. ****

**Раздел № 12**

**«Зубоврачебная помощь детям. Ортодонтия»**

**Особенности оказания стоматологической помощи детям**

Повседневная работа врача-стоматолога по оказанию помощи нуждающимся в ней пациентам имеет ряд характерных особенностей. Во-первых, это наиболее массовый вид специализированной помощи. Во-вторых, это различный возрастной состав пациентов, нередко отягощенных соматической и иной па­тологией. В-третьих, это всегда и для всех пациентов довольно сильный психологический и болевой стрессорный фактор (Зорян Е.В., Рабинович С.А. и др., 1997).

Особенности детской психики и психотерапевтической деятельности стоматолога-педиатра. Первая встреча врача-стоматолога с ребенком преследует цель не только сбор данных для оценки стоматологического статуса и выбора метода лечения, но и установление контакта с ним. В связи с этим, последовательность проведения диагностических мероприятий, в частности, опроса (выяснение жалоб, анамнез заболевания и жизни) может меняться в зависимости от возраста ребенка и уровня его личностной тревожности. При проведении основных и дополнительных методов исследования жевательно-речевого аппарата детей, врачу-стоматологу надо знать анатомо-физиологические особенности его строения в различные возрастные периоды.

Мы считаем необходимым уделить особое внимание одному из основополагающих моментов в практике врача-стоматолога, работающего с детьми - умению установить контакт с ребенком, расположить его к себе, а также умении установить контакт с его родителями.

Лечение детей требует не только высокой квалификации и практического опыта, но, в первую очередь, большого терпения и умения учесть индивидуальные особенности каждого ребенка. Учитывая, что детский опыт общения с врачом-стоматоло­гом оставляет стойкую память, которая сохраняется на всю жизнь, результатом лечения должна быть не только качествен­ная пломба, но и взаимная симпатия между врачом и пациен­том как залог будущих контактов между ними.

Психика ребенка имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при работе с детьми:

— быстрое образование условно-рефлекторных связей;

— лабильность психических реакций;

— большая впечатлительность;

— прочность следовых реакций.

Кроме того, возрастные этапы развития ребенка имеют свои особенности поведения:

до 2-х лет жизни: ребенок доверяет людям, от которых он зависит. Его поведение есть сумма инстинктивных желаний: достаточное количество еды и питья, сухая одежда являются гарантией хорошего настроения. Ребенок не в состоянии адек­ватно реагировать на ситуации, возникающие при лечении зу­бов, не может себя заставить терпеть;

2-й год жизни ребенка: появляются способность к са­моконтролю, чувство удовлетворения от своих успехов, стрем­ление к независимости. В связи с малым запасом слов эмоции выражает криком, мимикой и движением. Боится резких звуков, запахов, незнакомых людей, непонятных движений. Только ря­дом с родителями чувствует себя уверенно, в безопасности;

*3-й год жизни:*запас слов увеличивается, в связи с этим возможно установление контакта с врачом. Начинает приспо­сабливаться к ситуации. Не так испуганно реагируют на необ­ходимость присутствия в кабинете врача без родителей;

4-й год жизни: ребенок более послушен, но, временами, и более агрессивен и упрям. С интересом слушает объяснения, реагирует на словесные требования. Самым сильным является страх перед неизвестностью. Ребенок вполне может находить­ся в кабинете без родителей и вступать в контакт с врачом;

5-й год жизни: ребенок стремится заслужить похвалу, гордится своей самостоятельностью;

6-й год: успехи и неудачи создают почву для самооценки. Если ребенок не уверен в себе, это снижает чувство собствен­ного достоинства, и в стрессовой ситуации ребенок возвраща­ется к модели реакций раннего детства. Традиционный страх перед болью может преодолеть с помощью психологической подготовки к лечению;

7-й - 17-й годы жизни: ребенок менее зависим от ро­дителей, все более - от сверстников. Появляется чувство соци­альной ответственности и долга. Умеет прятать чувство страха за показным геройством или внешним спокойствием. К 12-ти годам формируется логически-абстрактное мышление, ребенок становится способным воспринимать разъяснения о значении заботы о зубах.

Это общее представление о том, что можно ожидать от ма­ленького пациента на стоматологическом приеме. Однако, по­ведение ребенка - это его индивидуальная реакция на конкрет­ный раздражитель, и оно зависит от:

— силы раздражителя;

— порога болевой чувствительности;

— уровня личностной тревожности ребенка;

— уровня мотивации к лечению;

— волевых качеств ребенка.

В итоге, ребенок реагирует на ситуацию или благоприят­но, или с более или менее сдержанным неудовольствием, или протестует.

