

Ортодонтическое лечение

Теория и практика

Enhancement Orthodontics

Theory and Practice

Marc Bernard Ackerman, DMD
Diplomate, American Board of Orthodontics
Clinical Associate Professor
Temple University School of Dentistry
Department of Orthodontics
Philadelphia, Pennsylvania
Private Practice of Orthodontics
Bryn Mawr, Pennsylvania




Марк Бернард Экермен

Ортодонтическое лечение

Теория и практика

Перевод с английского

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2010

УДК 616.314-089.23

ББК 56.6

Э35

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с английского: Я.Ю.Дьячкова

Экермен М.Б.

- Э35 Ортодонтическое лечение. Теория и практика / Марк Бернارد Экермен ; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 160 с. : ил.
ISBN 5-98322-618-5

Данная книга представляет собой четко изложенное компактное клиническое руководство, позволяющее добиться эстетичного результата в ортодонтии. Отрицая нажитый опыт прошлых поколений ортодонтов, книга позволяет бросить свежий взгляд на ортодонтическое лечение через призму пациентоориентированной парадигмы и улучшить результаты лечения, касающиеся внешнего вида, функциональности и здоровья челюстно-лицевой системы. Объединение под одной обложкой клинических примеров и элементов тренинга по принятию решений привело к созданию легко внедряемого в практику руководства, охватывающего большинство клинических сценариев. Книга не останавливается только на внутривисочных проблемах, а показывает, как применять анализ лица пациента для улучшения всей челюстно-лицевой системы.

Полезная и в клинике, и в научной работе, эта книга является будущим ортодонтического лечения. Она пригодится как практикующим врачам-стоматологам, желающим пополнить свои знания в области ортодонтии, так и студентам, изучающим ортодонтию, эстетическую стоматологию, пародонтологию.

УДК 616.314-089.23
ББК 56.6

ISBN 0-8138-2623-3

© 2007 by Blackwell Munksgaard, a Blackwell Publishing Company. This edition is published by arrangement with **Blackwell Publishing Ltd**, Oxford. Translated by **MEDpress-Inform Publishers** from the original English language version. Responsibility of the accuracy of the translation rests solely with **MEDpress-Inform Publishers** and is not the responsibility of **Blackwell Publishing Ltd**.

ISBN 5-98322-618-5

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2010. Данное издание опубликовано по соглашению с **Blackwell Publishing Ltd**, Oxford. Перевод осуществлен издательством «МЕДпресс-информ» с оригинальной английской версии. Ответственность за точность перевода лежит исключительно на «МЕДпресс-информ», **Blackwell Publishing Ltd** за выполненный перевод ответственности не несет.

Содержание

Вступительное слово	8	4. Визуализация структур челюстно-лицевой области	65
Предисловие	10	5. Классификация и диагностика аномалий челюстно-лицевой области	81
Благодарности	12	6. За пределами нормы: исправление зубочелюстных аномалий	101
Введение	14	Послесловие	155
I. Теория	17	Алфавитный указатель	157
1. Определение ортодонтии	19		
2. Сотрудничество в ортодонтии	29		
II. Практика	43		
3. Клиническое обследование при аномалиях зуболицевого аппарата	45		

Вступительное слово

Это восхитительно – наблюдать, как ортодонт в третьем поколении изучает историю своей профессии и пытается помочь своим коллегам создать новое будущее с учетом прошлых достижений. Автор много узнал о стоматологии еще с тех пор, как сидел на коленях у своего деда и отца, а также извлек огромную пользу из собственного обучения в области стоматологии, так как ему посчастливилось быть учеником М. Amsterdam, R. Tisot и других легендарных личностей, работавших на факультете школы Стоматологической медицины Университета в Пенсильвании в конце XX столетия.

Когда автор дает оценку работам основоположников ортодонтии, иногда он выглядит «иконоборцем». Однако он обладает уникальной способностью выделять важную и, как оказалось, не стареющую со временем информацию, а также соединять ее с более поздними данными для того, чтобы помочь врачам биологически обосновать выбор методов лечения, соответствующих технологиям и достижениям XXI в. Для обучения дисциплине и ее дальнейшего развития очень важно качество ее понимания и обзор истории развития, поэтому они играют важную роль в данной работе.

Одним из ключевых в данной книге является утверждение, что она посвящена скорее ортодонтии, чем окклюзии зубного

ряда. Большая часть данной работы посвящена всестороннему обследованию пациента. Автор очень подробно описывает процедуру исследования, обращая внимание не только на ситуацию в полости рта, но и на внешнюю оценку лица, в частности, улыбку. В главе 3 детально описываются методы, применяемые в клиническом исследовании зуболицевых признаков. Читателю предложена детализированная методика исследования и классификации этих характеристик, причем значительное внимание уделяется различным признакам улыбки пациента. Данные, собранные в рамках проведенного изучения строения челюстно-лицевой области и улыбки, описаны в данной работе с помощью методов, полезных для работы практикующего врача. При обследовании пациента его пожелания к внешнему виду имеют такое же значение, как и необходимые для его достижения ортодонтические изменения. Учет пожеланий пациента особенно важен при налаживании сотрудничества с ортодонтом. Это необходимо не только для обеспечения хорошей гигиены полости рта, но и во время длительного ретенционного периода. Также автор постарался отразить аспекты определения состояния пародонта и уделил внимание стоматологическим материалам, играющим важную роль в достижении поставленной цели.

Значительная часть этой книги посвящена тщательному обследованию пациента. Сбор данных позволяет ортодонту составить план лечения, поэтому данному этапу уделяется достаточно времени. Глава 2 «Сотрудничество в ортодонтии» мастерски написана, информация, представленная в ней, может быть применена практически во всех специальностях стоматологии. При изучении раздела, посвященного исследованию и оценке лица и улыбки, становится очевидным, что данные сведения полезны не только ортодонтам, но и очень важны при лечении сложных случаев, включающих протезирование зубов и другие обширные реставрации в полости рта. Также очевидно, что эта информация будет очень полезна для обучения ординаторов и аспирантов ортопедической и терапевтической стоматологии. Пожелания пациентов на этапе диагностики должны учитываться во всех областях стоматологии.

Ряд случаев, рассматриваемых в главе 6, позволяет читателю наблюдать за обобщением информации, представленной в предыдущих главах, и применением полученных данных

при работе с пациентами. Иллюстрации информативны и прекрасно выполнены, описание результатов лечения в каждом анализируемом случае, без сомнения, важно для обучающихся. Особенно приятен тот факт, что новая работа в данной области не является очередным представлением стоматологических аппаратов или материалов. Автор, безусловно, достоин признательности за то, что в своей книге основное внимание уделил профессии, а также ее развитию в современных условиях.

Информация, представленная в книге, применяется автором в клинической практике и является частью его успешной преподавательской деятельности на курсах докторантов. Научные публикации доктора Ackerman, а также его выступления на конференциях всегда вызывают огромный интерес.

D. Walter Cohen, DDS
Dean-Emeritus, University of Pennsylvania
School of Dental Medicine
Chancellor-Emeritus, Drexel University
College of Medicine

Предисловие

Книга «Ортодонтическое лечение: теория и практика» представляет собой результат десятилетних поисков определения, что именно следует считать ортодонтическим здоровьем, а что – требует ортодонтического лечения. В книге – результат моей работы в области ортодонтии, моих частной практики, исследований, лекций и педагогической деятельности. Перед тем как в 1997 г. поступить в ординатуру по ортодонтии, я задал единственный вопрос своему отцу, ортодонту во втором поколении: «Ортодонтия действительно работает?» Он ответил довольно резко: «Нет, не особенно». У нас началась продолжительная дискуссия о природе ортодонтии и о причинах, по которым пациенты обращаются к нам за помощью. Теперь, спустя 10 лет, я отношу его ответ на счет неудовлетворительных результатов ортодонтического лечения тех времен. Причина подобного разочарования – наша неспособность взглянуть на ортодонтическое здоровье пациентов, их потребности и результаты лечения с другой точки зрения, отличной от традиционно принятой в ортодонтии.

