

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 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).