

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДИСТАЛЬНА ОКЛЮЗІЯ

2023

Загальна частина

Назва діагнозу: Аномалії прикусу - дистальна оклюзія

Коди стану або захворювання

НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: K07 Щелепно-лицеві аномалії [включаючи аномалії прикусу]

Розробники:

| | | |
|--------------------------|-------------|---|
| Дрогомирецька Стефанівна | Мирослава | завідувачка кафедри ортодонції Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань |
| Біндюгін Олександр | Олександр | асистент кафедри дитячої стоматології Дніпровського державного медичного університету, кандидат медичних наук |
| Горохівський Нестерович | Володимир | завідувач кафедри ортодонції Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор |
| Деньга Анастасія | Едуардівна | старший науковий співробітник кафедри ортодонції Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук |
| Лихота Миколайович | Костянтин | професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук |
| Мірчук Миколайович | Богдан | професор кафедри ортодонції Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук |
| Скрипник Ірина | Леонідівна | доцент кафедри ортодонції Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук |
| Смаглюк Любов | Вікентіївна | завідувач кафедри ортодонції Полтавського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор |
| Чухрай Наталія | Львівна | завідувач кафедри ортодонції Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор |

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу

Рецензенти:

Куроєдова Віра Дмитрівна завідувачка кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Полтавського державного медичного університету, д.мед.н., професор

Ткаченко Юлія Вячеславівна доцент кафедри ортодонції Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Перелік скорочень

| | |
|------|--|
| ВЩ | верхня щелепа |
| ЗОЗ | заклад охорони здоров'я |
| КМП | клінічний маршрут пацієнта |
| КПКТ | конусно-променева комп'ютерна томографія |
| КТ | комп'ютерна томографія |
| МРТ | магнітно-резонансна томографія |
| НЩ | нижня щелепа |
| ОПТГ | ортопантомограма |
| СНЩС | скронево-нижньощелепний суглоб |
| ТРГ | телерентгенограма |

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при лікуванні пацієнтів з дистальною оклюзією

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ортодонтичне лікування дистальної оклюзії здійснюється амбулаторно у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану стоматологічну медичну допомогу.

Надання медичної допомоги при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії потребує спеціалізованого ортодонтичного втручання, міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнта мультидисциплінарною командою, до якої можуть бути залучені фахівці з отоларингології, сомнології, вертебрології, логопедії та інші фахівці з відповідною кваліфікацією та досвідом лікування.

2. Обґрунтування

Рання діагностика зубощелепних аномалій та їх своєчасне лікування попереджають стійкі порушення та зміни обличчя, а також загальні соматичні розлади організму. У зв'язку із взаємозумовленістю місцевих та загальних порушень організму, слід застосовувати комплекси лікувальних заходів, показані у різних вікових групах. Вони передбачають застосування методів лікування, спрямованих на усунення як причин морфологічних, функціональних та естетичних порушень у зубощелеповому апараті, так і самих порушень.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення пацієнтів, діагностики та ортодонтичного лікування пацієнтів.

2) Існує задокументований індивідуальний план ортодонтичної допомоги, в якому містяться дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом і, за згодою, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Пацієнт і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, перебігу захворювання, плану обстеження та лікування, подальшого спостереження, лікувально-профілактичних заходів та усунення факторів ризику розвитку зубощелепових деформацій; прийняти рішення про проведення професійної гігієни ротової порожнини, акцентуючи увагу пацієнта на проведення індивідуальної гігієни ротової порожнини, та, за необхідності, проведення міогімнастичних вправ; контактів для отримання додаткової інформації та консультацій.

Бажані критерії якості

5) За результатами надання ортодонтичної допомоги досягнення морфологічного, функціонального і естетичного оптимуму в зубощелепно-лицевій ділянці.

