

## Ретенція

### Пояснювальна записка до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ортодонтичній ретенції". Короткий опис проблеми. Актуальність для України

Після завершення ортодонтичного лікування вкрай актуальною темою для всіх ортодонтів є ортодонтична ретенція, яка забезпечує довгострокову стабільність результатів ортодонтичного лікування. Причиною актуальності є рецидив. Рецидив – це виникнення порушень після закінчення активного ортодонтичного або комплексного лікування, часткове або повне повернення зубів в початкове положення через певний проміжок часу. Ретенція в ортодонції визначається як "утримання зубів в ідеальному естетичному і функціональному положенні". Для того щоб

після ортодонтичного лікування зафіксувати зуби в досягнутому положенні потрібні як спеціальні заходи, так і певний проміжок часу.

Через декілька років ретенції відсоток пацієнтів, що задоволені результатами лікування, складає менше 30%, і тільки у 20% випадків відсутня тенденція до рецидиву. Це говорить про необхідність запровадження уніфікованого клінічного протоколу, який допоможе лікарям правильно обирати ретенцію зубів після активного ортодонтичного лікування, що підвищить відсоток задоволених пацієнтів через проміжки

часу після ортодонтичного лікування.

Мета і шляхи її досягнення

Забезпечення якості, ефективності та доступу до медичної допомоги пацієнтів із ортодонтичною ретенцією шляхом встановлення єдиних вимог щодо діагностики, лікування та реабілітації хворих, обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладів охорони здоров'я; визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.

## УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОРТОДОНТИЧНА РЕТЕНЦІЯ

### ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (далі – УКПМД) «Ортодонтична ретенція» розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з ортодонтичною патологією. Заходи з адекватного застосування ортодонтичної ретенції дозволять суттєво поліпшити якість та зменшити витрати на ортодонтичне лікування. УКПМД розроблений на основі адапто-

ваної клінічної настанови «Ортодонтична ретенція», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. CLINICAL GUIDELINES: ORTHODONTIC RETENTION» (2013), яка впроваджена у Великій Британії і має статус національної (national clinical guidelines).

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

УКПМД розроблений мультидисциплі-

нарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі-стоматологи, лікарі-стоматологи-ортоданти, лікарі-стоматологи-терапевти, лікарі загальної практики-сімейні лікарі.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

### ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРОТОКОЛІ

ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

### 1.1. Діагноз:

### 1.2. Шифр згідно з МКХ-10:

**1.3. Протокол призначений для:** лікарів загальної практики сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-стоматологів, лікарів-стоматологів-ортодонтів, лікарів-стоматологів-терапевтів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ортодонтичною ретенцією, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування, організаторів охорони здоров'я.

### 1.4. Мета протоколу:

Уніфікований клінічний протокол розроблений на засадах доказової медицини, з метою забезпечення якості та ефективності ретенційного періоду ортодонтичного лікування; надає рекомендації лікарям та пацієнтам щодо використання ретейнерів, які виготовляються із застосуванням сучасних медичних технологій.

**1.5. Дата складання протоколу:** лютий 2016 року.

**1.6. Дата перегляду протоколу:** лютий 2019 року.

**1.7. Список та контактну інформацію осіб, які брали участь у розробці протоколу, дивись на сайті МОЗ**

### 1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Через декілька років ретенції відсоток пацієнтів, що задоволені результатами лікування, складає менше 30%, і тільки у 20% випадків відсутня тенденція до рецидиву. Це говорить про необхідність запровадження уніфікованого клінічного протоколу, який допоможе лікарям правильно обирати ретенцію зубів після активного ортодонтичного лікування, що підвищить відсоток задоволених пацієнтів через проміжки часу після ортодонтичного лікування.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розробка і впровадження уніфікованого клінічного протоколу за темою «Ортодонтична ретенція» дозволяє отримати більшу кількість пацієнтів, що задоволені

проведеним ортодонтичним лікуванням у значному проміжку часу. Також це зменшить кількість непорозумінь між лікарями- ортодонтами та пацієнтами, які можуть виникати після рецидиву орто-

донтичного лікування. Крім того, уніфікований клінічний протокол з ортодонтичної ретенції надасть можливість лікарю і пацієнту обирати безпечні для здоров'я пацієнта ретенційні апарати.

## III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

### 3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Лікар загальної практики сімейний лікар здійснює моніторинг виконання пацієнтом призначень лікарів-спеціалістів.

