«Несекретные материалы» врача-практика. Дентофобия*

Е.В. ЛИПАТОВА, врач-стоматолог
Стоматологическая клиника «Приор-М», г. Екатеринбург

«Nonsecret materials» of the practicing doctor. Dentophobia

E.V. LIPATOVA

Е.В. ЛИПАТОВА

Диагностика, показания к лечению, клинические протоколы, методики восстановления зубов порой неотделимы от личностных и характерологических особенностей пациента.

Бессмертное «лечить не болезнь, а больного» (М.Я. Мудров) входит в противоречие с постулатами популярного героя сериала Грегори Хауса («Д-р Форман: Разве лечение пациентов не то, зачем мы стали врачами? Д-р Хаус: Нет, лечение заболеваний – вот почему мы стали врачами»). Истина, как всегда, где-то посередине.

Врач любой специальности подтвердит: мотивация пациента на лечение, сотрудничество, оптимистичный настрой значительно увеличивают шансы прогноза на выздоровление.

Два представленных случая характеризуют разнонаправленные векторы настроя пациентов на лечение. В каждом случае изучение результатов дополнительных методов обследования помогает в планировании и получении ожидаемого результата.

Клинический случай 1 (рис. 1-5)

С одной стороны, стойкая дентофобия со стороны пациента. Когда врач буквально может прочитать «по зубам» нелегкую стоматологическую историю пациента. Прочувствовать его страхи. Вскрыть глубоко затаенные обиды на коллег. Иногда на коллег-стоматологов.

Когда у женщины средних лет, красивой и ухоженной, за «фасадом» скрываются такие последствия десятилетия «пряток» от стоматолога, то скорее всего, за этим стоит глубокая психологическая или даже физическая травма, родом из прошлого опыта.

Зуб, который мы лечили сегодня, уже далеко не первый… Я начинала очень осторожно, с небольших кариесов. Мы постепенно привыкали друг к другу. Восстанавливали доверие. Строили деликатные и хрупкие отношения врача и пациента. Очень спокойная и понимающая свою проблему пациентка.

Уже рядом с нами ортодонт. Уже и хирург подключился. И ортопед тоже.

Эндодонтическое лечение витального зуба 3.7, который в ортопедическом плане лечения запланирован к покрытию коронкой, требовало и адекватной анестезии, и психологической подготовки пациентки. Технические задачи по доступу с максимальным сохранением твердых тканей, с механической обработкой анатомии мезиального корня были выполнены с применением оперативного микроскопа, системы Profile 15 04 и 20 04 для создания ковровой дорожки, затем применялась система saf 1.5 mm, l 25.

Но финал сегодняшнего лечения пульпита стал для меня полной неожиданностью. После постановки временной пломбы и рентгеновского снимка в двух проекциях пациентка пулей вскочила с кресла и с полными страха глазами села ко мне за стол… После моих настойчивых расспросов она призналась, что больше всего боится рентгеновского излучения!

Мой внутренний маленький стоматолог упал в обморок от неожиданного признания. И несколько минут лежал в шоке. Потом мы проговорили безопасные и допустимые для исследования дозы, перевели их в примерный процент от естественного фона. И, надеюсь, сумели победить этот страх.

Хотя то, что скрывается в потемках души наших пациентов, меня удивляло, удивляет и видимо еще долго не перестанет удивлять.

