

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
10 августа 2022 г. № 84

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с полной адентией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с частичной адентией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с повышенным стиранием зубов» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями височно-нижнечелюстного сустава» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с глубоким прикусом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с дистальным прикусом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с перекрестным прикусом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с аномалиями положения зубов» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с мезиальным прикусом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с открытым прикусом» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 марта 2023 г.

Министр

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с полной адентией»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортопедическом и хирургическом стоматологических приемах в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с полным отсутствием зубов (полная первичная или вторичная адентия) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.0 Адентия; K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

полная первичная адентия – заболевание, характеризующееся отсутствием зубов и (или) их зачатков на одной или обеих челюстях, обусловленное генетическими или другими факторами, оказавшими воздействие на плод в процессе его формирования;

полная вторичная адентия – патологический процесс, появляющийся вследствие полной потери всех зубов на одной или обеих челюстях по причине несчастного случая, удаления зубов по медицинским показаниям, болезни периодонта, вследствие развития кариеса и его осложнений.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

4. Основными методами диагностики полной адентии (далее – ПА) являются:
сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;
осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;
оценка состояния слизистой оболочки полости рта;
оценка состояния зубных протезов;

инструментальное исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей. При применении метода лечения ПА с использованием дентальных имплантатов – конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ) челюстно-лицевой области.

5. Дополнительными методами диагностики ПА являются:

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): КЛКТ челюстно-лицевой области, КЛКТ височно-нижнечелюстных суставов;

использование аппаратов (лицевая дуга, НР-анализатор, другие) для пространственного ориентирования модели верхней челюсти в артикуляторе и для передачи шарнирной оси вращения нижней челюсти с последующим функциональным анализом зубочелюстной системы;

функционально-диагностические исследования (функциональные пробы, электромиография);

выявление и анализ чрезмерных окклюзионных контактов при наличии искусственных зубных протезов (суперконтактов);

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-стоматолога-хирурга, врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-оториноларинголога, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-невролога, врача-инфекциониста, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача общей практики, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, других);

фотографирование для оценки эстетики улыбки и лица, а также анализа зубочелюстной системы.

6. При диагностике ПА также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

неудовлетворительное гигиеническое состояние ортопедических конструкций зубных протезов;

желание лечиться или отказ от лечения.

7. При диагностике ПА и планировании лечения с применением методов дентальной имплантации при определении общесоматического состояния обязательно выявляют наличие абсолютных и относительных медицинских противопоказаний (при наличии медицинских противопоказаний необходима консультация врача-специалиста (врачей-специалистов), указанного(ых) в абзаце шестом пункта 5 настоящего клинического протокола).

Абсолютными медицинскими противопоказаниями хирургического лечения ПА с применением методов дентальной имплантации на момент обращения пациента являются:

общесоматические заболевания в стадии декомпенсации;

инфаркт миокарда (6 месяцев с момента заболевания);

нарушение мозгового кровообращения (6 месяцев с момента заболевания);

перенесенная операция по протезированию клапанов сердца;

иммуносупрессия;

злокачественные новообразования в челюстно-лицевой области;

злокачественные новообразования в период лучевой терапии и химиотерапии;

наркотическая зависимость;

внутривенное введение бисфосфонатов;
психические заболевания, при которых пациент не может адекватно выполнять рекомендации врача-специалиста во время и после лечения.

Относительными медицинскими противопоказаниями хирургического лечения ПА с применением методов дентальной имплантации являются:

аллергия на местные анестетики;
неудовлетворительная гигиена полости рта;
болезни периодонта в стадии обострения;
курение, алкоголизм;
острые или обострение хронических воспалительных процессов челюстно-лицевой области;
хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области;
применение цитостатиков;
сахарный диабет;
аутоиммунные, ревматоидные и системные заболевания соединительной ткани;
острые респираторные заболевания;
стадии реабилитации и выздоровления;
беременность и период лактации;
ятрофобия, дентофобия.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПА

8. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ПА являются:

улучшение качества жизни пациента;
улучшение функциональной способности зубочелюстной системы;
улучшение функции жевания и речи;
устранение перегрузки мягких тканей протезного ложа;
улучшение эстетики улыбки и лица, зубов и зубных рядов.

9. Планирование комплексного лечения пациентов с ПА включает следующие этапы: мотивацию к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью;

рекомендации по выбору методов, предметов и средств индивидуальной гигиены рта;

рекомендации по питанию;

профессиональное удаление зубных отложений;

при необходимости – терапевтическое лечение (при ПА одной из челюстей при кариесе, некариозных поражениях, болезнях периодонта), ортопедическое лечение (при ПА одной из челюстей, при дефектах зубов, подвижности зубов, при повышенной стираемости зубов), хирургическое лечение (при потере уровня эпителиального прикрепления, наличии экзостозов, мелкого преддверия полости рта), поддерживающее лечение (медицинское наблюдение).

10. Особенности ортопедического лечения ПА с использованием съемных пластинчатых протезов: «изоляция» турса и (или) создание клапанной зоны в области небного шва по медицинским показаниям.

11. Ортопедическое лечение ПА (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) зубных рядов верхней и (или) нижней челюстей с использованием съемных пластинчатых протезов включает:

получение аналоговых оттисков;

определение и фиксация центрального соотношения челюстей при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками;

выбор цвета, размера и формы искусственных зубов с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, размеры и форма лица);

проверка восковой конструкции съемного протеза;
припасовка и наложение готового съемного протеза;
рекомендации по гигиеническому уходу за зубными протезами, а также срокам службы (замены) конструкций;
коррекция съемного протеза (по медицинским показаниям).

12. Принципами ортопедического и хирургического лечения ПА с использованием дентальной имплантации являются:

планирование лечения ПА с использованием дентальной имплантации осуществляется врачом-стоматологом-ортопедом совместно с врачом-стоматологом-хирургом или врачом-челюстно-лицевым хирургом;

по медицинским показаниям может проводиться непосредственная или отсроченная дентальная имплантация;

при лечении ПА применяются несъемные или съемные конструкции зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты. В качестве несъемных конструкций с опорой на дентальные имплантаты могут применяться протезы из диоксида циркония, керамики, композитных материалов, а также металлокерамические протезы. В качестве съемных конструкций могут применяться съемные пластинчатые протезы с аттачменной фиксацией на дентальные имплантаты;

изготовление хирургических шаблонов производится по медицинским показаниям;

позиционирование имплантата в горизонтальной и вертикальной плоскостях определяется анатомическими условиями костной ткани, биотипом десны, техническими особенностями имплантационной системы и видом планируемой ортопедической конструкции;

использование направленной костной регенерации и пластики мягких тканей проводится предварительно, одномоментно с установкой дентальных имплантатов (формирователей десны), а также на этапах медицинской реабилитации (по медицинским показаниям);

использование альтернативных видов и положений имплантатов и (или) увеличение их количества (по медицинским показаниям);

выбор абатментов осуществляется из стандартных вариантов фабричного изготовления либо абатменты изготавливаются индивидуально методом литья или фрезеровки;

использование цементного или винтового методов фиксации несъемных ортопедических конструкций;

ортопедическое лечение выполняется немедленно или отсрочено на 3–6 месяцев, что определено медицинскими показаниями;

возможность изготовления временных ортопедических конструкций, замещающих дефекты зубного ряда, определяется на этапах планирования.

13. Хирургическое лечение (проводится врачом-стоматологом-хирургом, врачом-челюстно-лицевым хирургом) ПА зубных рядов верхней и нижней челюстей с использованием дентальных имплантатов включает:

обезболивание по медицинским показаниям с использованием основных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПА, согласно приложению 1;

проведение разреза по гребню альвеолярного отростка, вертикальных разрезов с формированием слизисто-надкостничного лоскута альвеолярного отростка либо создание трансгингивального доступа мукотомом;

формирование костного ложа имплантата;

установка имплантата;

установка формирователя десны или заглушки;

наложение швов;

рекомендации по уходу за полостью рта;

периоперационная антибактериальная профилактика и назначение дополнительных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПА, согласно приложению 2;

снятие швов (не ранее чем на 7 сутки);
 медицинский осмотр и рентгенологический контроль в течение 1 недели после проведения хирургического этапа дентальной имплантации и непосредственно перед протезированием.

14. Ортопедические мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-ортопедом) при ПА с использованием ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты включают:

обезболивание по медицинским показаниям с использованием основных лекарственных, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПА, согласно приложению 1;

получение аналоговых или оптических (3D) оттисков с использованием трансферов;
 изготовление диагностических и рабочих моделей;
 определение центрального соотношения челюстей;
 проверку конструкции протеза;

наложение и припасовку, установку, фиксацию абатментов, фиксацию и коррекцию зубного протеза, фиксацию матриц и матриц аттачментов в случае аттачментной фиксации;
 рекомендации по гигиеническому уходу за протезом, а также по правилам адаптации и особенностям пользования, срокам замены конструкций;

коррекцию изготовленных протезов (по медицинским показаниям).

15. Дополнительные ортопедические мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-ортопедом) при лечении ПА (по медицинским показаниям) включают:

применение окклюзионной шины при заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов и функциональных расстройствах жевательных мышц;

применение дополнительных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПА, согласно приложению 2.

16. Медицинское наблюдение за результатами лечения рекомендовано осуществлять путем проведения медицинских осмотров пациентов врачом-стоматологом-ортопедом через 6 месяцев после завершения ортопедического лечения ПА. Последующее медицинское наблюдение за состоянием зубных протезов рекомендуется выполнять 2 раза в год (каждые 6 месяцев). При каждом медицинском осмотре проводится повторная оценка состояния зубных протезов, дентальных имплантатов, состояния периимплантных тканей и слизистой оболочки полости рта, гигиеническая оценка полости рта. Также при каждом посещении пациента с ПА рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта (включая имеющиеся несъемные конструкции зубных протезов) у врача-стоматолога-терапевта.

Приложение 1

к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 с полной адентией»

Основные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с ПА

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну.

			Лекарственное средство можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. Лекарственное средство следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
3	Артикаин/ Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Лекарственное средство предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела. Отмечено, что пациенты хорошо переносят дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с полной адентией»

Дополнительные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с ПА

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D08A Антисептики и дезинфицирующие препараты			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Лекарственное средство применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин. 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения).

			Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий лекарственное средство следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 100 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 200 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 400 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 40 мл	Для полоскания полости рта, нанесения на слизистую оболочку полости рта, десну используется раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки слизистой оболочки полости рта или десну обрабатывают ватным тампоном, смоченным раствором лекарственного средства
М01 Нестероидные противовоспалительные препараты			
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; капсулы 200 мг; суспензия 200 мг/5 мл	Ибупрофен назначают взрослым внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу лекарственного средства уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания препарата). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
4	Нимесулид	Таблетки 100 мг; гранулы для приготовления суспензии 100 мг	Внутри после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
5	Целекоксиб	Капсулы 100 мг; капсулы 200 мг	Для приема внутрь. Разовая доза составляет от 100 мг до 400 мг. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
М03В Миорелаксанты центрального действия			
6	Голперизон	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг	Лекарственное средство принимают внутрь, после еды, не разжевывая, запивая стаканом воды. Рекомендованная суточная доза в зависимости от индивидуальной потребности и переносимости лекарственного средства пациентом составляет 150–450 мг, разделенная на 3 приема
R06A Антигистаминные средства для системного применения			
7	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутри взрослым 10 мг 1 раз в сутки. Средняя продолжительность назначения 5–8 дней

J01 Антибактериальные средства для системного применения			
J01C Бета-лактамы антибиотики, пенициллины			
8	Амоксициллин	Капсулы 250 мг; капсулы 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл во флаконах; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 250 мг/5 мл во флаконах	Индивидуальный. Для приема внутрь (независимо от приема пищи) 250–500 мг каждые 8 часов или 750–1000 мг каждые 12 часов, при тяжелом течении заболевания – до 750–1000 мг каждые 8 часов. 2 г однократно за 30–60 мин. до хирургического вмешательства (профилактика инфекционного эндокардита)
A01A Стоматологические препараты			
9	Метронидазол/ Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. После применения геля следует воздерживаться от питья и приема пищи в течение 30 мин. Длительность курса терапии составляет в среднем 7–10 дней
R02AA лекарственные средства, применяемые для лечения заболеваний горла. Антисептические средства			
10	Спиртовое извлечение из цветков ноготков (цветков календулы). Содержит не менее 65 % этанола	Настойка для наружного применения во флаконах 50 мл, 30 мл	Полоскание полости рта (1 ч.л. настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Длительность курса лечения определяется индивидуально
D03AX Прочие препараты, способствующие нормальному рубцеванию			
11	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Курс лечения 10–12 процедур
D11AX Прочие препараты			
12	Маклейи листья	В фильтр-пакетах бумажных 1,5 г	Местно. 2 фильтр-пакета помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 200 мл (1 стакан) кипятка, закрывают крышкой и настаивают 15 мин. Фильтр-пакеты отжимают, объем полученного водного извлечения доводят кипяченой водой до 200 мл. Водное извлечение используют для промываний, примочек, аппликаций

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с частичной адентией»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортопедическом, хирургическом и терапевтическом стоматологических приемах в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с частичным отсутствием зубов (частичная первичная и вторичная адентия) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.0 Адентия; K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

частичная первичная адентия – заболевание, характеризующееся частичным отсутствием зубов и (или) их зачатков, обусловленное генетическими или другими факторами, оказавшими воздействие на плод в процессе его формирования;

частичная вторичная адентия – патологический процесс, являющийся следствием потери одного или нескольких зубов на одной или обеих челюстях по причине несчастного случая, удаления зубов по медицинским показаниям, болезни пародонта, развития кариеса и его осложнений.

4. Частичную адентию (далее – ЧА) (дефекты зубных рядов) классифицируют по топографии дефекта (по Кеннеди):

двусторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект);

односторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект);

односторонний дистально ограниченный дефект (включенный дефект);

отсутствие передних зубов (дефект во фронтальном отделе) (включенный дефект).

