собственности. Таким образом, в любом государственном, муниципальном или негосударственном коммерческом стоматологическом учреждении (типа клиники или поликлиники) должен быть организован рентгеновский кабинет, оборудованный современным рентгеностоматологическим комплексом, состоящим из ортопантомографа и/или внутриротового дентального рентгеновского аппарата. В небольших коммерческих стоматологических клиниках врачи-стоматологи чаще используют передвижные или настенные радиовизиографы для осуществления рентгенологического контроля стоматологического лечения. Необходимость рентгенологического контроля стоматологического лечения обуславливает появление в стоматологической клинике (кабинете) цифрового рентгеновского аппарата (радиовизиографа), который в обязательном порядке должен пройти программу лицензирования. Применение цифровой рентгенографии зубов и периапикальных тканей с последующим вычислительным анализом их изображений стало возможным благодаря появлению рентгеновских компьютеризированных



Рис. 2. Выполнение внутриротовых рентгеновских снимков зубов на радиовизиографе в рентгеностоматологическом кабинете

систем (радиовизиографов), представляющих собой комплексы, в которых современный малогабаритный рентгеновский аппарат функционально и модульно сопряжен с высокопроизводительным компьютером, имеющим специальное программное обеспечение. Цели совершенствования современных рентгенологических технологий – полностью использовать возможности метода рентгенодиагностики при уменьшении лучевой нагрузки на пациента во время исследования. При использовании цифровой техники рентгенографии (радиовизиографа) существенно снижается лучевая нагрузка на пациента за счет высокой чувствительности сенсорного датчика. Вычислительная рентгеновская система радиовизиографа позволяет мгновенно получить на экране монитора изображение зубов, обеспечить компьютерную регистрацию пациентов и ведение банка данных в виде персональных файлов каждого из них с возможностью обращения к ним в любой момент. Мобильность аппаратуры, ее размещение в непосредственной близости к стоматологической установке создают дополнительный комфорт для пациента и врача-стоматолога. Современные цифровые рентгеновские системы представляют собой весьма сложные электромеханические и компьютерные устройства, требующие исключительно четкого соблюдения правил эксплуатации, непосредственной техники рентгенографии, электрической и радиационной безопасности, а также выполнения ряда условий, обеспечивающих успех исследования.

В соответствии с санитарными правилами и нормативами (СанПиН 2.6.1.1192-03) и другими федеральными законами: № 52-ФЗ от 30.03.99 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; № 3-ФЗ от 09.01.99 г. «О радиационной безопасности населения»; № 19-ФЗ от 26.01.2002 г. «О типовой инструкции по охране труда для персонала рентгеновских отделений»; НРБ – 99/1999 г., ОСПОРБ – 99/2010 г. и др.) стоматологическое учреждение может проводить рентгенологические исследования только при наличии специальных разрешений (лицензий) на медицинскую деятельность. Состав и площади помещений также должны соответствовать санитарным нормам.

Кабинет должен быть оснащен рентгеностоматологическим оборудованием, выпускаемым по техническим

условиям, согласованным с Министерством здравоохранения России и прошедшим гигиеническую оценку. Импортное рентгеновское оборудование допускается к эксплуатации при наличии регистрационного свидетельства Минздрава России и сертификата соответствия. Кабинет, где проводятся рентгеностоматологические исследования, должен иметь набор передвижных и индивидуальных средств защиты персонала и пациента. Радиационная безопасность пациентов обеспечивается путем достижения максимальной пользы от рентгеновского обследования с целью получения диагностической информации. Рентгеновское обследование проводится только по назначению врача-стоматолога и с согласия пациента. Доза облучения пациента от проведения каждого рентгенологического исследования вносится в персональный лист учета доз медицинского облучения, являющийся приложением к его амбулаторной карте. По требованию пациента ему предоставляется информация об ожидаемой дозе облучения. Пациент имеет право отказаться от медицинских рентгенологических процедур.

Задача органов здравоохранения, руководителей стоматологических клиник и кабинетов заключается в строгом и неукоснительном обеспечении радиационной безопасности пациентов, персонала и населения при использовании рентгенодиагностических аппаратов. Функционирование рентгеновского кабинета (отделения) разрешается только при наличии соответствующей документации (список документов перечислен в «Санитарных правилах и нормативах» – СанПин 2.6.1.1192-03). Стоматологическое учреждение любой формы собственности, имеющее любое рентгенодиагностическое оборудование, должно в обязательном порядке получить Лицензию на медицинскую деятельность по специальности «Рентгенология» (Федеральные службы здравоохранения). Наличие данной Лицензии дает стоматологической клинике право работы на рентгенодиагностическом оборудовании, разрешает эксплуатацию и хранение медицинских рентгенодиагностических и dentalных аппаратов.

Существуют определенные проблемы, с которыми сталкиваются врачи-стоматологи при лицензировании клиник. По приказу Министерства Здравоохранения (1997 г.) врачам-стоматологам запрещено проходить первичную специализацию (профессиональную переподготовку) по специальности «Рентгенология» с получением сертификатов. При этом в амбулаторной стоматологии по всей России не хватает квалифицированных кадров врачей-рентгенологов и рентгенолаборантов для работы в рентгеновских кабинетах стоматологических организаций различной формы собственности.

Таким образом, программа лицензирования рентгенодиагностического оборудования в стоматологическом учреждении позволяет объективизировать контроль условий оказания, качества и эффективности стоматологической помощи в данном учреждении, качество и характер лучевых рентгенологических исследований, соблюдение техники безопасности обслуживающим персоналом, строгий учет и контроль радиационной безопасности при выполнении рентгеностоматологических исследований для пациентов и персонала. Врачи-стоматологи и ассистенты врачей-стоматологов, которые собираются работать на радиовизиографах, врачи-рентгенологи и рентгенолаборанты рентгеновских кабинетов стоматологических поликлиник, в обязательном порядке должны пройти курсы

повышения квалификации и/или первичной специализации по рентгенодиагностике в стоматологии в институтах повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, а также курсы по радиационной безопасности для персонала рентгенологических отделений и стоматологических клиник.

