

Организация междисциплинарного подхода при проведении миофункциональной ортодонтической коррекции. Часть II

В.В. КОРЧАГИНА, д.м.н., главный врач
Детская стоматологическая клиника «Зубренок», Москва

The organization of cross-disciplinary approach in carrying out myofunctional orthodontic correction. Part II

V.V. KORCHAGINA

Резюме

Аномалии прикуса у детей раннего возраста встречаются чаще, чем кариес. Сложившаяся в детской стоматологии практика начала ортодонтического лечения в период сформированной аномалии прикуса не устраняет причину зубочелюстной патологии, а результаты лечения оказываются неустойчивыми. Решение состоит в том, чтобы научить детского стоматолога распознавать лицевые признаки аномалии, симптомы формирующейся аномалии прикуса как можно раньше; работать над коррекцией нарушенного паттерна функции у ребенка, а сам процесс организовать таким образом, чтобы взаимодействие детского стоматолога, ортодонта, миофункционального терапевта и других помогающих специалистов было максимально скоординированным. Интеграция методов лечения, требующих междисциплинарного подхода, в повседневную клиническую практику бывает сопряжена с рядом трудностей и нуждается в подробном описании всех технологических и бизнес-процессов, значимых для качественного оказания помощи пациенту.

Цель: ознакомить детских стоматологов и организаторов стоматологической службы детских клиник с «Протоколом лечения на Myobrace», разработанным компанией MRC, и вариантом его адаптации, действующим в клинике «Зубренок» (г. Москва), для более легкого внедрения метода в практику детских стоматологов.

Ключевые слова: миофункциональная ортодонтия, миофункциональная коррекция, миофункциональный терапевт, тренер, миобрейс, инфантильное глотание, ротовое дыхание, парафункции мышц, миогимнастика, аномалия прикуса, раннее лечение аномалий прикуса.

Abstract

Children of early age have malocclusion more often than caries. The practice of the beginning of orthodontic treatment which developed in a children's dentistry in the period of the formed malocclusion doesn't remove the cause of jaw and tooth abnormalities and results of treatment are unstable. The solution is in teaching the pedodontists to distinguish facial signs of anomaly, symptoms of the formed malocclusion, as soon as possible. Need to work on correction of the broken function at the child, and to organize process where the interaction of the pedodontist, orthodontist, myofunctional therapist and other helping experts was most coordinated. Integration of treatment methods that require an interdisciplinary approach in everyday clinical practice is accompanied by a number of difficulties and requires a detailed description of all technological and business processes essential for providing quality care to the patient.

The aim of article is to inform pedodontists and organizers of dental service of children's clinics with the Myobrace System Protocol drafted by the MRC company. And also to show option of adaptation of the protocol on the example of clinic Zubrenok (Moscow) for more gentle introduction of the protocol in practice of pedodontists.

Key words: myofunctional orthodontics, myofunctional correction, myofunctional therapist, trainer, Myobrace, abnormal swallowing, mouth breathing, parafunctions of muscles, myogymnastics, malocclusion, malocclusion early treatment.

Содержание консультации миофункционального терапевта

Желательно, чтобы содержание «Введения» из «Шаблона консультации детского стоматолога» было передано миотерапевтом во время этой первой (разъяснительной) беседы-консультации, после чего МФТ должен ответить на вопросы родителя и ребенка. Хорошим помощником в проведении обучения пациента на этом этапе служит CD-диск, предлагаемый компанией MRC. Его визуальная презентация на экране монитора – следующий важный фрагмент первого знакомства пациента с методом лечения. МФТ должен очень хорошо видеть внешние признаки нарушенных челюстно-лицевых функций и подходить к проведению презентации диска творчески, используя те его странички, которые будут по-настоящему информативны для родителя и пациента, в то же время не перегружая их лишней информацией.

Например, консультируя родителей детей дошкольного возраста или находящихся в раннем сменном прикусе, можно опустить демонстрацию слайда «Ограничения эффективности традиционной ортодонтии» – закладка «Проблемы, связанные с использованием брекетов» (раздел диска «Причины нарушений»). В разделе «Метод Myobrace» информация анимационных слайдов по использованию композитных накладок Myolay, а также использованию дуги Фаррелла также может оказаться избыточной для начального знакомства и понадобится уже перед принятием решения о выборе метода лечения, когда будут оговариваться его условия и способы достижения результата.

С помощью видеоматериалов и анимированных слайдов диска нужно уметь объяснить актуальные для пациента моменты: что характеризует патологическое глотание и как можно его исправить, каковы последствия ротового дыхания для здоровья, каковы причины возникновения скученности зубов и др. Если родитель принимает решение о возможности начала лечения, то необходимо записать ребенка к ортодонту и информировать о предстоящем обследовании (ОПТГ, серии фотографий, снятии слепков).

Миофункциональный терапевт должен знать: сроки лечения, ос-

новные условия лечения, порядок заполнения документов, необходимых для начала лечения; процедуру обследования, структуру платежей, принцип составления графика посещения ортодонта и занятий миогимнастикой, кто из специалистов принимает участие в лечении. Также он должен знать содержание консультации детского стоматолога и ортодонта, психологические особенности детей и типы детско-родительских отношений, принципы взаимодействия с разными категориями детей и родителей.