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ЧА

5. Основными методами диагностики ЧА являются:

сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;

перкуссия;

оценка состояния зубов, зубных рядов, зубных протезов;

оценка состояния тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография или ортопантомография челюстей.

При применении метода лечения ЧА с использованием дентальных имплантатов – конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ) челюстно-лицевой области.

6. Дополнительными методами диагностики ЧА являются:

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): КЛКТ челюстно-лицевой области, КЛКТ височно-нижнечелюстных суставов;

индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба;

использование аппаратов (лицевая дуга, НР-анализатор, другие) для пространственного ориентирования модели верхней челюсти в артикуляторе и для передачи шарнирной оси вращения нижней челюсти, с последующим функциональным анализом зубочелюстной системы;

выявление и анализ чрезмерных окклюзионных контактов зубов и искусственных зубных протезов (суперконтактов);

функционально-диагностические исследования (функциональные пробы, электромиография);

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-стоматолога-ортодонта, врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-стоматолога-хирурга, врача-оториноларинголога, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-невролога, врача-инфекциониста, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача общей практики, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога и других);

фотографирование для оценки эстетики улыбки и лица, а также анализа зубочелюстной системы.

7. При диагностике ЧА также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения.

8. При диагностике ЧА и планировании лечения с применением методов дентальной имплантации при определении общесоматического состояния обязательно выявляют наличие абсолютных и относительных медицинских противопоказаний (при наличии медицинских противопоказаний необходима консультация врача-специалиста (врачей-специалистов), указанного(ых) в абзаце седьмом пункта 6 настоящего клинического протокола).

Абсолютными медицинскими противопоказаниями хирургического лечения ЧА с применением методов дентальной имплантации на момент обращения пациента являются:

общесоматические заболевания в стадии декомпенсации;

инфаркт миокарда (6 месяцев с момента заболевания);

нарушение мозгового кровообращения (6 месяцев с момента заболевания);

перенесенная операция по протезированию клапанов сердца;

иммуносупрессия;

злокачественные новообразования в челюстно-лицевой области;

злокачественные новообразования в период лучевой терапии и химиотерапии;

наркотическая зависимость;

внутривенное введение бисфосфонатов;

психические заболевания, при которых пациент не может адекватно выполнять рекомендации врача-специалиста во время и после лечения.

Относительными медицинским противопоказаниями хирургического лечения ЧА с применением методов дентальной имплантации являются:

- аллергия на местные анестетики;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- болезни периодонта в стадии обострения;
- курение, алкоголизм;
- острые или обострение хронических воспалительных процессов челюстно-лицевой области;
- хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области;
- применение цитостатиков;
- сахарный диабет;
- аутоиммунные, ревматоидные и системные заболевания соединительной ткани;
- острые респираторные заболевания;
- стадии реабилитации и выздоровления;
- беременность и период лактации;
- ятрофобия, дентофобия.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ЧА

9. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ЧА являются:

- улучшение качества жизни пациента;
- улучшение функциональной способности зубочелюстной системы;
- улучшение функции жевания и речи;
- устранение перегрузки тканей периодонта;
- улучшение эстетики улыбки и лица, зубов и зубных рядов.

10. Планирование комплексного лечения пациентов с ЧА включает следующие этапы:

- мотивацию к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью;
- рекомендации по выбору методов, предметов и средств индивидуальной гигиены рта;
- рекомендации по питанию;
- профессиональное удаление зубных отложений;
- при необходимости – терапевтическое лечение (при кариесе, некариозных поражениях, болезнях периодонта), ортодонтическое лечение (при зубочелюстных аномалиях), ортопедическое лечение (при дефектах зубов, подвижности зубов, при повышенной стираемости зубов), хирургическое лечение (при потере уровня эпителиального прикрепления), поддерживающее лечение (медицинское наблюдение).

11. Ортопедическое лечение (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) ЧА зубных рядов верхней и нижней челюстей с использованием мостовидных протезов включает:

- обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ЧА, согласно приложению 1;
- препарирование опорных зубов под искусственные коронки;
- изготовление временных коронок и временных мостовидных протезов в области препарированных зубов (исключение – препарированные зубы под штампованные коронки);
- получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;
- определение и фиксацию центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками или окклюзионных силиконовых материалов;

выбор цвета, размера и формы искусственных коронок и зубов в соответствии с имеющимися зубами и индивидуальными особенностями пациента;
наложение и припасовку каркаса мостовидного протеза;
наложение и припасовку готового мостовидного протеза;
фиксацию мостовидного протеза на временный материал (по медицинским показаниям);
фиксацию несъемной конструкции зубного протеза на постоянный материал;
рекомендации по гигиеническому уходу за зубными протезами, а также срокам службы (замены) конструкций.

12. Ортопедическое лечение (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) ЧА зубных рядов верхней и нижней челюстей с использованием адгезивных протезов при одиночных дефектах включает:

препарирование опорных зубов под опорные элементы адгезивных конструкций по медицинским показаниям;
получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;
определение и фиксацию центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками или окклюзионных силиконовых материалов;
выбор цвета, размера и формы искусственных зубов в соответствии с имеющимися зубами и индивидуальными особенностями пациента;
наложение и припасовку готового адгезивного протеза;
фиксацию несъемной конструкции зубного протеза на постоянный материал;
рекомендации по гигиеническому уходу за адгезивным протезом, а также срокам службы (замены) конструкций.

13. Ортопедическое лечение (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) ЧА зубных рядов верхней и нижней челюстей с использованием съемных пластинчатых протезов включает:

при наличии медицинских показаний к ортопедическому лечению и с учетом особенностей фиксации съемного протеза на опорные зубы – изготовление искусственных коронок;
получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;
определение и фиксацию центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками или окклюзионных силиконовых материалов;
выбор цвета, размера и формы искусственных зубов в соответствии с имеющимися зубами в полости рта пациента или индивидуальными особенностями пациента (возраст, размеры и форма лица);
проверку восковой конструкции съемного протеза;
припасовку и наложение готового съемного протеза;
рекомендации по гигиеническому уходу за съемным протезом, а также по правилам адаптации и особенностям пользования, срокам замены конструкций;
коррекцию съемного протеза (по медицинским показаниям).

Особенности лечения пациентов с ЧА с выраженным торусом: «изоляция» рабочей модели в области торуса с целью предотвращения избыточного давления; моделирование базиса протеза без перекрытия торуса.

14. Ортопедическое лечение (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) ЧА зубных рядов верхней и нижней челюсти с использованием бюгельных протезов включает:

при наличии медицинских показаний к ортопедическому лечению и с учетом особенностей фиксации бюгельного протеза на опорные зубы – изготовление искусственных коронок или телескопических коронок, или коронок (культевых штифтовых конструкций) с аттачменами;
получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;

определение и фиксацию центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками или окклюзионных силиконовых материалов;

проведение параллелометрии;

выбор цвета, размера и формы искусственных зубов в соответствии с имеющимися зубами в полости рта пациента или индивидуальными особенностями пациента (возраст, размеры и форма лица);

наложение и припасовку каркаса бюгельного протеза;

проверку восковой конструкции бюгельного протеза;

припасовку и наложение готового бюгельного протеза;

рекомендации по гигиеническому уходу за бюгельным протезом, а также по правилам адаптации и особенностям пользования, срокам замены конструкций;

коррекцию бюгельного протеза (по медицинским показаниям).

15. Принципами ортопедического и хирургического лечения ЧА с использованием дентальной имплантации являются:

планирование лечения ЧА с использованием дентальной имплантации осуществляется врачом-стоматологом-ортопедом совместно с врачом-стоматологом-хирургом или врачом-челюстно-лицевым хирургом;

по медицинским показаниям может проводиться непосредственная или отсроченная дентальная имплантация;

при лечении ЧА применяются несъемные мостовидные протезы, одиночные коронки с опорой на дентальные имплантаты. В качестве несъемных конструкций с опорой на дентальные имплантаты могут применяться протезы из диоксида циркония, керамики, композитных материалов, а также металлокерамические протезы;

по медицинским показаниям может применяться непосредственная нагрузка дентальных имплантатов с использованием временных зубных протезов;

изготовление хирургических шаблонов производится по медицинским показаниям;

позиционирование имплантата в горизонтальной и вертикальной плоскости определяется анатомическими условиями костной ткани, биотипом десны, техническими особенностями имплантационной системы и видом планируемой ортопедической конструкции;

использование направленной костной регенерации и пластики мягких тканей проводится предварительно, одномоментно с установкой дентальных имплантатов (формирователей десны), а также на этапах медицинской реабилитации (по медицинским показаниям);

использование альтернативных видов и положений имплантатов и (или) увеличения их количества по медицинским показаниям;

выбор абатментов осуществляется из стандартных вариантов фабричного изготовления либо абатменты изготавливаются индивидуально методом литья или фрезеровки;

использование цементного или винтового методов фиксации несъемных ортопедических конструкций;

ортопедическое лечение выполняется немедленно или отсрочено через 3–6 месяцев, что определено медицинскими показаниями;

возможность изготовления временных ортопедических конструкций, замещающих дефекты зубного ряда, определяется на этапах планирования.

16. Хирургическое лечение (проводится врачом-стоматологом-хирургом, врачом-челюстно-лицевым хирургом) ЧА зубных рядов верхней и нижней челюсти с использованием дентальных имплантатов включает:

обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ЧА, согласно приложению 1;

проведение разреза по гребню альвеолярного отростка, вертикальных разрезов с формированием слизисто-надкостничного лоскута альвеолярного отростка либо создание трансгингивального доступа мукотомом;

по медицинским показаниям удаление зуба;
формирование костного ложа имплантата;
установка имплантата;
установка формирователя десны или заглушки;
наложение швов;
рекомендации по уходу за полостью рта;
назначение дополнительных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ЧА, согласно приложению 2;
снятие швов (не ранее чем на 7 сутки);
медицинский осмотр и рентгенологический контроль в течение 1 недели после проведения хирургического этапа дентальной имплантации и непосредственно перед протезированием.

17. Ортопедические мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-ортопедом) при ЧА с использованием дентальной имплантации включают:

обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств согласно приложению 1;
получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;
изготовление диагностических и рабочих моделей;
определение центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии;
проверку конструкции протеза;
наложение и припасовку, установку, фиксацию и коррекцию зубного протеза;
рекомендации по уходу и срокам замены конструкций.

18. Дополнительные ортопедические мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-ортопедом) при лечении ЧА (по медицинским показаниям) включают:

применение окклюзионной шины для устранения чрезмерных окклюзионных контактов зубов и зубных протезов, при повышенной стираемости зубов, а также при заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов, функциональных расстройствах жевательных мышц;

применение дополнительных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ЧА, согласно приложению 2.

19. Дополнительные терапевтические мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-терапевтом) при лечении ЧА зубных рядов верхней и нижней челюстей с использованием адгезивных конструкций при одиночных дефектах зубного ряда (по медицинским показаниям) включают изготовление адгезивных конструкций методом прямого моделирования композиционным материалом с использованием армирующих элементов после предварительного препарирования опорных зубов.

20. Медицинское наблюдение за результатами лечения рекомендовано осуществлять путем проведения медицинских осмотров пациентов врачом-стоматологом-ортопедом через 6 месяцев после завершения ортопедического лечения ЧА. Последующее медицинское наблюдение за состоянием зубов и зубных протезов рекомендуется выполнять 2 раза в год (каждые 6 месяцев). При каждом медицинском осмотре проводится повторная оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, зубных протезов, дентальных имплантатов, состояния тканей периодонта, периимплантных тканей и слизистой оболочки полости рта, гигиеническая оценка полости рта. Также при каждом посещении пациента с ЧА рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта у врача-стоматолога-терапевта.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с частичной адентией»

**Основные лекарственные средства, применяемые
при лечении пациентов (взрослое население) с ЧА**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. Лекарственное средство следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
3	Артикаин/ Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Лекарственное средство предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела. Отмечено, что пациенты хорошо переносят дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с частичной адентией»

**Дополнительные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с ЧА**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D08A Антисептики и дезинфицирующие препараты			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Лекарственное средство применяется в виде орошений,

			<p>полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения).</p> <p>Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий лекарственное средство следует смешивать с равным количеством воды).</p> <p>Длительность применения устанавливают индивидуально</p>
2	Перекись водорода	<p>Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 100 мл;</p> <p>раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 200 мл;</p> <p>раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 400 мл;</p> <p>раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 40 мл</p>	<p>Для полоскания полости рта, нанесения на слизистую оболочку полости рта, десну используется раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки слизистой оболочки полости рта или десну обрабатывают ватным тампоном, смоченным раствором лекарственного средства</p>
М01 Нестероидные противовоспалительные препараты			
3	Ибупрофен	<p>Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг;</p> <p>капсулы 200 мг;</p> <p>суспензия 200 мг/5 мл</p>	<p>Ибупрофен назначают взрослым внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу лекарственного средства уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания лекарственного средства). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней</p>
4	Нимесулид	<p>Таблетки 100 мг;</p> <p>гранулы для приготовления суспензии 100 мг</p>	<p>Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток</p>
5	Целекоксиб	<p>Капсулы 100 мг;</p> <p>капсулы 200 мг</p>	<p>Для приема внутрь. Разовая доза составляет от 100 мг до 400 мг. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней</p>
М03В Миорелаксанты центрального действия			
6	Толперизон	<p>Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг;</p> <p>таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг</p>	<p>Лекарственное средство принимают внутрь, после еды, не разжевывая, запивая стаканом воды. Рекомендованная суточная доза в зависимости от индивидуальной потребности и переносимости</p>

			лекарственного средства пациентом составляет 150–450 мг, разделенная на 3 приема
R06A Антигистаминные средства для системного применения			
7	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь взрослым 10 мг 1 раз в сутки. Средняя продолжительность назначения 5–8 дней
J01 Антибактериальные средства для системного применения			
J01C Бета-лактамы антибиотики, пенициллины			
8	Амоксициллин	Капсулы 250 мг; капсулы 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 1 000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл во флаконах; порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 250 мг/5 мл во флаконах	Индивидуальный. Для приема внутрь (независимо от приема пищи) 250–500 мг каждые 8 часов или 750–1000 мг каждые 12 часов, при тяжелом течении заболевания – до 750–1000 мг каждые 8 часов. 2 г однократно за 30–60 мин до хирургического вмешательства (профилактика инфекционного эндокардита)
A01A Стоматологические препараты			
9	Метронидазол/ Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. После применения геля следует воздерживаться от питья и приема пищи в течение 30 мин. Длительность курса терапии составляет в среднем 7–10 дней
R02AA лекарственные средства, применяемые для лечения заболеваний горла. Антисептические средства			
10	Спиртовое извлечение из цветков ноготков (цветков календулы). Содержит не менее 65 % этанола	Настойка для наружного применения во флаконах 50 мл, 30 мл	Полоскание полости рта (1 ч.л. настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Длительность курса лечения определяется индивидуально
D03AX Прочие препараты, способствующие нормальному рубцеванию			
11	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Курс лечения 10–12 процедур
D11AX Прочие препараты			
12	Маклейи листья	В фильтр-пакетах бумажных 1,5 г	Местно. 2 фильтр-пакета помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 200 мл (1 стакан) кипятка, закрывают крышкой и настаивают 15 мин. Фильтр-пакеты отжимают, объем полученного водного извлечения доводят кипяченой водой до 200 мл. Водное извлечение используют для промываний, примочек, аппликаций

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с повышенным стиранием зубов»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом и ортопедическом стоматологических приемах в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с повышенным стиранием зубов (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K03.0 Повышенное стирание зубов).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

повышенное стирание зубов (далее – ПСЗ) – заболевание, характеризующееся неравномерной преждевременной убылью твердых тканей зубов, сочетающейся с функциональными расстройствами жевательной мускулатуры и височно-нижнечелюстных суставов.