Вопрос: Каким вам видится оптимальный путь решения проблемы организации рентгенодиагностических обследований в современной стоматологической клинике? Каковы возможности организации рентгеностоматологических исследований и соблюдения норм радиационной безопасности при их проведении в свете современных нормативных документов и санитарных правил?

– Как известно, в настоящее время повышаются требования к качеству и эффективности оказания стоматологической помощи населению в амбулаторных лечебно-профильных учреждениях различных форм собственности. При этом рентгенологическое исследование является ведущим методом диагностики и постоянно используется при распознавании большинства заболеваний зубочелюстной системы у лиц разных возрастных групп в любом разделе амбулаторной стоматологической практики, обеспечивая стандарт качества лечения. Необходимость рентгенологического контроля стоматологического лечения обуславливает появление в стоматологической клинике (кабинете) цифровых рентгеновских аппаратов различного вида.

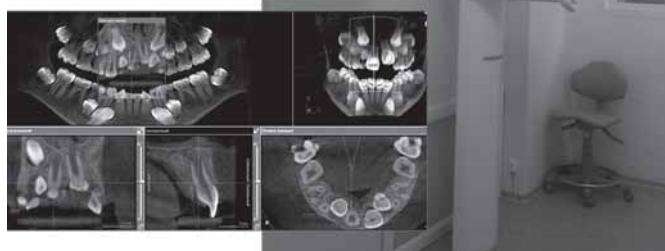
В настоящее время более 50-70 % государственных и частных стоматологических клиник во многих городах Российской Федерации расположены на 1-2 этажах жилых зданий, в том числе в смежных с жилыми помещениями. В данных лечебно-профилактических учреждениях различной формы собственности организованы рентгеновские кабинеты, в которых установлены цифровые ортопантомографы с цефалостатом или дентальные объемные томографы (конусно-лучевые томографы, стоматологические компьютерные томографы, ЗДКТ) для осуществления контроля качества оказания многопрофильной стоматологической помощи населению. Все эти учреждения получили необходимые документы для проведения рентгенодиагностических исследований.

Поверхностное отношение должностных лиц к вопросам развития современных технологий, а также бюрократическое отношение к изменениям в нормативно-правовых документах, в частности, к СанПиНу по рентгенологии – 2015, ставит под вопрос не только открытие новых стома-

Рис. 3. Цифровой panoramicный рентгеновский аппарат с цефалостатом, ОПТГ пациента детского возраста



Рис. 4. Цифровой панорамный рентгеновский аппарат с цефалостатом с функцией ЗДКТ (дентальной компьютерной томографии)



тологических клиник (независимо от формы собственности), но и работу значительного числа государственных стоматологических клиник. Мы считаем, что это не продуманное по возможным последствиям, не аргументированное научно, не согласованное со специалистами стоматологической отрасли решение практически лишает российских пациентов возможности получать современную, развивающуюся во всем мире, рентгенодиагностику стоматологических заболеваний.

Вкратце напомним суть проблемы. Развитие технологий и применение импульсного принципа работы стоматологических рентгеновских компьютерных томографов позволило получать трехмерное рентгеновское изображение с высокой достоверностью диагностики с минимальной дозой облучения пациентов. Для такой технологии применяется высокое напряжение электрического тока в сочетании с импульсными режимами работы. Однако, основываясь на предшествующих научных исследованиях (1999 г.), решающим в определении возможности размещения и классификации источников ионизирующего излучения были данные номинальной рабочей нагрузки W (mA·мин)/нед) и анодное напряжение U (кВ). К сожалению, запретительные нормы проекта СанПиНа по рентгенологии – 2015 базируются до сих пор на этом принципе. Это является формальным основанием для запрета использования стоматологических томографов нового поколения в стоматологических клиниках, находящихся в жилых зданиях. При этом надзорно-разрешительные органы отказываются проводить допуск к применению на основании фактических доз расчета лучевых нагрузок для рентгенодиагностических аппаратов, применяемых в стоматологии.

В настоящей редакции проекта «Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур» «СанПиН 2.6.1. – 2015 по рентгенологии» особую угрозу для размещения действующих и проектируемых дентальных аппаратов для пленочных прицельных снимков, цифровых стоматологических аппаратов для панорамных снимков (цифровых ортопантомографов), стоматологических компьютерных томографов представляют пункт 3.4.2. и сноска внизу страницы:

3.4.2. Не допускается размещение в жилых зданиях рентгеностоматологических кабинетов с пленочными дентальными аппаратами для прицельных снимков или орто-

пантомографами или компьютерными томографами, процедурная которых расположена смежно с жилыми помещениями⁹.

Без рентгенологического контроля невозможно гарантировать качество оказания амбулаторной помощи ни в одном разделе стоматологической практики. Запрет на использование цифровых панорамных рентгеновских аппаратов, расположенных в жилых зданиях, приведет, как пример, к увеличению количества выполняемых внутриротовых прицельных снимков зубов и возрастанию лучевой нагрузки на пациентов и медицинский персонал.

С начала 2010 г. Стоматологическая Ассоциация России, выражая мнение Медицинской палаты Санкт-Петербурга, Ассоциации «Стоматологическая индустрия» и ОПОРЫ РОССИИ, впервые обратила внимание Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на ряд проблем, которые могут возникнуть в связи с принятием санитарных правил «Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур» в части использования источников ионизирующего излучения в стоматологических клиниках, расположенных в жилых зданиях.