Примерное содержание консультации МФТ

1. Миогимнастика — это комплекс упражнений для нормализации тонуса жевательных и мимических мышц лица, губ, языка, мягкого нёба, для тренировки носового дыхания, физиологического глотания. Она помогает устранить неправильное положение зубов и исправить аномалию прикуса.

2. Упражнения подбираются индивидуально для каждого ребенка с учетом возраста, темперамента, имеющейся аномалии.

3. Правильное дыхание, тренируемое дыхательной гимнастикой, облегчает поступление кислорода к мозгу. Это помогает более быстро и осознанно усвоению информации; стимулирует работу сердца, восстанавливает нервную систему, что особенно актуально для детей повышенной возбудимости, гиперактивных, способствует правильному усвоению пищи, оказывает влияние на формирование правильного прикуса.

4. Обучение физиологическому глотанию поможет не только исправить прикус и положение зубов, но и научит ребенка есть твердую пищу, не запивая.

5. Тренировка мышц языка, подъязычной уздечки, круговой мышцы рта и других мышц улучшит речь, внешний вид, поможет во многих случаях избежать пластики уздечки языка.

6. Цель лечения — не только ровные зубы, но и оптимальный челюстно-лицевой рост, стабилизация небной позиции языка, сомкнутые губы, носовое дыхание, устранение движений головы и тела при глотании, стабильность достигнутых результатов ортодонтического лечения.

7. Я расскажу и покажу ребенку, как правильно делать упражнение.

Мы вместе его отработаем, чтобы он запомнил, как оно делается.

8. Важно, чтобы родитель присутствовал на занятии и участвовал в нем. Это нужно для того, чтобы ребенок мог продолжить начатую работу дома, под контролем взрослого.

9. Упражнения надо делать ежедневно, два раза в день перед зеркалом, заниматься нужно не более 10-15 минут.

10. Все упражнения носят игровой характер. Используем дополнительные приспособления: ленточки, мыльные пузыри, шарики и другие специальные устройства – вестибулярные пластинки, трейнеры, миобрейсы. Результаты выполнения упражнения вносятся в специальный дневник.

11. Раз в неделю я должна проверить, как ребенок справляется с выполнением упражнений дома, и дать новое упражнение для тренировки.

12. Как я буду знать, что ребенок не делал упражнения дома: если увижу, что он не помнит исходного положения для выполнения упражнений, не сохранил и не развил навык, полученный при заучивании и отработке упражнения со мной, что у него не сформировалась мышечная выносливость, позволяющая выполнять упражнение нужное количество раз с максимальным напряжением мышц. Обычно такой ребенок плачет на занятии или увильивает под разными предлогами от выполнения упражнений.

13. Все результаты нашей работы буду известны лечащему ортодонту. Один раз в месяц день моего приема и прием у врача-ортодонта будет совпадать. Я буду присутствовать на этом приеме и мы вместе с вами увидим результат, которого ребенок добьется за месяц. Или не добьется, так как результат будет зависеть от точности и систематичности выполнения упражнений.

14. Когда функция дыхания наладится и язык освоит большинство упражнений, мы сможем встречаться один раз в две недели. У детей, ответственно относящихся к лечению, это происходит обычно через три месяца.

15. Наступит момент, когда упражнения будут больше не нужны – при систематическом и ответственном подходе это происходит через шесть месяцев от начала ак-

тивного лечения. Но аппарат надо будет продолжать носить.

16. Продолжительность занятий миогимнастикой зависит от сложности зубочелюстно-лицевой аномалии, готовности активно выполнять упражнения, силы воли и настойчивости, а также родительской поддержки.

17. Ортодонт может порекомендовать возобновить занятия на каком-то из этапов лечения и это потребует для улучшения его результатов.

Миотерапевт (MRC-ассистент, логопед) является координатором программы лечения – информирует ортодонта об успехах и неудачах курса гимнастики, особенностях общения с пациентом (родителем), мотивационных находках или сложностях, контролирует график посещений пациента и корректирует его.

При организации кабинета для занятий миотерапией он обеспечивает: комфортный температурный режим, отсутствие каких-либо отвлекающих моментов, предлагает стол и стул (для занятий), соответственно росту ребенка, исключает прямое попадание света в глаза ребенка и на зеркало, расположенное напротив глаз ребенка.

Во время проведения миогимнастики важно, чтобы ребенок был в удобной одежде и обуви, девочки – хорошо причесаны (так как драгирование до волос и предметов одежды тоже относится к вредным миофункциональным привычкам), важно поправлять осанку ребенка, если он сидит/стоит/ходит сутулившись. Упражнения следует выполнять дозированно, с необходимой кратностью и максимальной мышечной нагрузкой.

Ортодонт

Ребенок может прийти к ортодонту: 1) по направлению от детского стоматолога (с начальной информацией о наличии аномалии и возможностях ее лечения) без жалоб и с жалобами; 2) после консультации МФТ и владеть достаточно полным объемом информации о миофункциональном методе лечения, а может прийти самостоятельно (для того, чтобы получить альтернативное мнение, после консультации у другого врача, или обеспокоенный своим внешним видом и положением зубов), имея начальную информацию о миотерапии и тренерах или не имея ее вообще.