Поведение ребенка является продуктом родительского влияния и собственного опыта. Поэтому врачу-стоматологу не­обходимо выяснить особенности родительского отноше­ния к ребенку и предстоящему лечению. При этом возмож­ны следующие варианты:

1) *сверхзаботливые родители:*опекают ребенка на каждом шагу, мешают его самостоятельности, не формируют ни волю, ни мотивацию к лечению. Ребенок робкий, не уверен в себе, бо­ится каждой новой ситуации.

Причинами такого родительского поведения могут быть следующие: угроза здоровью или жизни ребенка в период бере­менности или новорожденности; дефицит тепла и внимания в семье в те времена, когда родители были детьми; неустроен­ность в данной семье; повышенная требовательность родите­лей, порождающая потребность в детской зависимости, подчи­ненности. Такие родители стремятся остаться рядом с ребен­ком во время лечения независимо от его возраста и от ситуа­ции, крепко прижимают ребенка к себе;

2) *снисходительные родители:*позволяют и прощают ре­бенку все. Дети управляют родителями. При невыполнении же­ланий дети становятся упрямыми, капризными. На авторитет таких родителей врачу опереться не удается;

3) *враждебные родители:*не уверены в необходимости ле­чения, разговаривают в недоверчивой манере. Причиной тако­го поведения родителей могут быть: негативный опыт собствен­ного стоматологического лечения; общий негативизм по отно­шению к здравоохранению; чувство опасности в незнакомом окружении; превратное представление о стоматологии.

Ребенок не мотивирован к лечению. Необходимо терпели­во объяснить суть предстоящего лечения. Однако, нужно ожи­дать, что такие родители сразу не смягчаются;

4) *"беззаботные" родители:*их редко видишь на приеме. Они или вообще не считают своевременную стоматологическую помощь нужной для ребенка, или перепоручают все заботы о ребенке врачу, так как сами заняты другими делами.

Такие родители не мотивируют детей к лечению. Необхо­димо обсудить с ними долгосрочные цели стоматологической помощи и профилактики для их ребенка и указать их роль в этой программе;

5) *авторитарные родители:*оказывают директивное давле­ние на ребенка и требуют поведения, не соответствующего его возрасту, не помогают преодолеть страх, а принуждают к ле­чению.

Дети не чувствуют доверия к врачу, сопротивляются, затя­гивают лечение. Если родители настолько игнорируют интере­сы ребенка, что готовы отказаться от лечения, от них можно ждать жестокого обращения с ребенком, который, чтобы при­влечь к себе внимание окружающих, может быть упрям и агрес­сивен. В подобных случаях следует строить контакт, ограждая его от родительской угрозы.

Обследование и лечение ребенка не будут слишком труд­ными, если удалось завоевать его доверие и установить контакт с его родителями.

Первое посещение детей раннего и дошкольного возраста должно быть по возможности непродолжительным и не обяза­тельно сопровождаться лечебным вмешательством, особенно, если нет боли, которую необходимо устранить.

В первое посещение пациента дошкольного возраста надо познакомить с обстановкой кабинета, показать некоторые ин­струменты, доступно объяснить их назначение и действие, из­бегая непонятных и пугающих слов. Например, не "бормашина" или "турбина", а "пылесос"; не "сверлить" или "препариро­вать", а "пропылесосить", "почистить", "пощекотать"; не "зонд", а "волшебная палочка, чтобы сосчитать зубы" и т.д. В этом возрасте повышается чувствительность ребенка к страху и опасениям. Новые предметы и явления могут возбудить как страх, так и любопытство, поэтому целесообразно заинтересо­вать ребенка чем-либо, чтобы вызвать его любопытство. Пугли­вым детям надо дать в руки каждый инструмент, который они хотели бы посмотреть, покатать их в кресле, разрешить нажи­мать на различные кнопки в стоматологической установке. Не­обходимо завязать разговор с ребенком об интересующих и по­нятных ему вещах: о нем самом, об игрушках, друзьях, о дет­ском саде или кружках, которые посещает ребенок. Однако при этом не следует забывать, что дети быстро утомляются как от длительного общения, так и от большого объема полученной ими информации.

Особенно тактичного отношения требуют замкнутые дети. Они смотрят исподлобья, не обращают внимания на окружаю­щую их обстановку, не отвечают на приветствие. Эти дети осо­бенно чувствительны на доброе к ним отношение. Следует вы­звать у них интерес к окружающей обстановке, показать ува­жение к ним. Лечебные манипуляции у таких детей лучше от­ложить на одно-два посещения (если нет острых показаний), пока не будет установлен полный контакт с ребенком.

Наиболее трудны для общения и лечения вздорные, недис­циплинированные дети, которым родители во всем потворству­ют. В таком случае иногда приходится прибегать даже к жест­кому приказу. Но, несмотря на строгость, обращение с такими детьми должно быть партнерским. Нельзя идти на поводу у ка­призов этих детей: необходимо в первое же посещение хотя бы осмотреть полость рта. Ребенок должен убедиться, что больно ему не сделают, но лечиться необходимо, это в его же интере­сах, поэтому лучше стать союзником врача и помогать ему.