4. ПСЗ классифицируют по клиническому течению и степени тяжести:

4.1. по клиническому течению выделяют:

окклюзионное ПСЗ – убыль тканей в горизонтальной плоскости;

проксимальное ПСЗ – вертикальное стирание зубов с убылью эмали проксимальных поверхностей зубов;

4.2. по степени тяжести выделяют:

I степень – стирание в пределах эмали на буграх или режущем крае без обнажения дентина;

II степень – жевательные бугры или режущий край стерты полностью в пределах дентина;

III степень – ткани зуба стерты до уровня полости зуба, которая заполнена заместительным дентином.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ПСЗ

5. Признаками и критериями, определяющими ПСЗ, являются:

признаки ПСЗ – данные анамнеза (бруксизм, кленчинг), уменьшение высоты (ширины) коронок зубов с изменением анатомической формы, бессимптомное течение или течение с признаками повышенной чувствительности дентина к температурным (вкусовым) раздражителям, изменение высоты нижней трети лица с возможным смещением нижней челюсти и отсутствием стабильной привычной окклюзии с последующими дисфункциональными и органическими нарушениями в височно-нижнечелюстных суставах (далее – ВНЧС) и жевательных мышцах;

критерии ПСЗ – убыль твердых тканей зубов за пределами физиологического изнашивания.

6. Основными методами диагностики ПСЗ являются:

сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, перкуссия, оценка состояния зубов, зубных рядов, зубных протезов; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография или ортопантомография челюстей.

7. Дополнительными методами диагностики ПСЗ являются:

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области, конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС;

индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (далее – ИРОПЗ);

использование аппаратов (лицевая дуга, НР-анализатор, другие) для пространственного ориентирования модели верхней челюсти в артикуляторе и для передачи шарнирной оси вращения нижней челюсти, с последующим функциональным анализом зубочелюстной системы;

выявление и анализ чрезмерных окклюзионных контактов зубов и искусственных зубных протезов (суперконтактов);

функционально-диагностические исследования (функциональные пробы, электромиография);

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-стоматолога-ортодонта, врача-оториноларинголога, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-невролога, врача-инфекциониста, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача общей практики и других);

оценка взаимосвязи ПСЗ, осложненного расстройствами ВНЧС и жевательных мышц, с общесоматическим статусом, а также уточнение необходимости консультации врачей-специалистов, указанных в абзаце седьмом настоящего пункта, с помощью заполнения карты обследования клинических признаков нарушения функции ВНЧС при ПСЗ по форме согласно приложению 1, заполнения преคลินิกеского опросника пациентов с симптомами нарушения функции ВНЧС при ПСЗ по форме согласно приложению 2, заполнения госпитальной шкалы тревоги и депрессии у пациентов с ПСЗ и оценочной шкалы стрессовых событий Холмса-Рагэ согласно приложениям 3 и 4 соответственно;

фотографирование для оценки эстетики улыбки и лица, а также анализа зубочелюстной системы;

определение связи с парафункциональными привычками;

ультразвуковые методы исследования ВНЧС (по медицинским показаниям).

8. При диагностике ПСЗ также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПСЗ

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения ПСЗ являются:

- улучшение качества жизни пациента;
- улучшение функций жевательно-речевого аппарата;
- устранение перегрузки тканей периодонта;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- улучшение эстетики лица и зубов.

Планирование комплексного лечения пациентов с ПСЗ включает следующие этапы:

- подготовительные мероприятия;
- медицинское наблюдение;

терапевтическое лечение (мотивацию к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью, рекомендации по выбору методов, предметов и средств индивидуальной гигиены рта, рекомендации по питанию, профессиональное удаление зубных отложений, применение лекарственных средств для лечения чувствительности дентина и реминерализирующей терапии твердых тканей зубов, восстановление зубов пломбировочным материалом);

ортодонтическое лечение (при зубочелюстных аномалиях), ортопедическое лечение (при дефектах зубов и зубных рядов, выраженной форме патологического процесса);

аппаратурное лечение (шинотерапия, направленная на достижение миорелаксации, репозиции, стабилизации, функциональной защиты);

хирургическое лечение (при потере уровня эпителиального прикрепления);

поддерживающее лечение (диспансеризация).

10. Терапевтические лечебные мероприятия (проводятся врачом-стоматологом-терапевтом) у пациентов с ПСЗ включают:

10.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене рта, профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНI-S < 0,3–0,6);

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию ПСЗ;

применение лекарственных средств для лечения чувствительности дентина и реминерализирующей терапии твердых тканей зубов;

10.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

восстановление зубов с дефектами твердых тканей композиционными или другими материалами, в том числе с применением штифтовых конструкций;

эндодонтическое лечение по медицинским показаниям.

11. Ортопедическое лечение ПСЗ (проводится врачом-стоматологом-ортопедом) включает:

обезболивание по медицинским показаниям с использованием основных лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПСЗ, согласно приложению 5;

изготовление штифтовых конструкций (по медицинским показаниям);

препарирование под искусственные коронки, вкладки, виниры;

изготовление временных коронок (исключение – препарированные зубы под штампованные коронки);

получение аналоговых или оптических (3D) оттисков;

определение и фиксация центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии при помощи восковых или пластмассовых базисов с окклюзионными валиками или окклюзионных силиконовых материалов;

выбор цвета, размера и формы искусственных коронок, вкладок, виниров, в соответствии с имеющимися зубами и индивидуальными особенностями пациента;

наложение и припасовку каркаса искусственной коронки;

наложение и припасовку готовой искусственной коронки, вкладки, винира;

фиксацию искусственной коронки на временный материал (по медицинским показаниям);

фиксацию искусственной коронки, вкладки, винира на постоянный материал;
 рекомендации по гигиеническому уходу за зубными протезом, правилам адаптации и срокам замены конструкций.

При ИРОПЗ от 0,4 до 0,6 показано изготовление вкладок, виниров, при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ более 0,8 – применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением искусственных коронок.

12. Дополнительными ортопедическими мероприятиями при лечении ПСЗ (по медицинским показаниям) являются:

применение окклюзионной шины для устранения чрезмерных окклюзионных контактов зубов и зубных протезов, а также при заболеваниях ВНЧС, функциональных расстройствах жевательных мышц;

применение дополнительных лекарственных средств, изделий медицинского назначения, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с ПСЗ, для снятия болевого симптома, миорелаксации, снижения чувствительности зубов согласно приложению 6.

13. Медицинское наблюдение за результатами лечения рекомендовано осуществлять путем проведения медицинских осмотров пациентов врачом-стоматологом-ортопедом через 6 месяцев после завершения комплексного лечения. Последующее медицинское наблюдение за состоянием зубов и зубных протезов рекомендуется выполнять 2 раза в год (каждые 6 месяцев). При каждом медицинском осмотре проводится повторная оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, зубных протезов, состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта, гигиеническая оценка полости рта. Также при каждом посещении пациента с зубными протезами рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта у врача-стоматолога-терапевта.

Приложение 1
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 с повышенным стиранием зубов»

Форма

Карта обследования клинических признаков нарушения функции ВНЧС при ПСЗ

Симптомы	+/-	Внешние признаки	+/-	Состояние зубов	+/-
Головные боли		Асимметрия лица		Чувствительность зубов	
Боль в ВНЧС		Отек лица		Подвижность зубов	
Нарушение глотания		Припухлость в области ВНЧС		Аденция зубов частичная или полная	
Звуковые явления в области ВНЧС		Изменение нижней трети лица		Скученное положение нижних зубов	
Ограниченное открывание рта		Сухие губы, заеды		Стираемость зубов	
Воспалительные явления в ушной области		Асимметрия линии смыкания губ		Лингвальный наклон нижних передних зубов	
Головокружение		Отек языка		Лингвальный наклон верхних передних зубов	
Боли в области лица		Несоответствие центральной линии лица и зубных дуг		Лингвальный наклон боковых зубов	
Бессонница		Ограничение открывания рта		Деформация окклюзионных кривых	
Раздражительность		Асимметрия лица во время тестирования функциональной нагрузки		Абфракции, клиновидные дефекты	

Нарушение речи		Смещение челюсти при разговоре в сторону		Сломанные бугры зубов, трещины	
Невралгия и (или) паралич тройничного нерва		Вывихи и подвывихи суставной головки с одной или обеих сторон		Суперконтакты	
Невралгия и (или) паралич лицевого нерва		Асимметрия туловища		Окклюзионная травма зубов	
Скелетные нарушения осанки		Микростомия		Патологический прикус	
Сжатие или скрежет зубов (бруксизм)		Нарушения движения нижней челюсти		Тремы и диастемы	
Воспалительные явления в области глаз		Покраснение в области ВНЧС		Торусы лингвальные или небные	
Повышенная гибкость суставов					

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с повышенным стиранием зубов»

Форма

**Преклинический опросник пациентов
с симптомами нарушения функции ВНЧС при ПСЗ**

№ п/п	Вопрос	Оценка		
		да	нет	другое
1	Наблюдаете ли Вы у себя асимметрию лица?			
2	Есть ли у Вас зубные протезы?			
3	Есть ли у Вас затруднения и (или) боль при зевании или широком открывании рта?			
4	Наличие провоцирующих факторов в ограничении движения нижней челюсти?			
5	Заклинивает либо (под)вывихивается Ваша челюсть при жевании?			
6	Есть ли у Вас затруднения и (или) боль при жевании, разговоре?			
7	Замечаете ли Вы какие-либо шумы (шелчки и хруст) в области височно-нижнечелюстных суставов?			
8	Бывает ли такое, что Вы часто чувствуете зажатость, натянутость и усталость мышц в челюстно-лицевой области?			
9	Есть ли у Вас боли в области лица?			
10	Бывают ли у Вас частые головные боли?			
11	Продолжительность и частота головных болей, при их наличии			
12	Есть ли другие симптомы, связанные с головной болью?			
13	Изменялась ли у Вас чувствительность на лице? Покальвание, онемение, гиперестезия, жжение (подчеркнуть нужное)			
14	Боль, онемение, жжение в области языка?			
15	Бывают ли у Вас частые боли в шее, спине?			
16	Отмечали ли Вы болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава?			
17	Бывает ли у Вас частая зубная боль?			
18	Есть ли у Вас заболевания слизистой оболочки полости рта?			
19	Испытываете ли Вы ушную боль?			
20	Связываете ли Вы ушную боль с другими симптомами?			
21	Испытываете ли Вы боль в области глаз?			
22	Связываете ли Вы боль в области глаз с другими симптомами?			
23	Проводилась ли Вам когда-либо интубация?			
24	Проводилось ли Вам когда-либо ортодонтическое лечение?			
25	Проводилось ли Вам когда-либо избирательное сошлифовывание зубов?			
26	Проводилось ли Вам лечение с использованием каппы или индивидуальной окклюзионной шины?			
27	Скрипите ли Вы зубами либо стискиваете их?			

28	Были ли у Вас проблемы с жеванием?			
29	Отмечаете ли Вы, что пытаетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов?			
30	Отмечаете ли выраженную чувствительность области каких-либо зубов?			
31	Наблюдали ли Вы снижение работоспособности, аппетита, памяти, концентрации внимания, ощущения грусти, раздражительности (подчеркнуть нужное)			
32	Присутствуют ли трудности в засыпании, поддержании сна, ночные кошмары, частые пробуждения во время сна (подчеркнуть нужное)			
33	Наблюдали ли Вы связь начала заболевания с другими событиями: изменениями в работе; переездом; стрессом, лечением; анестезией (подчеркнуть нужное), иное			
34	Отмечали ли Вы болезненность в области других суставов и (или) неприятные звуковые явления?			
35	Были ли переломы конечностей?			
36	Проводили ли замену суставов, например, тазобедренных?			
37	Наличие сколиоза, сколиотической осанки, других постуральных изменений?			
38	Одинаковая ли у Вас длина нижних конечностей?			
39	Была ли у Вас родовая травма?			
40	Принимаете ли Вы лекарственные средства, биологически активные добавки к пище, витамины? Перечислите:			
41	Есть ли у Вас заболевания общего профиля? Перечислите:			

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с повышенным стиранием зубов»

Госпитальная шкала тревоги и депрессии у пациентов с ПСЗ

Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа. Выберите из ответов тот, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня тревоги)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе:

3 – все время;

2 – часто;

1 – время от времени, иногда;

0 – совсем не испытываю.