### 3.2. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

#### 3.2.1 ОКЛЮЗІЙНІ ТА ІНШІ ФАКТОРИ, ЯКІ МОЖУТЬ ЗМІНЮВАТИ ПРОТОКОЛ РЕТЕНЦІЇ

##### 3.2.1.1 Вирівнювання нижніх різців

Збільшення нерівномірності розташування нижніх різців відбувається протягом всього життя пацієнта, і особливо після ортодонтичного лікування. Дані свідчать про те, що більшість змін відбувається у віці біля 30 років. Тому було висловлене припущення, що тривала ретенція нижнього лабіального сегменту до кінця лицьового росту, приводить до зменшення вираженості скученості нижніх різців.

Слід враховувати побажання пацієнтів в стабільності рівного ряду нижніх різців після ортодонтичного лікування. Якщо людина не погоджується з будь-яким можливим погіршенням рівного ряду нижніх різців, то наступним етапом ортодонтичного лікування може бути постійна незнімна або знімна ретенція.

##### 3.2.1.2 Виправлення ротації передніх зубів

Як відомо, альвеолярним волокнам необхідний значний проміжок часу для перебудови, тривала ретенція виправленої ротації зубів може допомогти знизити ймовірність рецидиву. Одне дослідження показало, що додаткове використання фібротомії циркулярної зв'язки є ефективним протягом перших 4-6 років після застосування, тобто тривалість клінічного ефекту від процедури є відносно не ве-

лікою. Дослідження Taner та співавторів показало, що поєднання фібротомії циркулярної зв'язки з одночасним щоденним застосуванням знімного ретейнера Hawley протягом 1 року забезпечує значне зниження рецидивів, ніж застосування тільки знімних ретейнерів. Було встановлено, що фібротомія циркулярної зв'язки не чинить негативного впливу на здоров'я зубів та пародонту.

Фібротомія циркулярної зв'язки може бути здійснена традиційним способом із використанням хірургічного скальпеля для розрізу періодонтальних волокон або за допомогою автоматичного лазерного зонда. Вважається, що автоматичний лазерний зонд має ряд переваг, таких як менша кровотеча, мінімальний набряк і відсутні видимі пошкодження структур пародонту.

##### 3.2.1.3 Зміни передньо-заднього положення нижніх різців

Будь-яке прогнозоване або не прогнозоване переміщення більш ніж на 2 мм означає необхідність довготривалої або пожиттєвої ретенції.

##### 3.2.1.4 Виправлення глибокого прикусу

Після корекції дуже глибокого прикусу використання передньої накусочної площадки рекомендується до завершення лицьового росту. Це може бути особливо корисним, якщо є ознаки переднього обертового росту нижньої щелепи.

##### 3.2.1.5 Виправлення відкритого прикусу

Рекомендація щодо застосування ретей-

нерів, що мають в своїй конструкції жувальні накусочні площадки, для тривалої ретенції відкритого прикусу з несприятливою моделлю росту в теперішній час не мають наукової підтримки.

##### 3.2.1.6 Пацієнти з анамнезом захворювання пародонту або резорбції коренів

Пацієнтам що потребують лікування тяжкого ступеня захворювань пародонту, рекомендується постійна ретенція. Для тих, у кого середня і легка ступінь захворювань пародонту, застосовується звичайний ретенційний протокол. Є докази високого ризику погіршення післяретенційного положення нижніх різців у випадках резорбції коренів або втрати кісткової маси гребня альвеолярної кістки. В цьому разі використовується тривала ретенція.

##### 3.2.1.7 Лікування в період росту

Є думка, що після застосування апаратів, що фіксуються на голові або функціональних апаратів при виправленні II класу, є ефективною ретенція за допомогою різних (або модифікованих) активаторів. Однак порівняльних досліджень щодо підтвердження ефективності цієї форми ретенції немає.

##### 3.2.1.8 Корекція бокового та переднього перехресного прикусу

Якщо перекриття різців та співвідношення бокових ділянок достатньо для підтримки корекції, немає необхідності в ретенції.

##### 3.2.1.9 Дорослі пацієнти

Якщо пародонтальні тканини здорові і відсутня необхідність окклюзійної стабіліза-

ції, непотрібно змінювати протокол ретенції для дорослих порівняно з підлітковими пацієнтами.

### 3.2.2 КОНСТРУКЦІЇ РЕТЕЙНЕРІВ

#### 3.2.2.1 Знімні ретейнери з вестибулярною дугою (ретейнери типу Hawley та Begg)

Ці ретейнери є міцними і їх можна застосовувати під час їжі. Ретейнерам Hawley віддають перевагу в перші три місяці ретенції, оскільки вони не заважають боковій оклюзії. Вестибулярна дуга може бути застосована при необхідності для виконання простих рухів зубів, та передні накусочні площадки можуть легко застосовуватись для ретенції після корекції глибокого прикусу. Ретенційний період з ретейнерами Hawley у 6 місяців постійного застосування та 6 місяців тільки нічного застосування рекомендується для зменшення виникнення рецидивів, по зрівнянню з періодом у 3 місяці постійного застосування та 3 місяці тільки нічного застосування.

