

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель Министра
здравоохранения и социального
развития
Российской Федерации
Стародубов В.И.

16 сентября 2004 г.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ)

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» разработан под руководством Заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубова, Директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации Р.А. Хальфина Московским государственным медико-стоматологическим университетом (профессор, д.м.н. А.Ю. Малый, м.н.с. Н.А. Титкина, Е.В. Ершова), Московской медицинской академией им. М. еченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (профессор, д.м.н. П.А. Воробьев, д.м.н. М.В. Авксентьева, к.м.н. Д.В. Лукьянцева), стоматологической поликлиникой № 2 г. осквы (А.М. Кочеров, С.Г. Чеповская).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

– Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).

– Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 № 1194 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5322).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Всемирной организации здравоохранения, десятого пересмотра.

МКБ-С - Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» разработан для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с частичным отсутствием зубов (с частичной вторичной адентией);
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с частичным отсутствием зубов (с частичной вторичной адентией);
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего протокола - лечебно-профилактические учреждения стоматологического профиля всех уровней, включая специализированные отделения.

В настоящем протоколе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно

убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение протокола осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом Министерства здравоохранения России. Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

По статистическим данным, полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) в результате удаления зубов, утраты вследствие несчастного случая (травмы) или заболеваний пародонта в нашей стране встречается достаточно часто. Показатели заболеваемости полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) увеличиваются по нарастающей (пятикратно) в каждой последующей возрастной группе: у населения в возрасте 40-49 лет частота встречаемости полной вторичной адентии составляет 1%, в возрасте 50-59 лет – 5,5%, и у людей старше 60 лет – 25% [3, 8]. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля 17,96% пациентов имеют диагноз «полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» одной или обеих челюстей [6].

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) обуславливает нарушение вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма – пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко

является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома.

Понятия «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита» (K08.1 по МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как «полная вторичная адентия» и «полное отсутствие зубов» (в отличие от адентии – нарушения развития и прорезывания зубов – K 00,0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям.

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является следствием ряда заболеваний зубочелюстной системы - кариеса и его осложнений, болезней пародонта, а также травм.

Кариес в нашей стране является одним из самых распространенных заболеваний. Его распространенность у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98-99%. Показатели развития осложнений кариеса также значительны: процент удалений в возрастной группе старше 35-44 лет составляет 5,5, а в следующей возрастной группе – 17,29% [11]. В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом, который,

как правило, является следствием нелеченного кариеса, составляют 28-30% [10].

Также велики показатели встречаемости заболеваний пародонта: распространенность признаков поражения пародонта в возрастной группе 35-44 лет составляет 86% [11], другие авторы называют показатель частоты встречаемости патологических признаков болезней пародонта 98%.

Данные заболевания при несвоевременном и некачественном лечении могут привести к спонтанной утрате зубов вследствие патологических процессов в тканях пародонта воспалительного и/или дистрофического характера, к потере зубов вследствие удаления не подлежащих лечению зубов и их корней при глубоком кариесе, пульпите и периодонтите.

Несвоевременное ортопедическое лечение полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) в свою очередь обуславливает развитие осложнений в челюстно-лицевой области и патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Главным признаком полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) является полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.

Клиническая картина характеризуется изменениями конфигурации лица (западение губ), резко выраженными носогубными и подбородочной складками, опущением углов рта, уменьшением размеров нижней трети лица, у некоторых пациентов – мацерацией и «заедами» в области углов рта, нарушением жевательной функции. Нередко полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава. После утраты или удаления всех зубов происходит постепенная атрофия альвеолярных отростков челюстей, прогрессирующая с течением времени.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

В клинической практике традиционно выделяют полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) верхней челюсти, полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) нижней челюсти, полное отсутствие зубов (полную вторичную адентию) обеих челюстей.

Было предложено несколько классификаций беззубых челюстей. Наибольшее распространение получили классификации Шредера для беззубой верхней челюсти и Келлера для беззубой нижней челюсти. В отечественной практике достаточно широко применяется также классификация беззубых челюстей Курляндского В.Ю. Эти классификации базируются, в первую очередь, на анатомо-топографических характеристиках – степень атрофии альвеолярного отростка, а также уровня прикрепления сухожилий жевательных мышц (классификация по Курляндскому). Используется также классификация по Оксману И.М., который предложил единую классификацию для верхних и нижних беззубых челюстей, учитывающую степень атрофии альвеолярных отростков.