Принципы ортодонтического лечения, представленные в данной работе, позволяют открыть новые перспективы ортодонтии, а также ее роль в современном обществе. Читатель узнает, что успех лечения зависит в равной степени как от исправления

аномалий пациента, так и от постоянного повышения профессионализма врача. Для достижения нужного результата необходимо, чтобы ортодонт и пациент принимали совместные решения. Я совершенно определенно утверждаю, что ортодонтия действительно «работает», если в практике используется интерактивная модель сотрудничества с пациентом.

В книге читателю предлагаются теоретические и практические способы для ортодонтического исправления аномалий челюстно-лицевой области. Данную работу следует рассматривать скорее как клинические обсуждения различных случаев, а не как учебник или атлас. Она построена таким образом, чтобы сначала объяснить, почему пациенты хотят получить ортодонтическое лечение, а затем на клинических примерах продемонстрировать, как на практике возможно улучшить челюстно-лицевые признаки. При необходимости я упомяну о специальных методиках и материалах, применяемых мною на практике. Я никаким образом финансово не заинтересован в этих патентованных товарах, они рассматриваются только с клинической точки зрения. Хотя всем моим пациентам лечение проводилось с помощью несъемных вестибулярных преформированных аппаратов, для многих пациентов могут успешно применяться аппараты других типов

конструкций и способов действия, которые широко представлены на ортодонтическом рынке.

Хочу надеяться, что данная книга прольет свет на природу ортодонтии и усилит ин-

терес читателя к поиску лучших способов лечения.

Marc Bernard Ackerman
Bryn Mawr, Pennsylvania

Благодарности

Успех ортодонтического лечения зависит от работы многих специалистов совершенно разных специальностей. Прогресс в любой отрасли медицины происходит главным образом за счет совместных усилий практических врачей, педагогов и исследователей. Невозможно объединить работу других в целую систему и не произнести слов благодарности. Поэтому я выражаю огромную признательность тем, кто внес вклад в развитие принципов ортодонтического лечения:

Dr. James L. Ackerman (Pittsboro, North Carolina), за его доверие и смелость выступить против постулатов традиционной ортодонтии, которые формировались более 45 лет. Многие его публикации легли в основу концепции улучшения ортодонтии. В личном плане он потрясающий преподаватель, партнер, редактор и, самое главное, отец.

Dr. D. Walter Cohen (Philadelphia, Pennsylvania), за огромный вклад в развитие стоматологии и научные изыскания в области пародонтологии. Его решительная поддержка и вера в мои способности вдохновляли меня стремиться к достижению профессионального успеха.

Dr. Orhan Tuncay (Philadelphia, Pennsylvania), первому, кто убедил меня написать эту книгу, а также предоставил возможность научить наших принципам ординаторов Temple University.

Dr. David Sarver (Birmingham, Alabama), прекрасному наставнику и соавтору. Он настоящий «миссионер ортодонтии», постоянно предлагающий новые идеи и методики на суд очень строгой аудитории.

Dr. Bjorn Zachrisson (Oslo, Norway), в лекциях которого прекрасно определены и упрощены многие ключевые принципы ортодонтии.

Dr. Harvey Rosen (Philadelphia, Pennsylvania), за его потрясающее мастерство в области ортогнатической хирургии. Его работа в области эстетической хирургии челюстей революционна.

Dr. Robin Harshaw (Bryn Mawr, Pennsylvania), за благотворительное стоматологическое лечение детей – двух поколений ортодонтических пациентов Ackerman.

Dr. Robert Tisot (Moorestown, New Jersey), за его руководство и наставничество, за непревзойденное клиническое обучение у этого великолепного врача.

Dr. Morton Amsterdam (Bala Cynwyd, Pennsylvania), за его вклад в развитие ортопедической стоматологии. Его постоянные усилия для исправления аномалий зубных рядов, которые раньше считались безнадежными, легли в основу современной восстановительной стоматологии. Он впервые предположил на своих семинарах, что изменения окклю-

зии могут быть вызваны физиологическими причинами.

Отдельная благодарность также тем, кто любезно разрешил использовать их оригинальные иллюстрации:

Dr. D. Walter Cohen,
Dr. Harvey Rosen,
Imaging Sciences International,
Gregory FCA Communications,
3dMD (Kelly Duncan),
Interactive Communication and Training (Tom Griffin).

Издательству «Elsevier Publishing» за разрешение использовать материал, который уже был опубликован в *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.

Также хотелось бы поблагодарить сотрудников издательства «Blackwell Publishing», особенно выпускающего редактора Sophia Joусе и моего редактора Erica Judisch, веривших в эту книгу с самого начала. Кроме того, я благодарю всех моих пациентов и сотрудников в Main Line Orthodontics, без которых появление этой книги было бы невозможно.

И, наконец, я очень признателен всей моей семье за терпение, любовь и поддержку.

Введение

Мне бы хотелось, чтобы вы поняли – выбирая данную специальность, вы должны быть кем-то большим, чем просто механиком... Вы не только исправляете физические недостатки вашего пациента, но также оказываете определенное влияние на его самоуважение и красоту. В определенных пределах вы можете изменить лицо от дисгармонии черт до симметрии, от уродства до миловидности и от отталкивающей внешности до обаятельной. (N.W.Kingsley, 3 декабря 1908, в письме Обществу выпускников Ортодонтической школы Энгля).

«Ортодонтическое лечение: теория и практика» – радикальное отступление от традиционного взгляда на клиническую ортодонтию. На практике большинство наших пациентов хотят улучшить внешние зуболицевые признаки по отдельности или вместе взятые, но они совершенно не обязательно хотят изменить окклюзию зубных рядов. Понятие *особенности черт лица и зуболицевого аппарата* в данном контексте означает параметры твердых или мягких тканей либо сочетание этих признаков, определяющие индивидуальный внешний вид лица и влияющие на речь и общение. Многие пациенты, которые ранее могли быть отнесены к категории «нормальных» с точки зрения ортодонтических аномалий, теперь требуют исправления аномалий до достижения идеала. Поэтому современ-

ная ортодонтическая диагностика и планирование лечения определяются *пациентом, общественным мнением и морфологическим идеалом*, а не сравнением анатомических и морфологических параметров пациента с устаревшими параметрами нормы. Потребность в ортодонтическом лечении в первую очередь зависит от того, насколько изменится жизнь пациента в худшую сторону из-за наличия у него каких-либо зубочелюстных аномалий. Для того чтобы понять, как возникли эти новые ортодонтические стандарты, необходимо рассмотреть, как развивалась ортодонтия в XX в.

Изначально ортодонтия отделилась от ортопедической стоматологии. Тогда окклюзия рассматривалась как связующее звено для всех разделов стоматологии. Интактный зубной ряд был скорее исключением, а не правилом, поэтому усилия стоматолога конца XIX столетия в основном были направлены на создание приемлемой окклюзии при протезировании дефектов зубных рядов. Возможно, определяющим моментом периода «викторианской» стоматологии следует считать предложение Эдвардом Энглемом признаков нормальной окклюзии и их применение к естественным зубным рядам (Angle, 1899). Эти признаки определили направление теоретических и практических исследований в ортодонтии на следующие 100 лет.

