

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
03 березня 2025 року № 360

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

АНОМАЛІЇ ПРИКУСУ

(МЕЗІАЛЬНА ОКЛЮЗІЯ, ВІДКРИТИЙ ПРИКУС, ГЛИБОКИЙ ПРИКУС)

Загальна частина

Назва діагнозу: Аномалії прикусу (мезіальна оклюзія, відкритий прикус, глибокий прикус).

Коди стану або захворювання

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

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Дрогомирецька Мирослава Стефанівна	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 Олексій Юрійович	доцент кафедри дитячої стоматології Дніпровського державного медичного університету, кандидат медичних наук;
Горохівський Володимир Нестерович	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 Костянтин Миколайович	професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук;
Мірчук Богдан Миколайович	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, доктор медичних наук, професор;

Прощенко Андрій Миколайович в.о. завідувача кафедри стоматології інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук, доцент;

Ткаченко Юлія В'ячеславівна доцент кафедри ортодонції Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук.

Дата оновлення стандарту - 2029 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
ФОП	фізичні особи – підприємці
Форма № 043/о	форма первинної облікової документації № 043/о «Медична карта стоматологічного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2021 року № 110, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 678/20991

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при лікуванні пацієнтів із аномаліями прикусу

1. Положення стандарту медичної допомоги

Ортодонтичне лікування аномалій прикусу (оклюзії): мезіальна оклюзія, відкритий прикус, глибокий прикус, здійснюється амбулаторно у ЗОЗ та ФОП, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що надають спеціалізовану медичну допомогу за спеціальністю «стоматологія».

Надання медичної допомоги при лікуванні аномалій оклюзії потребує спеціалізованого ортодонтичного втручання, міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнта мультидисциплінарною командою, до якої можуть бути залучені фахівці зі стоматології, отоларингології, ортопедії-травматології, фізіотерапії та інші фахівці з відповідною кваліфікацією та досвідом лікування.

2. Обґрунтування

Рання діагностика зубощелепних аномалій та їх своєчасне лікування попереджають формування стійких порушень та змін обличчя, а також загальних соматичних розладів організму. У зв'язку із взаємозалежністю місцевих та загальних порушень організму слід застосовувати комплекси лікувальних заходів відповідно до вікових груп пацієнтів. Медична допомога передбачає застосування методів лікування, спрямованих на усунення, як причин морфологічних, функціональних та естетичних порушень у зубощелепному апараті, так і самих порушень.

Для виявлення аномалій оклюзії призначається комплекс діагностичних заходів, що включає позаротовий та внутрішньоротовий клінічний огляди; додаткові методи дослідження, які складаються з фотометрії, контрольної-діагностичних моделей щелеп, або цифрових аналогів; рентгенологічного дослідження: ортопантомографії, цефалометрії, КПКТ, які надають інформацію щодо форми та положення відповідних твердих і м'яких тканин черепно-лицевої ділянки, включаючи зубний ряд, щелепи, СНЩС; функціональне дослідження.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу пацієнтам з щелепно-лицевими аномаліями для забезпечення своєчасної діагностики, направлення та ортодонтичного лікування пацієнтів, що має бути задокументовано у формі № 043/о;

2) існує задокументований індивідуальний план ортодонтичної допомоги, в якому містяться дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом та, за згодою, членами сім'ї/ іншими законними представниками, які здійснюють догляд;

3) пацієнт та, за згодою, члени сім'ї/ інші законні представники, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, лікувально-профілактичних заходів з усунення факторів ризику розвитку зубощелепних деформацій, подальшого спостереження, проведення

професійної гігієни ротової порожнини, з акцентом на регулярній індивідуальній гігієні ротової порожнини, та, за необхідності, проведення міогімнастичних вправ. Надаються контакти для отримання додаткової інформації та консультацій;

Бажані:

4) результатом надання ортодонтичної допомоги має бути досягнення морфологічного, функціонального та естетичного оптимуму в зубощелепно-лицевій ділянці;