При полном отсутствии зубов (полной вторичной адентии) невозможно выделить стадии течения заболевания.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Диагностика полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) производится путем клинического осмотра и сбора анамнеза. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов;
- опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;

- заболеваний и поражений слизистой оболочки полости рта.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Принципы лечения больных с полной вторичной адентией подразумевают одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с полным отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка). Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента по уходу за протезом и полостью рта.

Врач-стоматолог ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического, физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента. При выборе между одинаково эффективными видами протезов он должен руководствоваться показателями экономичности.

В случаях, когда невозможно немедленно завершить лечение, показано применение имедиат-протезов, особенно для предупреждения развития патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Можно применять только те материалы и сплавы, которые допущены к применению, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клиническим опытом.

Базис полного съемного протеза следует изготавливать, как правило, из пластмассы. Может применяться армирование базиса протеза специальными металлическими сеточками. Для изготовления металлического базиса необходимо тщательное обоснование.

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При беззубой челюсти показано снятие функционального слепка (оттиска), необходимо функциональное формирование края протеза, т. е. для снятия слепка (оттиска) необходимо изготовление индивидуальной жесткой слепочной (оттискной) ложки.

Изготовление съемного протеза на беззубую челюсть с использованием пластмассового или металлического базиса включает следующее: анатомические, функциональные слепки (оттиски) обеих челюстей, определение центрального соотношения челюстей, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, отдаленный контроль и корректуры. При необходимости применяют мягкие подкладки под протез.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ)

Лечение пациентов с полной вторичной адентией проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, а также в отделениях ортопедической стоматологии. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) осуществляется врачами-стоматологами ортопедами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1 Модель пациента

Нозологическая форма:	потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита
Стадия:	любая
Фаза:	стабилизация процесса
Осложнения:	без осложнений
Код по МКБ-С:	К 08.1

7.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях;
- здоровая слизистая оболочка полости рта (умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет – I класс по Суппле);
- изменение конфигурации лица (западение губ);
- резко выраженные носогубные и подбородочная складки, опущение углов рта;
- уменьшение размеров нижней трети лица;
- отсутствие экзостозов;
- отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка (при полном отсутствии зубов на одной или обеих челюстях - I класс по

Курляндскому, I класс по Оксману, при полном отсутствии зубов на верхней челюсти – I тип по классификации Шредера, при полном отсутствии зубов на нижней челюсти - I тип по Келлеру);

- отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава;
- отсутствие заболеваний слизистой оболочки полости рта.

7.1.2 Порядок включения пациента в протокол:

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3 Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
01.02.003	Пальпация мышц	1
01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	1
01.04.002	Визуальное исследование суставов	1
01.04.003	Пальпация суставов	1
01.04.004	Перкуссия суставов	1
01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1
02.04.004	Аускультация сустава	1
02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
02.07.004	Антропометрические исследования	1
06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	1
06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	1
09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	По потребности

Код	Название	Кратность выполнения
09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребности

7.1.4 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр и пальпацию полости рта и челюстно-лицевой области, а также другие необходимые исследования.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют время и причины потери зубов, пользовался ли больной ранее съемными протезами, аллергический анамнез. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области височно-нижнечелюстных суставов. Выясняют профессию пациента.

Визуальное исследование

При осмотре обращают внимание на выраженную и/или приобретенную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ, наличие трещин и мацераций в углах рта.

Обращают внимание на степень открывания рта, плавность и направление движения нижней челюсти, соотношение челюстей.

Обращают внимание на цвет, увлажненность, целостность слизистых оболочек полости рта с целью исключения сопутствующей патологии, в том числе инфекционных заболеваний.

При подозрении на наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта производят исследование мазков-отпечатков. При положительном результате ведение пациента осуществляется по соответствующей модели пациента.

Пальпация

При обследовании полости рта обращают внимание на выраженность и расположении уздечек и щечных складок.