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться:

3 – определенно это так, и страх очень велик;

2 – да, это так, но страх не очень велик;

1 – иногда, но это меня не беспокоит;

0 – совсем не испытываю.

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:

3 – постоянно;

2 – большую часть времени;

1 – время от времени и не так часто;

0 – только иногда.

4. Я легко могу присесть и расслабиться:

0 – определенно, это так;

1 – наверно, это так;

2 – лишь изредка, это так;

3 – совсем не могу.

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:

0 – совсем не испытываю;

1 – иногда;

2 – часто;

3 – очень часто.

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться:

3 – определенно, это так;

2 – наверно, это так;

1 – лишь в некоторой степени, это так;

0 – совсем не испытываю.

7. У меня бывает внезапное чувство паники:

3 – очень часто;

2 – довольно часто;

1 – не так уж часто;

0 – совсем не бывает.

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня депрессии)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство:

0 – определенно, это так;

1 – наверно, это так;

2 – лишь в очень малой степени, это так;

3 – это совсем не так.

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное:

0 – определенно, это так;

1 – наверно, это так;

2 – лишь в очень малой степени, это так;

3 – совсем не способен.

3. Я испытываю бодрость:

3 – совсем не испытываю;

2 – очень редко;

1 – иногда;

0 – практически все время.

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно:

3 – практически все время;

2 – часто;

1 – иногда;

0 – совсем нет.

5. Я не слежу за своей внешностью:

3 – определенно, это так;

2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно;

1 – может быть, я стал меньше уделять этому времени;

0 – я слежу за собой так же, как и раньше.

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения:

0 – точно так же, как и обычно;

1 – да, но не в той степени, как раньше;

2 – значительно меньше, чем обычно;

3 – совсем так не считаю.

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы:

0 – часто;

1 – иногда;

2 – редко;

3 – очень редко.

Количество баллов здесь _____

Результаты:

0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога и (или) депрессия»;

11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога и (или) депрессия».

Приложение 4

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение

пациентов (взрослое население)

с повышенным стиранием зубов»

Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Рагэ

№ п/п	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Арест, ограничение свободы, лишение свободы на определенный срок	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность партнерши	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками супруга (супруги)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учреждении образования	26
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23
31	Изменение условий или часов работы	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.)	15
41	Отпуск	13

42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил дорожного движения)	11

Результат теста:

меньше 150 баллов – большая степень сопротивляемости стрессу, минимальная степень стрессовой нагрузки;

150–199 баллов – высокая степень сопротивляемости стрессу;

200–299 баллов – пороговая (средняя) степень сопротивляемости стрессу;

300 и более – низкая степень сопротивляемости стрессу (ранимость). Если сумма баллов свыше 300, то оцениваемому грозит психосоматическое заболевание, поскольку он близок к фазе нервного истощения.

Приложение 5

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение

пациентов (взрослое население)

с повышенным стиранием зубов»

Основные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с ПСЗ

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. Лекарственное средство следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
3	Артикаин/ Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Лекарственное средство предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела. Отмечено, что пациенты хорошо переносят дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с повышенным стиранием зубов»

Дополнительные лекарственные средства, а также изделия медицинского назначения, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с ПСЗ

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства (наименование изделия медицинского назначения)	Лекарственные формы, дозировки (тип)	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
D08A Антисептики и дезинфицирующие препараты			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Лекарственное средство применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин. 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий лекарственное средство следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 100 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 200 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 400 мл; раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах 40 мл	Для полоскания полости рта, нанесения на слизистую оболочку полости рта, десну используется раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки слизистой оболочки полости рта или десну обрабатывают ватным тампоном, смоченным раствором лекарственного средства
M01 Нестероидные противовоспалительные препараты			
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; капсулы 200 мг; суспензия 200 мг/5 мл	Ибупрофен назначают взрослым внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу лекарственного средства уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания препарата). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

4	Нимесулид	Таблетки 100 мг; гранулы для приготовления суспензии 100 мг	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
5	Целекоксиб	Капсулы 100 мг; капсулы 200 мг	Для приема внутрь. Разовая доза составляет от 100 мг до 400 мг. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
M03B Миорелаксанты центрального действия			
6	Толперизон	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг	Лекарственное средство принимают внутри, после еды, не разжевывая, запивая стаканом воды. Рекомендованная суточная доза в зависимости от индивидуальной потребности и переносимости лекарственного средства пациентом составляет 150–450 мг, разделенная на 3 приема
Изделие медицинского назначения			
7	Фторид натрия	1 % раствор во флаконах , лак с содержанием фторида натрия 1–2 %	Аппликации осуществляются на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2–3 мин.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями височно-нижнечелюстного сустава»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортопедическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с болезнями височно-нижнечелюстного сустава (далее – ВНЧС) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.6 Болезни ВНЧС: синдром болевой дисфункции ВНЧС, синдром Костена, «щелкающая» челюсть).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

болезни ВНЧС – симптомокомплекс, характеризующийся болью в области ВНЧС и жевательных мышц, с иррадиацией в области головы и шеи, наличием шумовых и болевых явлений при движении нижней челюсти, нарушениями связочно-капсулярного аппарата, а также нарушениями костной и хрящевой ткани сочлененных поверхностей;

синдром болевой дисфункции ВНЧС – заболевание, характеризующееся постоянной или перемежающейся болью в области ВНЧС и жевательных мышц, с иррадиацией в области головы и шеи;

синдром Костена – симптомокомплекс, характеризующийся миофасциальной лицевой болью, головокружением, заложенностью в ушах, дисфункцией ВНЧС и жевательных мышц, сочетающейся с окклюзионными нарушениями, чаще уменьшением межальвеолярной высоты в привычной окклюзии;

«щелкающая» челюсть – патология, чаще всего обусловленная дискоординацией движения суставного диска и головки ВНЧС, характеризующаяся шумовыми явлениями (щелчки, треск, хлопанье) при открывании и закрывании рта, нарушением экскурсии нижней челюсти в разных фазах ее движения.

4. Болезни ВНЧС разделяют по этиопатогенетическому фактору (психогенный, артрогенный, миогенный, окклюзионный, инфекционный, симптоматический, неврогенный).

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ БОЛЕЗНЕЙ ВНЧС

5. Признаки и критерии, определяющие болезни ВНЧС, следующие:

5.1. признаки и критерии синдрома болевой дисфункции ВНЧС:

постоянная или перемежающаяся боль, сопровождающаяся ограничением подвижности нижней челюсти (либо наоборот чрезмерной амплитудой движений);

звуковые явления при движениях нижней челюсти (безболезненные или болезненные, зачастую являющиеся маркером триггера или иррадиации: при миогенной и психогенной этиологии триггер локализован в мышечном аппарате, при артрогенной – в ВНЧС, при симптоматической – в области пораженного органа, при окклюзионной – в области зубных рядов и челюстей, при неврогенной – в области зоны иннервации соответствующего нервного ствола);

отсутствие выраженных рентгенологических изменений на ранних стадиях заболевания (признаков деструкции костной ткани, остеофитоза, нарушения замыкательной кортикальной пластинки в области элементов ВНЧС);

асимметрия движения нижней челюсти;

девиации при открывании (закрывании) рта;

асимметрия лица;

5.2. признаки и критерии синдрома Костена:

миофасциальная лицевая боль;

головокружение;

заложенность в ушах;

ограничение подвижности нижней челюсти или чрезмерная амплитуда движений, окклюзионные нарушения (повышенное стирание зубов либо потеря зубов, деформации зубных рядов) с уменьшением межальвеолярной высоты в привычной окклюзии;

5.3. признаки и критерии «щелкающей» челюсти:

звуковые явления при движениях челюсти;

отсутствие выраженных рентгенологических изменений на ранних стадиях заболевания (признаков деструкции костной ткани, остеофитоза, нарушения замыкательной кортикальной пластинки в области элементов ВНЧС);

асимметрия движения нижней челюсти;

девиации при открывании (закрывании) рта.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ВНЧС

6. К основным методам диагностики болезней ВНЧС относятся:

сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области с определением симметрии и триггеров боли;

пальпация мышц челюстно-лицевой области;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;
перкуссия;
оценка состояния зубов, зубных рядов, зубных протезов, изменений протетической плоскости и окклюзионных кривых;
оценка прикуса;
оценка межальвеолярного расстояния, анализ гребня альвеолярной части кости челюстей (форма, рельеф, толщина, наличие дефектов, разрастаний);
оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);
инструментальное исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей и ВНЧС.

7. Дополнительные методы диагностики болезней ВНЧС включают:

инструментальные исследования (лучевые методы исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области, конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС, магнитно-резонансная томография ВНЧС;

использование аппаратов (лицевая дуга, НР-анализатор, другие) для пространственного ориентирования модели верхней челюсти в артикуляторе и для передачи шарнирной оси вращения нижней челюсти с последующим функциональным анализом зубочелюстной системы;

выявление и анализ чрезмерных окклюзионных контактов зубов и искусственных зубных протезов (суперконтактов);

исследования в области ВНЧС: пальпация; аускультация с анализом звуковых явлений во время движений нижней челюсти;

функционально-диагностические исследования (функциональные пробы, электромиография);

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-стоматолога-ортодонта, врача-оториноларинголога, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-невролога, врача-инфекциониста, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача общей практики и других);

оценка взаимосвязи болезней ВНЧС с общесоматическим статусом, а также уточнение необходимости консультации врачей-специалистов, указанных в абзаце седьмом настоящего пункта, с помощью заполнения карты обследования клинических признаков нарушения функции ВНЧС по форме согласно приложению 1, заполнения преклинического опросника пациентов с симптомами нарушения функции ВНЧС по форме согласно приложению 2, заполнения госпитальной шкалы тревоги и депрессии у пациентов с ВНЧС и оценочной шкалы стрессовых событий Холмса-Рагэ согласно приложениям 3 и 4 соответственно;

фотографирование для оценки эстетики улыбки и лица, а также анализа зубочелюстной системы;

определение связи с парафункциональными привычками;

ультразвуковые методы исследования ВНЧС (по медицинским показаниям).

8. При диагностике болезней ВНЧС также определяют общесоматическое состояние пациентов в первую очередь, с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения;

состояния, при которых противопоказано лечение, входящее в комплексную терапию (нахождение на учете у врача-психиатра-нарколога, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ВНЧС

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения болезней ВНЧС являются:

- устранение болевого синдрома;
- улучшение качества жизни пациента;
- улучшение функций жевательно-речевого аппарата;
- устранение перегрузки тканей периодонта.

10. Планирование комплексного лечения пациентов с болезнями ВНЧС включает следующие этапы:

- подготовительные мероприятия;
- медицинское наблюдение;
- терапевтическое лечение (мотивацию к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью, рекомендации по выбору методов, предметов и средств индивидуальной гигиены рта, рекомендации по питанию, профессиональное удаление зубных отложений, лечение кариеса и его осложнений, некариозных поражений, болезней периодонта);
- ортодонтическое лечение (при зубочелюстных аномалиях);
- ортопедическое лечение (при дефектах зубов и зубных рядов, повышенной стираемости, подвижности зубов);
- аппаратурное лечение (шинотерапия, направленная на достижение миорелаксации, репозиции, стабилизации, функциональной защиты);
- хирургическое лечение (при потере уровня эпителиального прикрепления);
- поддерживающее лечение (диспансеризация).

11. Ортопедическое лечение болезней ВНЧС включает:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

- использование лекарственных средств, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с болезнями ВНЧС, согласно приложению 5;
- применение методов аппаратурного лечения (окклюзионная шина) по медицинским показаниям;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

- применение ортопедических, ортодонтических, хирургических и терапевтических методов лечения, направленных на восстановление функциональных и эстетических характеристик зубочелюстной системы и жевательно-речевого аппарата;

11.3. применение физиотерапевтических методов лечения согласно приложению 6.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

Форма

Карта обследования клинических признаков нарушения функции ВНЧС

Симптомы	+/-	Внешние признаки	+/-	Состояние зубов	+/-
Головные боли		Асимметрия лица		Чувствительность зубов	
Боль ВНЧС		Отек лица		Подвижность зубов	
Нарушение глотания		Припухлость в области ВНЧС		Адентия зубов частичная или полная	

Звуковые явления в области ВНЧС	Изменение нижней трети лица	Скученное положение нижних зубов
Ограниченное открывание рта	Сухие губы, заеды	Стираемость зубов
Воспалительные явления в ушной области	Асимметрия линии смыкания губ	Лингвальный наклон нижних передних зубов
Головокружение	Отек языка	Лингвальный наклон верхних передних зубов
Боли в области лица	Несоответствие центральной линии лица и зубных дуг	Лингвальный наклон боковых зубов
Бессонница	Ограничение открывания рта	Деформация окклюзионных кривых
Раздражительность	Асимметрия лица во время тестирования функциональной нагрузки	Абфракции, клиновидные дефекты
Нарушение речи	Смещение челюсти при разговоре в сторону	Сломанные бугры зубов, трещины
Невралгия и (или) паралич тройничного нерва	Вывихи и подвывихи суставной головки с одной или обеих сторон	Суперконтакты
Невралгия и (или) паралич лицевого нерва	Асимметрия туловища	Окклюзионная травма зубов
Скелетные нарушения осанки	Микростомия	Патологический прикус
Сжатие или скрежет зубов (бруксизм)	Нарушения движения нижней челюсти	Тремы и диастемы
Воспалительные явления в области глаз	Покраснение в области ВНЧС	Торусы лингвальные или небные
Повышенная гибкость суставов		

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

Форма

Преклинический опросник пациентов с симптомами нарушения функции ВНЧС

№ п/п	Вопрос	Оценка		
		да	нет	другое
1	Наблюдаете ли Вы у себя асимметрию лица?			
2	Есть ли у Вас зубные протезы?			
3	Есть ли у Вас затруднения и (или) боль при зевании или широком открывании рта?			
4	Наличие провоцирующих факторов в ограничении движения нижней челюсти?			
5	Заклинивает либо (под)вывихивается Ваша челюсть при жевании?			
6	Есть ли у Вас затруднения и (или) боль при жевании, разговоре?			
7	Замечаете ли Вы какие-либо шумы (щелчки и хруст) в области височно-нижнечелюстных суставов?			
8	Бывает ли такое, что Вы часто чувствуете зажатость, натянутость и усталость мышц в челюстно-лицевой области?			
9	Есть ли у Вас боли в области лица?			
10	Бывают ли у Вас частые головные боли?			
11	Продолжительность и частота головных болей, при их наличии			
12	Есть ли другие симптомы, связанные с головной болью?			
13	Изменялась ли у Вас чувствительность на лице? Покальвание, онемение, гиперестезия, жжение (подчеркнуть нужное)			
14	Боль, онемение, жжение в области языка?			
15	Бывают ли у Вас частые боли в шее, спине?			