Хотя классификация зубочелюстных аномалий Энгля была прекрасна в своей простоте, в то же время она была ограничена тем, что все аномалии оценивались только в одном направлении. Еще важнее тот факт, что Энгль и его коллеги находились под влиянием фундаментализма XIX в. считали, что целью ортодонтического лечения является достижение идеала, *предопределенного* природой. Ахиллесовой пятой классификации Энгля было то, что совершенно не учитывалась сильная вариабельность нормальных параметров у людей. Рассматривая проблему в свете современных знаний и векового опыта, мы видим, что природа никоим образом не стремится облегчить усилия ортодонта в достижении совершенства, напротив, часто сводит их на нет. Norman W.Kingsley, предшественник Энгля и «отец ортодонтии», заявлял: «Устойчивость и неизменность неодушевленных предметов общеизвестны и нигде не проявляются так ярко, как в попытках насильно измененной Природы вернуться к своему прежнему состоянию» (Kingsley N.W., 1908).

Огромное число исследований в ортодонтии последней части XX в. было сконцентрировано главным образом на изучении того, каким в норме должен быть рост черепно-лицевого скелета, установлении границ нормальных значений параметров твердых тканей и их влияния на ортодонтическое лечение. Считалось, что если ортодонты поймут последовательность и продолжительность периодов роста и развития челюстно-лицевой области, они смогут рассчитать, когда именно нужно начинать лечение механическими аппаратами, чтобы изменить, усилить и даже уменьшить любое отклонение в развитии твердых тканей до нормальных значений. Современные рандомизированные исследования в ортодонтии продемонстрировали, что модификация роста может привести к клиническим результатам на короткое время, но не существует доказательств сохранения этих результатов в течение долгого времени (Wheeler et al., 2002; Tulloch et al., 2004).

По существу, ортодонты узнали лишь то, что именно мягкие ткани влияют на результат ортодонтического лечения (Ackerman et al.,

1999). Признаки, связанные с формой и функционированием мягких тканей, по большому счету, обуславливают границы перемещения зубов для исправления скелетных аномалий. Такими признаками является давление губ, щек и языка на зубы, ткани пародонта, мышцы и соединительные ткани височно-нижнечелюстного сустава, а также кожу лица. Таким образом, в ортодонтии целью клинической диагностики и планирования лечения является понимание пределов изменения мягких тканей пациента и соответствующих им изменений зубов и костных тканей, которые необходимы для получения желаемого внешнего вида лица и улыбки. От того, насколько морфологические признаки пациента отличаются от желаемого им идеала, зависит выбор метода лечения – только ортодонтический или в сочетании с другими методами.

Сегодня роль врача-ортодонта заключается в улучшении морфологических признаков челюстно-лицевой области. Любое проводимое лечение должно осуществляться с учетом пожеланий пациента. Главная задача ортодонтов – не окклюзия и не эстетика. Их профессиональная деятельность в большей степени связана с улучшением здоровья и качества жизни пациентов вследствие способности изменять значимые морфологические признаки челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА

- Ackerman, J.L., Proffit, W.R., Sarver, D.M. 1999. The emerging soft tissue paradigm in orthodontic diagnosis and treatment planning. *Clin Orth Res* 2:49–52.
- Angle, E.H. 1899. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos* 41:248–264, 350–357.
- Kingsley, N.W. 1908. A letter to the Alumni Society of the Angle School of Orthodontia. *American Orthodontist*, p. 125.
- Tulloch, J.F.C., Proffit, W.R., Phillips, C. 2004. Outcomes in a 2-phase randomized clinical trial of early Class II treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 125:657–667.
- Wheeler, T.T., McGorray, S.P., Dolce, C., Taylor, M.G., King, G.J. 2002. Effectiveness of early treatment of Class II malocclusion. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 121:9–17.

Теория



1

Определение ортодонтии

Основная цель большинства пациентов, требующих ортодонтического лечения, – заметное улучшение внешнего вида челюстно-лицевой области. Ортодонтическое лечение, по их мнению, то, что, в первую очередь, позволяет выглядеть и воспринимать себя лучше и, возможно, улучшает способности к социальному взаимодействию с другими людьми. Стоматологи утверждают, что исправленная окклюзия улучшает здоровье зубных рядов и их устойчивость к заболеваниям, поэтому многие пациенты, обращающиеся за ортодонтической помощью, считают вторичной целью своего лечения достижение здоровья полости рта. Таким образом, существует значительное расхождение между представлениями пациента и специалиста о показаниях для ортодонтической помощи и о том, каким должен быть конечный результат. Задачей данной главы является попытка определить, как ортодонтия влияет на здоровье, а также выяснить, в каких случаях ортодонтическое лечение необходимо пациентам.

Медикализация ортодонтии

В нашем обществе отмечается все более возрастающее намерение пересмотреть и изменить естественные биологические процессы, такие как, например, менопауза, недомогание или болезнь. Эти явления уже вклю-

чены в различные практические методики лечения, например, огромному множеству здоровых женщин проводится гормонозаместительная терапия. В некоторых случаях, например при алкоголизме (в свете современных представлений, бытовое пьянство считается болезнью), это намерение, безусловно, оправданно, тогда как в других, таких как, например, лечение возрастных морщин кожи, подобная тенденция весьма надуманна, ведь эта «проблема» касается практически каждого мужчины или женщины в мире. Данное явление носит название *медикализации*. Возникает определенное беспокойство, что сфера подобной медицинской практики расширяется на области, не являющиеся частью медицины. Отмечены случаи, когда любые отклонения окклюзии от теоретического идеала уже считаются ненормальными, т.е. представляют собой живой пример медикализации морфологических изменений, существующих в природе. *Медикализация* – это тенденция представлять деятельность, явление, поведение, условие и прочее как заболевание или недуг, который следует считать болезнью или аномалией в случаях, когда:

- страдает общее состояние пациента;
- причины заболевания вещественны, а соматические проявления не связаны с психикой;

- необходимо обязательное лечение, направленное на устранение или сглаживание симптомов;
- излечение от этих недугов сосредоточено исключительно в руках врачей.

Эти принципы поддерживаются обществом вне зависимости от интересов здоровья людей (Президентский Совет США по биоэтике, 2003 г.).

Традиционно аномалии окклюзии рассматриваются как предмет для медиализации. Медиализированная модель ортодонтии основана на теории, что нормальная окклюзия есть важнейшее требование для ортодонтического здоровья.

Предполагается, что в природе существует универсальный стандарт *нормы зуболицевой области* и, в частности, один вариант нормальной окклюзии (совокупность зубных параметров), при котором возможны великодушное здоровье полости рта, ее правильная функция и привлекательный внешний вид. Ортодонтической нормой считают, соответственно, смыкание моляров по I классу, когда медиально-щечный бугорок верхнего первого моляра находится в щечной фиссуре нижнего первого моляра, зубы расположены ровно в зубном ряду, а также присутствует незначительное перекрытие нижних резцов верхними по вертикали и горизонтали (Angle, 1899). *Аномалия окклюзии* в составе ортодонтического заболевания понимается как любое отклонение зубов от идеальной окклюзии. К сожалению, термин *идеальная окклюзия* часто употребляется как синоним термина *нормальная окклюзия*.

Ранее утверждалось, что аномалии окклюзии могут способствовать развитию кариеса и болезней пародонта. Многие клиницисты аргументировали это тем, что гораздо легче чистить ровные зубы (смыкающиеся в так называемой идеальной окклюзии), чем искривленные. Однако последние данные позволяют предположить, что желание и мотивация человека к поддержанию гигиены полости рта имеют гораздо большее значение при возникновении зубных болезней, чем то, насколько ровно расположены зубы. Таким образом, влияние аномалий окклюзии на возникновение заболеваний зубов имеет меньшее значение, чем состояние гигиены полости рта пациента (Helm, Peterson, 1989).