Акцентируют внимание на наличие и степень атрофии альвеолярных отростков.

Выявляют наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие – рентгенологическое обследование (прицельный или панорамный снимок челюсти). При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится хирургическая подготовка к протезированию (в соответствии с другой моделью пациента).

Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие - цитологическое исследование, биопсия. При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится соответствующее лечение.

Проводят пальпацию для определения турса, «болтающегося» гребня и степени податливости слизистой оболочки.

Визуальное исследование и пальпация височно-нижнечелюстных суставов

При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов в области суставов. Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в области височно-

нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти. При открывании рта обращают внимание на синхронность и симметричность движений суставных головок.

При подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов проводят рентгенологическое исследование – томографию суставов при закрытом и открытом рте. При положительном результате протезирование необходимо сочетать с дополнительной терапией (другая модель пациента - полная вторичная адентия с осложнениями).

Антропометрические исследования

Эти исследования позволяют определить высоту нижнего отдела лица, являются обязательными и всегда проводятся на этапе протезирования.

7.1.5 Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму
25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности

7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Основным методом лечения при полном отсутствие зубов (полной вторичной адентии) одной или обеих челюстей является протезирование полными съемными пластиночными протезами. Это позволяет восстановить основные функции зубочелюстной системы: откусывание и пережевывание

пищи, дикцию, а также эстетические пропорции лица; препятствует прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области (уровень убедительности доказательств А).

При полном отсутствие зубов (полной вторичной адентии) обеих челюстей полные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти делаются одновременно.

Первое посещение.

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Первым этапом является снятие анатомического слепка (оттиска) для изготовления индивидуальной жесткой слепочной (оттискной) ложки.

Следует применять специальные слепочные (оттискные) ложки для беззубых челюстей, альгинатные слепочные (оттискные) массы. При «болтающемся» гребне важно не сместить его в сторону и не сдавить его. Необходимо применять разгружающие слепки (оттиски).

Целесообразность применения специальных слепочных (оттискных) ложек обусловлена необходимостью предотвращения расширенных границ, как при изготовлении индивидуальных ложек, так и при изготовлении протеза. В качестве альтернативы на практике нередко применяют стандартные слепочные (оттискные) ложки, что может привести к растягиванию слизистой по переходной складке и последующему расширению границ протеза, что обуславливает плохую фиксацию протеза. Стоимость специальных и стандартных ложек одинакова.

После выведения слепка (оттиска) производится контроль его качества (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение.

Производится припасовка индивидуальной жесткой пластмассовой слепочной (оттискной) ложки. Следует обращать внимание на края ложки,

изготовленной в лабораторных условиях, которые должны быть объемными (толщиной около 1 мм). При необходимости врач сам может изготовить индивидуальную жесткую пластмассовую слепочную (оттискную) ложку в клинике.

Припасовка проводится с использованием функциональных проб по Гербсту. Пробы производятся при полузакрытом рте с уменьшенной амплитудой движений нижней челюсти. При отступлении от методики припасовки индивидуальной жесткой пластмассовой слепочной (оттискной) ложки с использованием функциональных проб по Гербсту в строгой последовательности невозможно обеспечить стабилизацию и фиксацию будущих протезов.

После припасовки края ложки окантовываются воском и оформляются активным (используя функциональные движения мышц) и пассивным способами.

По заднему краю ложки на верхней челюсти следует класть дополнительно полоску размягченного воска по линии А с целью обеспечения полноценной клапанной зоны в этой области. Дистальный клапан на ложке на нижнюю челюсть следует замыкать, создавая подъязычный восковой валик по Гербсту. Данная методика обеспечивает замыкание дистального клапана и предотвращает нарушение фиксации при откусывании пищи.

Критерий завершения припасовки – образование клапанной зоны и фиксация индивидуальной ложки на челюсти.

Получение функционального слепка (оттиска): снятие (оттиска) слепка производить силиконовыми слепочными (оттискными) массами с использованием соответствующего адгезивного материала (клея для силиконовых масс). Края слепка оформляются (оттиска) активным (используя функциональные движения) и пассивным способами. Также могут использоваться цинкэвгенольные слепочные массы.