б) Проведення заходів, в тому числі інформування населення, щодо попередження розвитку зубощелепових аномалій, а саме: боротьба зі шкідливими звичками у дітей, нормалізація жування, дихання, ковтання, мовлення, нормалізація функції м'язів навколоротової ділянки, пластика укороченої вуздечки язика, аномальної вуздечки губ, зішліфовування горбиків молочних зубів, відновлення коронок зруйнованих молочних зубів і заміщення дефектів зубних дуг шляхом протезування, своєчасне видалення надкомплектних тимчасових зубів, що затрималися, усунення звичного зсуву нижньої щелепи.

Розділ II. Діагностика дистальної оклюзії

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз дистальна оклюзія встановлюється на основі скарг пацієнта, збору анамнезу, вікових особливостей, даних клінічного обстеження, додаткових методів обстеження, необхідних для встановлення причин та особливостей клінічної картини, з метою визначення цілей лікування, шляхів та методів усунення патології.

Перед початком ортодонтичного лікування необхідно провести діагностику стану ротової порожнини пацієнта, що дозволяє розробити план лікування, який враховує всі аспекти комплексного надання медичної допомоги, а також потреби і вподобання пацієнта.

2. Обґрунтування

Дистальна оклюзія - аномалія у сагітальній площині, при якій нижній зубний ряд зміщений відносно верхнього зубного ряду дистально, при цьому спостерігається співвідношення зубів по II класу (мезіальний горбик верхнього першого постійного моляра знаходиться попереду поперечної фісури нижнього одноіменного зуба). Це співвідношення може відбуватися на дентоальвеолярному чи скелетному рівнях.

Денто-альвеолярні форми дистальної оклюзії проявляються на рівні зубних рядів та альвеолярних відростків. Гнатичні (скелетні) форми пов'язані з порушенням розмірів та положенням однієї або обох щелеп відносно передньої основи черепа. В залежності від типу росту щелеп розрізняють нейтральний, горизонтальний та вертикальний тип ротації щелеп.

Для виявлення дистальної оклюзії призначається комплекс діагностичних заходів, що включає позаротовий та внутрішньо-ротовий огляди, клінічні діагностичні проби, фотометричне та функціональне дослідження, цефалометричний аналіз, контрольно-діагностичні моделі або скани, необхідні для встановлення причин та особливостей клінічної картини, з метою вибору методу індивідуального ортодонтичного лікування пацієнта відповідно до вікових параметрів. Рентгенографічне дослідження зображення потрібно для відносної оцінки розміру, форми та положення відповідних твердих і м'яких тканин черепно-лицевих структур, включаючи зубний ряд і для допомоги в ідентифікації скелетних/дентальних аномалій та/або патології.

Тривимірна конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) може бути використана як додатковий метод діагностики.

3. Обов'язкові критерії якості

1) Комплексне клінічне обстеження пацієнта з дистальною оклюзією включає: детальний збір скарг та анамнезу пацієнта, зовнішнє обстеження, позаротове та внутрішньо-ротове обстеження, рентгенологічні дослідження, фотометричне дослідження.

2) Зовнішнє обстеження спрямоване на виявлення типових порушень постави у пацієнта: переднє положення голови, виражений шийний лордоз, може бути виражений поперековий лордоз, гіпертонус лопатково - під'язикового м'язу, гіпертонус під'язикової групи м'язів, гіпотонус потиличних м'язів а також адаптація постури.

3) Позаротова оцінка обличчя проводиться для визначення форми, пропорційності, симетрії, гармонії м'яких тканин і стану навколоротових і жувальних м'язів;

4) Внутрішньо-ротовий огляд проводиться з метою оцінки стану твердих і м'яких тканин порожнини рота (включаючи пародонт), оцінки положення зубів, зубних рядів та статико-функціонального стану прикусу пацієнта в сагітальній, вертикальній та трансверзальній площинах.

5) Необхідно провести оцінку стану скронево-нижньощелепного суглоба, жувальної та м'язової мускулатури, а також наявність у пацієнта будь-яких парафункцій ротової порожнини.

6) З метою визначення змін профілю чи пропорцій доцільно провести фотометричне обстеження пацієнта.