#### 3.2.2.2 Знімні вакуум-сформовані ретейнери

Знімні вакуум-сформовані ретейнери (ВСП) відносно не дорогі і можуть бути швидко виготовлені в той же день як відбувається зняття. Вони не помітні і можуть бути модифіковані, за необхідності, щоб зробити рухи зубів. Покриття всієї задньої оклюзійної частини (включаючи другі моляри при наявності) рекомендується для того, щоб знизити ризик висування цих зубів під час ретенції. Є докази того, що вони є кращими для пацієнтів, порівняно з ретейнерами Hawley.

В одному дослідженні було показано, що ВСП значно рідше дозволяють задній ок-

#### 3.2.1.10 Проміжки зубних рядів

Постійна ретенція рекомендується після ортодонтичного лікування генералізован-

люзії просідати, ніж ретейнери Hawley. Однак, це, ймовірно, має не велике значення для гарного заднього змикання, встановленого на момент зняття брекетів. Недавнє передбачуване рандомізоване клінічне дослідження показало, що ВСП були значно ефективнішими, ніж ретейнери Hawley, для утримання рівного губного сегменту. Хоча середні відмінності в нерівномірності (несиметричності) між групами були незначними (0,56 мм в дузі нижньої щелепи та 0,25 мм в дузі верхньої щелепи), цей рівень рецидиву був би клінічно важливим, якщо б локалізувався в одному різці нижньої щелепи. Подальші публікації, основані на тому ж зразку, показали, що ВСП були більш економічно обґрунтованими, ніж ретейнери Hawley, оскільки ВСП є дешевшими у виготовленні, і рідше потребують ремонту або заміни.

#### 3.2.2.3 Фіксовані ретейнери (незнімні) (гладка дуга, плетена дуга)

Фіксовані ретейнери призначені для довготривалої ретенції губних сегментів, особливо коли там є зниження рівня періодонту, і для утримання серединної діастеми. Фіксовані ретейнери не помітні і полегшують пацієнту дотримання ретенції. Однак, частота відмов від них 47%, особливо на верхні різці при глибокому прикусі. Крім того, відкладення зубного каменю і нальоту більші, ніж при знімних ретейнерах. Тому, фіксовані ретейнери потребують довгострокового обслуговування.

Ретейнери із плетеної дуги допускають диференційований рух зубів, і особли-

ного закриття проміжків або серединної діастеми в нормальній оклюзії.

во корисні для пацієнтів з втратою рівня пародонту. Сучасна ортодонтична думка рекомендує використовувати або 0,0215 дюймові багатожильні дуги, або 0,030-0,032 дюймові відпіскоструєні круглі дуги з нержавіючої сталі.

#### 3.2.2.4 Відмінності між фіксованими та знімними ретейнерами

Після фіксації ортодонтичної апаратури на рівній нижній сегмент, рецидив може статися як з фіксованими, так і знімними ретейнерами. Немає статистично значущої різниці між кількістю видимих рецидивів з обома типами ретейнерів. Інше дослідження, в якому порівнювалось використання трьох типів фіксованих ретейнерів проти знімних ретейнерів типу Hawley, не показало ніяких відмінностей протягом 3 років.

### 3.2.3. ЧАСТОТА ЗАСТОСУВАННЯ РЕТЕЙНЕРА

#### 3.2.3.1 Часткове або постійне застосування вакуум-сформованих ретейнерів

Постійне застосування вакуум-сформованих ретейнерів не дає ніяких клінічних або статистичних переваг в плані різцевої нерівномірності, ширини між іклами і корекції сагітальної щілини.

#### 3.2.3.2 Часткове або постійне застосування ретейнерів Hawley

Як вид ретенції, однаково ефективний в перший рік після лікування, та вважається, за опитуванням пацієнтів, клінічно прийнятним для нічного застосування.

## IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1 Про зміни в рівному ряді нижніх різців у 20, 30, та 40 річному віці, повідомлялося в багатьох дослідженнях здорових людей, а також людей які раніше проходили ортодонтичне лікування з подальшою ретенцією. Такі зміни в рівному нижньому губному сегменті тепер визнаються досить нормальним, а не винятковим явищем. Вони тривають протягом усього життя, хоча є повідомлення, що найбільші зміни в оклюзії відбуваються у віці до 18 років. Застосування тривалої ретенції нижнього губного сегменту, як відмічалося, є ефективним для зменшення ймовірності виникнення скупченості нижніх різців після лікування. Результати досліджень Sadowsky та співавторів, які проводились на протязі 8,4 роки, показали, що застосування фіксованого нижнього язичного ретейнера

переважало над іншими досліджуваними короткостроковими ретенціями. Однак, в дослідженні відсутні будь-які порівняння.