В конце 1970-х годов был проведен ряд исследований с участием большого числа пациентов, которым ортодонтическое лечение было проведено 10–20 лет назад. В результате были получены определенные данные о долгосрочной зависимости между аномалиями окклюзии и здоровьем полости рта (Sadowsky, BeGole, 1981; Polson et al., 1988). В этих исследованиях проводилось сравнение пациентов одной возрастной группы, подвергшихся ортодонтическому лечению, и нелеченых. В обеих группах наблюдалось одинаковое состояние тканей пародонта, не зависящее от идеальной окклюзии, достигнутой в результате лечения у пациентов первой группы. Таким образом, положительное влияние ортодонтического лечения на состояние пародонта не было доказано, кроме того, оказалось, что обычно оно не оказывает ятрогенного влияния на пародонт. Долгосрочные исследования показали, что физиологически правильное ортодонтическое лечение не увеличивает вероятность возникновения болезней пародонта в будущем. Хотя в литературе встречаются сообщения о клинических случаях, демонстрирующие влияние нефизиологического ортодонтического лечения на пародонт, в настоящее время не существует подтверждения того, какой именно будет реакция тканей пародонта на различное ортодонтическое лечение.

Некоторые стоматологи утверждали, что даже небольшие отклонения от идеальной окклюзии вызывают появление парафункциональных мышц, например бруксизма или сильного сжимания зубов. Если бы это соответствовало истине, большинству пациентов с незначительными аномалиями окклюзии потребовалось бы специальное лечение для предотвращения развития болевых ощущений в жевательных мышцах. Полученные данные подтверждают, что, хотя у большого процента населения отмечается среднее отклонение от идеальной окклюзии (приблизительно от 50 до 75% в зависимости от изучаемых симптомов) и это число значительно превышает количество пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (от 5 до 30% в зависимости от изучаемых симптомов), вряд ли только изменение окклюзии само по себе может приводить к гиперактивности жевательных мышц, связанных с ви-

сочно-нижнечелюстным суставом (Greene, 1995). Резюмируя, окклюзия (Huang, 2004), положение мышелка и ортодонтическое лечение (Gianelly, 1989) не приводят к возникновению аномалий височно-нижнечелюстного сустава.

Одной из последних популярных гипотез было предположение, что идеальная окклюзия определяет внешний вид лица. Считалось, что наиболее правильное функциональное положение зубов в окклюзии обеспечивает наибольшую привлекательность лица. При отсутствии подчеркнутой диспропорции лицевых костей или нарушения размера зубов или зубных рядов данное утверждение обычно верно. Однако при наличии переднезадней или вертикальной диспропорции челюстных костей или макродентии, вызывающей изменение размеров зубных рядов, необходимое для исправления данных аномалий ортодонтическое перемещение зубов приводит к выходу зубов за пределы мягких тканей и, соответственно, вызывает аномалии внешнего вида лица (см. рис. 1.1).

Более правильная с биологической точки зрения концепция заключается в том, что нормальной (идеальной) окклюзией может считаться множество вариантов смыкания зубов, если они сочетаются с привлекательным внешним видом лица и гармоничным функционированием полости рта. В настоящее время невозможно определить момент, при котором отклонение челюстно-лицевых параметров от нормы становится патологическим или приводит к неправильной функции. Ортодонту следует рассматривать окклюзию пациента в качестве только одного из показателей для достижения ортодонтического здоровья. Идеальная окклюзия может быть прекрасной отправной точкой для оценки смыкания зубов пациента, но не должна являться результатом лечения для *всех* пациентов. Если аномалия окклюзии не влияет на внешний вид и общее состояние пациента, ортодонтам не следует использовать наличие этой аномалии в качестве «медицинской» причины проведения ортодонтического лечения.

Психосоциальные причины

Ровные зубы и приятная улыбка обеспечивают положительный социальный статус,

тогда как неправильные или выступающие зубы – отрицательный (Shaw, 1981; Shaw et al., 1985). Также имеется линейная зависимость между правильно расположенными зубами и качествами, которые ассоциативно с этим связывают – интеллектом, искренностью и честностью (Linn, 1966). Дети с наиболее выраженными аномалиями окклюзии проявляют огромное желание лечиться ортодонтически, хотя мотивация у детей с умеренными и слабовыраженными аномалиями практически одинакова (Lewit, Virolainen, 1968). На практике именно матери зачастую решают, необходимо ли ортодонтическое лечение, а также убеждают в необходимости лечения своих детей. Родительская оценка необходимости ортодонтического лечения более всего связана с социальными факторами (улучшение статуса), чем с объективной очевидностью серьезности проблемы (Baldwin, Barnes, 1965).

Определение ортодонтических аномалий

В начале 1970-х годов Управление военно-медицинской службы армии США обратилось с просьбой к Национальной академии наук – Национальному исследовательскому совету – рекомендовать для использования в военной программе здравоохранения метод определения степени тяжести аномалий окклюзии, а также объективные клинические критерии для описания данных аномалий. Запрос был вызван тем, что право на ортодонтическое лечение имеют только те военнослужащие, аномалии окклюзии которых приводят к серьезным физическим нарушениям. В ответ на этот запрос был создан Комитет по определению ортодонтических аномалий (СНОС). Целью его работы был ответ на следующие вопросы: в чем заключаются ортодонтические аномалии, кому следует оценивать объем ортодонтического лечения. В своем завершающем докладе (Национальный исследовательский совет, 1976) СНОС определил, что «ортодонтическая аномалия» – это:

Клинически выраженная физическая аномалия взаимоотношения зубов и/или челюстей. Она приводит к физическим, эмоциональным и со-



Рис. 1.1 Ранее считалось, что наиболее правильное смыкание зубов всегда соответствует наиболее привлекательному типу лица. При отсутствии скелетных аномалий или нарушений размеров зубов и зубных рядов данная гипотеза обычно соответствует истине. Однако при наличии переднезадней или вертикальной диспропорции челюстных костей или макродонтии, вызывающей изменение размеров зубных рядов, необходимое для исправления данных аномалий ортодонтическое перемещение зубов приводит к выходу зубов за пределы мягких тканей и, соответственно, вызывает аномалии внешнего вида лица. Несмотря на то, что у данной пациентки практически идеальная окклюзия, на внешний вид ее лица отрицательно повлияли функциональная недостаточность губ, удлинненная нижняя треть лица, а также вогнутый профиль и ретрогения (а–е).

циальным нарушениям. Степень тяжести аномалии у человека зависит от того, насколько она влияет на него. Таким образом, выраженная ортодонтическая аномалия – это аномалия челюстно-лицевой области, сильно влияющая на физическое или эмоциональное здоровье человека. Физическое здоровье считается нарушенным,

если возникают неправильные дыхание, речь или жевание, особенно если это сопровождается явными анатомическими отклонениями. Эмоциональное здоровье считается нарушенным, если аномалии окклюзии пациента вызывают развитие негативной реакции у других людей, что приводит к третированию человека

из-за его физических дефектов, или если они влияют на собственное восприятие человеком своего имиджа и самооценку настолько, что изменяется его социальная адаптация.

СНОС пришел к выводу, что у довольно небольшого числа детей (14%) имеются *серьезные* ортодонтические проблемы (Национальный исследовательский совет, 1976). Однако СНОС рекомендовал использовать разработанную шкалу степени тяжести ортодонтических аномалий как в военном здравоохранении, так и в гражданском.

При учете физического, духовного и социального благополучия в определении необходимого объема ортодонтического лечения оценка степени тяжести аномалии окклюзии понимается более широко, так как ранее эти психосоциальные факторы не использовались в диагностике. Потребность в ортодонтическом лечении зависит от степени выраженности физических и эмоциональных нарушений конкретного пациента. К сожалению, подобный подход оказания ортодонтической помощи так и не стал общепринятым в клинической практике или здравоохранении. Однако было предложено определять потребность в ортодонтическом лечении, основываясь на степени выраженности аномалии с социальной точки зрения.