16	Отмечали ли Вы болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава?			
17	Бывает ли у Вас частая зубная боль?			
18	Есть ли у Вас заболевания слизистой оболочки полости рта?			
19	Испытываете ли Вы ушную боль?			
20	Связываете ли Вы ушную боль с другими симптомами?			
21	Испытываете ли Вы боль в области глаз?			
22	Связываете ли Вы боль в области глаз с другими симптомами?			
23	Проводилась ли Вам когда-либо интубация?			
24	Проводилось ли Вам когда-либо ортодонтическое лечение?			
25	Проводилось ли Вам когда-либо избирательное сошлифовывание зубов?			
26	Проводилось ли Вам лечение с использованием каппы или индивидуальной окклюзионной шины?			
27	Скрипите ли Вы зубами либо стискиваете их?			
28	Были ли у Вас проблемы с жеванием?			
29	Отмечаете ли Вы, что пытаетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов?			
30	Отмечаете ли выраженную чувствительность области каких-либо зубов?			
31	Наблюдали ли Вы снижение работоспособности, аппетита, памяти, концентрации внимания, ощущения грусти, раздражительности (подчеркнуть нужное)			
32	Присутствуют ли трудности в засыпании, поддержании сна, ночные кошмары, частые пробуждения во время сна (подчеркнуть нужное)			
33	Наблюдали ли Вы связь начала заболевания с другими событиями: изменениями в работе; переездом; стрессом, лечением; анестезией (подчеркнуть нужное), иное			
34	Отмечали ли Вы болезненность в области других суставов и (или) неприятные звуковые явления?			
35	Были ли переломы конечностей?			
36	Проводили ли замену суставов, например, тазобедренных?			
37	Наличие сколиоза, сколиотической осанки, других поструральных изменений?			
38	Одинаковая ли у Вас длина нижних конечностей?			
39	Была ли у Вас родовая травма?			
40	Принимаете ли Вы лекарственные средства, биологически активные добавки к пище, витамины? Перечислите:			
41	Есть ли у Вас заболевания общего профиля? Перечислите:			

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

Госпитальная шкала тревоги и депрессии у пациентов с ВНЧС

Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа. Выберите из ответов тот, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня тревоги)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе:

3 – все время;

2 – часто;

1 – время от времени, иногда;

0 – совсем не испытываю.

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться:

3 – определенно это так, и страх очень велик;

2 – да, это так, но страх не очень велик;

- 1 – иногда, но это меня не беспокоит;
- 0 – совсем не испытываю.
- 3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:
 - 3 – постоянно;
 - 2 – большую часть времени;
 - 1 – время от времени и не так часто;
 - 0 – только иногда.
- 4. Я легко могу присесть и расслабиться:
 - 0 – определенно, это так;
 - 1 – наверно, это так;
 - 2 – лишь изредка, это так;
 - 3 – совсем не могу.
- 5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:
 - 0 – совсем не испытываю;
 - 1 – иногда;
 - 2 – часто;
 - 3 – очень часто.
- 6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться:
 - 3 – определенно, это так;
 - 2 – наверно, это так;
 - 1 – лишь в некоторой степени, это так;
 - 0 – совсем не испытываю.
- 7. У меня бывает внезапное чувство паники:
 - 3 – очень часто;
 - 2 – довольно часто;
 - 1 – не так уж часто;
 - 0 – совсем не бывает.

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня депрессии)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство:

- 0 – определенно, это так;
- 1 – наверно, это так;
- 2 – лишь в очень малой степени, это так;
- 3 – это совсем не так.
- 2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное:
 - 0 – определенно, это так;
 - 1 – наверно, это так;
 - 2 – лишь в очень малой степени, это так;
 - 3 – совсем не способен.
- 3. Я испытываю бодрость:
 - 3 – совсем не испытываю;
 - 2 – очень редко;
 - 1 – иногда;
 - 0 – практически все время.
- 4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно:
 - 3 – практически все время;
 - 2 – часто;
 - 1 – иногда;
 - 0 – совсем нет.
- 5. Я не слежу за своей внешностью:
 - 3 – определенно, это так;
 - 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно;
 - 1 – может быть, я стал меньше уделять этому времени;
 - 0 – я слежу за собой так же, как и раньше.

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения:

- 0 – точно так же, как и обычно;
- 1 – да, но не в той степени, как раньше;
- 2 – значительно меньше, чем обычно;
- 3 – совсем так не считаю.

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы:

- 0 – часто;
- 1 – иногда;
- 2 – редко;
- 3 – очень редко.

Количество баллов здесь _____

Результаты:

0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога и (или) депрессия»;

11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога и (или) депрессия».

Приложение 4

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

Оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Рагэ

№ п/п	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Арест, ограничение свободы, лишение свободы на определенный срок	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность партнерши	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками супруга (супруги)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учреждении образования	26
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23

31	Изменение условий или часов работы	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.)	15
41	Отпуск	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил дорожного движения)	11

Результат теста:

меньше 150 баллов – большая степень сопротивляемости стрессу, минимальная степень стрессовой нагрузки;

150–199 баллов – высокая степень сопротивляемости стрессу;

200–299 баллов – пороговая (средняя) степень сопротивляемости стрессу;

300 и более – низкая степень сопротивляемости стрессу (ранимость). Если сумма баллов свыше 300, то оцениваемому грозит психосоматическое заболевание, поскольку он близок к фазе нервного истощения.

Приложение 5

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

**Основные лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с болезнями ВНЧС**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	2	3	4
М01 Нестероидные противовоспалительные препараты			
1	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; капсулы 200 мг; суспензия 200 мг/5 мл	Ибупрофен назначают взрослым внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу лекарственного средства уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания препарата). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
2	Нимесулид	Таблетки 100 мг; гранулы для приготовления суспензии 100 мг	Внутри после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток

3	Целекоксиб	Капсулы 100 мг; капсулы 200 мг	Для приема внутрь. Разовая доза составляет от 100 мг до 400 мг. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
M03B Миорелаксанты центрального действия			
4	Голперизон	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг	Лекарственное средство принимают внутрь, после еды, не разжевывая, запивая стаканом воды. Рекомендованная суточная доза в зависимости от индивидуальной потребности и переносимости препарата пациентом составляет 150–450 мг, разделенная на 3 приема

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с болезнями
височно-нижнечелюстного сустава»

**Физиотерапевтические методы лечения, применяемые при проведении
дополнительных мероприятий при лечении пациентов (взрослое население)
с болезнями ВНЧС**

№ п/п	Метод физиотерапевтического лечения (1–2 метода по медицинским показаниям)	Режим применения, кратность
При функциональных расстройствах ВНЧС для купирования болевого компонента и снижения спазма мышц челюстно-лицевой области		
1	Импульсная электротерапия	5–7 процедур ежедневно
2	Ультразвуковая терапия	5–7 процедур ежедневно
3	Лазеротерапия (магнитолазеротерапия)	5–7 процедур ежедневно
4	Магнитотерапия	5–7 процедур ежедневно
5	Инфракрасное облучение	5–7 процедур ежедневно
6	Теплолечение	5–7 процедур ежедневно

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с глубоким прикусом»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с глубоким прикусом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.23 Чрезмерно глубокий вертикальный прикус (вертикальное перекрытие), K07.2 Аномалии соотношений зубных дуг, K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

глубокий прикус (далее – ГП) – аномалия окклюзии в вертикальной плоскости, характеризующаяся таким соотношением передних зубов, при котором верхние резцы и клыки перекрывают нижние более, чем две трети величины клинических коронок.

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ ГП

4. Выделяют лицевые, зубные и функциональные признаки ГП:

4.1. лицевые признаки ГП (зубоальвеолярная форма):

незначительное углубление подбородочной складки;

высота лица не изменена;

утолщение нижней губы;

4.2. лицевые признаки ГП (скелетная форма):

ширина лица преобладает над длиной вследствие укорочения нижней трети лица;

резко выраженная подбородочная складка;

укорочение нижней части лица;

4.3. зубные признаки ГП:

инфраокклюзия верхних и супраокклюзия нижних передних зубов;

отвесное положение верхних резцов;

увеличение глубины резцового перекрытия;

отсутствие режуще-бугоркового контакта между резцами верхней и нижней челюстей;

возможен контакт нижних передних зубов со слизистой оболочкой твердого неба;

4.4. функциональные признаки ГП:

затрудненное откусывание и пережевывание пищи;

нарушение функции речи;

нарушение функции глотания;

возможно нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ГП

5. Основными принципами диагностики ГП являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие ГП на зубоальвеолярном и (или) гнатическом уровне, определение степени выраженности, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача-специалиста;

проведение дифференциальной диагностики ГП;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с ГП.

6. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

6.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе, определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду,

наличия контактов между смежными зубами; определение положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов, оценка состояния ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); окклюзия зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; пальпация; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

6.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с ГП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

7. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

7.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

7.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с ГП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с ГП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов;

конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с ГП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

7.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, мионометрия);

7.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга; врача-челюстно-лицевого хирурга; врача-оториноларинголога; врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

7.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки: фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

8. При диагностике ГП также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения;

состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (нахождение на учете у врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ГП

9. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ГП являются: улучшение качества жизни пациента;

улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;
устранение перегрузки тканей периодонта, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
улучшение эстетики лица и зубов.

10. Ортодонтическое лечение ГП у детей включает:

10.1. выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии. Ортодонтическое (аппаратное) консервативное лечение детей с ГП наиболее эффективно в периоды прорезывания первых постоянных моляров, прорезывания вторых постоянных моляров;

10.2. лечение ГП у детей в период прикуса временных зубов (от 2 до 5 лет), период подготовки к смене зубов (от 5 до 6,5 лет), период смены зубов и период формирования прикуса постоянных зубов направлено на:

создание условий для роста верхней и нижней челюсти (при микрогнатии и ретрогнатии);

расширение и удлинение верхнего и нижней зубного ряда (при их сужении и (или) укорочении);

сдерживание роста верхней и нижней челюсти (при макрогнатии);

устранение привычного смещения нижней челюсти;

устранение причин, препятствующих экстррузии зубов;

нормализацию положения зубов и окклюзионных контактов;

10.3. ортодонтическое лечение ГП у детей во временном и смешанном прикусе может проводиться с использованием ортодонтических аппаратов: функционально-направляющие аппараты, функционально-действующие аппараты, комбинированные аппараты, съемные механически-действующие аппараты (пластинка на верхнюю челюсть с накусочной площадкой в переднем отделе, активатор Андресена-Хойпля, открытый активатор Кламмта, бионатор Янсон, пропульсор Мюллемана, регулятор функции Френкеля I и II типа, стандартные аппараты, аппарат Брюкля с обратным глубоким резцовым перекрытием, другие), несъемная ортодонтическая аппаратура.

11. Ортодонтическое лечение ГП прикуса у взрослых включает:

лечение ГП в период прикуса постоянных зубов направлено на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов. Для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет-системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (элайнеры, каппы, корректоры);

для оптимизации роста верхней и нижней челюстей при лечении ГП могут применяться съемные, внутриротовые, одночелюстные или двучелюстные, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия, механически действующие, функционально действующие или комбинированного действия ортодонтические аппараты;

лечение ГП в постоянном прикусе может проводить за счет нормализации глубины кривой Шпее (относительная интрузия зубов во фронтальном отделе и экстррузия в боковом отделе) путем использования интрузионных ортодонтических дуг, а также временных ортодонтических имплантатов. В случае выраженной скелетной формы ГП лечение может быть комбинированным (комплексным) с включением хирургического этапа (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) для нормализации размеров, формы и соотношения челюстей.

12. Комплексное лечение пациентов со значительным выраженным ГП включает следующие этапы:

ортодонтический – нормализация положения зубов относительно основания челюсти, нормализация формы и размера зубных рядов, создание условий для ортогнатической операции (создании промежутков (трем) между зубами в местах, где планируется последующая остеотомия челюсти с целью предотвращения повреждения корней зубов);

хирургический (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) – сегментарная остеотомия верхней челюсти с ротацией фронтального фрагмента в составе четырех или шести зубов; двусторонняя межкортикальная скользящая остеотомия нижней челюсти; остеотомии подбородочного отдела (проводит врач-челюстно-лицевой хирург); ортодонтический – коррекция окклюзионных контактов, создание условий для длительной ретенции результатов; ретенция результатов лечения.

Медицинское наблюдение за результатами лечения осуществляется путем проведения медицинских осмотров пациента с ГП врачом-стоматологом-хирургом (врачом-челюстно-лицевым хирургом), далее – врачом-стоматологом-ортодонтом на стоматологическом приеме в амбулаторных условиях первые 3 месяца – не реже 1 раза; в последующем до года – не реже 1 раза в 6 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

13. Необходимым этапом после окончания ортодонтического лечения ГП является ретенция (сохранение) результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.

Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения зубоальвеолярной компенсации может быть пожизненным.

14. Для лечения ГП могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для сокращения размеров зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с ГП – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняющее, восстановительное и эстетическое протезирование;

для дополнительной стационарной опоры – временные ортодонтические имплантаты;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактостеотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с дистальным прикусом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с дистальным

прикусом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.20 Дистальный прикус, K07.00 Макрогнатия верхней челюсти (гиперплазия верхней челюсти), K07.04 Микрогнатия нижней челюсти (гипоплазия нижней челюсти), K07.12 Прогнатия верхней челюсти, K07.13 Ретрогнатия нижней челюсти, K07.2 Аномалии соотношений зубных дуг, K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения, K07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания, K07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания, K07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

дистальный прикус (далее – ДП) – аномалия окклюзии в сагиттальном направлении, характеризующаяся дистальным положением нижнего зубного ряда по отношению к верхнему, при котором соотношение первых постоянных моляров соответствует II классу Энгля (мезиальный щечный бугорок первого верхнего моляра находится кпереди от межбугорковой фиссуры одноименного нижнего зуба).

ГЛАВА 2 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ПРИЗНАКИ ДП

4. Выделяют три степени выраженности ДП, определяемые на основании соотношения передних и боковых зубов и параметров лучевого метода исследования (телерентгенография головы в боковой проекции):

первая степень характеризуется нарушением соотношения боковых зубов по II классу Энгля, при котором на телерентгенограмме в боковой проекции соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости составляет 3–6 мм;

вторая степень характеризуется нарушением соотношения боковых зубов по II классу Энгля, при котором на телерентгенограмме в боковой проекции соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости составляет 7–11 мм;

третья степень характеризуется нарушением соотношения боковых зубов по II классу Энгля, при котором на телерентгенограмме в боковой проекции соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости составляет более 11 мм.

5. ДП (окклюзия) может сопровождаться:

протрузионным положением верхних центральных резцов – 1 подкласс;

ретрузионным положением верхних центральных резцов – 2 подкласс.

При протрузионном положении верхних центральных резцов выделяют три степени выраженности ДП в зависимости от величины сагиттальной щели:

легкая – 2,1–5 мм;

средняя – 5,1–7 мм;

тяжелая – 7,1–10 мм.

6. Имеются следующие лицевые, зубные и функциональные признаки ДП:

6.1. лицевые признаки ДП:

профиль лица – выпуклый;

расположение верхней губы может быть выступающим (II класс Энгля 1 подкласс аномалии) или уплощенным (II класс Энгля 2 подкласс аномалии);

расположение нижней губы позади верхней губы и (или) позади верхних резцов;

сглаженность носогубных складок;
выраженность подбородочной складки;
напряжение мягких тканей, окружающих ротовую щель;

6.2. зубные признаки ДП:

расположение мезиально-щечного бугорка верхнего первого постоянного моляра при смыкании зубных рядов кпереди от межбугорковой фиссуры одноименного нижнего моляра;

расположение верхнего клыка (постоянного или временного) кпереди от промежутка между клыком и первым премоляром (первым моляром в случае временного прикуса) нижней челюсти;

дистальное соотношение боковых зубов, которое может сочетаться со значительным межрезцовым расстоянием и потерей режуще-бугоркового контакта передних зубов, протрузионным положением передних верхних зубов с появлением диастемы и трем либо скученным положением передних верхних зубов; с отвесным или ретрузионным положением передних верхних зубов, отсутствием сагиттального межрезцового расстояния;

6.3. функциональные признаки ДП:

затрудненное откусывание и пережевывание пищи;
нарушение функции речи;
нарушение функции глотания;
возможно нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ДП

7. Основными принципами диагностики ДП являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие ДП на зубоальвеолярном и (или) гнатическом уровне, определение степени выраженности, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача-специалиста;

проведение дифференциальной диагностики ДП;
выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с ДП.

8. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

8.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду, наличия контактов между смежными зубами; положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов; оценка ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); определение окклюзии зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; изменения (улучшения или ухудшения) профиля и эстетики лица при смещении нижней челюсти до нейтрального соотношения зубных рядов; пальпация; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

8.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с ДП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

9. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

9.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

9.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с ДП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с ДП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов;

конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с ДП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

9.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, мионометрия);

9.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга; врача-челюстно-лицевого хирурга; врача-оториноларинголога; врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

9.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки, наличия или отсутствия «десневой» улыбки: фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

10. При диагностике ДП также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения;

состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (нахождение на учете у врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ДП

11. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ДП являются:

улучшение качества жизни пациента;

улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;

улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;

устранение перегрузки тканей периодонта, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

улучшение эстетики лица и зубов.

12. Ортодонтическое лечение ДП у детей включает:

12.1. ортодонтическое (аппаратное) лечение детей с дистальной окклюзией показано при первой степени выраженности ДП. Выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии;

12.2. лечение ДП у детей в период прикуса временных зубов (от 2 до 5 лет), период подготовки к смене зубов (от 5 до 6,5 лет), период смены зубов и период формирования прикуса постоянных зубов направлено на:

создание условий для роста нижней челюсти (при микрогнатии и ретрогнатии нижней челюсти);

расширение и удлинение нижнего зубного ряда (при его сужении и (или) укорочении);

сдерживание роста верхней челюсти (при макрогнатии верхней челюсти);

устранение привычного смещения нижней челюсти;

12.3. ортодонтические аппараты, применяемые для оптимизации роста и улучшения положения нижней челюсти, могут быть одночелюстными или двучелюстными, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия, механически действующими, функционально действующими (индивидуальными (открытый активатор Кламмта, бионатор Янсон, регулятор функций Френкеля I и II типа, пропульсор Мюллемана) и стандартными) или комбинированного действия.

13. Ортодонтическое лечение ДП у взрослых включает:

лечение в период прикуса постоянных зубов следует направлять на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов. Для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (комбинированные ортодонтические аппараты, механически-действующие аппараты, элайнеры, каппы, корректоры II класса – аппарат Гербста, пружина Саббаха, аппарат Forsus);

ортодонтические аппараты, применяемые для оптимизации роста и улучшения положения нижней челюсти, могут быть одночелюстными или двучелюстными, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия, механически действующими, функционально действующими (индивидуальными и стандартными) или комбинированного действия;

зубоальвеолярная компенсация ДП – частичное или полное устранение аномалии, приводящее к улучшению функции и эстетики лица, показана при второй степени выраженности ДП и третьей степени выраженности ДП (при отказе пациента от реконструктивной ортогнатической операции на челюстях). В процессе зубоальвеолярной компенсации допускается удаление отдельных зубов с последующим перемещением зубов с целью сокращения размеров верхнего зубного ряда. Для улучшения окклюзионных контактов при лечении пациентов со второй степенью выраженности ДП применяют дистализацию зубов верхней челюсти, в том числе с использованием дополнительной стационарной опоры в виде временных ортодонтических имплантов после удаления зубов 18 и 28 (или их зачатков);

лечение в период прикуса постоянных зубов пациентов с третьей степенью выраженности ДП может быть комбинированным (комплексным) с включением хирургического этапа (реконструктивные операции на челюстях) для нормализации размеров, формы и соотношения челюстей.

14. Комплексное лечение пациентов с третьей степенью выраженности ДП включает следующие этапы:

ортодонтический – нормализация положения зубов относительно основания челюсти, нормализация формы и размера зубных рядов, создание условий для ортогнатической операции;

хирургический (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) – нормализация размеров, формы и соотношения челюстей (проводит врач-челюстно-лицевой хирург);

ортодонтический – коррекция окклюзионных контактов, создание условий для длительной ретенции результатов;

ретенция результатов лечения.

Медицинское наблюдение за результатами лечения осуществляется путем проведения медицинских осмотров пациента с ДП врачом-стоматологом-хирургом (врачом-челюстно-лицевым хирургом), далее – врачом-стоматологом-ортодонтом на стоматологическом приеме в амбулаторных условиях первые 3 месяца – не реже 1 раза; в последующем до года – не реже 1 раза в 6 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

15. Необходимым этапом после окончания ортодонтического лечения ДП является ретенция (сохранение) результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции, возможности рецидива ДП (до 90 %) и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.

Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения зубоальвеолярной компенсации может быть пожизненным.

16. Для лечения ДП могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для сокращения размеров верхнего зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для корпусной ретракции передней группы зубов – временные ортодонтические имплантаты;

для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с ДП – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняемое, восстановительное и эстетическое протезирование;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактостеотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для коррекции костного контура и (или) мягкотканного профиля лица при ортогнатических операциях возможно применение индивидуальных или стандартных имплантатов (металлических, композиционных, силиконовых), а также использование липофилинга (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с перекрестным прикусом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с перекрестным прикусом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.25 Перекрестный прикус (передний, задний), K07.26 Смещение зубных дуг от средней линии, K07.27 Заднеязычный прикус

нижних зубов, К07.2 Аномалии соотношений зубных дуг, К07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения, К07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания, К07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания, К07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

буккальный перекрестный прикус – аномалия окклюзии, при которой верхние боковые зубы частично или полностью перекрываются нижними боковыми зубами с одной или обеих сторон;

лингвальный перекрестный прикус – аномалия окклюзии, при которой верхние боковые зубы частично или полностью перекрывают нижние боковые зубы с одной или обеих сторон.

ГЛАВА 2 ФОРМЫ И ПРИЗНАКИ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА

4. Выделяют следующие формы перекрестного прикуса (далее – ПП), определяемые на основании соотношения передних и боковых зубов и параметров лучевого метода исследования (телерентгенография головы в прямой проекции):

4.1. зубоальвеолярный ПП (зубоальвеолярное расширение или сужение зубной дуги):

односторонний;

двухсторонний;

4.2. гнатический ПП (расширение или сужение базиса челюстей):

односторонний;

двухсторонний;

4.3. суставной ПП (смещение нижней челюсти в сторону):

параллельно срединно-сагиттальной плоскости;

диагонально срединно-сагиттальной плоскости.

5. Имеются лицевые, зубные и функциональные признаки ПП.

Лицевым признаком буккального ПП без смещения нижней челюсти является асимметрия лица без смещения срединной точки подбородка относительно срединно-сагиттальной плоскости.

К зубным признакам буккального ПП без смещения нижней челюсти относятся следующие:

верхние боковые зубы частично или полностью перекрываются нижними боковыми зубами с одной или обеих сторон;

средние линии между верхними и нижними центральными резцами могут совпадать или могут быть смещены в ту или иную сторону.

Лицевыми признаками буккального ПП со смещением нижней челюсти являются:

асимметрия лица, обусловленная боковым смещением подбородка относительно срединно-сагиттальной плоскости;

форма профиля лица справа и слева обычно отличаются.

К зубным признакам буккального ПП со смещением нижней челюсти относятся следующие:

верхние боковые зубы частично или полностью перекрываются нижними боковыми зубами с одной или обеих сторон;

нарушение мезиодистального соотношения боковых зубов – дистальное соотношение зубных дуг на стороне смещения и нейтральное или мезиальное соотношение на стороне противоположной смещению;

средние линии между верхними и нижними центральными резцами обычно не совпадают вследствие смещения нижней челюсти.

Лицевыми признаками лингвального ПП без смещения нижней челюсти являются:
часто наблюдаемая асимметрия лица;
смещение нижней челюсти кзади;
уплощение подбородка.

К зубным признакам лингвального ПП без смещения нижней челюсти относятся следующие:

верхние боковые зубы частично или полностью перекрывают нижние боковые зубы с одной или обеих сторон;

средние линии между верхними и нижними центральными резцами обычно не совпадают;

расширение и удлинение верхнего зубного ряда;
сужение и укорочение нижнего зубного ряда;
скученное положение зубов нижней челюсти.

Лицевыми признаками лингвального ПП со смещением нижней челюсти являются:
асимметрия лица, обусловленная боковым смещением подбородка относительно срединно-сагиттальной плоскости;

форма профиля лица справа и слева обычно отличаются;
смещение нижней челюсти кзади;
уплощение подбородка.

К зубным признакам лингвального ПП со смещением нижней челюсти относятся следующие:

верхние боковые зубы частично или полностью перекрывают нижние боковые зубы с одной или обеих сторон;

нарушение мезиодистального соотношения боковых зубов – дистальное соотношение зубных дуг на стороне смещения и нейтральное или мезиальное соотношение на стороне противоположной смещению;

средние линии между верхними и нижними центральными резцами обычно не совпадают вследствие смещения нижней челюсти;

расширение и удлинение верхнего зубного ряда;
сужение и укорочение нижнего зубного ряда;
скученное положение зубов нижней челюсти.

К функциональным признакам ПП относятся следующие:

затрудненное откусывание и пережевывание пищи;
нарушение функции речи;
нарушение функции глотания;
возможно нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ПП

6. Основными принципами диагностики ПП являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие ПП на зубоальвеолярном и (или) гнатическом уровне, определение степени выраженности патологии, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача-специалиста;

проведение дифференциальной диагностики ПП;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с ПП.

7. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

7.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности

осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду, наличия контактов между смежными зубами; положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов; оценка ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); определение окклюзии зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; изменения (улучшения или ухудшения) профиля и эстетики лица при смещении нижней челюсти до нейтрального соотношения зубных рядов; пальпация; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

7.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с ПП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

8. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

8.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

8.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с ПП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с ПП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов;

конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с ПП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

8.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, мионометрия);

8.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга; врача-челюстно-лицевого хирурга; врача-оториноларинголога; врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

8.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки, наличия или отсутствия «десневой» улыбки: фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

9. При диагностике ПП также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;
желание лечиться или отказ от лечения;
состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (состояние на учете у врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ПП

10. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ПП являются:
улучшение качества жизни пациента;
улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;
устранение перегрузки тканей периодонта, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
улучшение эстетики лица и зубов.