4.2 Модель ротаційного переміщення зуба в неправильному прикусі має сильну тенденцію до повернення після закінчення лікування. Edwards зазначає, що більшість рецидивів в ротації відбувається протягом 4-6 років після зняття приладів.

4.3 Думки фахівців розходяться щодо кількості стабільних проклінацій нижніх різців, які можуть бути досягнуті в процесі ортодонтичного лікування. Mills виявив, що середня кількість стабільних проклінацій нижніх різців після ортодонтичного лікування становить 1-2 мм. Houston та Edler повідомляють, що при зміні передньо-заднього положення нижніх різців в процесі лікування у більшості випадків нижні

різці повертаються в попереднє положення після ретенції. Таким чином, консенсус доказових даних показує, що зайвої проклінації нижніх різців можливо уникнути запланованою тривалою ретенцією.

4.4 Стабільність виправленого відкритого прикусу непередбачувана. Одне дослідження звітує, що рецидив виникає у більш ніж третині випадків, якщо передній відкритий прикус був більше 3 мм, на протязі мінімум 9 років після ретенції. Немає провісників, які могли б передбачати рецидив. Не зважаючи на те, що ретейнери з закусочними жувальними поверхнями, як правило, рекомендують для лікування відкритого переднього прикусу, немає опублікованих контрольованих досліджень їхньої ефективності.

4.5 Результати лікування після ретенції у

дорослих з аналогічними протоколами ретенції, показували щонайменше таку ж стабільність, як і у підлітків, щодо всіх клінічно значущих факторів, включаючи серединну лінію, сагітальну щілину, неправильний прикус, співвідношення молярів та положення різців. Крім того, Richardson демонструє, що більшість погіршень в положенні нижніх різців відбувається в період пізньої юності та на початку дорослого життя, причому у віці старше 21 року зміни виражені набагато менше.

4.6. В даний час немає високоякісних доказів стосовно типу ретейнера та їх несприятливого впливу на здоров'я зубів і ясен.

## V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

Для виконання Уніфікованого клінічного протоколу «Ортодонтична ретенція», при розробці локальних протоколів медичної допомоги необхідно застосовувати медичні вироби, які марковані національним знаком відповідності.

### 5.1. Первинна медична допомога

**5.1.1. Кадрові ресурси:** лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (медичними сестрами загальної практики).

### 5.2. Вторинна медична допомога

**5.2.1. Кадрові ресурси:** лікарі-стоматологи, лікарі-стоматологи-ортоданти, лікарі-стоматологи-терапевти, лікарі загальної практики сімейні лікарі.

### 5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

**Оснащення:** відповідно до таблицю оснащення стоматологічного кабінета, відповідно до таблицю оснащення зуботехнічної лабораторії.

**Медичні вироби:** силіконові відбиткові матеріали, фотополімерні композитні матеріали, плетена стальна дуга діаметром 0,14 дюйму.

Зуботехнічна лабораторія повинна мати ліцензію на провадження господарської діяльності згідно чинного законодавства України.

## VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Форма первинної облікової документації № 043-1/о «Медична карта ортодонтичного пацієнта»**, затверджена наказом МОЗ України від 29.05.2013 № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 р. за № 990/23522.

### 6.1 Перелік індикаторів якості медичної допомоги

**6.1.1 Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу «Ортодонтична ретенція».**

**6.1.2 Наявність у лікаря-стоматолога-ортодонта локального протоколу «Ортодонтична ретенція».**

Директор Медичного департаменту  
МОЗ України

В. Кравченко



**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**  
Мария Кляйнрок

Издательство: ГалДент  
К-во страниц: 256 с., 108 илл., твердый  
Год издания: 2015

Книга, способствующая более успешной диагностике и лечению функциональных нарушений жевательного аппарата, распространению способов предотвращения сопутствующих заболеваний. Советы известного специалиста, профессора Марии Кляйнрок, по методикам диагностики и лечения дисфункций двигательной части жевательного аппарата в доступной форме, на примерах из собственного многолетнего опыта.

**Гал Дент**  
ВИДАВНИЦТВО

<http://galdent.com.ua>

По вопросам приобретения обращайтесь:

СП «Промед»  
тел. 0(44) 278-73-64

ФЛ-П Сидоренко В.С.  
тел. 0(67) 449-31-24