Таблица 1. Шесть форм воспринимаемого риска

Наименование риска	Ортодонт	Пациент
Монетарный (вероятность того, что я на этом потеряю деньги)	+	+
Функциональный (возможно, метод не сработает и не будет ожидаемого мной эффекта)	+	+
Физический (выглядит несколько опасно. Не нанесет ли вреда здоровью?)	–	+
Временной (сколько времени придется потратить, чтобы добиться результата? И если этот метод окажется неподходящим, сколько времени будет потрачено впустую?)	+	+
Социальный (интересно, что скажут мои друзья?)	+	+
Психологический (а что если этот мой выбор вообще будет неудачным во всех смыслах?!) – когнитивный диссонанс	+	+

Протокол консультации ортодонта может быть представлен следующим образом:

1) выяснение жалоб ребенка и (отдельно) родителя;

2) осмотр ребенка по диагностической форме, согласно 10 пунктам «Диагностической карты пациента, проходящего лечение по миофункциональной методике», предлагаемой компанией MRC. Многие позиции в «Медицинской карте ортодонтического пациента», утвержденной приказом №834 МЗ России от 15 декабря 2014 года, есть, но для удобства регистрации динамики лечения лучше ежемесячно заполнять «Диагностическую карту пациента», которая и будет использоваться для сравнения результатов.

Цель осмотра: выявить проблемные аспекты, на которые будет направлено лечение:

- нарушенные функции дыхания, глотания;
- определить мышечный тонус языка;
- выявить парафункции щек, губ;
- ознакомиться с типом питания (режим, излюбленные продукты; характер жевания);
- определить состояние позуры.

Процедура осмотра завершается 3) беседой с ребенком и родителем – объяснением, в чем заключается ортодонтическая проблема пациента.

Используя «Шаблон консультации детского стоматолога», дополняя его результатами осмотра и диагностическими данными пациента, ортодонт рассказывает о цели лечения, возможной вероятности успеха, его этапности и сохранении каждого из этапов, их

продолжительности, улучшениях, связанных с лечением.

Цель консультации ортодонта – подробно информировать об имеющейся орофациальной проблеме: ее причинах, последствиях, способах устранения, сроках, рисках, эффективности лечения, мотивировать к принятию решения о его необходимости.

Задача – объяснить важность мышечной коррекции для любого вида ортодонтического лечения.

Не секрет, что многие ортодонты не готовы следовать принципам миофункциональной ортодонтии. И причины отсутствия готовности те же, что и у пациентов, пришедших к ним на консультацию. Эти причины могут быть сгруппированы следующим образом (см. Табл. 1).

Именно поэтому ортодонтам на начальном этапе работы по программе миофункциональной коррекции важно (как советуют специалисты компании MRC) выбирать контингент. В него должны войти дети со сменным прикусом и незначительной скученностью зубов (то есть такие клинические случаи, в которых можно обойтись без дополнительного расширения), аномалией прикуса класса II подкласса I или II, имеющие высокий уровень мотивации к лечению, с сотрудничающими и хорошо мотивированными родителями.

Подбор контингента для лечения позволит получить гарантированный результат, тем самым снизив влияние монетарного, функционального, временного и психологического риска, что в дальнейшем позволит, коллекционируя успешные случаи лечения, обдумывая их особенности, обсуждая с колле-

Таблица 2. Методы управления риском неудачи в проекте «Интеграция миофункционального ортодонтического лечения в практику врачей-ортодонтотв клиники»

	Название метода			
	Избежание	Минимизация	Передача	Принятие
Суть метода	Полное устранение источника риска	Уменьшение вероятности риска. Снижение тяжести последствий риска	Разделение риска с другой стороной	Осознанная готовность к работе. Перенос активного реагирования на устранение последствий
Варианты действия для управления риском	1. Получение дополнительной информации – доскональное изучение вопроса. 2. Выбор надежного партнера (пациента и родителя, готовых соблюдать требования к лечению; а также – коллег в команде, участвующих в предоставлении услуги).	1. Привлечение дополнительных специалистов – МФТ (логопед); остеопат, лор, осуществляющих комплексный подход к оказанию услуги. 2. Детализация протокола услуги; создание необходимого, грамотного пакета документов с описанием возможных рисков, их причин и путей их решения для Потребителя.	1. Страхование врачей. 2. Составление ИДС на услугу; договора на оказание этого вида услуг (или доп. соглашения к имеющемуся договору на оказание стоматологических услуг).	1. В договоре на оказание этого вида услуги должны быть разработаны варианты реагирования на неудовлетворяющие результаты лечения. 2. Предусмотрена процедура перерасчета внесенных денежных средств при изменении плана лечения. Частично этот вопрос решается составлением предварительной сметы на лечение; описанием вариантов лечения; оформлением Договора на услугу (в части ответственности сторон).

гами, снижать свой собственный социальный риск и влиять на снижение социального риска своих коллег.

В теории управления проектами (а внедрение любого метода лечения также является проектом, подчиняющимся законам этой теории) существуют определенные методы управления рисками.