11. Ортодонтическое лечение ПП у детей включает:

11.1. выбор ортодонтического аппарата (зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии);

11.2. лечение ПП у детей в период прикуса временных зубов (от 2 до 5 лет), период подготовки к смене зубов (от 5 до 6,5 лет), период смены зубов и период формирования прикуса постоянных зубов направлено на:

создание условий для роста верхней и нижней челюстей (при микрогнатии и ретрогнатии);

расширение и удлинение верхнего и нижнего зубного ряда (при их сужении и (или) укорочении);

устранение привычного смещения нижней челюсти;

11.3. ортодонтические аппараты, применяемые для оптимизации роста верхней и нижней челюстей, могут быть одночелюстными или двучелюстными, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия, механически-действующими, функционально-направляющими или комбинированного действия.

12. Ортодонтическое лечение ПП у взрослых включает:

лечение в период прикуса постоянных зубов следует направлять на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов. Для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (комбинированные ортодонтические аппараты, механически-действующие аппараты, элайнеры, каппы);

лечение в период прикуса постоянных зубов может быть комбинированным «ортогнатическим» с включением хирургического этапа (реконструктивные операции на челюстях) для нормализации размеров, формы и соотношения челюстей;

зубоальвеолярная компенсация ПП – частичное или полное устранение аномалии, приводящее к улучшению функции и эстетики лица, показана при отказе пациента от реконструктивной операции на челюстях. В процессе зубоальвеолярной компенсации допускается удаление отдельных зубов с последующим перемещением зубов с целью сокращения размеров зубного ряда. Для улучшения окклюзионных контактов возможно использование дополнительной стационарной опоры в виде временных ортодонтических имплантатов.

13. Комплексное лечение пациентов со значительным сужением верхней челюсти и выраженным ПП включает следующие этапы:

ортодонтический – нормализация положения зубов относительно основания челюсти, нормализация формы и размера зубных рядов, создание условий для ортогнатической операции;

хирургический (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) – нормализация размеров, формы и соотношения челюстей (проводит врач-челюстно-лицевой хирург);

ортодонтический – коррекция окклюзионных контактов, создание условий для длительной ретенции результатов;

ретенция результатов лечения.

Медицинское наблюдение за результатами лечения осуществляется путем проведения медицинских осмотров пациента с ПП врачом-стоматологом-хирургом (врачом-челюстно-лицевым хирургом), далее – врачом-стоматологом-ортодонтом на стоматологическом приеме в амбулаторных условиях первые 3 месяца – не реже 1 раза; в последующем до года – не реже 1 раза в 6 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

14. Необходимым этапом после окончания ортодонтического лечения ПП является ретенция (сохранение) результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции, возможности рецидива ПП (до 90 %) и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.

Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения зубоальвеолярной компенсации может быть пожизненным.

15. Для лечения ПП могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для сокращения размеров зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для корпусного перемещения зубов и (или) группы зубов – временные ортодонтические имплантаты;

для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с ПП – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняющее, восстановительное и эстетическое протезирование;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактостеотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с аномалиями положения зубов»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с аномалиями положения зубов (далее – АПЗ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.30 Скученность, K07.31 Смещение, K07.32 Поворот, K07.33 Нарушение межзубных промежутков (диастема), K07.34 Транспозиция, K07.35 Ретенированные или импактные зубы

с неправильным положением их или соседних зубов, K07.38 Другие уточненные аномалии положения зубов).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины их определения:

нарушение межзубных промежутков (диастема) – изменение положения зубов в сагиттальной и (или) трансверзальной плоскостях и отсутствие плотных контактов проксимальных поверхностей зубов;

поворот зуба – изменение положения зуба вокруг продольной оси;

ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов – аномалия, которая характеризуется задержкой сроков прорезывания зубов или отсутствием прорезывания при наличии зачатков зубов;

скупенность зубов – тесное положение зубов, возникающее при отсутствии достаточного места для них на альвеолярной части из-за сужения челюсти или зубного ряда, несоответствия величины челюсти величине зубов;

смещение зубов – изменение положения зубов в сагиттальной, трансверзальной и (или) вертикальной плоскостях;

транспозиция зуба (зубов) – неправильное положение зубов, при котором они взаимно меняются местами.

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ АПЗ

4. Имеются лицевые, зубные и функциональные признаки АПЗ:

4.1. лицевые признаки АПЗ:

часто лицевые признаки отсутствуют;

напряжение мягких тканей, окружающих ротовую щель;

выступление отдельных зубов при улыбке, разговоре;

4.2. зубные признаки АПЗ:

4.2.1. при скупенности зубов:

укорочение зубных дуг;

сужение зубных дуг;

изменение формы зубных дуг;

шахматный порядок зубов;

черепицеобразное взаимное перекрытие зубов;

изменение положения отдельных зубов в сагиттальной, трансверзальной и (или) вертикальной плоскостях;

тортоаномалия отдельных зубов;

4.2.2. при смещении зубов в:

сагиттальном направлении – мезиальное или дистальное положение боковых зубов, вестибулярное или оральное положение передних зубов, транспозиция зубов;

трансверзальном направлении – медиальное или латеральное положение передних зубов; вестибулярное или оральное положение боковых зубов;

вертикальном направлении – супрапозиция верхних зубов или инфрапозиция нижних зубов, инфрапозиция верхних зубов или супрапозиция нижних зубов; поворот зуба вокруг продольной оси;

4.2.3. при повороте зуба:

изменение положения зуба вокруг продольной оси;

поворот зуба может составлять от нескольких градусов до 90 градусов или до 180 градусов;

при повороте резцов и клыков зуб занимает меньше места в зубном ряду;
при повороте премоляров и моляров зуб занимает больше места в зубном ряду;
поворот зуба может сочетаться со смещением зуба в сагиттальной, трансверзальной и (или) вертикальной плоскостях;

4.2.4. при нарушении межзубных промежутков (диастеме):

промежуток между центральными резцами (диастема);

промежуток между зубами, за исключением центральных резцов – трема;

несоответствие между величиной зубов и размером альвеолярного отростка челюсти;

отсутствие отдельных зубов;

смещение и повороты зубов;

4.2.5. при транспозиции зуба (зубов):

полная транспозиция зубов – коронки и корни зубов поменялись местами, форма зубного ряда не нарушена;

частичная (неполная, параллельная, псевдотранспозиция) зубов – коронки зубов поменялись местами, корни остаются в относительно нормальном положении или наоборот; линия зубной дуги часто проходит между двумя зубами; отмечаются нарушения окклюзии;

часто сочетается с аномалиями отдельных зубов (анэрубция зубов, адентия, повороты зубов, микродентия), патологией костной ткани челюстей (кисты, одонтомы);

4.2.6. при ретенированных или импактных зубах с неправильным положением их или соседних зубов:

частичная ретенция зуба – коронка зуба частично скрыта под слизистой оболочкой десны, при этом часть коронки зуба видима при медицинском осмотре;

полная ретенция зуба – коронка зуба полностью скрыта под слизистой оболочкой десны (в костной ткани челюсти) и визуализируется при медицинском осмотре;

АПЗ, соседствующих с ретенированными или импактными зубами;

4.3. функциональные признаки АПЗ:

затрудненное откусывание и пережевывание пищи;

нарушение функции речи;

нарушение функции глотания;

возможно нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА АПЗ

5. Основными принципами диагностики АЗП являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие АПЗ, определение степени выраженности, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача-специалиста;

проведение дифференциальной диагностики АПЗ;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с АПЗ.

6. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

6.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе, определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду,

наличия контактов между смежными зубами; определение положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов, оценка состояния ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); окклюзия зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; пальпация; оценка зубов, пломб (индекс интенсивности кариеса – КПУ) и протезов; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

6.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с АПЗ в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

7. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

7.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

7.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с АПЗ в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с АПЗ в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов; конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с АПЗ в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

7.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, мионометрия);

7.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга; врача-челюстно-лицевого хирурга; врача-оториноларинголога; врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

7.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки: фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

8. При диагностике АПЗ также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения;

состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (состояние на учете у врача-психиатра-нарколога, врача психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ АПЗ

9. Общими принципами лечения и медицинской профилактики АПЗ являются:
- улучшение качества жизни пациента;
 - улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
 - улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;
 - устранение перегрузки тканей периодонта, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
 - улучшение эстетики лица и зубов.
10. Ортодонтическое лечение АПЗ у детей включает:
- 10.1. выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии;
- 10.2. лечение детей в период прикуса временных зубов направлено на:
- создание условий для роста и развития верхней и нижней челюстей;
 - расширение и удлинение верхнего и (или) нижнего зубного ряда (при их сужении и (или) укорочении);
 - сдерживание роста верхней и (или) нижней челюсти (при макрогнатии челюсти);
 - устранение привычного смещения нижней челюсти;
- 10.3. ортодонтические аппараты, применяемые для оптимизации роста и улучшения положения челюстей, могут быть одночелюстными или двучелюстными, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия, механически действующими, функционально действующими (индивидуальными и стандартными) или комбинированного действия;
- 10.4. лечение детей в период смешанного прикуса следует направлять на:
- создание условий для роста и развития верхней и нижней челюстей;
 - расширение и удлинение верхнего и (или) нижнего зубного ряда (при их сужении и (или) укорочении);
 - сдерживание роста верхней и (или) нижней челюсти (при макрогнатии челюсти);
 - коррекцию формы зубных рядов и положения отдельных зубов;
 - улучшение окклюзии;
 - устранение привычного смещения нижней челюсти;
- 10.5. в период смешанного и постоянного прикуса используют комбинированные ортодонтические аппараты, съемные механически-действующие аппараты.
11. Ортодонтическое лечение АПЗ у взрослых включает:
- лечение в период прикуса постоянных зубов следует направлять на нормализацию положения зубов и улучшение окклюзионных контактов;
 - для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (комбинированные ортодонтические аппараты, механически-действующие аппараты, элайнеры, каппы).
12. После окончания ортодонтического лечения АПЗ необходимым этапом является ретенция результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции, возможности рецидива АПЗ и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.
- Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения ортодонтического лечения может быть пожизненным.
13. Для лечения АПЗ могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):
- для сокращения размеров зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);
 - для создания условий ретракции ретенированного и импактного зуба – хирургическое обнажение его, иссечение десневого «капюшона» (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для корпусного перемещения зубов – временные ортодонтические имплантаты;
для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с АПЗ – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняющее, восстановительное и эстетическое протезирование;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактостеотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население) с мезиальным прикусом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с мезиальным прикусом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.21 Мезиальный прикус, K07.03 Микрогнатия верхней челюсти (гипоплазия верхней челюсти), K07.01 Макрогнатия нижней челюсти (гиперплазия нижней челюсти), K07.11 Прогнатия нижней челюсти, K07.14 Ретрогнатия верхней челюсти, K07.2 Аномалии соотношений зубных дуг, K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения, K07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания, K07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания, K07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

мезиальный прикус (далее – МП) – аномалия окклюзии в сагиттальном направлении, характеризующаяся мезиальным положением коронок нижних зубов по отношению к верхним.

ГЛАВА 2 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ПРИЗНАКИ МП

4. Выделяют три степени выраженности МП, определяемые на основании соотношения передних и боковых зубов и параметров лучевого метода исследования (телерентгенография головы в боковой проекции):

первая степень – нарушение соотношения боковых зубов по III классу Энгля до 3 мм, обратная резцовая окклюзия; соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости до – 8 мм, соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к плоскости основания черепа (угол ANB) до – 2 градусов;

вторая степень – нарушение соотношения боковых зубов по III классу Энгля от 3 мм до 5 мм, обратная резцовая окклюзия, соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости до – 8 мм;

третья степень – нарушение соотношения боковых зубов по III классу Энгля более 5 мм, обратная резцовая окклюзия, соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к окклюзионной плоскости от – 8 мм, соотношение апикальных базисов челюстей по отношению к плоскости основания черепа (угол ANB) от – 2 градусов.

5. Имеются лицевые, зубные и функциональные признаки МП:

5.1. лицевые признаки МП:

профиль лица – вогнутый;

выступание подбородка;

расположение нижней губы кпереди от верхней;

углубление носогубных складок и сглаженность подбородочной складки;

напряжение мягких тканей, окружающих ротовую щель;

5.2. зубные признаки МП:

первые моляры смыкаются по III классу Энгля (расположение мезиально-щечного бугорка верхнего первого постоянного моляра при смыкании зубных рядов позади межбугорковой фиссуры одноименного нижнего моляра);

верхний клык располагается позади от промежутка между клыком и первым премоляром (первым моляром в случае временного прикуса) нижней челюсти;

резцы нижней челюсти располагаются впереди по отношению к верхним резцам с наличием обратной сагиттальной щели;

5.3. функциональные признаки МП:

затрудненное откусывание и пережевывание пищи;

нарушение функции речи;

нарушение функции глотания;

возможно нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА МП

6. Основными принципами диагностики МП являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие МП на зубоальвеолярном и (или) гнатическом уровне, определение степени выраженности, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача-специалиста;

проведение дифференциальной диагностики МП;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с МП.

7. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

7.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду, наличия контактов между смежными зубами; определение положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов, оценка состояния ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); окклюзия зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; возможность самостоятельно сместить нижнюю челюсть назад до прямого

соотношения резцов; пальпация; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S);

7.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с МП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

8. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

8.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

8.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с МП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с МП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов; конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с МП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

8.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, мионометрия);

8.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга, врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-оториноларинголога, врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

8.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки, наличия или отсутствия «десневой» улыбки: фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

9. При диагностике МП также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции и другие), и целенаправленно выявляют:

неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;

острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

болезни периодонта в стадии обострения;

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;

желание лечиться или отказ от лечения;

состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (состояние на учете у врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ МП

10. Общими принципами лечения и медицинской профилактики МП являются:

улучшение качества жизни пациента;

улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;

улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;

устранение перегрузки тканей периодонта;
улучшение эстетики лица и зубов.