5) проведення заходів, в тому числі інформування населення, щодо попередження розвитку зубощелепних аномалій, а саме: боротьба зі шкідливими звичками у дітей, нормалізації жування, дихання, ковтання, мовлення, нормалізації функції м'язів навколоротової ділянки, пластики укороченої вуздечки язика, аномальної вуздечки губ, зашлифовування горбиків молочних зубів, відновлення коронок зруйнованих молочних зубів та заміщення дефектів зубних дуг шляхом протезування, своєчасне видалення надкомплектних тимчасових зубів, що затрималися, усунення звичного зсуву НЩ.

Розділ II. Діагностика аномалій оклюзії

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз встановлюється на основі зібраного анамнезу та скарг пацієнта, вікових особливостей, даних клінічного огляду та додаткових методів обстеження, необхідних для встановлення виду та причини аномалії прикусу, 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 з врахуванням усіх аспектів комплексного надання медичної допомоги, а також потреб і вподобання пацієнта.

2. Обґрунтування

Мезіальна оклюзія – патологія оклюзії у сагітальній площині, при якій нижній зубний ряд розташований відносно верхнього зубного ряду мезіально, при цьому спостерігається співвідношення зубів по класу III за Енгле (мезіальний горбик верхнього першого постійного моляра знаходиться позаду поперечної фісури нижнього однойменного зуба). Це співвідношення може фіксуватися на функціональному, денто-альвеолярному чи скелетному рівнях.

Відкритий прикус - патологія оклюзії в вертикальній площині, яка характеризується відсутністю контакту зубів на певних ділянках зубних рядів. Денто-альвеолярні форми проявляються на рівні зубних рядів та альвеолярних відростків та поділяються на передню і бокову дизоклюзію (односторонню або двосторонню).

Глибокий прикус – патологія оклюзії у вертикальній площині, що характеризується збільшенням глибини перекриття верхніми фронтальними зубами нижніх з втратою різцево-горбкового контакту та зменшенням висоти прикусу у бокових ділянках.

Виділяють наступні види глибокого прикусу:

1) глибокий блокуючий прикус - збільшення перекриття верхніми фронтальними зубами нижніх більше як на 1/3 коронки з ретрузією верхніх різців та втратою функціонального різцевого простору;

2) дахоподібний глибокий прикус характеризується наявністю контакту нижніх фронтальних зубів з піднебінням та з протрузією верхніх фронтальних зубів. Таке співвідношення може фіксуватися на денто-альвеолярному чи скелетному рівнях та часто може поєднуватись з патологією прикусу у сагітальній площині.

Усі денто-альвеолярні форми мезіальної оклюзії, відкритого та глибокого прикусу проявляються на рівні зубних рядів та альвеолярних відростків. Гнатичні (скелетні) форми цих патологічних прикусів 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. Патологія оклюзії в сагітальній площині - мезіальна оклюзія часто поєднується з дефіцитом по вертикалі та трансверзалі. Іноді може спостерігатися функціональне адаптивне зміщення НЩ внаслідок невідповідності розмірів зубних дуг (псевдо клас III). Патологія оклюзії у вертикальній площині часто супроводжується патологією у сагітальній та трансверзальній площинах.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) комплексне клінічне обстеження пацієнта з аномаліями оклюзії включає: детальний збір скарг та анамнезу, загальний огляд, позаротове та внутрішньоротове обстеження, рентгенологічне і фотометричне дослідження;

2) загальний огляд спрямований на виявлення типових порушень постави у пацієнта:

мезіальна оклюзія: переднє положення голови, виражений шийний лордоз, може бути виражений поперековий лордоз, гіпотонус лопатково-під'язикового м'яза, гіпотонус під'язикової групи м'язів, гіпертонус потиличних м'язів, а також адаптація постури;