Нередко родители вместо того, чтобы помочь врачу, толь­ко препятствуют спокойному поведению ребенка. Обычно кап­ризные дети лучше себя ведут, когда их родители находятся в коридоре, а не рядом с ними. Есть еще один момент, о кото­ром следует поговорить с родителями ребенка. Как показывает практика, этим детям очень часто за посещение стоматолога обещаются различные *блата:*или новую игрушку, или сладости, или поездку куда-либо. Б такой ситуации любой ребенок стара­ется криком показать своим близким, как он страдает и впол­не заслужил обещанное. Врачу необходимо убедить родителей в мобилизации волевых усилий ребенка для повышения уровня мотивации к лечению и стремиться к тому, чтобы ребенок не плакал, если ему не больно.

Нельзя забывать о похвале и поощрении, к которым дети очень чувствительны. Хвалите ребенка за каждый его успех в преодолении своего страха перед лечением, обязательно рас­скажите родителям о его похвальном поведении.

Имеется еще одна психологическая особенность у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста: потреб­ность в телесном контакте со взрослым. Это необходимо ис­пользовать, например, приглашая ребенка в кабинет (вход в ка­бинет за руку с врачом как знак уважения личности ребенка, признание его равным) или, успокаивая ребенка, погладить его по руке, голове.

Для обращения с детьми, подхода к ним нет каких-либо абсо­лютных правил. Все зависит от индивидуальности ребенка и от же­лания и умения врача наладить контакт с ним и его родителями.

Очень важным моментом в исследовании ребенка является правильно и полно собранный анамнез. Вопрос о присутствии ребенка при сборе анамнеза должен решаться врачом индиви­дуально.

Если на приеме находится ребенок раннего возраста или имеющий повышенный уровень личностной тревожности, то, прежде чем пригласить его в кабинет, необходимо поговорить с родителями: собрать анамнез, выявить факторы, вызывающие у ребенка негативную реакцию (шум, свет, белые халаты и т.п.), определить тип родительского поведения (сотрудничаю­щие или не сотрудничающие), установить контакт с родителя­ми и привлечь их в союзники.

Беседа с родителями детей дошкольного возраста может проходить вне стоматологического кабинета, например, в ком­нате ожидания или игровой. Это дает возможность ребенку ос­воиться с обстановкой, приглядеться к врачу, познакомиться с ним. Далее ребенок с врачом за руку вместе пройдут в кабинет, где продолжат знакомство и сотрудничество.

С детьми школьного возраста и их родителями можно бе­седовать непосредственно в стоматологическом кабинете. При этом надо помнить, что вопросы состояния здоровья ребенка старше 15 лет могут обсуждаться врачом в присутствии роди­телей только с его согласия.

В организме ребенка от рождения до 17 лет происходят изменения, связанные с его ростом и развитием и обусловлива­ющие его анатомо-физиологические особенности в различные возрастные периоды.

В отечественной педиатрии принято следующее деление на периоды детства, в основу которого положены характер и ин­тенсивность изменений, происходящих в организме ребенка:

— внутриутробного развития - 280 дней;

— грудной - от рождения до 1 года;

— ранний неонатальный - от рождения до 7-го дня жизни;

— поздний неонатальный - с 8-го по 28-й дни жизни;

— раннего детского возраста — от 1 года до 3 лет;

— дошкольный - от 3 до 6 лет;

— младший школьный возраст — от 7 до 10 лет;

— средний школьный возраст - от 11 до 14 лет:

— старший школьный возраст - от 15 до 17 лет.

Чем меньше ребенок, тем интенсивнее идет процесс разви­тия. Происходящие в растущем организме изменения обуслов­ливают особенности клиники, диагностики, лечения и профи­лактики стоматологических заболеваний.

Особенности оказания стоматологической помощи детям с соматической патологией. Общими рекомендациями по профи­лактике развития осложнений при оказании стоматологической помощи детям с соматической патологией являются:

— проведение тщательного сбора анамнеза, выявление возможных факторов риска и занесение их в историю болезни пациента;

— в случае необходимости, проведение дополнительных обследований (например, биохимические исследования крови, времени кровотечения и т. д.) или консультации с лечащим вра­чом пациента. При подозрении на аллергию запросить заклю­чение аллерголога о переносимости необходимых для проведе­ния вмешательства препаратов;

— при необходимости введение в состав средств медика­ментозной подготовки препаратов, корригирующих функции, нарушенные сопутствующим заболеванием;

— после проведенного лечения пациентам с факторами ри­ска в анамнезе инструктирование пациентов и их родителей с перечнем соответствующих рекомендаций и наставлений с уче­том сопутствующей патологии.