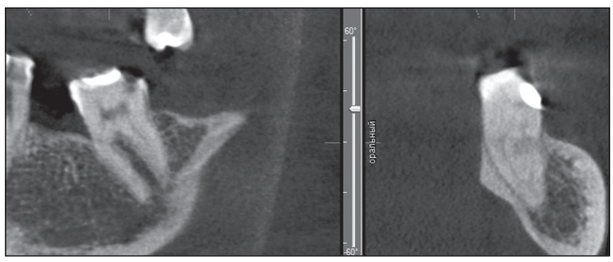

Рис. 1. **КЛКТ до лечения**

Рис. 2. **Ситуация в полости рта**

**Продолжение. Начало см. №4/2013 и №1/2014 журнала «Эндодонтия today».*

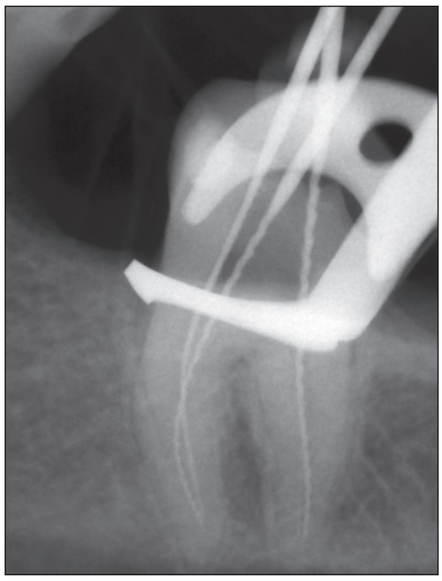

Рис. 3. **Этап измерения рабочей длины**

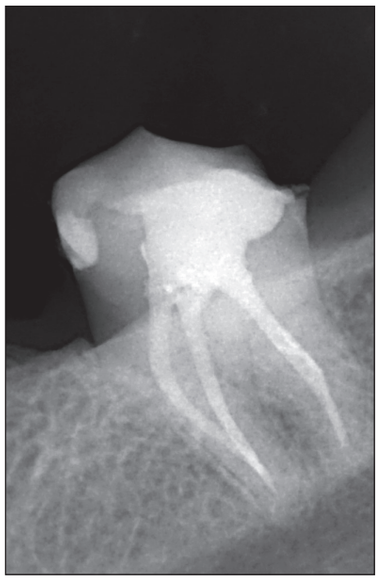

Рис. 4, 5. **Контроль пломбирования в прямой и латеральной проекциях**

Клинический случай 2 (рис. 6-10)

Вторая крайность – мнительность и ипохондрия, которые приводят к избирательному решению одних проблем, с избеганием менее значимых, с точки зрения пациента. Врач может попасть в ситуацию, когда обретает пациента, который лечиться хочет, может и любит. То есть его совершенно не привлекает результат, ему нравится сам процесс избавления от проблемы, которую он сам у себя нашел. Иногда не без действительной причины.

Пациентка пришла ко мне в 2011 году с целью перелечить зуб 1.2, который при подготовке к ортодонтии случайно «модифицировали» перфорацией. Она точно знала все детали. У нее была КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография). Прицельные рентгеновские снимки. Направление доктора. И после проведенного удачно лечения мы беседовали еще около получаса. Потом в регистратуре она задержалась еще примерно на час. При этом основной речевой паттерн «давайте я вам подробно расскажу».

Уже тогда мне было понятно, что красивой (действительно очень красивой девушке!) просто необходима красивая улыбка. И без ортодонтии ей не обойтись. Поэтому она вернулась к своему лечащему врачу. С пожеланиями как можно скорее закончить санацию и приступить к ортодонтии.

Она пришла через два года. С новым диском КЛКТ. Без брекет-системы. Ортодонт посоветовал перелечить все зубы, включая каналы левых нижних моляров. Там не было никакой симптоматики. Стояли корректные реставрации. Но настойчивость пациентки, многократно записывающейся на консультации, с целью задавать все новые и новые вопросы, сломили меня. Мы провели лечение. Два месяца мы убирали «пятнышки», «темные полосочки» и «темные пятна в кости» (пациентка научилась смотреть КЛКТ!).

Было проведено перелечивание зубов 3.6, 3.7 и 2.6. Через месяц пациентка пришла… с новым диском. Но опять без намека на начало ортодонтического лечения. Чтобы проверить «заросли ли пятна в кости». На мои аргументы, что во-первых, направление на исследование должен давать врач, а во-вторых, «эти пятна вывести не так легко», она приводит железный аргумент: «А я подумала, что уже пора».

Подозреваю, что я единственный и, видимо, не сильно прозорливый врач, который решил прикоснуться к ней с целью «полечить». Потому что ортодонт, которого она выбрала себе в ведущие специалисты, с ее слов «эмигрировал за границу». Сегодня, спустя полгода после подготовки, ортодонтическое лечение до сих пор не начато.