Рис. 1. Фотопротокол. Интраоральные снимки. Сомкнутые зубы



Рис. 2. Фотопротокол. Интраоральные снимки. Верхняя зубная дуга



Чем менее «рисковым» будет выглядеть врач-ортодонт, тем меньше будет испытывать неуверенность родитель ребенка, нуждающегося в ортодонтическом лечении.

При определении показаний к лечению с помощью трейнера и в случае заинтересованности этим методом лечения и миотерапией,

Рис. 3. Фотопротокол. Интраоральные снимки. Нижняя зубная дуга



Рис. 4. Фотопротокол. Экстраоральные снимки. Анфас. В ослабленном состоянии



пациент, в сопровождении МФТ, переходит в комнату для миотерапии, где МФТ расскажет о механизме лечения, ответит на все вопросы, связанные с миотерапией, расскажет, что нужно для того, чтобы начать совместную работу.

Процедура «Обучения пациента и родителя» завершена. И теперь дело за составлением плана ле-

Рис. 5. Фотопротокол. Экстраоральные снимки. Полуоборот



Рис. 6. Фотопротокол. Экстраоральные снимки. Профиль (пациент смотрит вправо)



Рис. 7. Фотопротокол. В полный рост – лицом



Рис. 8. Фотопротокол. В полный рост – спиной



Рис. 9. Фотопротокол. В полный рост – в профиль



чения, который будет готов, после повторного визита к ортодонт.

Этот визит может быть как запланированным заранее (запись, сделанная предварительно МФТ), так и не запланированным (пациент мог записаться на него самостоятельно, спустя некоторое время после первичной консультации ортодонта и МФТ). Но на него пациент и родители приходят с готовностью начать миофункциональное ортодонтическое лечение. Однако все исследования, которые будут проводиться в течение этого визита, могут подойти для планирования и другого метода лечения.

Основное его назначение – сбор диагностических данных. В ходе визита осуществляется:

- фотографирование: выполняют интраоральные – сомкнутые зубы (рот с ретрактором (рис. 1)); верхняя зубная дуга (рис. 2); нижняя зубная дуга (рис. 3) и экстраоральные снимки – голова: анфас. В расслабленном состоянии (рис. 4); полуоборот (рис. 5); профиль (рис. 6); в полный рост лицом (рис. 7); в полный рост спиной (рис. 8); в полный рост в профиль (рис. 9);

- видеосъемка – статус функций дыхания, глотания и активность мышц лицевой области;

- ОПТГ (с 6 лет) + ТРГ (подростки; по необходимости);

- снятие слепков, изготовление диагностических моделей;

- измерение зубных дуг до начала лечения: межклыковой ширины, ширины в области моляров и премоляров, фронтального положения зубов верхней и нижней челюстей (по шаблону).

К следующему визиту (без присутствия пациента) составляется план лечения. Согласовывается с МФТ набор упражнений и планируется возможный график посещений.

Задачи повторного визита – презентация и обсуждение плана лечения, оформление документов для его начала.

План лечения, помимо диагноза, должен включать предположительную этапность лечения, цели каждого этапа лечения, приблизительные сроки, структуру платежей. К этому визиту должен быть подобран комплекс индивидуальных упражнений и составлен график посещения ортодонта и МФТ.

После согласования вопросов, связанных с лечением, можно перейти к оформлению документации: подписанию плана лечения и предварительной сметы, информированного согласия на лечение, оформлению дополнительного соглашения к договору.

II. Начало лечения

Рис. 10. Этап «Начало лечения». Фото с аппаратом, с широкой улыбкой



Цель первого года лечения – нормализация функций (дыхания, глотания, жевания) и развитие челюстей. Для достижения этой глобальной цели важно добиться постоянно сомкнутых губ (ребенок должен научиться держать рот закрытым в состоянии покоя) и постоянного пребывания во рту трейнера (Myobrace) ночью. При серьезном систематическом подходе со стороны ребенка и родителя эти задачи могут быть решены в течение 3-4 месяцев.

Лечение начинается на аппарате i2n (=K1), который ребенок самостоятельно помещает в рот. В этот момент делается еще одно фото с аппаратом – с широкой улыбкой (рис. 10). Пациенту выдаются инструкции по использованию аппарата, уделяется внимание ответам на вопросы ребенка и родителя и делается предварительная запись к ортодонту – через месяц.

Далее пациент в сопровождении МФТ переходит в комнату для занятий миогимнастикой, где происходит:

1. Просмотр вводного видео из программы упражнений Myobrace (с повторением правил ношения аппарата).

2. Демонстрация МФТ упражнения №1 на дыхание и отработка с ребенком навыка его выполнения.

3. МФТ отвечает на вопросы ребенка и родителя и записывает пациента на следующее занятие через неделю.

Первый месяц занятия проводятся один раз в неделю, чтобы ребенок все усвоил, чтобы можно было проконтролировать, носит ли он аппарат, правильно ли им пользуется, выяснить, какие у него есть сложности, оказать моральную поддержку ему и родителям, дополнительно мотивировать.

Количество последующих визитов первого этапа варьирует в зависимости от необходимости. Их число может быть уменьшено, если ребенок ответственен и хорошо выполняет упражнения, или увеличено, если ему необходим дополнительный контроль.