Особенности оказания стоматологической помощи детям с сопутствующими заболеваниями:

*сердечно-сосудистой системы:*пациенты с сердечно-сосу­дистой патологией особенно остро реагируют на вмешательст­ва в полости рта. При проведении лечения необходимо:

— избегать создания стрессовых ситуаций (непродолжи­тельное время ожидания приема, использование адекватных методов обезболивания);

— проводить вмешательства только при удовлетворитель­ном состоянии пациента, в остальных случаях стоматологичес­кая помощь оказывается только в условиях специализирован­ного стационара;

— вопрос о возможности стоматологического вмешатель­ства решать с лечащим кардиологом пациента;

— проводить вмешательство при наличии справки от кар­диолога об отсутствии противопоказаний к проведению лече­ния и с соблюдением его рекомендаций;

— для уменьшения эмоционального напряжения при необ­ходимости перед лечением провести медикаментозную подго­товку транквилизаторами бензодиазепинового ряда: сибазон, реланиум, седуксен, диазепам (0,2 мг/кг массы тела);

— во время лечения следить за артериальным давлением и пульсом пациента;

— перед вмешательством принять препараты, назначенные кардиологом.

Дополнительно, для детей: *с гипотонией:*

— использовать в составе премедикации холинолитические препараты - атропина сульфат 0,1 % или метацина сульфат 0,1% до 1 мл в зависимости от частоты пульса и уровня артериального давления;

— перед стоматологическим вмешательством по возможно­сти отрегулировать уровень артериального давления медика­ментозными средствами, поддерживающими кровообращение;

— все стоматологические процедуры проводить, предвари­тельно придав пациенту горизонтальное положение;

— в процессе лечения контролировать уровень артериального давления у пациента;

— по завершении лечения перевод пациента в вертикаль­ное положение проводить медленно;

*аллергией и бронхиальной астмой:*

— тщательный сбор анамнеза, выявление аллергенов, про­воцирующих бронхоспазм;

— перед вмешательством проконсультировать пациента у лечащего врача;

— при проведении лечения не провоцировать эмоциональ­ное напряжение;

— обеспечить прием назначенных аллергологом лекарст­венных препаратов в день лечения (при необходимости уве­личение их дозы после консультации с лечащим врачом па­циента);

— рекомендовать пациенту принести на прием лечебный ингалятор;

— осуществить тщательный подбор местноанестезирующих средств: при наличии в анамнезе аллергии на парабен, следует ис­пользовать анестетики, не содержащие его в качестве стабилиза­тора. При повышенной чувствительности к сульфитам не приме­нять препараты с вазоконстрикторами из-за содержания в них бисульфита в качестве консерванта сосудосуживающего средства;

— при необходимости провести премедикацию успокаива­ющими средствами и антигистаминными препаратами;

— не применять ацетилсалициловую кислоту и другие пре­параты, провоцирующие бронхоспазм;

*заболеваниями крови и злокачественными новообразова­ниями:*проводить стоматологическое лечение только после консультации с лечащим онкологом и при наличии от него справки об отсутствии противопоказаний к вмешательству;

*эпилепсией (судорожным синдромом):*

— проводить вмешательство только после консультации с лечащим врачом и при наличии справки об отсутствии противо­показаний к лечению;

— избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения;

— обеспечить прием назначенных пациенту лекарственных препаратов в день лечения (при необходимости увеличить их дозу по рекомендации лечащего врача);

— перед лечением провести медикаментозную подготовку транквилизаторами бензодиазепинового ряда;

*сахарным диабетом:*

— при проведении лечения не провоцировать эмоциональ­ное напряжение;

— рекомендовать прием обычно используемых антидиабе­тических препаратов в день лечения;

— рекомендовать пациенту не воздерживаться от приема пищи в день лечения;

— стоматологические вмешательства проводить утром, спустя 1,5-2 часа после приема пищи;

— использовать растворы местных анестетиков без вазоконстриктора или содержащих в качестве сосудосуживающего вещества норадреналин или фелипрессин;

*заболеваниями печени:*

— при тяжелых заболеваниях печени стоматологическое вмешательство проводить после консультации с лечащим вра­чом пациента;

+— для местной анестезии рекомендуются препараты артикаинового ряда *(Ультракаин ДС, Септанест),*обладающие бы­стрым метаболизмом, высоким процентом связывания с белка­ми плазмы и малым риском кумуляции.

Распространенность зубочелюстных аномалий у детей и под­ростков, значительный объем профилактических и лечебных мероприятий по ортодонтии вызывает необходимость органи­зации стоматологической помощи, при которой каждый нуж­дающийся в ней может получить необходимый комплекс ле­чебных мероприятий.