Речь идет о следующем цифровом оборудовании:

- цифровой панорамный рентгеновский аппарат (ортопантомограф) пленочный и цифровой (в настоящее время в соответствии с действующей редакцией СанПиН имеет все необходимые разрешительные документы – регистрационное удостоверение, декларацию соответствия);
- стоматологический аппарат для панорамных снимков пленочный и цифровой с функцией конусно-лучевой компьютерной томографии (в соответствии с разрешительными документами – цифровой панорамный рентгеновский аппарат с функцией трехмерной (3D) томографии). Для указанного оборудования в проекте СанПиНа установлены нормы, не имеющие под собой научно-доказательных расчетов.

За последнее время для решения данного вопроса представители Роспотребнадзора, СТАР и других общественных организаций обсуждали этот вопрос и в присутствии ФАС и Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения (2013–2015 гг.).

Нам удалось решить все спорные вопросы, кроме одного. Это нормы, указанные в табл. № 2 Приложения 4 проекта Санитарных правил, которые в контексте с нормой п. 3.2.7 ОСПОБа-2010 фактически накладывают запрет на дальнейшую работу рентгено-стоматологического оборудования клиник, размещенных в жилых зданиях и имеющих все необходимые разрешительные документы в соответствии с действующими санитарными нормами (СанПиН 2.6.1.1192-03) – это РУ (регистрационные удостоверения) и декларации (сертификаты) соответствия на оборудование, а также соответствующие СЭЗ и лицензии на медицинские организации.

Эти разногласия были изложены в письме № 02/8 от 07.08.2014 г. от Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения в

⁹ Допускается эксплуатация в жилых домах действующих рентгеностоматологических кабинетов, в том числе расположенных смежно с жилыми помещениями, с цифровыми дентальными аппаратами и пантомографами, при условии обеспечения требований радиационной безопасности для населения (СанПиН 2.6.1.1192-15).

НИИ РГ, где было отмечено, что принятие новой редакции санитарных правил «**Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур**» с указанными нормами создаст дискриминационные условия для хозяйствующих субъектов в сфере стоматологической деятельности.

15.10.2014 г. в Роспотребнадзоре состоялось совещание под председательством начальника отдела организации санитарного надзора по радиационной гигиене Степанова В.С. с представителями СТАР и других общественных организаций. Были достигнуты договоренности, которые устраивали обе стороны. Повторное совещание состоялось в Роспотребнадзоре РФ 2 марта 2015 г.

В связи с вышесказанным в настоящий момент Главному санитарному врачу РФ Поповой А.Ю. нельзя подписывать санитарные правила «**Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур**», содержащие нормы, которые не основаны на научно-доказанных расчетах, а самое главное, которые закладывают коррупционную составляющую при дальнейшей работе клиник, использующих данное оборудование, в то время как представители медицинского сообщества настаивают на проведении дополнительных расчетов для обеспечения радиационной безопасности при проведении рентгеностоматологических исследований для всех видов помещений.

При разработке данных санитарных правил не была учтена серьезная вероятность роста стоимости стоматологических услуг, как для государственных, так и для частных клиник, а также ухудшение их качества. К этому приведет значительное увеличение расходов стоматологических организаций на переоборудование или оборудование новых помещений и переоформление документов; потери от затрат на ранее приобретенное оборудование и получение разрешений; невозможность осуществления всех требующихся для лечения процедур одновременно и в одном помещении и т.п.

Считаем, что на современном этапе развития рентгенологических технологий возможно достижение требований радиационной безопасности и в технологическом, и в правовом смысле без ущемления прав медицинских организаций.

В настоящее время основными действующими нормативными документами являются:

- «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. СанПиН 2.1.3.2630-10»;
- «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований» СанПиН 2.6.1.1192-03 (проект новой редакции санитарных правил «**Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур**»);
- СП 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности ОСПОРБ-99/2010».

Анализируя регламенты перечисленных документов, возникает необходимость упорядочить нормы размещения современного рентгенологического оборудования, применяемого в стоматологической практике:

■ убрать из Основных санитарных правил обеспечения

радиационной безопасности из пункта 3.2.7 цифры ограничения рабочей нагрузки для рентгенодиагностических аппаратов **40 мА·мин./нед.**;

- внести в главу 5.4. «Стационарные средства радиационной защиты» в Таблице 5.2. «Номинальные рабочая нагрузка W и анодное напряжение U для расчета стационарной защиты рентгеновских кабинетов» необходимый перечень современного рентгеностоматологического оборудования;
- провести замеры по рабочей нагрузке для всех видов оборудования и внести эти данные в табл. 5.2.

Таким образом, решив вопрос о нормах размещения современного рентгенологического оборудования, применяемого в стоматологической практике.

Никаких новых научных исследований по облучению населения разработчики СанПиНа по рентгенологии 2011–2015 не проводили. В настоящее время используемые сейчас цифровые ортопантомографы и стоматологические компьютерные томографы, расположенные в жилых домах, не представляют никакой угрозы для жителей домов, в которых находятся стоматологические клиники с рентгеновскими кабинетами, а также для пациентов и медицинского персонала клиник. Все рентгеновские кабинеты стоматологических клиник проходят лицензирование и дозиметрический контроль перед открытием, соблюдаются все нормы радиационной защиты стен, пола, потолка рентгеновских кабинетов, данные параметры регулярно контролируются органами Роспотребнадзора. Официальных данных о том, что используемое в настоящее время рентгеновское оборудование (цифровые ортопантомографы и стоматологические компьютерные томографы) стоматологических клиник, расположенных в жилых домах, представляет угрозу для жителей домов, в которых находятся кабинеты, нет. В качестве причины изменения настоящих нормативов по размещению рентгеновского оборудования в жилых домах разработчики СанПиНа по рентгенологии ссылаются на жалобы от населения и жителей данных домов, но официальных данных в средствах массовой информации не опубликовано.