Биоэтические перспективы: улучшение или лечение?

В связи с тем, что все большему количеству людей требуется избирательное общемедицинское и стоматологическое лечение для улучшения их внешнего вида и самочувствия, возникают новые биоэтические вопросы относительно нравственных принципов в этой области здравоохранения (Президентский совет США по биоэтике, 2003). Исторически врач являлся «врачевателем» болезни. Традиционно целью *лечения* в медицине и стоматологии было исцеление людей от известных болезней и других патологических процессов для восстановления их здоровья и самочувствия до нормального состояния. Целью *улучшения* в современной медицине и стоматологии является изменение «нормального» состояния тела или разума отдельного человека для того, чтобы усилить или повысить присущие

ему возможности в физическом и социальном смысле. Биоэтики предложили разделить термины «лечение» и «улучшение», чтобы отделить нравственно приемлемые способы врачебных вмешательств от неприемлемых. На самом деле, первоначально считалось, что вмешательства, характеризующиеся как «лечебные», вполне допустимы с этической точки зрения, а остальные, связанные с понятием «улучшение», этически сомнительны. Например, использование генной терапии для лечения рассеянного склероза считается допустимым. В то же время использование этого метода лечения для увеличения роста невысокого пациента, страдающего из-за этого физического недостатка, не принято.

Несмотря на то, что разделение понятий лечения и улучшения привлекает внимание к этой проблеме практикующих ортодонтотв, подобная позиция все еще считается двусмысленной и не применяется повсеместно в клинической практике. Улучшение, по определению, обычно означает количественное изменение какого-либо признака, увеличение степени его выраженности. Это довольно субъективно и некоторым образом зависит от нравственных норм. Что более важно, лечение и улучшение – частично совпадающие понятия. *Любой* успешный результат лечения по сути является улучшением, в то время как улучшение не всегда достигается терапевтическими методами. Самым сложным в разделии терминов «лечение» и «улучшение» является то, что оба эти понятия неразрывно связаны с серьезной проблемой определения понятия здоровья в целом и принципов нормы.

Определение понятия «здоровье»

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет *здоровье* как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов» (ВОЗ, 1946). Если рассматривать понятие здоровья в этом контексте, можно считать, что любое общемедицинское или стоматологическое вмешательство, направленное на улучшение физического, духовного и социального благополучия человека, является средством достижения здоровья и по своей сути является лечением. Для

врачей, пользующихся стандартной терминологией и принципами определения здоровья, ВОЗ разработала *Международную классификацию функционирования, нарушения и здоровья* (ICF) (ВОЗ, 2001).

Это послужило основой для определения терминов, связанных со здоровьем и различными его нарушениями, степенью их выраженности и направлением общественного мнения в этих вопросах. В прошлом недуг начинался там, где заканчивалось здоровье и, в результате, если пациенту ставился диагноз, все внимание концентрировалось на степени тяжести его заболевания, а не на состоянии имеющегося здоровья. ICF отмечает, что у каждого человека может снижаться уровень здоровья и в итоге он будет страдать каким-либо заболеванием. Переместив фокус с этиологии заболевания на само заболевание человека, ICF собирает *все* проявления здоровья в одной плоскости, тем самым позволяя сравнивать их влияние на здоровье и болезни (ВОЗ, 2002).

Определение понятия «заболевание»

Изначально существовали два принципиально разных понятия заболевания. *Медицинское понятие* рассматривает заболевание как свойство, изначально присущее человеку или наследуемое, вызванное напрямую болезнью или другими нарушениями здоровья и требующее профессионального лечения. Согласно этому понятию, чтобы «скорректировать» проблему человека, требуется лечение. *Социальное понятие* рассматривает недееспособность как социально обусловленную проблему человека, а не наследуемую. В этом случае заболевание требует социальной коррекции, потому что возникло из-за неблагоприятных условий окружающей среды, появившихся вследствие деятельности человека. Каждое из этих понятий частично описывает природу заболевания в целом. Заболевание всегда является отражением взаимодействия человека и окружения, в условиях которого он существует. Таким образом, выделяют внутренние (медицинские) и внешние (социальные) компоненты заболевания. ICF предлагает объединить ключевые моменты вышеназванных понятий и выделяет более правильный тер-

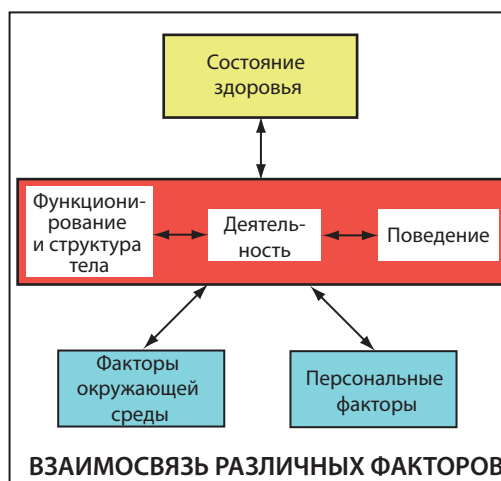


Рис. 1.2 Биопсихосоциальная модель здоровья и заболевания (ВОЗ, 2002).

мин, названный *биопсихосоциальным понятием*.

Биопсихосоциальное понятие здоровья и заболевания (ВОЗ, 2002) включает три области здоровья: биологическую, индивидуальную и социальную (рис. 1.2).

Заболевания и жизнедеятельность зависят от взаимодействия состояния здоровья отдельного человека и связанных с ним факторов. Эти факторы включают как показатели окружающей среды (например, отношение общества), так и личные показатели, присущие конкретному человеку (например, пол, возраст, социальное происхождение, прошлый и недавний опыт и т.д.), которые влияют на переносимость заболевания. По существу, имеется три уровня жизнедеятельности согласно классификации ICF. Прежде всего, это деятельность части или частей тела. Второе – жизнедеятельность человека в целом. И третье – жизнедеятельность человека в обществе. Наличие заболевания подразумевает дисфункцию на одном или нескольких этих уровнях, вызывая ухудшение самочувствия, ограничение активности и снижение социальной функции. Ниже представлены официальные определения ключевых терминов ICF (ВОЗ, 2002):

- *Функции организма (body functions)* – это физиологические процессы систем органов тела (включая психологические функции).

- *Структуры организма (body structures)* – это его анатомические части, например органы, конечности и т.д.
- *Функциональные нарушения (impairments)* – проблемы функционирования тела или органов, например значительное отклонение от нормального состояния или потеря функции.
- *Жизнедеятельность (activity)* – выполнение задачи или действия человеком.
- *Ограничения жизнедеятельности (activity limitations)* – трудности, которые человек может испытывать в процессе жизнедеятельности.
- *Ограничения социализации (participation restrictions)* – проблемы, которые человек может испытывать при вовлечении в различные жизненные ситуации.
- *Факторы окружающей среды* – это физическая, социальная и поведенческая среда, в которой люди проводят свою жизнь.

Определение ортодонтии

Ортодонтия – это специальный раздел стоматологии, посвященный изучению параметров челюстно-лицевой области, способных повлиять на самочувствие человека.

Челюстно-лицевой параметр – это признак или сочетание признаков твердых или мягких тканей, определяющих черты лица человека и влияющих на речь и социальную функцию. Под *ортодонтическим здоровьем* понимают такое состояние параметров челюстно-лицевой области, при котором возникает полное физическое, душевное и социальное благополучие, а именно отсутствие физических и функциональных нарушений, а также социальных проблем. Ортодонтическое вмешательство подразумевает лечение, помогающее улучшить один или несколько параметров челюстно-лицевой области, способствуя тем самым улучшению здоровья человека (его самочувствия). Ортодонт должен представлять границы изменения твердых и мягких тканей, а также учитывать мнение пациента, чтобы определить, необходимо ли для исправления аномалии окклюзии только ортодонтическое лечение или потребуются привлечение стоматологов других специальностей.