**Организация работы в ортодонтическом кабинете или отделе­нии.**Ортодонтическое отделение или кабинет оснащают обору­дованием, инструментарием и другими изделиями индивиду­ального пользования (из расчета на одну врачебную должность), а также оборудованием, инструментарием и другими издели­ями для коллективного пользования. Рабочее место врача дол­жно быть оборудовано с учетом эргономики, т. е. такой системы движения врача по кабинету, при которой затраты физических сил и времени наименьшие.

Предусматривают место для хранения диагностических мо­делей челюстей больных, находящихся на лечении, и рентге­новских снимков (телерентгенограммы головы, ортопантомо-граммы челюстей и др.).

Объем лечебно-профилактических мероприятий для детско­го населения, прикрепленного к поликлинике, планируемый на год, должен соответствовать реальным возможностям всех звеньев лечебного учреждения, включая зуботехническую ла­бораторию. В комплекс лечебной помощи больным с зубоче-люстными аномалиями включаются следующие мероприятия:

профилактика, аппаратурное Ортодонтическое, хирургическое, терапевтическое и протетическое лечение, физиотерапия, миотерапия, логопедическое обучение, помощь оториноларин-гологов, психоневрологов и других специалистов.

При составлении плана работы ортодонтического отделения необходимо:

1) уточнить потребности в ортодонтической помощи раз­личных возрастных групп детского населения;

2) определить объем всех видов специализированной помо­щи при лечении ортодонтического больного;

3) изыскать штатные и материальные резервы и эффективно использовать их;

4) применять новые организационные формы работы, на­учной организации труда (НОТ), системы учета, анализа

11

и планирования, определения затрат рабочего времени ортодонта и обслуживающего персонала. Осуществление этих мер обеспечивает плановую рациональную систему оказания ортодонтической помощи детскому и подрос­тковому населению.

Должны быть определены задачи и функции каждого сотруд­ника поликлиники соответственно уровню его квалификации и объема работы. Их излагают в инструкциях для заведующего ортодонтическим отделением, ортодонта, медицинской сестры ортодонтического отделения. Учитывая, что экстенсивное раз­витие ортодонтической службы небеспредельно, необходимо наряду с увеличением штатов ортодонтов изыскивать и реали­зовывать интенсивные способы развития этого вида помощи. Положительные результаты могут быть достигнуты при внедре­нии НОТ в работу как ортодонтических подразделений, так и всей поликлиники. Хронометраж позволяет установить, что 87% рабочего времени ортодонт затрачивает на основную работу (прием больных, ведение истории болезни, консультации, беседы с родителями), а остальные 13% — на вспомогательную (работа с зубным техником, архивом, служебные разговоры, конференции, совещания и т. д). Использовать резервы време­ни, сократить его потери, организовать ритмичную работу отделения можно при четкой взаимосвязанной работе персо­нала поликлиники.

Рациональное использование времени врача зависит от сте­пени привлечения медицинской сестры к участию в лечебной работе. Для освобождения медицинских сестер от подготови­тельной работы целесообразно иметь штатные должности об­служивающего персонала без медицинского образования (дис­петчеры) из расчета одна должность на 3 должности ортодон­тов. Вызов больных открыткой или по телефону в поликлинику осуществляется через диспетчера отделения и регистратуру поликлиники, вызов больных в кабинет — с помощью мик­рофонной связи.

Количество посещений больными врача в утренние часы и летние месяцы ниже нормы, что объясняется спецификой работы с детским и подростковым контингентом. Это снижает годовую нагрузку ортодонта. Графики работы рекомендуется составлять с учетом закономерности обращения больных, т. е. планировать максимальное число ортодонтов в часы и дни, наиболее удоб­ные для населения.

Облегчают работу штампы-клише, готовые рецепты, бланки для регистрации результатов обследования детей и др. Целесо­образно применять учетную форму по ортодонтии, позволяю­щую провести количественный и качественный анализ пока­зателей работы как отдельных врачей, так и всего ортодонти-

12

ческого отделения. Форма «Учет работы ортодонта» позволяет вести учет больных, явившихся на прием для получения ор­тодонтической и зубопротезной помощи, рассчитать среднее число посещений за период лечения, сравнить число больных, принятых на лечение и окончивших его в течение месяца.

**Планирование помощи в зависимости от степени трудности ортодонтического лечения и оценка эффективности работы орто­донта.**Оценку эффективности работы ортодонта проводят по следующим количественным показателям:

1) трудовые единицы;

2) число больных, принятых в течение 1 ч, 1 рабочего дня, 1 мес, 1 года;

3) число больных, у которых ортодонтическое лечение за­кончено;

4) число детей, находящихся под наблюдением в каждой диспансерной группе, и их перемещение из одной груп­пы в другую.