Новый СанПиН по рентгенологии 2015 предусматривает полную передислокацию кабинетов с рентгенологическим оборудованием из жилого фонда в нежилой для рентгеновских аппаратов с рабочей нагрузкой более 40 мА/мин х нед (цифровые ортопантомографы и стоматологические компьютерные томографы). В жилых домах разрешено оставить только радиовизиографы (рентгеновские аппараты для выполнения внутриротовых цифровых прицельных снимков зубов), рабочая нагрузка которых не превышает 40 мА/мин х нед. В настоящее время имеется объективное обоснование (опубликованное в научной литературе и нормативных документах), что радиовизиографы не представляют угрозу для жителей домов, в которых находятся данные рентгеновские кабинеты.

Если новый документ вступит в силу, то для пациентов изменится (увеличится) стоимость стоматологического лечения (так как могут закрыться некоторые стоматологические клиники) и повысится лучевая нагрузка на пациентов за счет возрастания в десятки раз количества прицельных внутриротовых рентгеновских снимков зубов. Последствия для медицины – снижение качества всех видов стоматологического лечения в результате отсутствия адекватного рентгенологического

контроля. В результате пострадают частные и государственные стоматологические клиники, так как 70% стоматологических поликлиник располагаются в жилых домах. Российская стоматология не готова к таким переменам.

Нами проведен анализ нормативных документов по радиационной безопасности, действующих в Европейских странах и в мире. На основании анализа перечисленных нормативных документов по выполнению рентгенодиагностических обследований в амбулаторной стоматологии и соблюдения норм радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения, которые действуют в Европейских странах и Америке, можно сделать следующие выводы. В Европейских странах и Америке нет ограничений для размещения рентгенодиагностического оборудования (радиовизиографы, ортопантомографы с цефалостатами или без них, конусно-лучевые компьютерные томографы) в стоматологических клиниках, расположенных в жилых домах, офисных и общественных зданиях. Во всех случаях соблюдаются правила и нормы радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения (выполняются требования индивидуальной и стационарной радиационной защиты при проведении обследований). Можно привести в пример частные диагностические центры, расположенные на 1-2 этажах жилых домов в г. Хельсинки (Финляндия), г. Кельн и г. Гамбург (Германия). При этом в каждом диагностическом центре может находиться в одном кабинете различная диагностическая аппаратура (радиовизиографы, ортопантомографы, конусно-лучевые компьютерные томографы). Также и наши коллеги при размещении рентгенодиагностического оборудования (радиовизиографы, ортопантомографы с цефалостатами или без них, конусно-лучевые компьютерные томографы), которое используется в Российской Федерации и имеет регистрационное удостоверение Минздрава и Сертификат соответствия, применяют понятие *индивидуальная и стационарная радиационная защита помещений, и предъявляют требования по физико-техническим условиям выполнения рентгеновских исследований зубочелюстной системы (напряжение, кВ, сила тока, мА, время экспозиции – сек), рабочей нагрузке и эффективным дозам для пациентов и медицинского персонала.*

Проект данного СанПиНа по рентгенологии 2015 разработан без элементарного прогноза на дальнейшую работу современной стоматологии, где роль рентгенологического метода исследования неуклонно растет, при этом ввод в действие данного документа создаст дополнительные неоднозначные условия работы для органов государственного надзора, так как запрещение работы данных рентгеновских кабинетов может поставить под удар качество оказания любого вида стоматологической помощи в амбулаторной практике.

Новый СанПиН по рентгенологии 2015 затрагивает не только стоматологию, а все отрасли медицины, где используется рентгеновское оборудование. Также запрет на размещение рентгенодиагностического оборудования в жилых домах будет распространяться на частные клиники, оказывающие лечебные услуги по общей медицине, где используются переносные и передвижные рентгенодиагностические аппараты для обследования всех органов и систем человека.

В настоящее время Стоматологическая Ассоциация России и другие общественные организации совместными действиями пытаются **приостановить утверждение СанПиНа по рентгенологии 2015 «Радиационная безопасность при обращении с медицинскими рентгеновскими аппаратами и проведении рентгенологических процедур».**

Со своей стороны СТАР и другие общественные организации готовы принять участие в разработке технических требований для нормирования и написания правил размещения рентгеностоматологического оборудования, потому что в настоящей редакции документа СанПиН по рентгенологии 2015:

- отсутствуют физико-технические характеристики (параметры) работы рентгенодиагностического оборудования (сила тока, напряжение, экспозиция);
- до конца не изучены дозовые нагрузки по облучению пациентов, медицинского персонала и населения при проведении рентгеностоматологических процедур с помощью нового цифрового оборудования (радиовизиографы, цифровые панорамные рентгеновские аппараты, цифровые панорамные рентгеновские аппараты с функцией 3Д КТ, стоматологические компьютерные томографы);
- не регламировано, какие категории медицинского персонала будут проводить рентгенологические исследования на радиовизиографах в стоматологических кабинетах и т.д.

В настоящее время назрела объективная необходимость решения всех перечисленных проблем рентгенодиагностики в амбулаторной стоматологии. При этом выполнение общей основной задачи содействия и поддержания высокого качества оказания различных видов стоматологической помощи в ЛПУ любой формы собственности в Российской Федерации невозможно без использования современных методов лучевой диагностики.

Вся последняя информация по данному вопросу будет представлена на Курсах повышения квалификации для стоматологов в сентябре на конференции, которая пройдет 29 сентября 2015 г. в МВЦ "КРОКУС ЭКСПО" с 14:30–18:00 «О легальных механизмах преодоления бюрократических ограничений рентген-диагностических возможностей в стоматологии в связи с новой версией СанПиН «Радиационная безопасность...» в рамках конференции СТАР «Стоматология XXI века».