После выведения производится контроль качества слепка (оттиска) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение.

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица, определение линии улыбки, срединной линии, линии клыков.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение.

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой базисе, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следует обращать внимание: при ортогнатическом прикусе верхние фронтальные зубы должны перекрывать нижние максимально на 1-2 мм. При смыкании зубов между верхними и нижними фронтальными зубами должна быть горизонтальная щель в 0,25-0,50 мм.

Следующее посещение.

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию.

Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм.

Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов (следует помнить, что обычно фиксация улучшается к 7-му дню пользования протезом).

Следующее посещение.

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными ??????? и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки полости рта.

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели производить «изоляцию» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза следует проводить аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции изготавливают протезы из бесцветной пластмассы, по показаниям проводят серебрение базиса протеза.

Для пациентов с неблагоприятными анатомо-топографическими условиями протезного ложа базис протеза может быть изготовлен с мягкой подкладкой. Показания:

- наличие острых костных выступов на протезном ложе, острая внутренняя косая линия при отсутствии абсолютных (четких) показаний для хирургического вмешательства с целью их устранения;
- повышенная болевая чувствительность полости рта,
- отсутствие выраженного подслизистого слоя.

Потребность в применении мягкой подкладки выявляется в процессе адаптации к новому протезу. Мягкие подкладки изготавливаются клинико-лабораторным методом по известной методике.

7.1.7 Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму

Средства, влияющие на кровь	По потребности
-----------------------------	----------------

7.1.8 Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств при возникновении наминов и язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДАГРЫ

Обычно назначают полоскания и/или ванночки с отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3-4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи - 2-3 раза в день по 10-15 минут (уровень убедительности доказательства В).

ВИТАМИНЫ

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) - 2-3 раза в день по 10-15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Гемодиализат депротеинизированный – адгезивная паста для полости рта – 3-5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

7.1.9 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Специальных требований нет.

7.1.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков, от откусывания кусков от твердых продуктов, овощей и фруктов (например, от целого яблока). Отказ от использования очень горячей пищи.

7.1.12 Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.1.13 Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 1 к настоящему протоколу ведения больных.

7.1.14 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками полной вторичной адентии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению полной вторичной адентии;
- б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	72	Частичное, иногда полное восстановление способности откусывать и пережевывать пищу	1-1,5 месяца после окончания протезирования	Перебазировка или замена протезов по потребности или раз в 3-4 года
Стабилизация	20	Отсутствие отрицательной динамики в течение полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии)	1-1,5 месяца после окончания протезирования	Срок пользования пластиночными протезами – не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
		стоматит)		
Развитие нового заболевания, связанного с основным	3	Присоединение нового заболевания, связанного с полной вторичной адентией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.15 Стоимость характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не предусмотрено.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Лечебно-профилактическое учреждение

информируется о включении в перечень по мониторингованию протокола письменно.

Мониторирование включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с синдромом диабетической стопы в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данного протокола;

Исходными данными при мониторинговании являются:

- медицинская документация – медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинговании могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 2) о лечении пациентов с частичным отсутствием зубов, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В карту пациента (Приложение 2) включаются данные о диагнозе и о лечении пациентов, которым даны ортопедические конструкции в течение последнего месяца текущего полугодия. Справки передаются в учреждение, ответственное за мониторингование, не позднее чем через месяц после окончания указанного срока. Например, если мониторингование начато 1 мая, то в справку включаются все пациенты с частичной вторичной адентией, получившие ортопедические конструкции в октябре, отчет должен быть передан не позднее конца ноября. Число анализируемых случаев должно быть не менее 300 в год.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств и стоматологических материалов и инструментов обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном протоколе рандомизация (лечебно-профилактических учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в медицинской карте пациента (Приложение 2) и отражается в справке о проведенном лечении, представляемой в организацию, ответственную за мониторинг.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с частичным отсутствием зубов, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 3). ???????

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений (количество больных, количество и виды изготовленных конструкций, сроки изготовления, наличие осложнений).

Порядок формирования отчета и его форма

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации протокола.