11. Ортодонтическое лечение МП у детей включает:

11.1. ортодонтическое (аппаратное) консервативное лечение детей с мезиальной окклюзией показано при первой степени выраженности МП. Выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии;

11.2. лечение МП у детей в период прикуса временных зубов (от 2 до 5 лет), период подготовки к смене зубов (от 5 до 6,5 лет), период смены зубов и период формирования прикуса постоянных зубов направлено на:

создание условий для роста верхней челюсти (при микрогнатии и ретрогнатии);
расширение и удлинение верхнего зубного ряда (при его сужении и (или) укорочении);

сдерживание роста нижней челюсти (при макрогнатии);

устранение привычного смещения нижней челюсти;

устранение обратной резцовой окклюзии;

11.3. ортодонтическое лечение МП у детей во временном и смешанном прикусе может проводиться с использованием ортодонтических аппаратов (функционально-направляющие аппараты, функционально-действующие аппараты, комбинированные аппараты, съемные механически-действующие аппараты (открытый активатор Кламмта, регулятор функции Френкеля III, аппарат Брюкля, бюгельный активатор Френкеля, лицевая маска, шапочка с подбородочной пращей, другие); несъемная ортодонтическая аппаратура).

12. Ортодонтическое лечение МП у взрослых включает:

лечение МП в период прикуса постоянных зубов направлено на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов. Для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет-системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (элайнеры, каппы, корректоры);

для оптимизации роста верхней челюсти могут применяться съемные, внутриротовые, одночелюстные или двучелюстные, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия; механически действующие, функционально действующие или комбинированного действия ортодонтические аппараты;

при первой, второй и третьей (при отказе пациента от реконструктивной операции на челюстях) степени выраженности МП показана зубоальвеолярная компенсация МП – частичное или полное устранение аномалии, приводящее к улучшению функции и эстетики. В процессе зубоальвеолярной компенсации допускается удаление отдельных зубов и перемещение зубов с целью сокращения размеров нижнего зубного ряда. Для нормализации окклюзионных контактов при лечении пациентов с МП применяют дистализацию зубов нижней челюсти, в том числе с использованием дополнительной стационарной опоры в виде временных ортодонтических имплантатов после удаления зубов 38 и 48 (или их зачатков);

ортодонтическое лечение в период прикуса постоянных зубов пациентов с третьей степенью выраженности МП проходит комбинированным (комплексным) методом с включением хирургического этапа (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) для нормализации размеров, формы и соотношения челюстей или в виде зубоальвеолярной компенсации.

13. Комплексное лечение пациентов с третьей степенью выраженности МП включает следующие этапы:

ортодонтический – нормализация положения зубов относительно основания челюсти, нормализация формы и размера зубных рядов, создание условий для ортогнатической операции;

хирургический (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) – нормализация размеров, формы и соотношения челюстей (проводит врач-челюстно-лицевой хирург);

ортодонтический – коррекция окклюзионных контактов, создание условий для длительной ретенции результатов;

ретенция результатов лечения.

Медицинское наблюдение за результатами лечения осуществляется путем проведения медицинских осмотров пациента с МП врачом-стоматологом-хирургом (врачом-челюстно-лицевым хирургом), далее – врачом-стоматологом-ортодонтом на стоматологическом приеме в амбулаторных условиях первые 3 месяца – не реже 1 раза; в последующем до года – не реже 1 раза в 6 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

14. Необходимым этапом после окончания ортодонтического лечения МП является ретенция (сохранение) результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции, возможности рецидива МП (до 90 %) и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.

Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения зубоальвеолярной компенсации может быть пожизненным.

15. Для лечения МП могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для сокращения размеров нижнего зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для корпусной ретракции группы зубов и дополнительной стационарной опоры – временные ортодонтические имплантаты;

для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с МП – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняющее, восстановительное и эстетическое протезирование;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактостеотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для коррекции костного контура и (или) мягкотканного профиля лица при ортогнатических операциях возможно применение индивидуальных или стандартных имплантатов (металлических, композиционных, силиконовых), а также использование липофилинга (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.08.2022 № 84

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое и детское население)
с открытым прикусом»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортодонтическом стоматологическом приеме

в амбулаторных условиях пациентам (взрослое и детское население) с открытым прикусом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K07.24 Открытый прикус, K07.2 Аномалии соотношений зубных дуг, K07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения, K07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания, K07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания, K07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

открытый прикус (далее – ОП) – аномалия окклюзии в вертикальном направлении, характеризующаяся отсутствием смыкания зубных рядов в переднем или боковом участках зубных рядов.

ГЛАВА 2 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ПРИЗНАКИ ОП

4. Выделяют три степени выраженности ОП, определяемые на основании величины вертикальной щели между фронтальными зубами-антагонистами:

первая степень – расстояние между верхними и нижними резцами в вертикальной плоскости до 5 мм;

вторая степень – расстояние между верхними и нижними резцами в вертикальной плоскости от 5 до 9 мм;

третья степень – расстояние между верхними и нижними резцами в вертикальной плоскости больше 9 мм.

5. Имеются лицевые, зубные и функциональные признаки ОП:

5.1. лицевые признаки:

5.1.1. ОП в переднем участке:

удлинение высоты лица;

удлинение нижней трети лица;

укорочение ветвей нижней челюсти;

слаженность подбородочной и носогубных складок;

отсутствие смыкания губ или напряженное их смыкание;

при разговоре и в покое визуализация режущего края передних зубов и языка, который может закрывать имеющуюся щель между верхними и нижними передними зубами;

5.1.2. одностороннего ОП в боковом отделе – асимметрия лица вследствие искривления тела нижней челюсти на стороне аномалии и смещения ее книзу;

5.2. зубные признаки:

5.2.1. ОП в переднем отделе:

передние зубы верхней и нижней челюстей не смыкаются;

вертикальная щель между передними зубами величиной от нескольких миллиметров до 1 см и более;

ОП в боковом отделе может быть односторонним и двусторонним, а также ограниченным и дистально открытым;

5.2.2. ОП в боковом отделе:

изменение высоты альвеолярной части и зубного ряда боковой области на одной или на обеих челюстях;

вертикальная щель между боковыми зубами величиной от нескольких миллиметров до 1 см и более;

5.3. функциональные признаки ОП:
нарушение функции глотания;
затрудненное откусывание и пережевывание пищи;
нарушение функции речи;
нарушение функции дыхания (ротовой тип дыхания).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОП

6. Основные принципы диагностики ОП:
выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие ОП на зубоальвеолярном и (или) гнатическом уровне, определение степени выраженности, а также определение медицинских показаний к лечению, выбору метода лечения и тактики врача;

проведение дифференциальной диагностики ОП;
выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с ОП.

7. К обязательным диагностическим мероприятиям относятся:

7.1. клинические мероприятия:

сбор анамнеза;

проведение внешнего медицинского осмотра (включает медицинский осмотр лица (симметричность лица в фас, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый), особенности осанки, положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника);

уточнение о наличии вредных привычек;

проведение медицинского осмотра полости рта, в том числе, определение периода формирования прикуса, наличия или отсутствия комплектных зубов, у детей – соответствия периода формирования прикуса возрасту ребенка, состояния зубных рядов, их формы, последовательности и симметричности расположения зубов в зубном ряду, наличия контактов между смежными зубами; определение положения, формы и сроков прорезывания отдельных зубов, оценка состояния ранее изготовленных ортодонтических аппаратов (при их наличии); окклюзия зубных рядов в привычном положении нижней челюсти; пальпация; оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта; индексная оценка стоматологического здоровья: индекс гигиены (гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S);

7.2. инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей (детям с ОП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии).

8. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) включают:

8.1. антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей;

8.2. инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с ОП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

телерентгенография головы в боковой проекции (детям с ОП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов;
конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов (детям с ОП в возрасте 6 лет и старше, детям младше 6 лет для исключения врожденной аномалии);

8.3. функциональные методы исследования (функциональные пробы; электромиография, миотонометрия);

8.4. консультации врачей-специалистов соответствующего профиля (врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-стоматолога-хирурга; врача-

челюстно-лицевого хирурга; врача-оториноларинголога; врача-травматолога-ортопеда, врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога, врача-стоматолога детского, врача-психиатра детского) при нарушениях осанки, функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания и наличии вредных привычек для выяснения причины нарушения(ий) и назначения лечения;

8.5. фотографирование для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки, фотографии лица в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); фотографии лица с улыбкой в привычном положении нижней челюсти (фас, профиль, полупрофиль); зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

9. При диагностике ОП также определяют общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции, другие), и целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента;
- острые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- болезни периодонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;
- желание лечиться или отказ от лечения;
- состояния, при которых противопоказано ортодонтическое лечение (состояние на учете у врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра детского, другое).

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ОП

10. Общие принципы лечения и медицинской профилактики ОП:
улучшение качества жизни пациента;
улучшение достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
улучшение функции жевания, смыкания губ и речи;
устранение перегрузки тканей периодонта, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
улучшение эстетики лица и зубов.

11. Ортодонтическое лечение ОП у детей включает:

11.1. ортодонтическое (аппаратное) консервативное лечение детей с ОП показано при первой и второй степени выраженности ОП. Выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии;

11.2. лечение ОП у детей в период прикуса временных зубов (от 2 до 5 лет), период подготовки к смене зубов (от 5 до 6,5 лет), период смены зубов и период формирования прикуса постоянных зубов направлено на:

- создание условий для роста верхней и нижней челюстей (при микрогнатии и ретрогнатии);

- расширение и удлинение верхнего и нижнего зубного ряда (при их сужении и (или) укорочении);

- сдерживание роста верхней и нижней челюстей (при макрогнатии);

- нормализацию положения зубов и окклюзионных контактов;

11.3. ортодонтическое лечение ОП у детей во временном и смешанном прикусе может проводиться с использованием ортодонтических аппаратов:

- индивидуальные (вестибулооральная пластинка Крауса) или стандартные функциональные аппараты (стандартная вестибулярная пластинка), функционально-направляющие аппараты (пластинка с окклюзионными накладками и упором для языка), функционально-действующие аппараты (регулятор функций Френкеля IV типа, открытый активатор Кламонта с упором для языка), комбинированные аппараты, съемные механически-действующие аппараты и другие.

12. Ортодонтическое лечение ОП у взрослых включает:

лечение ОП в период прикуса постоянных зубов следует направлять на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов;

для лечения применяют как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную ортодонтическую аппаратуру (комбинированные ортодонтические аппараты, съемные механически-действующие аппараты, элайнеры, каппы, корректоры). Для нормализации окклюзионных контактов при лечении пациентов используют дополнительную стационарную опору в виде временных ортодонтических имплантатов;

при второй и третьей степени выраженности ОП (при отказе пациента от реконструктивной операции на челюстях) показана зубоальвеолярная компенсация – частичное или полное устранение аномалии, приводящее к улучшению функции и эстетики лица. В процессе зубоальвеолярной компенсации допускается удаление отдельных зубов с целью сокращения размеров зубных рядов;

ортодонтическое лечение ОП в постоянном прикусе может проводиться за счет нормализации глубины кривой Шпея (относительная экструзия зубов во фронтальном отделе и интрузия боковых зубов) путем использования интрузионных ортодонтических дуг, а также временных ортодонтических имплантатов;

ортодонтическое лечение в период прикуса постоянных зубов пациентов с третьей степенью выраженности ОП проходит комбинированным (комплексным) методом с включением хирургического этапа (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) для нормализации размеров, формы и соотношения челюстей или в виде зубоальвеолярной компенсации.

13. Комплексное лечение пациентов с третьей степенью выраженности ОП включает следующие этапы:

ортодонтический – нормализация положения зубов относительно основания челюсти, нормализация формы и размера зубных рядов, создание условий для ортогнатической операции (создании промежутков (трех) между зубами в местах, где планируется последующая остеотомия челюсти с целью предотвращения повреждения корней зубов);

хирургический (реконструктивные ортогнатические операции на челюстях) – по медицинским показаниям сегментарная остеотомия верхней челюсти с ротацией фронтального фрагмента в составе четырех или шести зубов; двусторонняя межкортикальная сагитальная скользящая остеотомия нижней челюсти; остеотомии подбородочного отдела (проводит врач-челюстно-лицевой хирург);

ортодонтический – коррекция окклюзионных контактов, создание условий для длительной ретенции результатов;

ретенция результатов лечения.

Медицинское наблюдение за результатами лечения осуществляется путем проведения медицинских осмотров пациента с ОП врачом-стоматологом-хирургом (врачом-челюстно-лицевым хирургом), далее – врачом-стоматологом-ортодонтом на стоматологическом приеме в амбулаторных условиях первые 3 месяца – не реже 1 раза; в последующем до года – не реже 1 раза в 6 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

14. Необходимым этапом после окончания ортодонтического лечения ОП является ретенция (сохранение) результатов. Для этого используются съемные и (или) несъемные ретенционные аппараты при информировании пациента (детское население – информирование одного из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей) о периоде ретенции, возможности рецидива ОП (до 90 %) и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом.

Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения (но не менее 2 лет). У взрослых срок ретенции после проведения зубоальвеолярной компенсации может быть пожизненным.

15. Для лечения ОП могут применяться дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для сокращения размеров зубного ряда – избирательное пришлифовывание зубов и (или) удаление отдельных зубов (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург);

для лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с ОП – окклюзионная шина;

для сохранения места в зубном ряду при раннем удалении зубов, а также для устранения дефектов зубного ряда – местосохраняющее, восстановительное и эстетическое протезирование;

для дополнительной стационарной опоры – временные ортодонтические имплантаты;

для уменьшения сопротивления кости альвеолярного отростка перед исправлением выраженных зубочелюстных деформаций в постоянном прикусе – компактоosteотомия (проводит врач-стоматолог-хирург или врач-челюстно-лицевой хирург).