Приглашаем вас и ваших коллег на нашу конференцию!!

— Вы возглавляете в СТАР секцию «Лучевой диагностики в стоматологии». Какие планы и задачи перед собой ставит эта секция?

— Секция организовалась в апреле 2007 г., и в 2011 г. меня переизбрали председателем на второй срок. Мы долгое время (с 2003 г.) воевали за радиовизиографы, вначале для своей компании, а потом и для всей страны. При этом мы стали активно сотрудничать со Стоматологической ассоциацией России. В это время назрела необходимость создания специальной секции, которую назвали «Лучевая диагностика в стоматологии». Я переняла опыт от профессора Н.А. Рабухиной, которая мне эту секцию и передала. В настоящее время секция «Лучевая диагностика в стоматологии», СТАР и другие общественные организации направляют все силы, чтобы организовать и обеспечить радиационную безопас-

Секции СТАР

ность рентгеностоматологических исследований в амбулаторной практике в свете современных нормативных документов и санитарных правил. Вначале это была борьба за возможность использовать радиовизиограф в стоматологическом кабинете, а сейчас речь идет о возможности запрета размещения цифровых ортопантомографов и конусно-лучевых компьютерных томографов в жилых зданиях (в смежных с жилыми помещениями). При этом основная задача секции «Лучевая диагностика в стоматологии» – продвижение в профессиональной среде новых современных методов лучевой диагностики, в том числе конусно-лучевой компьютерной томографии; внедрение стандартов рентгенологического обследования с использованием КЛКТ и алгоритмов рентгенологического обследования пациентов в различных разделах амбулаторной стоматологической практики, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. Сегодня в нашей секции состоят врачи-рентгенологи, которые пришли в стоматологию. Есть врачи-стоматологи, которые сейчас имеют возможность официально получить специализацию по рентгенологии через ординатуру и интернатуру. В секцию вступают главные врачи и генеральные директора стоматологических клиник, то есть, все те энтузиасты, которые любят рентгенодиагностику в стоматологии. Поэтому что люди все больше и больше понимают, что без лучевой диагностики сегодня невозможно гарантировать качество стоматологического лечения.

Планы работы секции «Лучевая диагностика в стоматологии» на 2015–2016 гг.:

■ Работа в составе Координационного Совета Оргкомитета по подготовке и проведению 66-й Генеральной Ас-

соблии Всемирной медицинской ассоциации в октябре 2015 г. в Москве.

- Работам в составе Совета при Министерстве здравоохранения РФ по обеспечению перехода к проведению аккредитации специалиста.
- В рамках XXXIV Всероссийской научно-практической конференции СТАР проведение 29 сентября 2015 г. в МВЦ КРОКУС ЭКСПО, Москва научно-практической конференции «О легальных механизмах преодоления бюрократических ограничений рентген-диагностических возможностей в стоматологии в связи с новой версией СанПин «Радиационная безопасность..», руководитель конференции – Председатель секции «Лучевая диагностика в стоматологии» Чубисова М.А. (участие в Съезде СТАР – Чубисова М.А.)
- В апреле 2016 г. в рамках Всероссийской научно-практической конференции СТАР в Москве в КРОКУС ЭКСПО совместную конференцию 2 секций «Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава» (секция «Хирургической стоматологии и челюстно-лицевых хирургов» и секция «Лучевая диагностика в стоматологии»).

– Что по вашей специальности рекомендуете прочитать?

– С точки зрения рентгенодиагностики в стоматологии, интересные книги выпускаются издательством Института стоматологии. В сентябре 2014 г. «МЕДИ издательство» опубликовало последнюю монографию «Стандарты использования конусно-лучевой компьютерной томографии в различных разделах амбулаторной стоматологической практики, в челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии» под редакцией проф. М.А. Чубисовой (360 страниц). ■



000 «Дентекс»
125284, Москва, Хорошевское
шоссе, д.12к1, З этаж
+7 495 974 30 30
191123, г. Санкт-Петербург
ул. Радищева, д.39 литер Д, офис 301
+7 (812) 318-03-79
info@dentex.ru www.dentex.ru

000 «Стома-Денталь»
680028, г. Хабаровск
ул. Истомина д. 71
Помещение I (1-14)
+7 4212 46 00 70
+7 4212 46 00 71
mail@dent.ru
www.dent.ru

000 «Витал ЕВВ»
620144, г.
Екатеринбург
ул. Сурикова, д. 37
+7 343 257 75 67
+7 343 251 48 97
office@vitalevv.ru
www.vitalevv.ru

a-dec

Посетите a-dec.com/300 и ознакомьтесь со всеми возможностями.

Почерк с поддержкой
5 ЛЕТ ГАРАНТИИ

ЭВОЛЮЦИЯ

Обновленный A-dec 300

Спроектированный по модульному принципу, A-dec 300 представляет собой поистине интеллектуальную систему, способную адаптироваться к вашим потребностям и бюджету.

Кресло с системой распределения давления, специальным механизмом подвески спинки и контурными поверхностями обеспечивает превосходную поддержку и комфорт для пациента. Эргономика и экономика стали еще лучше.



XVII специализированная выставка



12-14 ОКТЯБРЯ



ДЕНТАЛ-ЭКСПО СТОМАТОЛОГИЯ УРАЛА - 2016

«ВДНХ-ЭКСПО»

г. Уфа, ул. Менделеева, 158



ЛИГАС  LIGAS

тел./факс: +7 (347) 253-76-05

e-mail: ligas@ufanet.ru

www.ligas-ufa.ru



**Представляем клиники, получившие статус
«ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР СТАР»**

АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова»

История современной Тульской стоматологической поликлиники им. С.А.Злотникова началась в 1920 г. Она стала первым государственным стоматологическим учреждением в г. Туле. За прошедшие годы поликлиника прошла большой путь развития, превратилась из маленькой зубоврачебной амбулатории на несколько рабочих мест в крупное лечебное учреждение, являющееся лидером стоматологии Тульской области.