Затраты времени ортодонта на одного больного составляют в среднем 24±0,7 мин, а средняя нагрузка на один рабочий день при шестидневной рабочей неделе 12,5 посещения, при пятидневной — 15 посещений. В течение рабочего для ортодонт должен выполнить 15 трудовых единиц при шестидневной рабочей неделе или 18 при пятидневной. Для оценки качественных показателей работы ортодонта и ортодонтического отделения в целом учи­тывают число принятых больных с различными нозологичес­кими формами зубочелюстных аномалий, длительность и эф­фективность их лечения.

Учет зубочелюстных аномалий по нозологическим формам недостаточен для выбора плана лечения, оценки достигнутых и прогнозирования отдаленных результатов, поскольку для больных, в том числе с одинаковыми заболеваниями, требу­ются различная продолжительность лечения, разный объем мероприятий, что в значительной мере зависит от учета сте­пени выраженности морфологических и функциональных на­рушений в зубочелюстной системе и трудности их устранения. Метод определения степени трудности ортодонтического лече­ния в баллах (по Зиберту—Малыгину) позволяет отразить многообразие клинических проявлений зубочелюстных анома­лий в количественной форме, определить объем лечебных мероприятий, сопоставить особенности лечения различных аномалий прикуса, оценить результаты и эффективность при­мененных методов лечения. Это в свою очередь способствует решению вопросов организации и планирования ортодонти­ческой помощи (см. таблицу).

Установлено, что наибольшее число составляют больные с зубочелюстными аномалиями, которым необходимо ортодон-

13

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТРУДНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф. и.о. Пол | Возраст | Дата обследования |
|  |  |
| Лечебные мероприятия | Оценка, баллы | Количество баллов у больного |
| верхняя челюсть | всего |
| нижняя челюсть |
| *Исправление формы зубного* |  |  |  |
| *ряда* |  |  |  |
| Число зубов или групп зубов, |  |  |  |
| подлежащих перемещению: |  |  |  |
| 1-2 зуба | 1 |  |  |
| одна группа зубов | 2 |  |  |
| все группы зубов | 3 |  |  |
| Величина перемещения, мм: |  |  |  |
| 1-3 | 1 |  |  |
| 3-5 | 3 |  |  |
| 5 и более | 5 |  |  |
| Вид и направление необходи­ |  |  |  |
| мого перемещения зубов: |  |  |  |
| с благоприятным наклоном | 1 |  |  |
| с неблагоприятным » | 3 |  |  |
| корпусное перемещение | 5 |  |  |
| Используемая опора: |  |  |  |
| реципрокная | 1 |  |  |
| стационарная | 5 |  |  |
| Реактивность больного: |  |  |  |
| благоприятная | 1 |  |  |
| хорошая | 3 |  |  |
| неблагоприятная | 5 |  |  |
| *Установление нижней челюсти* |  |  |  |
| *в правильное положение* |  |  |  |
| Величина необходимого изме­ |  |  |  |
| нения прикуса: |  |  |  |
| 1—2 мм | 1 |  |  |
| до 0,5 ширины коронки |  |  |  |
| премоляра | 3 |  |  |
| 0,5—1 ширина коронки |  |  |  |
| премоляра | 5 |  |  |
| Локализация: |  |  |  |
| односторонняя | 1 |  |  |
| двусторонняя | 3 |  |  |
| Направление, в котором не­ |  |  |  |
| обходимо изменить прикус |  |  |  |
| мезиальное | 1 |  |  |

*Продолжение*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лечебные мероприятия | Оценка, | Количество баллов у больного |
|  | баллы |  |
|  |  | верхняя челюсть | ш^ргп |
|  |  | нижняя челюсть | D^rCL U |
| латеральное | 3 |  |  |
| дистальное | 5 |  |  |
| Реактивность больного: |  |  |  |
| благоприятная | 1 |  |  |
| хорошая | 3 |  |  |
| неблагоприятная | 5 |  |  |
| Нормализация функций зубо- |  |  |  |
| челюстной системы: |  |  |  |
| закрывания рта | 1 |  |  |
| жевания | 2 |  |  |
| речи | 3 |  |  |
| дыхания | 4 |  |  |
| глотания | 5 |  |  |
| Итог о... |  |  |  |

Примечания.

1. Наклонное перемещение зубов: а) благоприятное — мезиальное перемещение боковых зубов, протрузия или ретрузия передних; б) не­благоприятное — небное или дистальное перемещение боковых зубов, латеральное — передних, зубоальвеолярное удлинение или укороче­ние, поворот зубов по оси.

2 Опора- а) реципрокная, когда сила противодействия использу­ется для лучшей опоры ортодонтического аппарата и перемещения опорных зубов; б) стационарная, когда опорная часть ортодонтичес­кого аппарата должна оставаться неподвижной.