Практическое применение

Если аномалия окклюзии диагностирована врачом или беспокоит самого пациента, ее следует оценить с точки зрения трех уровней жизнедеятельности: функции тела, жизнедеятельности человека в целом и его социальной деятельности. Диагностика ортодонтических аномалий пациента состоит из оценки физических и функциональных нарушений, ограничений социальной деятельности и определения, изменение каких именно параметров челюстно-лицевой области вызвало эти нарушения (см. табл. 1.1).

Клинические примеры, приведенные в таблице 1.1, показывают, что различные ортодонтические аномалии оказывают специфическое влияние на один, два или все три уровня жизнедеятельности. В соответствии с вышеупомянутыми уровнями определяется необходимый объем ортодонтического лечения (см. табл. 1.2).

Все виды ортодонтических вмешательств должны улучшать здоровье пациента, одновременно снижая степень тяжести его заболевания.

Будущее ортодонтии

Рецензирование журналов привело автора к мысли о систематическом выпуске обзоров публикаций для того, чтобы иметь возможность кратко представить огромное количество информации, которую ортодонтам следует применять на практике.

Научные исследования часто сопровождаются систематическими погрешностями. Различные виды исследований можно систематизировать относительно частоты возникновения ошибок по возрастанию в данной последовательности: рандомизированные контролируемые клинические исследования, нерандомизированные контролируемые клинические исследования, выборочное обследование групп пациентов, контрольное изучение случаев заболевания, перекрестные исследования, профильные исследования, изучение конкретных клинических случаев и, наконец, публикации, отражающие общее мнение экспертов в данной области. В области медицины и стоматологии регулярно появляются систематические обзоры литературы,

Таблица 1.1 Ортодонтические условия и их влияние на здоровье и дееспособность

Ортодонтическая аномалия	Нарушение функции	Ограничения деятельности	Социальные ограничения
Расщелина губы и нёба	Жевание, речь	Затрудненное питание и общение	В школе могут дразнить из-за плохой речи, что вызовет отрицательную реакцию на ее посещение
Выраженная резцовая дизокклюзия	Затрудненное откусывание пищи	Стремление избегать определенных видов пищи	Предубеждение общества, связанное с неправильным жеванием
Отсутствие переднего зуба	Некрасивая внешность	Нет	Стремление избежать улыбки, чтобы не вызвать отрицательную реакцию окружающих
Пятнистость эмали	Нет	Нежелание улыбаться	Человек кажется недружелюбным, что мешает ему установить дружеские отношения
Протрузия резцов	Нет	Нет	Дразнят одноклассники
Перекрестная окклюзия жевательных зубов без аномалии нижней челюсти	Нет	Нет	Нет

Таблица 1.2 Ортодонтические аномалии различной степени тяжести и соответствующие методы лечения

Уровень ортодонтического нарушения	Уровень вмешательства
Соматическое нарушение (части тела)	Диагностика Ортодонтическое лечение При необходимости направление к врачам других специальностей
Ограничение деятельности (человек в целом)	Диагностика Ортодонтическое лечение При необходимости направление к врачам других специальностей Консультирование
Нарушение социальной адаптации (в индивидуально-социальном контексте)	Диагностика Ортодонтическое лечение При необходимости направление к врачам других специальностей Консультирование Улучшенный доступ к получению ортодонтического лечения (социальный уровень) Информирование населения о различных аномалиях окклюзии (социальный уровень) Информирование населения о различных способах ортодонтического лечения (социальный уровень)

Нарушение социальной адаптации обычно является результатом общественного мнения, поэтому данная проблема требует решения как на уровне конкретного пациента, так и на общественном уровне.

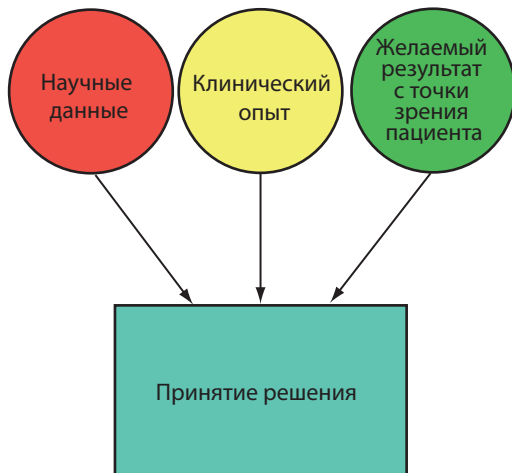


Рис. 1.3 Доказательная модель клинической практики.

что позволяет применять результаты научных исследований при обучении настоящих и будущих врачей.

В доказательной модели клинической практики (ЕВСП) существуют три элемента, которые следует учитывать при обеспечении научно доказанного лечения. Во-первых, врач должен использовать для диагностики результаты последних научных исследований. Во-вторых, он должен использовать свой клинический опыт в процессе принятия решения. В-третьих, врач должен принять во внимание *предпочтения пациента* и то, как они связаны с показаниями к ортодонтическому лечению (Ismail, Bader, 2004) (рис. 1.3).

Модель ЕВСП позволяет определить, следует ли прибегать к лечению и какие именно виды вмешательств нужно применить, основываясь на сопоставлении будущих результатов лечения, возможных осложнений, неудобств и стоимости с учетом пожеланий пациента.

Есть три причины, затрудняющие применение модели ЕВСП в ортодонтии. Во-первых, очень часто литература по специальности содержит огромное количество ошибок (вследствие неправильно проведенных исследований), а обсуждения в основном посвящены тому, как провести ортодонтическое лечение, а не тому, почему его следует проводить. Во-вторых, объем публикаций, посвященных предпочтениям пациентов, очень мал. В-третьих, в настоящее время в специально-

сти не достигнут консенсус как относительно определения термина *ортодонтическое здоровье*, так и в определении *показаний к ортодонтическому вмешательству*. Результат этих проблем – ограниченное применение и огромный скептицизм относительно модели ЕВСП.

Постановка диагноза в клинической практике не базируется исключительно на результатах научных данных или клиническом опыте. Она основывается на так называемом *клиническом мнении*. Оппоненты данной дискуссии должны согласиться, что отличительным признаком хорошего ортодонта является способность высказывать значимое клиническое мнение. Это понятие основывается на клиническом опыте, тщательном изучении результатов научных исследований, а также других качествах врача, необходимых для обоснования принятого решения. Клиническое мнение определяет, что является оптимальным для конкретного пациента, тогда как доступные результаты научных исследований представляют собой данные, полученные при помощи анализа средних величин. Заключение в основном должно опираться на клинический опыт и лишь иногда – на результаты научных исследований. Научные данные могут лишь уменьшить, но не исключить сомнения при постановке диагноза или прогнозировании результатов лечения, тогда как клиническое мнение, основанное на клиническом опыте, является наилучшим способом постановки правильного диагноза.

В ортодонтической практике клиническое мнение формируется исходя из клинического опыта, систематической оценки доступных научных исследований, а также определения ортодонтического состояния пациента, показаний к лечению и учета пожеланий пациента. Клиническое мнение – это мастерство (*искусство*), использующее наилучшие научные данные (*наука*) совместно с потребностями общества и пациента (*псевдонаука*) (Ackerman, 1974). В целом, в клинической практике необходимы постоянные размышления, оценка клинического опыта и научных данных (Ackerman et al., 2006).

В будущем потребуются новые и инновационные исследования для определения принципов лечения ортодонтических аномалий и достижения здоровья. Ортодонты

уже накопили огромный практический опыт. Единственное, что нам нужно – это уделить больше внимания предпочтениям пациента и тому, как общество воспринимает нашу профессию. В дальнейшем необходимо сосредоточиться на общении с нашими пациентами для того, чтобы обеспечить изменения челюстно-лицевых признаков, которые им необходимы.