Тульская стоматологическая поликлиника с 2004 г. носит имя заслуженного врача РСФСР Савелия Ароновича Злотникова, под руководством которого значительно улучшилась материальная база, построено новое здание, открыты стоматологические поликлиники в районах Тульской области, были освоены и успешно применяются до сегодняшнего време-

ни сложнейшие операции. «Всё лучшее в стоматологии должно быть в Туле!» – девиз С.А. Злотникова до сих пор служит в поликлинике руководством к действию.

С начала 1990-х поликлиника прошла сложный путь – от введения сдельной оплаты труда до (реорганизации) акционирования коллективом – Акционерное общество «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова».

С середины девяностых и до настоящего времени поликлиника работает в системе обязательного медицинского страхования, являясь отличным примером государственно-частного взаимодействия в здравоохранении Тульской области. В 2015 г. Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова принимает участие во Всероссийском конкурсе «Лучший



Заслуженный врач РФ, генеральный директор Полетаева Валентина Васильевна



Главный врач Е.А. Богомолова

проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении» (утвержденного приказом Минздрава России от 30.06.2015 г. № 334).

Прогрессивное развитие стоматологии возможно только посредством постоянных инвестиций и инноваций с использованием механизмов государственно-частного партнерства. Потенциал государственно-частного партнерства значителен: взаимодействие экономически заинтересованных партнеров, дополнительные источники инвестиций, расширение инновационных возможностей и многое другое. Во многих европейских странах такая форма работает успешно.

С 2003 г. АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» возглавляет заслуженный врач РФ, генеральный директор Полетаева Валентина Васильевна – пионер в тульской имплантологии.

Сегодня АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» – универсальный стоматологический центр, с высокими требованиями к качеству и объему услуг и инфраструктуре, имеющий в своем составе базовую поликлинику

на 40 кресел и 4 стоматологических центра на 13 кресел в различных районах г. Тулы. Всё самое лучшее – сильнейшая команда узкопрофильных врачей, которые работают сообща (4 кандидата медицинских наук, защитившиеся на базе поликлиники), дорогостоящее оборудование, позволяющее проводить сложнейшие процедуры, самые эффективные и передовые технологии. Поликлиника находится в постоянном контакте с ведущими ВУЗами и специалистами России и зарубежья.

Уже более 6 лет в АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» для успешного проведения большинства видов стоматологического лечения, а также имплантации, ортодонтии, хирургии применяется качественная высокоточная диагностика на дентальном компьютерном томографе «Gendex CB-500». Компьютерная томография используется всеми врачами поликлиники при планировании стоматологических операций, имплантации, остеопластики, синуслифта, ортодонтического лечения, пародонтологии, эндодонтии, а также для исследований и диагностики зубных рядов.



Фасад поликлиники



Лечебный кабинет

Современный конусно-лучевой томограф «Gendex CB-500» позволяет получить неограниченное количество анатомических срезов, точно определить толщину и высоту кости, спланировать операцию, подобрать размер и тип имплантата, удаленность нижнемандибулярно-

го нерва, дна гайморовых пазух, определить методику операции, минимизируя риски при проведении операций и гарантируя превосходный результат. Сканирование выполняется за один подход и вся процедура занимает не более 3 минут, обеспечивая низкую лучевую безопасность для пациента.

Загруженность поликлиники была и остается большой – 12-часовой режим и 6-ти дневная рабочая неделя. Для удобства пациентов запись на прием ведется и медицинскими регистраторами и через интернет.

Каждый кабинет оснащен современными стоматологическими установками. Все кабинеты компьютеризированы, создана компьютерная сеть. В базе данных поликлиники хранятся все снимки пациента, а профессиональное программное обеспечение позволяет врачу получить быстрый доступ к ним, оперативно на-



Лечебный кабинет оснащенный дентальным микроскопом



Зуботехническая лаборатория АО «Тульской стоматологической поликлиники им. С.А. Злотникова»



Ортопантомограф

ходить и обрабатывать необходимую для лечения информацию. При необходимости пациент может получить одновременную консультацию терапевта, ортопеда, хирурга, пародонтолога и ортодонта. В результате разрабатывается комплексный план лечения с учетом общего состояния здоровья, отбираются наиболее эффективные технологии, составляется удобный для пациента график посещений.

АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» первая в Тульской области в 1993 г. внедрила в работу имплантологические операции с последующим протезированием.

На сегодняшний день имплантологическое отделение является одним из лучших отделений поликлиники. Команда ведущих врачей стоматологов-хирургов и оснащенность клинической базы лучшими имплантологическими системами отечественных («Конмет») и мировых («Semados», «BEGO», «MIS») производителей позволяет с гарантированным успехом решать любые клинические задачи. В АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» проводятся операции по имплантации зубов по самым со-



Регистратура

временным методикам: традиционная двухэтапная имплантация; одноэтапная имплантация с немедленной нагрузкой – установкой временных коронок; одномоментная имплантация – сразу после удаления зуба, методики первичной костной пластики с использованием мембранный техники и остеостимулирующих препаратов, сложнейшие операции по направленной костной регенерации, имплантации и пересадке костных блоков, открытый и закрытый синуслифт, на-

правленная тканевая регенерация с пересадкой соединительно-тканых трансплантатов.