тическое лечение I степени трудности (лечение простое до 27 баллов), в 3 раза меньше — II степени (лечение средней труд­ности 28—40 баллов), в 10 раз меньше — Шстепени (лечение трудное 41—54 балла) и 0,3% — IV степени (лечение очень трудное — 55 баллов и более). Статистический анализ варьи­руемых величин подтверждает правомерность суммарного изу­чения зубочелюстных аномалий в зависимости от степени выраженности морфологических и функциональных наруше­ний и трудности их устранения. С помощью регрессивного анализа Ю. М. Малыгиным и А. М. Белым (1975) математически рас­считано количество планируемых посещений больными врача, Длительность лечения и затраты трудовых единиц в зависимости от степени его трудности (табл. 1.1).

15

Определив степень трудности лечения, врач в зависимости от конкретного количества баллов определяет по табл. 1.1 сред­нюю продолжительность лечения, количество необходимых по­сещений больным врача и требующихся трудовых единиц. На­пример, у больного II степень трудности лечения (35 баллов). По таблице находят, что для лечения требуется 20 мес, 39 посещений больным врача и затрата 48 трудовых единиц.

В табл. 1.1 приведены средние выравненные показатели. В связи с этим может возникать некоторое несоответствие между рас­четным и фактическим количеством посещений и месяцев лечения, зависящих от примененных методов, качества орто-донтической техники и др. Использование расчетной таблицы способствует научной организации труда, улучшению плани­рования ортодонтической помощи, пересмотру нормы рабочей нагрузки ортодонта с учетом числа принятых и вылеченных больных при различной степени трудности лечения. Этот метод пригоден для оценки эффективности различных способов ортодонтического и комплексного лечения.

И. В. Токаревич обобщил данные о продолжительности ле­чения дистального прикуса с протрузией передних зубов вер­хней челюсти, о количестве посещений больным врача и зат­раченных в процессе лечения трудовых единиц в зависимости от возраста пациентов, выраженности морфологических и функциональных нарушений и трудности их устранения. Про­гнозированные данные совпадали с фактическими при лечении дистального прикуса ортодонтическими аппаратами, правиль­ность методики Малыгина—Белого была подтверждена. При ком­плексном лечении после предварительного удаления отдель­ных зубов по ортодонтическим показаниям автор установил, что фактические величины меньше планируемых: по продолжи­тельности лечения на 8,06±0,99 мес, по объему лечебных ме­роприятий — на 14,73±1,41 посещения больным врача и на 14,05±1,83 трудовой единицы, затраченной на лечение (табл. 1.2).

Для сравнения количественных характеристик автор произ­вел перерасчет продолжительности комплексного лечения и объема мероприятий на 1 балл трудности лечения. Продолжи­тельность лечения комплексным методом оказалась меньше на 0,18±0,036 мес, объем мероприятий — меньше на 0,23±0,05б посещения больным врача и на 0,2±0,072 трудовой единицы. Полученные данные подтвердили мнение Ф. Я. Хорошилкиной (1970) и Ю. М. Малыгина (1976), что применение комплекс­ных методов лечения дистального прикуса сокращает его сроки. И. В. Токаревич учел также возраст пациента, оказывающий, по его данным, отрицательное корреляционное влияние на размеры изученных параметров. Автор подтвердил целесообраз­ность применения таблиц для прогнозирования длительности

16



17



18

Таблица 12. Протезирование продолжительности и объема лечеб­ных мероприятий при устранении дистального прикуса с протрузией резцов верхней челюсти после удаления отдельных зубов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Трудность лечения | Продолжи­тельность комплекс­ного лечения, мес | Объем лечебных мероприятий |
| степень | оценка, баллы | количество посещений | количество трудовых единиц |
| 1 |  |  |  |  |
| (лечение простое) | 25 | 11,8 | 19,0 | 31,0 |
|  | 27 | 12,4 | 20,0 | 32,4 |
| II |  |  |  |  |
| (лечение средней | 29 | 13,0 | 21.5 | 33,9 |
| трудности) | 31 | 13,7 | 22,5 | 35,4 |
|  | 33 | 14,3 | 23,5 | 36,8 |
|  | 35 | 15,0 | 24,5 | 38,3 |
|  | 37 | 15,6 | 26,0 | 39,8 |
| III |  |  |  |  |
| (лечение трудное) | 39 | 16,2 | 27,0 | 41,2 |
|  | 41 | 16,9 | 28,0 | 42,7 |
|  | 43 | 17,5 | 29,0 | 42,2 |
|  | 45 | 18,1 | 30,5 | 45,6 |
|  | 47 | 18,8 | 31,5 | 47,1 |
|  | 49 | 19,4 | 33,0 | 48,5 |
|  | 51 | 20,1 | 34,0 | 50,0 |
|  | 53 | 20,7 | 35,0 | 51,4 |
|  | 55 | 21,3 | 36,0 | 52,9 |
| IV |  |  |  |  |
| (лечение очень | 57 | 22,0 | 37,5 | 54,4 |
| трудное) | 59 | 22,6 | 38,5 | 55,8 |
|  | 61 | 23,2 | 39,5 | 57,3 |
|  | 63 | 23,9 | 40,5 | 58,7 |
|  | 65 | 24,5 | 42,0 | 60,2 |
|  | 67 | 25,2 | 43,0 | 61,7 |
|  | 69 | 25,8 | 44,0 | 63,1 |
|  | 71 | 26,5 | 45,5 | 64,6 |
|  | 73 | 27,1 | 46,5 | 66,0 |
|  | 75 | 27,7 | 47,5 | 67,5 |

