

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-ХП «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 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, миоэлектрометрия);

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).