Отчет представляется в группу разработчиков данного протокола. Материалы отчета хранятся в отделе стандартизации в здравоохранении научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Министерства здравоохранения Российской Федерации и хранится в его архиве.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1
к протоколу ведения больных «Полное
отсутствие зубов (полная вторичная адентия)»

ПРАВИЛА
ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ
(Дополнительная информация для пациента)

1. Съемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также после еды по мере возможности.
2. Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
3. В ночное время, если пациент снимает протезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. В протезах можно спать.
4. Во избежание поломки протезов не допускайте их падения на кафельный пол, в раковину и на другие твердые поверхности.
5. По мере образования жесткого зубного налета на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
6. При нарушении фиксации съемного протеза, что может быть связано с ослаблением кламмерной фиксации, необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии для активации кламмеров.
7. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.

8. В случае поломки или возникновении трещины в базисе съемного протеза пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.

Приложение 2

к протоколу ведения больных «Полное
отсутствие зубов (полная вторичная адентия)»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О _____ возраст _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания _____

Модель пациента _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи _____

Код	Наименование	Отметка о выполнении (кратность)
	Диагностика	
01.02.003	Пальпация мышц	
01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	
01.04.002	Визуальное исследование суставов	
01.04.003	Пальпация суставов	
01.04.004	Перкуссия суставов	
01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	
01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	
01.07.003	Пальпация органов полости рта	
01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	
02.04.004	Аускультация сустава	
02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	

02.07.004	Антропометрические исследования	
06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	
06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	
09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	
09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	
11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	
	Лечение	
16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	
25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат)

Лекарственные осложнения (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего _____

Исход (по классификатору исходов)

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторинг ОСТ в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да	нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да	нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да	нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да	нет	
	Комментарии:			
	_____	_____		
	(дата)	(подпись)		

Приложение 3
к протоколу ведения больных «Полное
отсутствие зубов (полная вторичная адентия)»

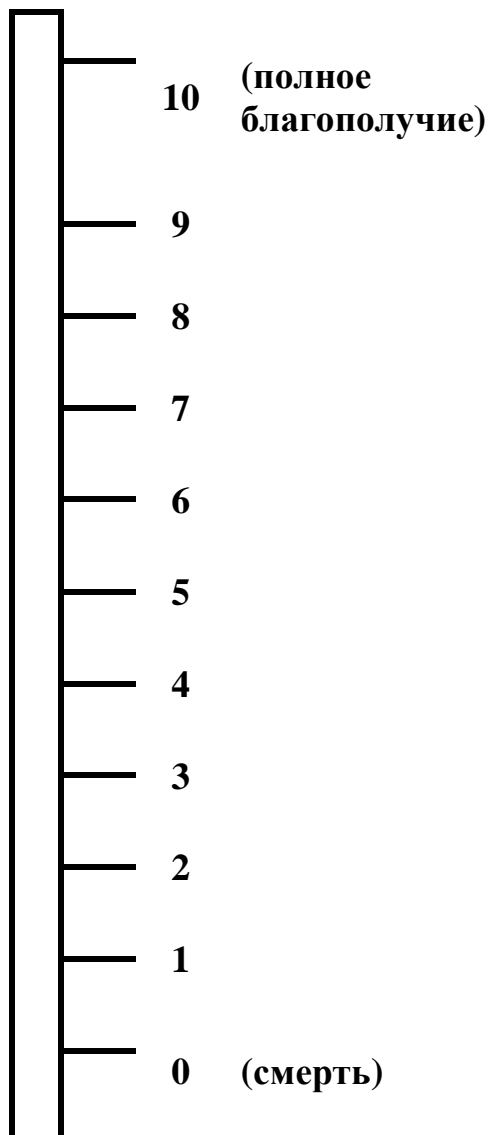
АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф.И.О.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

**КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА
СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?**

Отметьте на шкале значение, соответствующее
состоянию Вашего здоровья.