Пациентка меня даже сперва расстроила: «Я посмотрела КТ, там пятна такие и остались». Мы вместе смотрели оба диска. «Темные пятна из кости» потихоньку тоже уходят.

А я все-таки посматривала на географическую карту… А вдруг какому-нибудь ортодонту в далекой стране не хватает эндодонтиста, чтобы холодными зимними вечерами обсуждать… Нет, не пятна на зубах, а светлые стороны нашей профессии и пациентов, которые так по-разному относятся к лечению.

Нам же остается учиться, делиться опытом, договариваться в рамках межклинических взаимодействий. И приводить любых пациентов к общему знаменателю – здоровых и довольных как процессом, так и результатом лечения.

Рис. 6. **КЛКТ до лечения**

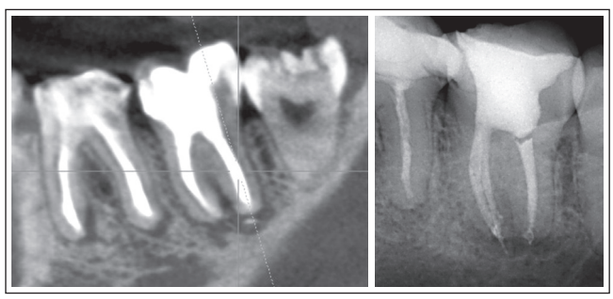

Рис. 7. **КЛКТ через 7 месяцев после лечения**

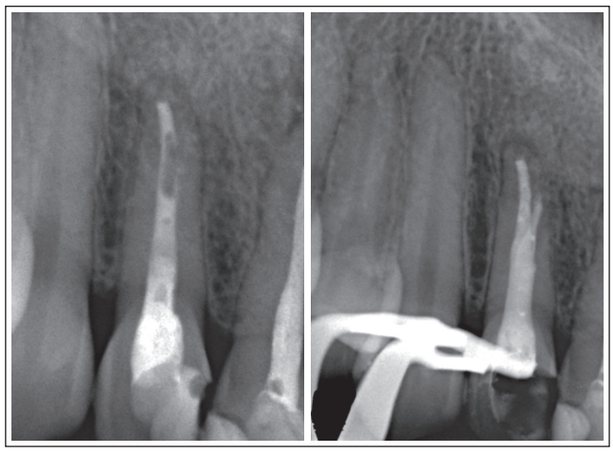

Рис. 8. **Зуб 1.2 до лечения и после (ятрогенная перфорация в апикальной трети корня обнаружена и запломбирована)**

Поступила 18.08.2014
Координаты для связи с автором:
620075, г. Екатеринбург, ул. Малышева, д. 84
Клиника «Приор-М»

Рис. 9. **Ситуация в полости рта**

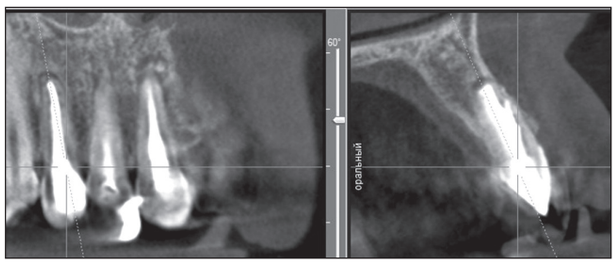

Рис. 10. **Зуб 2.2 через 3 года после лечения**

MEDICNRG™
Precise Endo Technology
ЛУЧШИЕ ПОМОЩНИКИ В ВАШЕЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ApexNRG RIDER
совместимость с эндонаконечниками

Apex NRG XFR™
автоматическая точность, эргономика использования

эндо-стенды
стенды для боров

держатель с подсветкой для стоматологических инструментов LUMI-Est

Apex NRG BLUE™
визуальный контроль на мониторе (технология Bluetooth)

контейнеры для стерилизации файлов

STOMPROM.RU
Уполномоченный представитель в России – ООО «СтомПром»
8 800 200 2161
www.stomprom.ru, sale@stomprom.ru