7) Рентгенологічні дослідження (внутрішньоротова рентгенографія, ОПТГ, цефалометрія, КПКТ тощо) призначаються для оцінки умов, статусу розвитку зубів і опорних структур, а також для виявлення будь-яких зубощелепних аномалій або патологій. Зовнішньо-ротові та внутрішньо-ротові зображення для доповнення клінічних даних можуть включати цифрові або відеозображення.

8) Антропометричні вимірювання діагностичних гіпсових (або цифрових аналогів) моделей зубів для оцінки міжщелепового співвідношення, для визначення вимог довжини, ширини та симетрії зубних дуг.

9) За необхідності пацієнт направляється до відповідних фахівців: гнатолога, отоларінголога, кінезіолога (реабілітолога, ортопеда-травматолога); логопеда –міофункціонального терапевта; сомнолога.

Бажані критерії якості

10) За наявності м'язово-суглобових проблем проводиться додаткове обстеження скронево-нижньощелепового суглобу (рентгенологічне обстеження скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) чи КТ СНЩС, МРТ СНЩС).

11) Проведення аналізу жування та електроміографії жувальних м'язів.

12) За наявності м'язово-оклюзійних проблем з боку СНЩС проведення аксіографії та оклюзіограми.

13) Проведення поглибленого обстеження функції дихання (аналіз назо-та велофарінгеальної анатомії дихальних шляхів, положення язика на латеральних телерентгенограмах (ТРГ), дихальні проби) щодо наявності порушень дихання на різних рівнях верхніх дихальних шляхів, зупинок дихання уві сні за даними амбулаторного апаратного кардіо-респіраторного скринінгу біосигналів пацієнта.

Розділ III. Лікування дистальної оклюзії

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ортодонтичне лікування дистальної оклюзії - це комплекс заходів, спрямованих на усунення структурних, функціональних та естетичних порушень, що передбачає корекцію міофункціональних порушень, нормалізацію функції дихання та інших функцій зубощелепового апарату (ковтання, жування, мовлення), корекцію постуральних адаптацій, нормалізацію форми і розміру зубних дуг, стримування росту верхньої щелепи, стимулювання росту нижньої щелепи (за необхідності), забезпечення оптимального росту та розвитку денто-альвеолярних дуг верхньої та нижньої щелеп з корекцією міодинамічної рівноваги.

План лікування, складений за результатами діагностичних обстежень та узгоджений з пацієнтом або, за згодою, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд, на різних етапах лікування необхідно повторно оцінювати щодо отриманих результатів та прогресу і, за необхідності, переглядати.

План ретенції повинен бути розроблений після аналізу початкового стану пацієнта, цілей лікування, досягнутих результатів та/або будь-яких обмежуючих факторів.

2. Обґрунтування

Ортодонтичне лікування визначається як складний, професійно керований процес який змінює структуру щелепно-лицевого комплексу, що вимагає багатьох клінічних досліджень; проведення діагностичних маніпуляцій до початку та в процесі лікування та їх запис; планування лікування; заповнення інформованої згоди; спостереження за застосовуваною методикою лікування; санації, повторної оцінки якості лікування та ретенції; а також, ретроспективної оцінки лікарем-стоматологом ортодонтом.

Стратегія і тактика лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів (II-1 та II-2 патології прикусу за Енглеом) незалежно від віку включає заходи, які спрямовані на усунення структурних, функціональних та естетичних порушень.

Активне ортодонтичне лікування має на меті:

забезпечення оптимального розвитку нижньої щелепи (принцип адаптації і стимулювання росту нижньої щелепи) при наявності генетично обумовленої горизонтальної трансляції нижньої щелепи і її передньої ротації відносно основи черепа. При горизонтальному типі росту лицевого відділу черепа важливим є: усунення звуження верхньої щелепи, що заважає розвитку і зміщенню нижньої щелепи до переду, контроль вертикального перекриття у

фронтальній ділянці щелеп, вертикальних співвідношень в ділянці молярів (забезпечення екструзії молярів верхньої щелепи);, контроль ротації оклюзійних площин за годинниковою стрілкою.