відкритий прикус: вимушене положення голови, виражений грудний кіфоз, поперековий лордоз, гіпотонус колового м'яза рота, гіпертонус м'язів шії;

глибокий прикус: переднє положення голови, виражений шийний лордоз, може бути виражений поперековий лордоз, гіпертонус власне жувальних м'язів, гіпотонус під'язикової групи м'язів, а також адаптація постури;

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

4) оцінюється стан СНЩС, жувальних та мімічних м'язів, а також наявність у пацієнта будь-яких парафункцій ротової порожнини;

5) внутрішньоротовий 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;

6) внутрішньоротовий та зовнішньоротовий фотопротокол проводиться відповідно до інформації наведеної у додатку 1 до цього Стандарту. Зовнішньо-та внутрішньоротові зображення для доповнення клінічних даних можуть включати цифрові або відеозображення;

7) проводиться рентгенологічне обстеження: ОПТГ та цефалометрія або КПКТ, що призначаються для оцінки умов, статусу розвитку зубів і опорних структур, а також для виявлення будь-яких зубощелепних аномалій або патологій;

8) антропометричні вимірювання діагностичних гіпсових (або цифрових аналогів) моделей зубів для оцінки міжщелепного співвідношення, для визначення довжини, ширини та симетрії зубних дуг;

9) для правильного вибору методу лікування патології прикусу, що супроводжується звуженням ВЩ необхідно провести аналіз стадії зрілості піднебінного шва;

10) за необхідності, пацієнт направляється на консультацію до відповідних фахівців зі стоматології, отоларингології, ортопедії-травматології, фізіотерапії, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та інших;

Бажані:

11) за наявності м'язево-суглобової дисфункції проводиться додаткове обстеження СНЩС (рентгенологічне обстеження / КТ/ МРТ);

12) проведення електроміографії жувальних м'язів;

13) за наявності м'язево-оклюзійних проблем з боку СНЩС проведення аксіографії та дослідження функціональної оклюзії аналоговими або цифровими методами (артикуляційний папір, оклюдограма, дослідження діагностичних моделей в артикуляторі, електронна реєстрація оклюзії тощо);

14) за необхідності, проводиться поглиблене обстеження функції дихання (аналіз назо- та велофарингеальної анатомії дихальних шляхів, положення язика на латеральних 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;

15) за необхідності оцінка постурального балансу.

Розділ III. Лікування та подальше спостереження пацієнтів з аномаліями оклюзії

1. Положення стандарту медичної допомоги

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

лікарем-стоматологом-ортодонтом. Раннє ортодонтичне лікування забезпечує найкращий та стабільний результат.

2. Обґрунтування

Ортодонтичне лікування аномалій оклюзії – це комплекс заходів, спрямованих на усунення структурних, функціональних та естетичних порушень, що передбачає корекцію міофункціональних розладів, нормалізацію функції дихання та інших функцій зубощелепного апарату (ковтання, жування, мовлення), корекцію постуральних адаптацій, нормалізацію форми та розміру зубних дуг, стримування або стимулювання росту верхньої та НЩ (за необхідності відповідно до клінічної ситуації), корекція вертикальних параметрів щелеп, забезпечення оптимального росту та розвитку денто-альвеолярних дуг ВЩ та НЩ 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 необхідно повторно оцінювати щодо отриманих результатів та прогресу і, за необхідності, переглядати.

Завершення ортодонтичного лікування аномалій оклюзії 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 пародонта, патологічними звичками, що стосуються ротової порожнини та можливими травмами, що виникли після лікування.

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

Основні методи лікування аномалій оклюзії в залежності від віку - модифікація росту щелеп, денто-альвеолярна компенсація, відновлення міодинамічної рівноваги, ортогнатична хірургія (по завершенні росту).