Во время первого визита начального этапа лечения МФТ должен проверить, может ли ребенок быстро и легко (правильно!) поместить аппарат в рот, правильность

выполнения упражнения №1 на дыхание.

Если нареканий не возникает, то вводится упражнение №2 (также на дыхание) в следующем порядке – видеодемонстрация, демонстрация упражнения МФТ, тренировка с ребенком навыка выполнения упражнения. Визит традиционно завершается ответами на вопросы и записью на следующий визит.

Второе посещение MRC-ассистента/МФТ, равно, как третье и четвертое, проходят в одном и том же порядке. Отличием является дополнение упражнений на дыхание в третьем посещении и для языка – в четвертом. В четвертый визит МФТ отрабатывает упражнения, которые ребенок будет делать с трейнером во рту.

Важно в перерывах между визитами беседовать с пациентом по телефону для оказания моральной поддержки, влияния, усиления мотивации.

Четвертое посещение МФТ может проходить в один день с посещением ортодонта. МФТ передает информацию ортодонту о том, как ребенок справляется с задачей, какие у него есть успехи, какие трудности, что замечено в этот период общения с пациентом. Для многих детей, действительно, очень важна похвала и объективная оценка со стороны авторитетного взрослого тех усилий, которые он прикладывает. Не следует хвалить ребенка, если не за что, и высказывать понимание, что ему трудно и пока не получается, но и не следует замалчивать его успехи.

Консультация ортодонта (первая после начала лечения) состоит из следующих ключевых моментов:

1. Выяснение жалоб и основных проблем пациента, связанных с началом лечения на трейнерах.

2. Измерение верхней и нижней челюстей (на моделях челюстей).

3. Диагностика по 10 пунктам «Диагностической карты пациента, проходящего лечение по миофункциональной методике».

4. Рекомендации к продолжению лечения.

5. Запись на следующий визит (через 1 месяц).

Пятое, шестое, седьмое посещения МФТ аналогичны друг другу и отличаются от четвертого от-

работкой упражнений для языка. Чтобы разнообразить занятия и сделать их более интересными для ребенка, превратив их в игру, можно предложить вариации упражнений на дыхание и для тренировки мышц языка, которые будут индивидуально подобраны МФТ для этого ребенка. Подбор упражнений осуществляется из Сборника упражнений¹.

Восьмое посещение МФТ, как и четвертое, проходит в один день с посещением ортодонта. Желательно, чтобы к этому визиту ребенок хорошо владел навыками выполнения упражнений для языка и на дыхание, тогда ему можно будет продемонстрировать и вместе с ним отработать первое упражнение для тренировки глотания, а потом записать на следующий визит.

Задача второй (после начала лечения) консультации ортодонта – оценка прогресса лечения. Протокол ее проведения аналогичен протоколу первой консультации.

Так как к этому моменту пациент должен хорошо освоить упражнения на дыхание и упражнения для языка, то даже в позднем сменном прикусе можно увидеть расширение челюстей хотя бы на 1 мм. Это будет признаком прогресса лечения – необходимости рекомендаций к продолжению и назначению новых упражнений.

Если расширения не произошло, то именно в этот визит родители ребенка информируют о том, что для расширения челюстей (и более активного лечения) потребуется пластинка или дуга Фаррелла.

Новые упражнения для миофункциональной коррекции осваиваются в ходе следующих четырех посещений МФТ по индивидуальному графику – это два упражнения для тренировки глотания и два – для губ и щек. Если ребенок ответственно относится к выполнению рекомендаций, следующий визит может быть назначен через четыре недели. Если пациент был необязателен – то через две.

Через три месяца от начала лечения – к третьей консультации ортодонта – пациент должен хорошо освоить все упражнения на дыхание и для языка; упражнения для тренировки мышц губ, щек и правильного глотания, что в качестве очередного прогресса лечения, зафиксировать ортодонт в виде расширения челюстей.

III. Введение аппарата II этапа лечения i2 = K2 или T2

¹ В нашем случае он создан сотрудниками клиники на основании методических пособий, рекомендаций для врачей-ортодонтов и логопедов, существующих на данный момент

Оптимально это может произойти через три (четыре) месяца от начала лечения. Данный вид аппаратов помогает достичь более интенсивного расширения челюстей, в чем и состоит главная цель этого этапа. Уместной может быть рекомендация носить первую неделю K1 (T1) только ночью; K2 (T2) – 1 час днем. Последующие недели – носить только K2 (T2).

Если же расширения челюсти не произошло – пациент переводится на лечение с пластиной или дугой Фаррелла.

Продолжительность этого этапа – 4-6 месяцев. За это время один раз в месяц для обязательных детей и два раза в месяц для необязательных проводятся посещения MRC-ассистента/МФТ, все упражнения на все группы мышц повторяются, по необходимости – вводятся новые из этих серий. Промежуточные (4-я – 7 –я (9-я)) консультации ортодонта ничем друг от друга не отличаются. Если расширение челюсти достигается, переходят к следующему этапу лечения.