Приложение 4
к протоколу ведения больных «Полное
отсутствие зубов (полная вторичная адентия)»

Перечень стоматологических материалов

Групповое наименование
Обязательный ассортимент
стандартные слепочные ложки для беззубых челюстей
альгинатная слепочная масса
базисный воск
самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации для изготовления индивидуальных ложек
артикулятор
клей для силиконовых слепочных масс
силиконовая слепочная масса для снятия функционального слепка
цинкэвгенольная слепочная масса для снятия функционального слепка
цветовая шкала для определения цвета искусственных зубов
специальный маркер для определения места коррекции на базисе протеза (карандаш, чернила)
гипс простой
прямой наконечник
металлические фрезы для пластмассы для прямого наконечника
полиры
чашка для замешивания слепочных (оттискных) масс
шпатель для замешивания слепочных (оттискных) масс
карборундовые головки для прямого наконечника
артикуляционная бумага

шпатель зуботехнический
наклонная нагревательная плоскость
Дополнительный ассортимент
лейкопластырь (для обклейки краев стандартной слепочной ложки)
металлическая сетка для повышения прочности базиса протеза
эластичные материалы для перебазировки протеза в клинике
супергипс
индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой

БИБЛИОГРАФИЯ

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. – Кишинев, 1983. - 301 с.
2. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. – М.: Медицина, 1990. – 224 с.
3. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учебник - Изд. 2-е доп. - М.: Медицина, 2001 - 624 с.
4. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. - М., 1986. – 176 с.
5. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис... д-ра мед. наук. – М., 2001. - 272 с.
6. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред.В.Н. Копейкина. – М., 1993. - 496 с.
7. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. - М., 1973. – 320 с.
8. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.
9. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
- 10.Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. - 276 с.
- 11.Cronstrom R., Rene N., Owall B., Blomqvist A. The swedish patient insurance scheme and guarantee insurance for prosthodontic treatment. // International Dental Journal. – 1992. – Vol. 42. – P.113-118.
- 12.Einheitlicher Bewertungsmaßstab fuer Zahnaerztliche Leistungen (BEMA): Aktuelle Ergaenzungen. Stand 01.01.1999. - Herne, 1999. – 214 S.

13. Gebuehrenordnung fuer das Zentrum fuer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde No 415.436 vom 28.09.1994. – Zuerich, 1994. – 27 S.
14. Gebuehrenordnung fuer Zahnaerzte (GOZ). Stand 01.01.1996. – Koeln, 1998. – 72 S.,
15. Heners M. Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien fuer die Qualitaetsdiskussion in der Zahnheilkunde. // Dtsch.zahnaerztl/Ztschr. – 1991. – Bd. 46. – S. 262.
16. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H. Prothetische Versorgung in Ostdeutschland : Eine bevoelkerungsrepraesentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jaehrigen. // Dtsch.zahnaerztl.Ztschr. – 1996. – Bd. 51. – S. 452-455.
17. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H., von Thun P. Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland : Eine bevoelkerungsrepraesentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jaehrigen // Dtsch/zahnaerztl. Ztschr. – 1994. – Bd. 49. – S. 900-994.
18. Koslowski P. Aerztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln // Dtsch.zahnaerztl.Ztschr. – 1991. – Bd.46. – S. 182-185.
19. Lang N.P. Checkliste zahnaerztliche Bahandlungsplanung. – Stuttgart; New York, 1988. – 213 S.
20. Miller A.J., Brunelle J.A., Carlos J.P., Brown L.J., Loe H. Oral Health of United States Adults : National Findings. – US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health. – 1987. – 112 P.
21. Oral health surveys. Basic methods. – Geneva: WHO, 1987. – 512 P.
22. Pahnke D., Schwanewede H. Das ORATEL-Projekt: Qualitaetssicherung und Entscheidungsunterstuetzung // Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde. – Heidelberg, 1995. – S. 77-90.
23. Qualitaetsrichtlinien fuer zahnmedizinische Arbeiten. – Bern, SSO, 1999. – 193 S.
24. Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde. – Heidelberg, 1995. – 167 S.

25. Seznam zdravotnich vykonu s bodovymi hodnotami 1998. – Praha, 1998. – 623 P.
26. Sinha M. Qualitaet und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung // Beitraege zur Qualitaetssicherung in der Zahnmedizin. – Baden-Baden, 1993. – S. 38-50.
27. Wirksamkeit und Effektivitaet in der Zahnheilkunde: neue Konzepte in der Diagnostik und Therapie. - Heidelberg, 1997. - 106 S.