Мезіальна оклюзія

Активне ортодонтичне лікування мезіальної оклюзії зубних рядів (клас III патології прикусу за Енглем) має на меті: усунення факторів, при яких стимулюється ріст НЩ та стримується ріст ВЩ чи вимушене зміщення НЩ до переду через невідповідність оклюзійних контактів, в залежності від діагностованої форми; забезпечення оптимального росту та розвитку верхньої щелепи, за необхідності стримування росту НЩ. На усіх етапах корекція вертикального перекриття у фронтальній ділянці, вертикальних співвідношень в ділянці молярів; контроль ротації оклюзійних площин, та співвідношення по трансверзалі.

Відкритий прикус

Активне ортодонтичне лікування має на меті корекцію площини оклюзії по вертикалі - стримування та/або стимулювання вертикального росту ділянок верхньої та нижньої щелепи (дентоальвеолярне вкорочення бокових та подовження фронтальної) відповідно до клінічної ситуації, ротації щелеп

відносно основи черепа (ротація НЩ проти годинникової стрілки) корекцію оклюзійної площини по вертикалі, забезпечення оптимального росту та розвитку дентоальвеолярних дуг ВЩ та НЩ з корекцією міодинамічної рівноваги.

Глибокий прикус

Активне ортодонтичне лікування має на меті корекцію площини оклюзії по вертикалі і передбачає інтрузію різців та екструзію молярів, ротацію НЩ за годинниковою стрілкою, контроль росту фронтальної та бокових ділянок щелеп у вертикальному напрямку.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) перед початком активного ортодонтичного лікування, незалежно від віку пацієнта та виду аномалії прикусу, 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 особливостям догляду за ортопедичними конструкціями та гігієні ротової порожнини;

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

3) активне ортодонтичне лікування мезіальної оклюзії проводиться відповідно до інформації наведеної у додатку 2 до цього Стандарту та передбачає:

нормалізацію форми ВЩ і НЩ механічно-діючими знімними та незнімними ортодонтичними апаратами чи з використанням скелетної опори, що обираються відповідно до віку пацієнта та стадії зрілості піднебінного шва;

зменшення ступеня скупченості зубів та інших локальних невідповідностей (за необхідності);

стримування росту НЩ в сагітальному напрямку;

нормалізація міжщелепних співвідношень за рахунок модифікації росту щелеп у дітей;

контроль оклюзійних співвідношень в трансверзальній, вертикальній і горизонтальній площинах, досягнення адекватного міжрізцевого співвідношення і вертикального контролю за розвитком ВЩ у фронтальній та бокових ділянках, створення щільних міжзубних контактів;

досягнення міодинамічної рівноваги, адаптації результатів лікування;

4) при денто-альвеолярній формі мезіальної оклюзії (скелетний клас I) проведення дисталізації молярів і бокової групи зубів НЩ або, за необхідності, екстракція премолярів чи інших зубів на НЩ у неростучих пацієнтів; виправлення положення зубів ВЩ та НЩ;

5) складні скелетні форми патології мезіальної оклюзії, пов'язані з недорозвитком ВЩ або надмірним ростом НЩ можуть потребувати ортодонтичної підготовки та супроводу, ортогнатичного хірургічного втручання після завершення росту;

6) компромісне ортодонтичне лікування мезіальної оклюзії скелетних форм у дорослих є можливим у тому випадку, коли пацієнт задоволений естетикою обличчя і його вигляд не впливає на якість його життя, а також відсутні функціональні проблеми або пацієнт відмовляється від ортогнатичної хірургії. При цьому денто-альвеолярна компенсація (ортодонтичний комуфляж) передбачає корекцію положення зубів, зубних рядів, деяке покращення естетики обличчя та контроль функціональної оклюзії;

7) комплексне лікування мезіальної оклюзії у дорослих пацієнтів передбачає: санацію ротової порожнини за необхідності сплїнт-терапії, ортодонтичне лікування з ортогнатичною хірургією чи без неї, а також оклюзійну та естетичну реабілітацією за необхідності;