При вертикальному типі росту лицевого відділу черепа необхідно усунути звуження верхньої щелепи та досягти зменшення вертикальних параметрів за рахунок інтрузії бокових ділянок і контролю перекриття фронтальних зубів (контроль ротації оклюзійної площини проти годинникової стрілки).

Завершення ортодонтичного лікування не гарантує стабільності результату. Подальше лікування може бути рекомендовано, коли відбуваються зміни після лікування, які можуть бути зумовлені подальшим ростом і розвитком дитини, геронтологічними змінами, недотриманням протоколу ретенції, проблемами з боку тканин пародонту, патологічними звичками, що стосуються ротової порожнини та можливими травмами після лікування.

3. Обов'язкові критерії якості

1) Перед початком активного ортодонтичного лікування, незалежно від віку пацієнта і форми дистальної оклюзії, проводяться підготовчі заходи, що включають:

усунення етіопатогенетичних факторів патології;

психотерапевтичне консультування з урахуванням мотивації пацієнта до ортодонтичного лікування, його фізичного і розумового розвитку;

санацію порожнини рота;

навчання пацієнта основним методам догляду за порожниною рота і ортодонтичним апаратом.

за необхідності призначається корекція функціональних порушень (міофункціональна терапія з профілактичними ортодонтичними апаратами), лікувальна гімнастика, функціональна підготовка при порушеннях з боку СНЩС.

2) Активне ортодонтичне лікування передбачає:

розширення та нормалізацію форми ВЩ і НЩ механічно-діючими ортодонтичними апаратами, що обираються згідно віку пацієнта; виправлення форми зубних дуг і положення зубів ВЩ та НЩ; зменшення ступеню скупченості зубів та інших локальних невідповідностей (за необхідності); стримування росту ВЩ в сагітальному напрямку; нормалізацію міжщелепових співвідношень за рахунок модифікації росту зі зміщенням допереду НЩ у ростучих пацієнтів; контроль оклюзійних співвідношень в трансверзальній вертикальній і горизонтальній площинах, досягнення адекватного міжрізцевого співвідношення і вертикального контролю за розвитком ВЩ у фронтальній ділянці та забезпечення екструзії молярів ВЩ, створення щільних міжзубних контактів; досягнення міодинамічної рівноваги, адаптацію результатів лікування.

3) При денто-альвеолярній формі дистальної оклюзії (скелетний І кл) проведення дисталізації молярів і бокової групи зубів ВЩ або за необхідності екстракція премолярів на ВЩ у неростучих пацієнтів; виправлення положення зубів ВЩ та НЩ.

4) Адаптація м'язево-суглобового комплексу щелепно-лицевої ділянки та всього організму до структурних змін оклюзії.

5) Перед завершенням ортодонтичного лікування проводиться контрольне рентгенологічне обстеження (ОПТГ та ТРГ) та перевірка функціональної оклюзії.

6) Ретенція результатів передбачає спостереження за пацієнтом із ретенційним апаратом до завершення росту і розвитку лицевого комплексу пацієнта, контроль прорізування в зубні дуги третіх молярів, їх видалення (за показами), необхідність та термін останнього визначається індивідуально. Особлива увага приділяється контролю змикання губ і язика та роботі жувальних м'язів (досягнення міодинамічної рівноваги).

7) Складні скелетні форми патології дистальної оклюзії, пов'язані з недорозвитком НЩ (гілки, тіла, збільшеним кутом між ними) може потребувати проведення ортогнатичного хірургічного втручання.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії КМП.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Дистальна оклюзія».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість медичної допомоги при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД, висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 50%

2024 рік – 90%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає медичну допомогу

пацієнтам при ортодонтичному лікуванні дистальної оклюзії.
Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах. Ортодонція та щелепно-лицева ортопедія», 2023р.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Олександра МАШКЕВИЧ