Ортодонтическое отделение – одно из перспективнейших отделений АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова». Все больше пациентов, независимо от возраста, проявляет интерес к ортодонтическому лечению. В своей практике врачи-ортодонты АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» ориентированы на использование самых современных и высокоточных технологий при максимально индивидуальном подходе в лечении зубочелюстных деформаций. Добиться отличных результатов позволяет применение инновационных брекет-систем «Incognito», «WIN». Даные системы изготавливаются индивидуально для каждого пациента в Германии с применением сложной лабораторной процедуры и сочетают в себе высокотехнологичный и индивидуальный дизайн. Все врачи ортодонтического отделения АО «Тульская стоматологическая поликлини-



Печь Vita Vacumat 6000M для изготовления протезов из безметалловой керамики



Гости Областной научно-практической конференции

ка им. С.А. Злотникова» прошли обучение и имеют сертификаты для работы с данными системами.

Врачи-стоматологи 2 ортопедических отделений используют в своей работе новейшие методики протезирования. В зависимости от количества утраченных и оставшихся зубов, возраста и состояния здоровья пациента, предлагаются несколько альтернативных методов восстановления зубного ряда. Это могут быть и несъемные цельнолитые конструкции, металлокерамика, безметалловая керамика «E-max» (коронки, вкладки, накладки, виниры), два вида диоксида циркония: «Prettau» и «Zirconia translucent», изготовление металлокерамических коронок после имплантации на индивидуальных абатментах, а также съемные полные и частичные протезы на основе термопласта, бюгельные протезы на клапанах и замковых креплениях, что позволяет изготавливать эстетичные, высокофункциональные ортопедические конструкции и существенно повысить уровень качества жизни пациентов.

Огромной частью ортопедического лечения является высокооснащенная, современная зуботехническая лаборатория, в которой трудится 30 зубных техников, имеющих высшую и первую квалификационную категорию.

Сегодня зуботехническая лаборатория оснащена компьютеризированной производственной CAD/CAM системой Zirkon Zahn, включающая в себя фрезерный станок, сканер, программное обеспечение. Это единственный способ в мире свести практически к нулю все погрешности в процессе изготовления сверхточной ортопедической конструкции с высокой прочностью и идеальной эстетикой. АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» – единственная поликлиника в Тульской области, имеющая лицензию и работающая с драгметаллами при изготовлении несъемных конструкций.

Лечебно-хирургическое отделение АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» обладает возможностью предложить широкий выбор лечебных и профилактических программ, способных решить сложнейшие проблемы в области терапевтической стоматологии, которая, безусловно, является самой востребованной из всех отраслей стоматологии. Сегодня стоматологи-терапевты поликлиники имеют возможность оказывать помощь на современном оборудовании и использовать качественные пломбировочные материалы, адгезивные системы, что позволяет делать уникальную художественную реставра-



Гости Областной научно-практической конференции

рацию зубов, получить отличные как непосредственные, так и отдаленные результаты. Каждое рабочее место оснащено эндомотором, апекс-локатором, многофункциональным ультразвуковым скалером, пескоструйным аппаратом для профилактики стоматологических заболеваний. Для эндодонтического лечения врачами-стоматологами АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова», помимо традиционного пломбирования методом латеральной конденсации, используется метод вертикальной конденсации термопластифицированной гуттаперчей, системой «Термофил», системой «Гутта-кор».

Одной из самых популярных услуг в сфере эстетической стоматологии в наши дни является отбеливание зубов. Возможности АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» в решении этого вопроса достаточно широки. Специалистами поликлиники проводится отбеливание одними из самых современных, эффективных и безопасных систем «ZOOM», «Opalescence». И, конечно же, особое внимание уделяется профилактике стоматологических заболеваний: проводятся сеансы ин-

дивидуального обучения гигиене полости рта, профессиональная чистка зубов, обработка реминерализующими препаратами.

Одним из важных вопросов является повышение онкологической настороженности и усиление роли и ответственности врача-стоматолога в выявлении онкологических заболеваний на ранней стадии. В АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» в дополнение к традиционному осмотру ротовой полости врачи проводят совершенно безболезненную и совсем нетравматичную процедуру проверки полости рта и губ (скрининг-тест) с использованием «Vizilite», «АФС-Д» тестов.

С 2012 г. в АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» внедрена инновационная методика лазерного лечения, введен в эксплуатацию диодный лазер «Picasso», который используется на ортопедическом, хирургическом и терапевтическом приеме. Проводится лазерная ретракция и коррекция десны перед протезированием и терапевтическим лечением, гингивэктомия, френэктомия, вестибулопластика, удаление доброкачественных новообразований, лечение перикоронита (иссечение

капюшона), лечение заболеваний пародонта и заболеваний слизистой оболочки полости рта и другие манипуляции. Преимущества лазерного лечения обусловлены особыми свойствами лазера, позволяя работать безопасно и с предсказуемым результатом.

Стоматологи-хирурги АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» используют современное хирургическое оборудование – радионож “Surgitron” (США) при операциях на мягких тканях с одномоментной коагуляцией сосудов и более коротким сроком заживления раневых поверхностей.

Операционный микроскоп – незаменимая вещь в кабинете современного стоматолога. Он позволяет решать задачи, которые раньше ставили матерых докторов в тупик. АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» оборудована немецким дентальным микроскопом “Leica M-320”, который обеспечивает максимальное удобство в процессе лечения пациенту и врачу, позволяет производить фото и видеосъемку для дальнейшей демонстрации этапов лечебного процесса и дополнение истории болезни не только рентгеновскими снимками, но и фотографиями, которые подтверждают гарантию и качество лечения.