8) активне ортодонтичне лікування відкритого прикусу проводиться відповідно до інформації наведеної у додатку 3 до цього Стандарту та передбачає:

нормалізацію форми ВЩ і НЩ механічно-діючими ортодонтичними апаратами, що обираються згідно віку пацієнта;

виправлення форми зубних дуг та положення окремих зубів ВЩ і НЩ;

корекцію денто-альвеолярного видовження та вкорочення щелеп;

нормалізацію міжщелепних співвідношень за рахунок модифікації росту у дітей;

контроль оклюзійних співвідношень в трансверзальній, вертикальній і горизонтальній площинах, досягнення адекватного міжрізцевого співвідношення і вертикального контролю, створення щільних міжзубних контактів;

досягнення правильного положення язика та функції м'язів щелепно-лицевої ділянки міофункціональними апаратами в комплексі із міо- та дихальною гімнастикою, адаптацію результатів лікування;

9) у випадку денто-альвеолярної форми відкритого прикусу проводяться інтрузії бічної та екструзії фронтальної групи зубів, за необхідності, екстракція премолярів або третіх молярів ВЩ та/або НЩ у дорослих пацієнтів; виправлення положення зубів ВЩ та НЩ;

10) у випадку складних скелетних форм патології відкритого прикусу, пов'язаних з вадами розвитку щелеп (гілки, тіла, збільшеним кутом між ними) після завершення росту пацієнта може знадобитися ортодонтична підготовка та супровід ортогнатичного хірургічного втручання;

11) активне ортодонтичне лікування глибокого прикусу проводиться відповідно до інформації наведеної у додатку 4 до цього Стандарту та передбачає:

нормалізацію форми ВЩ і НЩ механічно-діючими, функціональними та комбінованими ортодонтичними апаратами, що обираються відповідно до віку пацієнта;

виправлення форми зубних дуг і положення зубів ВЩ та НЩ;

зменшення ступеня скупченості зубів та інших локальних невідповідностей (за необхідності);

контроль росту фронтальної та бокових ділянок щелеп у вертикальному напрямку;

нормалізацію міжщелепних співвідношень за рахунок ротації нижньої щелепи і корекції оклюзійної площини;

контроль оклюзійних співвідношень в трансверзальній і сагітальній площинах в залежності від типу оклюзійної площини, досягнення адекватного міжрізцевого співвідношення і вертикального контролю за розвитком ВЩ у фронтальній ділянці та забезпечення екструзії молярів ВЩ і НЩ, створення щільних міжзубних контактів; досягнення міодинамічної рівноваги;

12) у випадку денто-альвеолярної форми глибокого прикусу проводиться екструзія молярів і бокової групи зубів та/або інтрузія фронтальної групи зубів ВЩ і НЩ; виправлення положення зубів ВЩ та НЩ;

13) у процесі активного лікування усіх видів патологій оклюзії проводиться адаптація м'язево-суглобового комплексу щелепно-лицевої ділянки та всього організму до структурних змін оклюзії;

14) перед завершенням ортодонтичного лікування проводиться контрольне рентгенологічне обстеження (ОПТГ та ТРГ) та перевірка функціональної оклюзії;

15) у дітей ретенція результатів лікування 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 показаннями), необхідність та термін останнього визначається індивідуально. У дорослих пацієнтів - пожиттєва ретенція. Особлива увага приділяється контролю змикання губ і язика та роботі жувальних м'язів (досягнення міодинамічної рівноваги).

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу КМП.

2. Відсоток пацієнтів з щелепно-лицевими аномаліями (включаючи аномалії прикусу) виявлених протягом звітного періоду, для яких було створено внутрішньоротовий та зовнішньоротовий фотопротокол.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ / ФОП що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу КМП.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту (далі – СМД).