ЛИТЕРАТУРА

- Ackerman, J.L. 1974. Orthodontics: Art, science, or trans-science? *Angle Orthod* 44:243–250.
- Ackerman, J.L., Kean, M.R., Ackerman, M.B. 2006. Evidence-bolstered orthodontics. *Austral Orthod J* 22:69–70.
- Ackerman, M. 2004. Evidence-based orthodontics for the 21st century. *J Am Dent Assoc* 135:162–167.
- Angle, E.H. 1899. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos* 41:248–264, 350–357.
- Baldwin, D.C., Jr., Barnes, M.L. 1965. Psychosocial factors motivating orthodontic treatment. *Int Assoc Dental Res Meeting* 43:153 (abstract).
- Gianelly, A.A. 1989. Orthodontics, condylar position and TMJ status. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 75:521–523.
- Greene, C.S. 1995. Etiology of temporomandibular disorders. *Semin Orthod* 1:222–228.
- Helm, S., Peterson, P.E. 1989. Causal relation between malocclusion and caries. *Acta Odontol Scand* 47:217–221.
- Huang, G. 2004. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular disorders. *Am J Orthod Dentofac Orthod* 126:138–139.
- Ismail, A., Bader, J.D. 2004. Evidence-based dentistry in clinical practice. *J Am Dent Assoc* 135:78–83.
- Lewit, D.W., Virolainen, K. 1968. Conformity and independence in adolescents' motivation for orthodontic treatment. *Child Develop* 39:1189–1200.
- Linn, E.L. 1966. Social meanings of dental appearance. *J Health Human Behav* 7:289–295.
- Polson, A.M., Subtelny, J.D., Meitner, S.W., Polson, A.P., Sommers, E.W., Iker, H.P., Reed, B.E. 1988. Long-term periodontal status after orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 93:51–58.
- Sadowsky, C., BeGole, E.A. 1981. Long-term effects of orthodontic treatment on periodontal health. *Am J Orthod* 80:156–172.
- Shaw, W.C. 1981. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Am J Orthod* 79:399–415.
- Shaw, W.C., Rees, G., Dawe, M., Charles, C.R. 1985. The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults. *Am J Orthod* 87:21–26.
- The National Research Council. 1976. *Seriously handicapping orthodontic conditions*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
- The President's Council on Bioethics. 2003. *Beyond therapy: Biotechnology and the pursuit of happiness*. Washington, D.C.: President's Council on Bioethics.
- The World Health Organization. 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (official records of the World Health Organization, No. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- The World Health Organization. 2001. *International classification of functioning, disability, and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- The World Health Organization. 2002. *Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Сотрудничество в ортодонтии



Одна из наиболее сложных задач в ортодонтии сегодня – принять как данность участие пациента или его родителей в процессе выбора методов лечения наравне с врачом. Канули в Лету патриархальные времена, когда «доктор знал лучше». В результате ортодонт должен найти идеальный с ортодонтической точки зрения результат лечения, которого можно добиться у пациента, и в то же время учитывать право пациента на самоопределение, что может снизить качество проводимого лечения. Самоопределение в данном контексте – это право человека контролировать то, что происходит с его телом. Таким образом, у ортодонта могут возникнуть трудности, так как он сам будет стремиться провести ортодонтическое лечение как можно более высокого уровня, но в то же время будет должен учитывать право пациента решать, какое альтернативное лечение подходит ему более всего. С судебно-медицинской точки зрения, как и с точки зрения результата лечения, врачу следует инициировать диалог с пациентом или родителями пациента для того, чтобы совместными усилиями создать план лечения, удовлетворяющий обе заинтересованные стороны. Цель данной главы – предложить стратегию для успешного общения с пациентами (и/или их родителями) при выборе методов ортодонтического лечения.

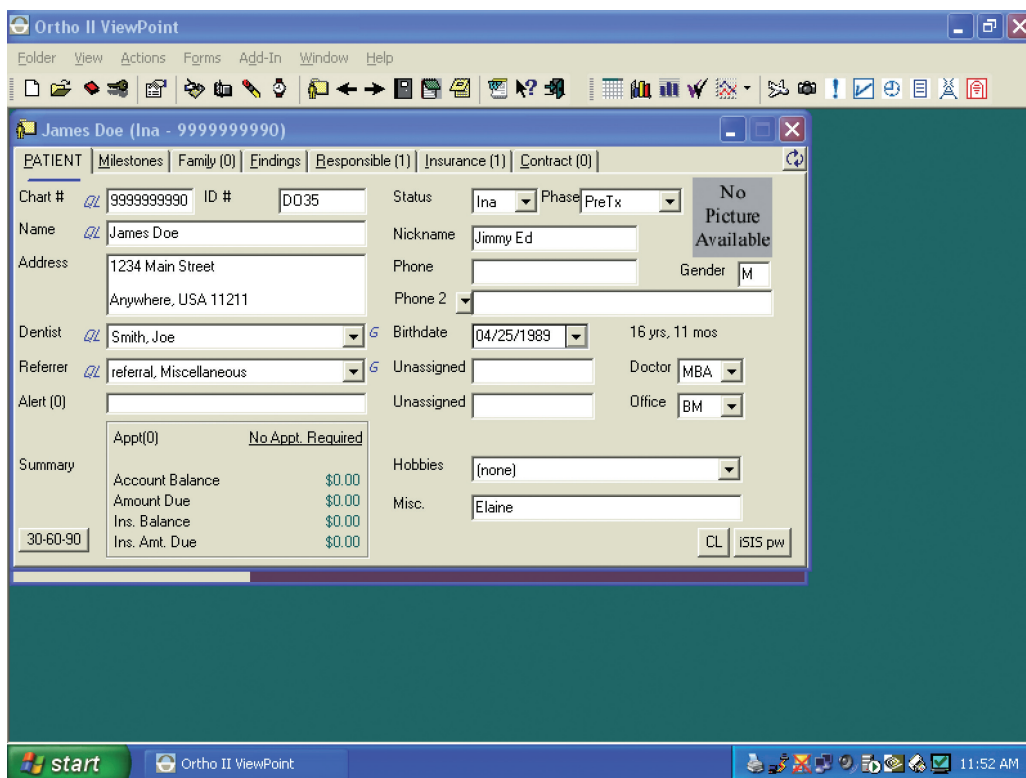
Стратегия успешного общения в ортодонтии

Первый контакт с пациентом

Общение с ортодонтическим пациентом часто начинается со звонка в офис для записи на первичное обследование. Во время телефонного разговора администратор клиники или координатор лечения должен записать важную информацию о пациенте: возраст пациента, адрес, имя его стоматолога, источник рекомендации и, если известно, причину рекомендации (см. рис. 2.1).

Ответы пациента помогут ортоденту подготовить соответствующий комплекс вопросов для первого обследования. Можно судить об уровне информированности пациента, зная, кто направил его к вам на лечение. Стоматологи, работающие в данном районе и направившие пациента на ортодонтическую консультацию в вашу клинику, вполне возможно, имеют определенное представление о данной проблеме, основанное на их собственных знаниях и уровне клинического опыта.

То, насколько быстро и четко пациенту будет назначено первое посещение, показывает, насколько в данной клинике заинтересованы в пациенте в настоящее время и будут заинтересованы в дальнейшем. В клинике автора администратор завершает телефонный раз-



a

Дата _____

Имя ребенка _____

Возраст _____ Дата рождения _____

Родители _____

Адрес проживания _____

Домашний телефон _____ рабочий _____

Имя плательщика _____

Адрес плательщика _____

Телефон плательщика _____

Стоматолог _____

Рекомендация от _____

Цель звонка _____

Рентгеновские снимки _____

b

Рис. 2.1 Программное обеспечение для организации работы ортодонтической клиники позволяет врачу создать электронную карту пациента и внести туда информацию о нем (разработано Ortho II Viewpoint Software, Ames, Iowa) (a). Информация, полученная во время телефонного звонка нового пациента, может быть записана на бумажном бланке (b), а затем перенесена в компьютер во время первичного обследования.