IV. Введение аппарата III этапа лечения K3 или T3².

Чаще всего это происходит на 7-9 месяце от начала лечения, но желательно добиться результата раньше – через 4-6 месяцев. Цель этого этапа – продолжить расширение челюстей. Выдача нового аппарата K3 или T3 сопровождается традиционным фото с новым аппаратом (с широкой улыбкой) и рекомендациями к продолжению лечения; назначением новых упражнений для губ/щеки и глотания или повторение уже выученных, которые становятся самыми главными.

Использование этого трейнера происходит в течение 3 месяцев. Ежемесячные визиты к ортодонту имеют ту же цель – контроль результатов и определение продолжительности лечения. Визиты к МФТ назначаются в зависимости от состояния основных функций, нуждавшихся в коррекции. Не исключено, что к этому моменту у ребенка закрепится правильный паттерн дыхания и глотания. Обычно для перестройки прежней привычки требуется около 3-4 месяцев; для получения мышечного

ответа – около 6 месяцев. Поэтому даже если к заключительной консультации уже будет виден хороший клинический результат – не стоит чересчур радоваться, так как это всего лишь мышечный ответ. Костная ткань отреагирует на него спустя длительное время. Следовательно, использование аппарата, соответствующего этому периоду лечения, не должно прекращаться. И это обсуждается на заключительной консультации, называемой «Двенадцатимесячный отчет». Но прежде, во время 11-го визита к ортодонт, выполняется фотографирование (по протоколу «Повторного визита к ортодонт» на этапе обучения) и готовится видео состояния функций дыхания, глотания и активности мышц лицевой области – для сравнения в динамике.

К 12-му визиту к ортодонт должны быть готовы: пакет фото в динамике; комплект данных по измерению зубных дуг, три комплекта диагностических моделей челюстей, два видео произвольного поведения ребенка в кресле стоматолога. Родитель и ребенок должны видеть прогресс (если он есть) и логичное объяснение, почему он не такой, как ожидался. В этот визит проводится обсуждение результатов и целей нового этапа лечения. Рекомендуется продолжение ношения T3 (или T3п) для поворота отдельных зубов или перевод на ретейнер T4 (табл. 3).

Весь период лечения должен хорошо контролироваться со стороны помогающих служб: сотрудников call-центра (своевременно напоминающих о визитах и следящих за соблюдением графика напоминаний о приемах), менеджеров сопровождения клиентов, контролирующих своевременность внесения записи на следующий визит при посещении клиники и передающих информацию о записи МФТ, администраторов фронт-офиса.

Администратор и оператор call-центра должны знать: название аппаратов, используемых на всех этапах лечения, основные функции специалистов, принимающих участие в лечении, порядок записи на консультацию и миогимнастику к ним, документы, необходимые для

начала лечения, и правила их заполнения, порядок процедуры обследования, структуру платежей.

Также он должен хорошо знать, что делать, если аппарат утерян или испорчен, если нужна дополнительная консультация или пациент решил прекратить лечение, если пациент долго не был в клинике, если хочет сменить врача или миотерапевта.

Важным является наличие хорошо отлаженной коммуникации с пациентом и его родителем всех членов коллектива, принимающих участие в работе с ним. Поэтому задача руководителя – формализовать процесс обмена информацией и единое информационное пространство проекта, обеспечить тот уровень информированности, врачей, ассистентов, администраторов, который соответствует компетенции каждого и необходим ему для выполнения своих обязанностей. Это нужно для устранения коммуникационных барьеров при предоставлении услуги, во избежание «политических» противоречий в работе команды и разнородности информации, исходящей от разных участников работы.

В каких случаях усилия команды не принесут результата:

1. Если презентация услуги окажет ограниченное воздействие на мысли и эмоции потребителя. При невнятном и ограниченном информировании, отсутствии наглядности, отсутствии эмоционального присоединения врача к потребностям клиента (низкой эмпатии, безразличия, неуверенности).

2. Если врач будет фокусироваться на предложении услуги (трейнера, миогимнастики – по отдельности или в комплексе), а не на решении проблемы пациента и не на создании системы взаимоотношений с ним – индивидуальных и позитивно окрашенных.

3. Если врач будет сосредоточен только на характеристиках и цене продукта, выпуская из виду выгоды и ценности для потребителя.

4. Если при презентации (объяснении) особенностей функциональной ортодонтии будут даваться неясные обещания – не будут присутствовать фото и видео личных клинических случаев лечения, проведенного врачом, а также клинические ситуации, аналогичные ситуации конкретного пациента (с чем также связана необходимость

² В настоящее время, до лицензирования этой серии аппаратов, в России мы можем пользоваться аппаратами предыдущей серии – T4K