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість медичної допомоги при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД, висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ / ФОП Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 50%

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, 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 усіх ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, зареєстрованих на території 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 аномалій прикусу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з щелепно-лицевими аномаліями (включаючи аномалії прикусу) пролікованих протягом звітного періоду, для яких було сформовано внутрішньоротовий та зовнішньоротовий фотопротокол.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ / ФОП, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортодонтичному лікуванні аномалій прикусу, 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 усіх лікарів-стоматологів-ортодонтів, які надають спеціалізовану стоматологічну допомогу пацієнтам з щелепно-лицевими аномаліями, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з аномаліями прикусу, пролікованих впродовж звітного періоду, лікарями-стоматологами-ортодонтами, зареєстрованими на території обслуговування. Джерелом інформації є форма № 043/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з аномаліями прикусу, пролікованих впродовж звітного періоду, лікарями-стоматологами-ортодонтами, зареєстрованими на території обслуговування для яких

задокументований факт наявності внутрішньоротового та/або зовнішньоротового фотопротоколу. Джерелом інформації є форма № 043/о.
Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Ортодонтія та щелепно-лицева ортопедія», 2023, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

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.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Аномалії прикусу (мезіальна
оклюзія, відкритий прикус,
глибокий прикус»
(підпункт 6 пункту 3 розділу II)

Внутрішньоротовий та зовнішньоротовий фотопротокол

Лицеві фотографії

Фронтальні, латеральні, та фотографії під кутом мають бути представлені, як роздруківки з приблизними параметрами 5 на 7 сантиметрів з позицією голови у франкфуртській горизонталі з очима спрямованими у цій же площині.



Намагайтесь уникати тіней, використовуйте білий фон. Намагайтесь позиціонувати голову пацієнта паралельно франкфуртській горизонталі



Уникайте закритих очей



Уникайте червоних очей



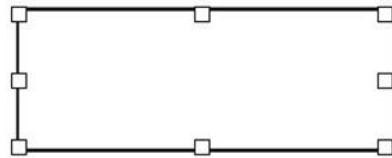
Очі мають бути вирівняні по одній лінії, мінімальні параметри голови мають бути 7 та 5 см

Якщо немає проблем з диханням, уникайте відкритого рота. Уникайте окулярів



На фронтальній фотографії голова має бути в правильній горизонтальній позиції (франкфуртська горизонталь). Середнє зображення коректне

Зразок оформлення внутрішньоротового та зовнішньоротового фотопротоколу



Внутрішньоротові фотографії мезіальної оклюзії спереду, справа, зліва мають бути надруковані в параметрах 5 на 7 сантиметрів. Оклюзійна площина має бути горизонтальна.



Уникайте фотографування згори

Уникайте фотографування знизу



Уникайте ракурсів з надмірною кількістю ретракторів, щік, губ

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Аномалії прикусу (мезіальна
оклюзія, відкритий прикус,
глибокий прикус»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Лікувально-профілактичні заходи та активне ортодонтичне лікування мезіального прикусу

1. Лікувально-профілактичні заходи в тимчасовому періоді прикусу:

- 1) санація ротової порожнини;
- 2) виявлення і усунення факторів ризику, які стимулюють ріст нижньої щелепи і стримують ріст верхньої щелепи;
- 3) відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лищевої ділянки і корекція функцій: дихання, ковтання, положення язика;
- 4) забезпечення умов для стимуляції росту і розвитку верхньої щелепи, її альвеолярного відростку і зубного ряду;
- 5) стримування росту і розвитку нижньої щелепи;
- 6) контроль вертикального перекриття у фронтальній ділянці і вертикальних співвідношень в ділянці молярів;
- 7) контроль оклюзійних контактів (особливо в ділянці тимчасових ікол) з можливими корекціями співвідношень по трансверзалі.