Особое внимание в АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» уделяется процессу обработки и подготовки инструментов. Стерилизационная поликлиники оснащена самым новым и передовым оборудованием, которое гарантирует защиту от инфекции в ходе лечения и соответствует современным санитарно-эпидемиологическим требованиям. Безопасность пациентов является приоритетом в работе, поэтому максимально используются одноразовые инструменты. Для утилизации отходов класса “Б” в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10 закуплен и введен в эксплуатацию утилизатор медицинских отходов “Балтнер”.

В 2004 г. АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова» был присвоен статус Инновационного Центра Стоматологической Ассоциации России (СТАР). На

клинической базе в рамках сотрудничества со СТАР и «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» постоянно ведется научно-исследовательская работа по возможностям использования новейших методик, материалов, препаратов, проводятся исследования при работе над диссертационными работами сотрудников поликлиники, мастер-классы.

Ежегодно вот уже более 10 лет проводятся научно-практические конференции – «В будущее с благодарностью к прошлому», посвященные памяти заслуженного врача РФ, чье имя носит поликлиника, Злотникова Савелия Ароновича, с приглашением специалистов ведущих стоматологических ВУЗов России и при участии Стоматологической Ассоциации России (СТАР). Эти мероприятия трудно переоценить – ежегодное место встречи для стоматологов Тулы, соседних областей и ведущих специалистов Российской стоматологии – возможность повысить уровень профессионального мастерства врачей поликлиники и быть в курсе развития современной стоматологии, а также внедрять в практику новые методы лечения.

Грамотная работа врачей, основанная на учете медицинских показаний и противопоказаний, тщательная индивидуальная работа с пациентами, правильное оформление документации – вот основные принципы, взятые на вооружение АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова». Жители г. Тулы высоко оценили работу поликлиники – в ежегодном региональном конкурсе «Тульский бренд-2014» в номинации «Здоровье и красота» туляки выбрали АО «Тульская стоматологическая поликлиника им. С.А. Злотникова».



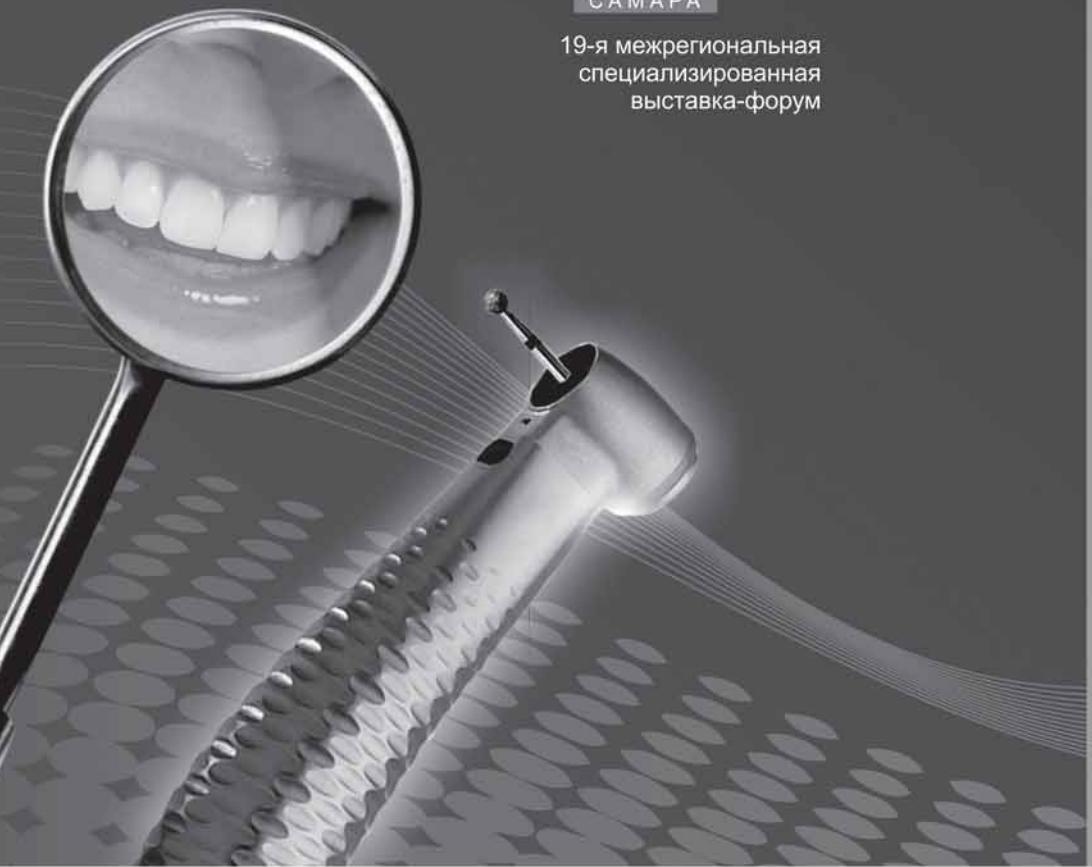
Музей поликлиники

ВЫСТАВКА ДЕНТАЛ-ЭКСПО САМАРА 2016

10-12 НОЯБРЯ



19-я межрегиональная
специализированная
выставка-форум



СООРГАНИЗАТОР:

DENTALEXPO®

ПОДДЕРЖКА:



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ



САМАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ РОССИИ



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ



ЭКСПО-ВОЛГА

создаем события

Более
70
участников

- **Лекции и мастер-классы:**

- эстетическая стоматология
- гигиена
- имплантология
- ортодонтия
- ортопедия
- пародонтология
- эндоонтология

- Стендовые доклады

- Презентации

Информацию о мероприятиях
программы, участниках выставки,
новинках смотрите
на официальном сайте



Также на сайте
вы можете получить

**БЕСПЛАТНЫЙ
ПРИГЛАСИТЕЛЬНЫЙ
БИЛЕТ!**

ул. Мичурина, 23а
тел.: (846) 207-11-39

www.expo-volga.ru