Таблица 3. График посещений отодонта и МФТ

№ посещения МФТ/ортод	Протокол посещения МФТ	Протокол посещения ортодонта	Примечания
1 Интервал между посещениями этапа – 1 неделя. Изменение цвета указывает на переход к новому этапу лечения	1. Просмотр вводного видео 2. Объяснение правил ношения аппарата 3. Демонстрация упр. №1 (дыхание)+ упр. для осанки. 4. Отработка навыка с ребенком и родителем 5. Ответы на вопросы 6. Запись на следующее занятие (через неделю)	1.Выдача аппарата 2.Фото с аппаратом (широкая улыбка) 3.Инструкции по использованию аппарата. Ответы на вопросы 4.Запись на следующий визит (через 1 мес.)	—
2	1. Проверить, как использует аппарат 2. Проверить качество выполнения упр. 1+упр. для осанки 3. Демонстрация упр. №2 (дыхание)+ упр. для осанки 4. -6.	—	—
3	1-6; 3. + упр. №3 (дыхание) + упр. для осанки		
4/1	1. Проверить как использует аппарат 2. Проверить качество выполнения упр. 3 (дыхание) и упр. для осанки 3. Демонстрация упр. №1 (язык) 4. -6.	1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Рекомендации к продолжению лечения 5. Запись на следующий визит (через 1 мес.).	Отработать упражнения с тренером во рту
5	1-6; 3 - + упр. №2 (язык) упр. для осанки		
6	1-6; 3 - + упр. №3 (язык) упр. для осанки	—	—
7	1-6; 3 - + упр. №4 (язык) упр. для осанки	—	—
8/2	1-6; 3 - + упр. №1 (глотание) упр. для осанки	Оценка прогресса лечения 1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Рекомендации к продолжению лечения 5.Запись на следующий визит (через 1 мес.).	Хорошо выполняет упр. на дыхание и для языка. Должно произойти расширение на 1 мм. Если расширения не произошло – информирование о необходимости пластинки или дуги.
9	1-6; 3 - + упр. №2 (глотание)	—	—
10	1-6; 3 - + упр. №3 (глотание)	—	—
11	1-6; 3 - + упр. №1 (губы/щеки)	—	—
12/3 Интервал между посещениями этапа лечения – 4 недели (1 мес.)	1-6; 3 - + упр. №2 (губы/щеки)	Оценка прогресса лечения 1.Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2.Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Выдача аппарата К2 или Т2 5. Фото с аппаратом (широкая улыбка) 6. Инструкции по использованию аппарата. Ответы на вопросы 7. Запись на следующий визит (через 1 мес.)	Хорошо выполняет упр. на дыхание, глотание, для языка, мышц губ и щек. Должно произойти расширение челюсти

13/4	все упражнения на все группы мышц повторяются; + новые из этих серий	Оценка прогресса лечения 1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Рекомендации к продолжению лечения 5. Запись на следующий визит (через 1 мес.).	выявление недо-работок по статусу функций; назначений новых упражнений. Для обязательных пациентов занятия с МФТ–1р /мес.; для необязательных - 2 р/мес.
14/5			
15/6			В интервале с 6 по 9 мес. может произойти расширение челюстей, достаточное для введения нового аппарата КЗ (или ТЗ)
16/7			
17/8			
18/9		Оценка прогресса лечения 1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 4. Диагностика по 10 пунктам 4. Выдача аппарата КЗ или ТЗ 5. Фото с аппаратом (широкая улыбка) 6. Инструкции по использованию аппарата. Ответы на вопросы 7. Запись на следующий визит (через 1 мес.)	—
19/10	Новые упражнения или повторение выученных Контроль 1 р/мес.	Оценка прогресса лечения 1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Рекомендации к продолжению лечения 5. Запись на следующий визит (через 1 мес.).	—
20/11		Оценка прогресса лечения 1. Выяснение жалоб; основных проблем пациента 2. Измерение в/ч и н/ч 3. Диагностика по 10 пунктам 4. Фотосъемка по фотопротоколу; видеосъемка состояния функций дыхания, глотания и активности мышц лицевой области (для сравнения в динамике). 5. Рекомендации к продолжению лечения 6. Запись на следующий визит (через 1 мес.).	
21/12		Двенадцатимесячный отчет	—
+12 мес.	—	КЗ или Т4 (Т4F) – наблюдение и оценка статуса функции; анализ пищевого дневника	Используются в качестве ретейнера.

четкой документации каждого клинического случая).

5. Если при каждом взаимодействии с пациентом – МФТ, ортодонта, администратора, оператора call-центра – у законного представителя пациента не будет создаваться впечатление последовательности подхода и исключительности отношения к нему и к его ребенку.

Для того чтобы изменить ситуацию восприятия потребителем этого (достаточно нового) метода ортодонтического лечения, важно при планировании его внедрения в каждом конкретном ЛПУ позаботиться о хорошей подготовке персонала, участвующего в этой работе, чтобы потребителем без труда определялись:

— компетентность персонала – профессиональная и психологическая (так как клиент рассчитывает встретить специалиста, по крайней мере, не слабее себя, умеющего, при необходимости, приводить аргументы и контраргументы, оказывать поддержку и прикладывать волевые усилия);

— его эмпатия – участие в устранении стоматологической проблемы ребенка ради него самого;

— оперативность – безотлагательное решение связанных с реализацией услуги вопросов, даже тех, что не предусмотрены в пакете документов, определяющем согласие законного представителя на проведение лечения (что связано с профессиональной компетенцией).

Потребитель услуги должен ощущать усилия, затрачиваемые персоналом на работу с ним, и в то же время не должен быть лишен сопричастности, так как он напрямую участвует в получении результата.