2. Активне ортодонтичне лікування мезіального прикусу

1) змінний період прикусу:

- санація ротової порожнини;
- виявлення і усунення факторів ризику, які стимулюють ріст нижньої щелепи і стримують ріст верхньої щелепи;
- відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лищевої ділянки і корекція функцій: дихання, ковтання, положення язика;
- стимуляція росту і розвитку верхньої щелепи в сагітальному і трансверзальному напрямку;
- контроль вертикального росту верхньої щелепи у фронтальній та боковий ділянках;
- стримування росту нижньої щелепи в сагітальному напрямку; при скелетному класі 1 проведення дисталізації молярів і бокової групи зубів;
- зменшення ступеня скупченості зубів та інших невідповідностей (за необхідності);
- нормалізація форми зубних рядів, положення окремих зубів і створення щільних міжзубних контактів;
- при поєднанні з аномаліями прикусу в інших площинах - за відповідними протоколами лікування.

2) постійний прикус (період активного росту):

санація ротової порожнини;

виявлення і усунення факторів ризику, які стимулюють ріст нижньої щелепи і стримують ріст верхньої щелепи; видалення третіх молярів нижньої щелепи;

відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лицевої ділянки і корекція функцій: дихання, ковтання, положення язика;

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпея) і контроль міжщелепових оклюзійних співвідношень;

корекція верхньої щелепи в трансверзальному напрямку з використанням методів скелетного розширення верхньої щелепи чи розриву піднебінного шва (в залежності від стану піднебінного шва);

при скелетному класі 1 проведення дисталізації молярів і бокової групи зубів з використанням скелетної опори а також за необхідності екстракція премолярів чи інших зубів нижньої щелепи;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів верхньої і нижньої щелеп; зменшення ступеня скупченості зубів та інших невідповідностей (за необхідності); створення щільних міжзубних співвідношень.

3) постійний прикус (після завершення росту):

санація ротової порожнини;

при скелетному класі 1: компромісне ортодонтичне лікування мезіальної оклюзії; проведення дисталізації молярів і бокової групи зубів нижньої щелепи з використанням скелетної опори а також за необхідності екстракція премолярів чи інших зубів нижньої щелепи;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів верхньої і нижньої щелеп; зменшення ступеня скупченості зубів та інших невідповідностей (за необхідності); створення щільних міжзубних співвідношень;

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпея) і контроль міжщелепових оклюзійних співвідношень;

корекція верхньої щелепи в трансверзальному напрямку з використанням методів скелетного розширення верхньої щелепи чи розриву піднебінного шва (в залежності від стану піднебінного шва);

складні скелетні форми патології мезіального прикусу, пов'язані з недорозвитком верхньої щелепи, або надмірним ростом нижньої щелепи можуть потребувати супроводу ортогнатичного хірургічного втручання.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Аномалії прикусу (мезіальна
оклюзія, відкритий прикус,
глибокий прикус)
(підпункт 8, пункту 3, розділу III)

Лікувально- профілактичні заходи та активне ортодонтичне лікування відкритого прикусу в залежності від періодів прикусу

1. Лікувально- профілактичні заходи в тимчасовому прикусі:

- 1) санація ротової порожнини;
- 2) виявлення і усунення факторів ризику, у тому числі функції ковтання, положення язика та відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лицевої ділянки;
- 3) забезпечення умов для гармонійного росту і розвитку щелеп, альвеолярних відростків і зубних рядів;
- 4) заміщення передчасно втрачених молочних молярів протезними конструкціями (часткові знімні протези) з урахуванням вертикальних співвідношень у бокових ділянках;
- 5) при поєднанні з аномаліями прикусу в інших площинах – відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2. Активне ортодонтичне лікування відкритого прикусу

1) змінний період прикусу:

заміщення передчасно втрачених молочних молярів протезними конструкціями (часткові знімні протези) з урахуванням вертикальних співвідношень у бокових ділянках;

роз'єднання бокових зубів накусочною площиною у бокових ділянках;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів;

виявлення і усунення факторів ризику, у тому числі функції ковтання, положення язика та відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лицевої ділянки;

при поєднанні з аномаліями прикусу в інших площинах - відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

2) постійний прикус (період активного росту):