говор объяснением пациенту или родителю того, что будет происходить во время первого посещения. Им сообщают, что по почте на их адрес будет отправлен опросник с конвертом с маркой и обратным адресом, который им следует заполнить и отослать до посещения ортодонта (см. рис. 2.2).

Анкетирование пациента

Основной задачей анкетирования пациента в ортодонтии является попытка определения уровня здоровья пациента. Помня об определении *здоровья*, принятом ВОЗ (см. главу 1), с помощью анкеты следует установить статус физического, ментального и социального здоровья пациента. Основная часть ее посвящена выяснению причины беспокойства пациента, его физиологического статуса (пациент – ребенок или подросток), стоматологического и общемедицинского анамнеза. Ознакомиться с заполненным опросником необходимо до того, как пациент придет на прием.

Основные причины беспокойства пациента

Существует несколько причин, в связи с которыми пациенты хотят пройти ортодонтическое обследование. Как указывалось ранее, пациента может сильно беспокоить значительное изменение внешних черт лица из-за особенностей зуболицевого аппарата. Реже пациент может испытывать определенные неудобства от неправильного функционирования ротовой полости. Однако одной из наиболее распространенных причин обращения пациента является «мой стоматолог сказал, что мне нужны брекеты». Необходимо выяснить, что именно нужно пациенту: информация об этой проблеме, немедленное лечение, уточнение ранее полученной информации либо разъяснение полученной противоречивой информации. В любом случае, ортодонту следует подготовиться к дальнейшему диалогу с пациентом относительно того, что его беспокоит больше всего, уже во время первичного обследования.

Психосоциальный статус

Социальный и поведенческий анамнез пациента очень важны, так как связаны с его мотивацией

к ортодонтическому лечению и ожиданиями от проведения подобного лечения. Поведенческая история пациента помогает предвидеть, какова способность пациента к сотрудничеству. Возможность определения психосоциального статуса пациента зависит от его возраста. Одно дело, если пациент – ребенок, и другое – если подросток или взрослый.

Мотивация к ортодонтическому лечению у ребенка или подростка может быть внешней или внутренней. Внешняя мотивация обычно обусловлена давлением со стороны другого лица. Например, мать может привести своего ребенка на ортодонтическое обследование, потому что ей не нравится то, как выглядит его челюстно-лицевая область. Внутренняя мотивация создается самим пациентом на основе собственного восприятия и желания получить ортодонтическое лечение. Довольно редки случаи появления ребенка или подростка с чисто внутренней мотивацией. Однако следует помнить, что на каком-то уровне они осознают важность проведения лечения. Возможно, важнейший вопрос, задаваемый родителю при составлении истории здоровья: «Осознает ли ваш ребенок необходимость лечения?» С точки зрения сотрудничества ребенок, чувствующий, что лечение проводится *для него, а не над ним*, будет гораздо более восприимчив к требованиям ортодонта. В анкете должны быть даны ответы на вопросы, насколько нарушения окклюзии пациента влияют на его эмоциональное состояние и нарушают его способность к обучению. Родители обычно достаточно открыты для обсуждения успеваемости и социальной адаптации своего ребенка в школьной среде.

Что касается взрослых пациентов, социальная история должна помочь выяснить их эмоциональное благополучие и ожидания от лечения. Если пациент указывает, что он наблюдается у психолога или психиатра, ортодонту следует попросить разрешения поговорить с указанным специалистом.

Если взрослый пациент хочет проведения избирательного или чисто косметического ортодонтического лечения, важно, чтобы ортодонт оценил мотивацию подобного желания. Если пациент хочет в результате ортодонтического лечения улучшить свою внешность, он вполне вправе этого ожидать. Если, с дру-

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ И РОДИТЕЛЯХ

Пожалуйста, заполните информационный лист и проверьте его

Дата: _____
 № 9999999990
 Имя: _____; Домашнее имя: _____; Пол: _____
 Школа _____ класс _____
 Дата рождения/возраст: _____; _____
 Почтовый индекс/адрес: _____
 Телефон: _____ e-mail: _____
 Плательщик (и): _____
 Семейный статус: _____ Имя супруга/и: _____
 Адрес для выставления счета: _____
 Телефон/факс для передачи счета: _____
 Наблюдающий стоматолог или детский стоматолог: _____
 Адрес клиники или частного кабинета: _____
 Дата последнего стоматологического обследования: _____ Результаты: _____
 Направлен: _____
 Место работы матери: _____ рабочий телефон _____
 Профессия _____ Стаж работы _____
 Место работы отца: _____ рабочий телефон _____
 Профессия _____ Стаж работы: _____
 Лечился ли кто-либо из членов семьи в нашей клинике? _____
 Имена и возраст других детей в семье _____

СТАТУС ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Проблема, которая беспокоит пациента больше всего: _____
 Причина обращения на ортодонтическую консультацию:
 Информация
 Лечение в данное время
 Уточнение ранее полученной информации или противоречивая информация:
 Продолжительность лечения
 Есть ли у пациента эмоциональные или нервные проблемы? _____
 Существуют ли проблемы с обучаемостью или нарушения физического развития? _____
 Раннее или позднее созревание?
 Среднее ___ Раннее ___ Позднее _____
 Достиг ли пациент пубертатного периода? Да ___ Нет _____
 (Для пациенток – начало менструаций, для пациентов – изменение голоса)
 Есть ли в истории семьи аномалии челюстей или зубов? Да ___ Нет _____
 Если есть, пожалуйста, укажите: _____
 Проходил ли кто-то из родителей ортодонтическое лечение? Да ___ Нет _____
 Хотите ли вы улучшить внешний вид зубов, если в дальнейшем потребуются дополнительное лечение? Да ___ Нет _____
 Признает ли пациент, что ему необходимо ортодонтическое лечение? Да ___ Нет _____

Рис. 2.2 Ортодонтическая анкета пациента.

ЛЕЧИЛСЯ ЛИ ЛЮБОЙ ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИ? ДА НЕТ
ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА: Родителей – скученность, маленькая полость рта

Рис. 6.25 Основные жалобы и причина обращения за ортодонтической консультацией.



Рис. 6.26 Снимок лица анфас (а). Снимок лица в профиль (b). Фрагмент снимка – социальная улыбка (с).



Рис. 6.27 Оклюзионные снимки (а–е).

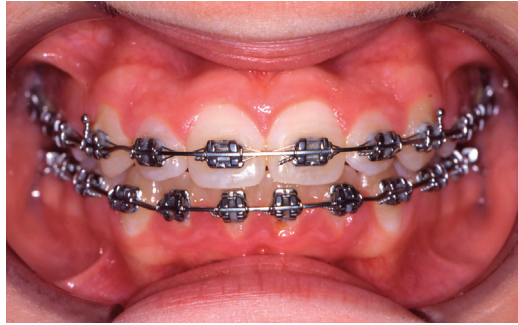


Рис. 6.28 Несъемный аппарат на верхнем и нижнем зубных рядах в конце лечения.



Рис. 6.29 После лечения. Снимок лица анфас (а). Снимок лица в профиль (b). Фрагмент снимка – социальная улыбка (c). Фронтальный окклюзионный снимок (d).

Экермен Марк Бернард
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Теория и практика

Перевод с английского

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Корректор: *Е.А.Бакаева*
Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 5-98322-618-5



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 23.12.09. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 12,90
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №В-1973

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»
в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2