В организации процесса красной нитью должна выделяться гарантированность, обеспечивающая примерно одинаковый уровень оказания услуги, независимо от того, кто конкретно проводит работу с пациентом, демонстрирующая причинно-следственную связь усилий и результата, снимающая подозрения в отношении финансовой обоснованности услуги.

В каких случаях можно рассчитывать на успех внедрения методики:

— когда метод гармонично вписывается в культуру компании (междисциплинарного, командного подхода; высокого уровня внутренних профессиональных коммуникаций, планирования лечения через консилиумы с максимальным учетом анатомических, психологических и функциональных факторов пациента);

— поддерживает ее эмоциональный интеллект (если большая часть членов команды, а лучше все, демонстрируют не ниже среднего уровня эмоциональную осведомленность собственную и в реакциях других людей, высокую вовлеченность в процесс работы и самомотивацию к достижению результата, эмпатию среднего уровня и выше, а также хорошую способность контролировать собственные реакции и порывы);

— декларируемые ценности и минимально-инвазивные подходы к лечению, этику и деонтологию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова Т. Ф., Снагина Н. Г. Значение факторов диспропорции созревания зубочелюстной системы в стоматологии детского возраста / Сб. науч. трудов ЦОЛИУВ. — М., 1976. — С. 48-51.
2. Vinogradova T. F., Snagina N. G. Znachenie faktorov disproporcii sozrevaniya zubo-cheljustnoj sistemy v stomatologii detskogo vozrasta / Sb. nauch. trudov COLIUV. — М., 1976. — С. 48-51.
3. Гурков И. Б. Стратегический организационный дизайн. — М., 2015.
4. Gurkov I. B. Strategicheskij organizacionnyj dizajn. — М., 2015.
5. Завражнов Д. И. Стратегический бренд-менеджмент. — М., 2014.
6. Zavrashnov D. I. Strategicheskij brendmenedzhment. — М., 2014.
7. Иткина С. Ш., Белоусов Ю. Н. Лечение миофункциональных нарушений у детей с зубочелюстными аномалиями с помощью системы миофункциональных аппаратов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. №3 (58). С. 72-75.
8. Itkina S. Sh., Belousov Ju. N. Lechenie miofunkcional'nyh narushenij u detej s zubo-cheljustnymi anomalijami s pomoshh'ju sistemy miofunkcional'nyh apparatov // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2016. №3 (58). S. 72-75.

5. Морозова Н. А., Минаева И. Н., Васманова Е. В. Методические рекомендации «Обследование детей раннего возраста у стоматолога». — М., 2004.

- Morozova N. A., Minaeva I. N., Vasmanova E. V. Metodicheskie rekomendacii «Obsledovanie detej rannego vozrasta u stomatologa». — М., 2004.

6. Полковников А. В. Управление проектами. — М., 2014.

- Polkovnikov A. V. Upravlenie proektami. — М., 2014.

7. «Протокол лечения по методике Myobrace в сменном прикусе (5-15 лет)». Farrell Ch. The Myobrace System: Biologically focused treatment innovation // Austrakian Dental Practice. 2016. Sep/Oct. P. 74-78.

- «Protokol lechenija po metodike Myobrace v smennom prikuse (5-15 let)». Farrell Ch. The Myobrace System: Biologically focused treatment innovation // Austrakian Dental Practice. 2016. Sep/Oct. P. 74-78.

8. Тарасова Г. Д., Кирчиогло А. Ф., Жигжитов Б. А. Комплексный подход к проблеме лечения детей с аномалиями зубочелюстного развития и хроническим ротовым дыханием (обзорная статья) // Стоматология детского возраста и профилактика. Ч. I. 2015. №2 (53). С. 44-49; Ч. II. 2015. №3 (54). С. 8-11.

- Tarasova G. D., Kirchioglo A. F., Zhigzhitov B. A. Kompleksnyj podhod k probleme lechenija detej s anomalijami zubo-cheljustnogo razvitija i hronicheskim rotovym dyhaniem (obzornaja stat'ja) // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. Ch. I. 2015. №2 (53). S. 44-49; Ch. II. 2015. №3 (54). S. 8-11.

9. Graber T. M. Orthodontics. Principles & Practice. Chapter 6. Etiology of Malocclusion. Extrinsic of General Factors. — 1962.

10. Myofunctional appliance treatment: Sleep dentistry for the 21st century. Cris Farrell, BDS (Syd) // Australian Dental Practice. 2015. May/June. P. 84-88.

11. German Ramirez-Yanez, Farrell C. Soft tissue dysfunction: a missing clue in orthodontics // International Jaw Functional Orthopedics. 2005. №1. P. 351-359.

12. Flutter J. The negative effect of mouth breathing on the body and development of the child // Australasian Dental Practice. 2006. July.

13. What to do about diet, decay and sleep disordered breathing in children. Cris Farrell, BDS (Syd) // Australian Dental Practice. 2015. July/August. P. 86-90.

14. Wijey R. Muscling in other truth, viewed 10 May; 2011. — <http://www.dental-tribune.com/articles/content/id/2998/scope/specialties/section/orthodontics>.

Поступила 05.06.2017

Координаты для связи с автором:

117639, г. Москва, Балаклавский

пр-т, д. 4, корп. 8

Детская стоматологическая

клиника «Зубренок»