Примечание

В процессе лечения пациентов эджуайз-технику не применяли

лечения и объема мероприятий для планирования не только ортодонтического, но и комплексного лечения. Следует про­должить разработку соответствующих таблиц и для других нозологических форм зубочелюстных аномалий.

**Организация работы в зуботехяической ортодонтической ла­боратории.** Работа ортодонтического кабинета или отделения и зуботехнической лаборатории взаимосвязана. От оперативности и качества работы зубных техников зависят эффективность работы ортодонтического отделения и плановость приема больных. Бесперебойная работа лаборатории является важнейшим оце­ночным показателем качества ее организации. Учет работы каждого зубного техника позволяет старшему технику своевре­менно анализировать данные о загруженности сотрудников и всей лаборатории. Старший зубной техник распределеляет среди сотрудников работу, поступившую из клиники. Готовые орто-донтические аппараты и приспособления сдают старшему тех­нику за час до окончания рабочего дня. Старший зубной техник проверяет качество их выполнения и передает аппараты стар­шей медицинской сестре для распределения среди врачей. Если изготовление аппарата задерживается, то старшая медицинская сестра отделения или кабинета заранее предупреждает об этом ортодонта.

Объем работы зубного техника-ортодонта определен едины­ми ведомственными нормами времени на зуботехнические работы, включающими изготовление ортодонтических аппара­тов и зубочелюстных протезов, а также нормы времени на выполнение отдельных технологических операций.

Ортодонты, стремясь улучшить и ускорить процесс лечения, применяют новые функциональные и механические методы, внедряют в практику сложные конструкции ортодонтических аппаратов. Их изготовление занимает более длительное время и приводит к перегрузке зуботехнической лаборатории, что следует учитывать при планировании работы. Каждый зубной техник должен регистрировать выполняемые работы и подво­дить итог в виде ежемесячного отчета о проделанной работе и расходе материалов. Для учета расхода материалов целесообраз­но использовать дубликат заказа-наряда, который передают из зуботехнической лаборатории в ортодонтический кабинет. После припасовывания аппарата и передачи его больному ортодонт должен приложить заказ-наряд к ежедневной форме учета своей работы. Далее эти документы поступают к статистику. Старшая медицинская сестра поликлиники сверяет ежемесячные отчеты о работе ортодонта и зубного техника. Оплата труда зубного техника проводится за счет первой статьи бюджета. В учрежде­ниях, находящихся на хозрасчете или финансируемых за счет специальных средств, оплата его труда проводится по сдельно-премиальной системе. Для обслуживания ортодонтического кабинета или отделения выделяют зубных техников и закреп­ляют их для постоянной работы по ортодонтии.

**Организационные мероприятия по логопедии и лечебной гим­настике.**Логопеды соматических поликлиник из-за перегружен­ности работой не имеют возможности оказывать помощь детям, нуждающимся в ней по ортодонтическим показаниям. В связи с этим следует вводить в штат детских стоматологических поликлиник должности логопедов.

Лечебная гимнастика является средством ранней профилак­тики и лечения зубочелюстных аномалий. Работу по нормали­зации функции мышц околоротовой области, как и функций речи, глотания, дыхания, жевания, проводят в кабинете ло­гопедии и лечебной гимнастики. Его укомплектовывают штат­ными должностями логопеда и инструктора по лечебной физ­культуре за счет внутренних резервов поликлиники.

+Логопедическое обучение и занятия лечебной гимнастикой имеют следующие цели: профилактическую (перед ортодонти­ческим лечением), лечебную, закрепление достигнутых резуль­татов и предупреждение рецидивов зубочелюстных аномалий. Обследование пациентов проводят ортодонт, оториноларинго-лог и логопед. После заполнения документации и выбора плана лечения больной должен находиться под контролем ортодонта и логопеда. Логопед и инструктор по лечебной физкультуре обучают его гимнастическим упражнениям. После завершения обучения во время заключительной консультации оценивают достигнутые результаты и описывают их в истории болезни.

В кабинете логопедии и лечебной гимнастики должны на­ходиться следующие основные учетные документы:

1) журнал учета обследуемых детей;

2) журнал посещаемости детей;

3) дневник ребенка, находящегося на логопедическом обу­чении или в группе лечебной гимнастики;

4) ежедневный лист учета работы логопеда.