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпея) з інтрузією молярів і премолярів та екструзією різців (за необхідності);

заміщення передчасно втрачених перших постійних молярів знімними тимчасовими протезами з урахуванням вертикальних співвідношень у бокових ділянках;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів;

виявлення і усунення факторів ризику, в тому числі функції ковтання, положення язика та відновлення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лицевої ділянки;

при поєднанні з аномаліями прикусу в інших площинах - відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

3) постійний прикус (після завершення росту)

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпеє) з інтрузією молярів і премолярів та екструзією різців (за необхідності);

можливе видалення третіх молярів; видалення перших премолярів – за показаннями;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів;

за умов наявності больового синдрому, дисфункції СНЩС проводиться оклюзійна терапія за допомогою знімних та незнімних конструкцій;

усунення бруксизму;

протезний метод – заміщення втрачених зубів протезами з урахуванням вертикальних співвідношень у бокових ділянках;

хірургічний метод - реконструктивні операції на верхній або нижній щелепі, обох щелепах.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Аномалії прикусу (мезіальна
оклюзія, відкритий прикус,
глибокий прикус)
(підпункт 11, пункту 3, розділу III)

Лікувально- профілактичні заходи та активне ортодонтичне лікування глибокого прикусу

1. Лікувально- профілактичні заходи в тимчасовому прикусі:

- 1) санація ротової порожнини;
- 2) виявлення і усунення факторів ризику;
- 3) забезпечення умов для гармонійного росту і розвитку щелеп, альвеолярних відростків і зубних рядів;
- 4) відновлення анатомічної форми зруйнованих карієсом коронок тимчасових молярів (пломби, відновлювальні коронки);
- 5) заміщення передчасно втрачених молочних молярів протезними конструкціями (часткові знімні протези, за необхідності з підвищенням прикусу на штучних зубах);
- 6) підняття висоти прикусу на тимчасових молярах (оклюзійні накладки, накусочні площини) перед прорізуванням (III період тимчасового прикусу) і під час прорізування перших постійних молярів;
- 7) за необхідності пластика вуздечки язика;
- 8) нормалізація положення язика;
- 9) при поєднанні з аномаліями прикусу у сагітальній площині – відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2. Активне ортодонтичне лікування:

1) змінний період прикусу:

заміщення передчасно втрачених тимчасових молярів знімними частковими протезами (за потреби з підняттям висоти прикусу);

підняття висоти прикусу на тимчасових молярах (оклюзійні накладки, накусочні площини) під час прорізування перших постійних молярів (ранній змінний прикус);

роз'єднання бокових зубів накусочною площиною у фронтальній ділянці
нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів;

нормалізація положення язика;

при поєднанні з аномаліями прикусу у сагітальній площині – відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2) постійний період прикусу (період активного росту):

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпея) з екструзією молярів і премолярів та інтрузією різців (за необхідності);

заміщення передчасно втрачених перших постійних молярів знімними тимчасовими протезами;

нормалізація форми зубних рядів і положення окремих зубів;

нормалізація положення язика;

при поєднанні з аномаліями прикусу у сагітальній площині — відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

3) постійний період прикусу (після завершення росту):

перебудова міотатичних рефлексів;

усунення бруксизму;

за умов наявності больового синдрому дисфункції СНЩС проводиться оклюзійна терапія за допомогою знімних та незнімних конструкцій;

вирівнювання оклюзійної площини (кривої Шпея) - зубоальвеолярне видовження бокових (екструзія молярів і премолярів) та (за потреби) зубоальвеолярне вкорочення (інтрузія різців) фронтальних ділянок зубних рядів;

ротація нижньої щелепи;

нормалізація форми зубних рядів та положення окремих зубів;

протетичний метод – заміщення втрачених зубів протезами та підвищення висоти зубів в бокових ділянках шляхом протезування або реставрації;

хірургічний метод - реконструктивні операції на верхній або нижній щелепі.
