

Клинические рекомендации
Ретенированные зубы (K01.0)

Коды по МКБ 10: K01.0

Нарушение прорезывания зубов
Ретенированные зубы

Возрастная категория: дети/взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 202___ (не реже ___ в ___)

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- **Стоматологическая Ассоциация России**
- **Профессиональное общество ортодонт.**

Оглавление	2
Список сокращений	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	7
2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования	9
2.4 Лучевая диагностика	10
2.5 Иные диагностические исследования	12
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	13
3.1 Консервативное лечение	13
3.2 Хирургическое лечение	16
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	17
6. Организация оказания медицинской помощи	18
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	18
Список литературы	19
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	24
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..	25
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	28
Приложение В. Информация для пациента.....	32

Приложение Г. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения пациентов с ретенрованными зубами.....	37
Приложение Д. Критерии оценки качества медицинской ортодонтической помощи пациентам с ретенрованными зубами.....	41

Список сокращений

- МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра
- в/ч – верхняя челюсть
- н/ч – нижняя челюсть
- ВЗР – верхний зубной ряд
- НЗР – нижний зубной ряд
- ЗЧС – зубочелюстная система
- КТ – компьютерная томография
- ОПТГ – ортопантограмма челюстей
- ТРГ – телерентгенограмма головы
- ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав
- ГИ – гигиенический индекс
- ЧЛО – челюстно-лицевая область
- ЭМГ – электромиография
- ЭМТМ – электромиотонометрия
- КГ – кинезиография
- РЗ – ретенрованный зуб

Термины и определения

- **Окклюзия** – смыкание зубов.
В ортодонтии: смыкание зубов при привычном положении нижней челюсти.
- **Дизокклюзия** – отсутствие смыкания.
- **Мезиально** - ближе к срединной плоскости. **В ортодонтии:** смещение зубов по направлению к средней линии зубного ряда.
- **Дистально** – дальше от средней линии зубного ряда.
- **Макрогнатия** – увеличение размеров челюсти.
- **Микрогнатия** - уменьшение размеров челюсти.
- **Прогнатия** – смещение челюсти вперед.
- **Ретрогнатия** – смещение челюсти назад.
- **Прогения** – выдвижение подбородка.
- **Механически действующие ортодонтические аппараты** – ортодонтические аппараты, содержащие в своей конструкции источники механической силы.
- **Функционально действующие ортодонтические аппараты** - ортодонтические аппараты, использующие силу мышц.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Ретеннированный зуб - зуб, остановившийся в своем прорезывании в челюсти [5].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Этиология ретенции зубов изучена недостаточно. Причины их ретенции различны. Чаще всего это:

- наличие одного или нескольких сверкомплектных зубов, расположенных на пути их прорезывания;
 - ранняя потеря отдельных зубов в результате кариеса или его последствий;
 - мезиальная миграция позади расположенных зубов;
 - отсутствие места в зубном ряду для постоянного зуба;
 - наклон соседних в сторону дефекта после потери отдельных временных зубов, что служит препятствием для прорезывания постоянного зуба.
- Неправильное расположение РЗ вызывают различные причины:
- неправильное отшнуровывание зачатков зубов в челюсти: в периоде эмбрионального развития;
 - наличие уплотненной костной ткани на пути их прорезывания;
 - изменение расположения зачатков в результате хронического воспалительного процесса в области корней временных зубов, а именно их оттеснения грануляционной тканью;
 - травматическое повреждение челюстей, вызвавшее смещение зачатков зубов и их неправильное формирование;
 - изменение расположения зачатков под давлением развивающейся кисты;
 - при онкологических процессах;
 - наследственная предрасположенность.
 - недоразвитие зубных рядов и челюстей в результате перенесенных болезней в раннем детском возрасте, в частности при рахите; эндокринных нарушениях; гипертиреозе; туберкулезе и др. Те же причины могут вызвать так называемую полуретенцию зубов, т.е. их недопрорезывание.

При недоразвитии челюстей, плохом гигиеническом содержании полости рта и множественном кариесе в периоде прорезывания первых постоянных моляров может происходить ранняя резорбция дистальных корней вторых временных моляров, раннее выпадение этих зубов, мезиальный наклон постоянных моляров, что может явиться причиной ретенции вторых премоляров. Отсутствие трем или их слабая выраженность в конечном периоде временного прикуса является неблагоприятным прогностическим признаком для правильного прорезывания и установления передних зубов в зубные ряды. При таких нарушениях и сопутствующих неблагоприятных условиях повышается риск ретенции зубов [15].

Макродентия, как индивидуальная, так и абсолютная, при узком и длинном лице, приводит к тесному положению зубов, недостатку места в зубной дуге при их прорезывании, что способствует (при других неблагоприятных

условиях) ретенции зубов.

Отсутствие резорбции корня временного зуба при ретенции замещающего его постоянного также является причиной ретенции.

- Неправильное глотание – прокладывание языка между зубами
- Вредные привычки: сосание соски, языка, пальцев, предметов,
- Нарушение носового дыхания
- Неправильное искусственное вскармливание
- Травмы ЧЛО [27]
- Потеря временных резцов ВЧ в результате травмы, кариеса и его осложнений

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

Ретенция зубов встречается у 1% - 8%, из нуждающихся в ортодонтическом лечении – от 4,5% до 19,8% [11, 15, 20, 23].

1.4 Особенности кодирования по МКБ 10

K07 Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]

K01.0 Аномалии соотношений зубных дуг

Ретенированные зубы

1.5. Классификация заболевания или состояния

1.5.1 По выраженности угла наклона ретенированных зубов выделяют 3 степени:

I степень наклона продольных осей комплектных ретенированных зубов к горизонтальной линии (передних) или к окклюзионной плоскости (боковых): – до 105°;

II степень – от 105° до 120°;

III степень – более 120°.

Уровни расположения ретенированных зубов в альвеолярном отростке верхней челюсти определяют, проведя 2 горизонтальные линии: через точки ANS и Pr (простион – наиболее передняя точка альвеолярного гребня верхней челюсти в медианном сечении при ориентации черепа по франкфуртской горизонтали). Пространство между этими линиями делят по горизонтали на 4 равные части (поля).

Глубину (уровень) расположения ретенированных зубов определяют по **нахождению режущих краев резцов и бугров клыков в одном из названных полей.** Наиболее неблагоприятным для прогноза ортодонтического лечения является положение ретенированных зубов на двух верхних уровнях. При

необходимости выполняют компьютерную томографию. На компьютерных томограммах проводят детализацию расположения ретенированных зубов.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния

Ретенированными бывают как сверхкомплектные зубы, так и постоянные комплектные; крайне редко наблюдается ретенция отдельных временных зубов. Для раннего выявления признаков ретенции зубов необходимо тщательно обследовать пациентов, изучить размеры зубов и зубных рядов, нарушения прикуса, сопоставить полученные данные с особенностями формирования лица, что обеспечивает более точную диагностику. Для планирования и прогнозирования результатов лечения важно уточнить глубину залегания ретенированного зуба по отношению к вершине альвеолярного отростка. Эти сведения в сочетании с определением степени формирования верхушек корней ретенированных зубов важны для определения прогноза лечебных мероприятий. Сравнивают степень формирования корней одноименных зубов на обеих половинах одной челюсти. Если верхушки корней ретенированного зуба еще не полностью сформированы, то прогноз лечения более благоприятный, чем после завершения их формирования. Ортопантограммы челюстей используют для изучения углов наклона продольных осей ретенированных и соседних зубов в переднем участке по отношению к срединной плоскости лицевого отдела черепа. Углы наклона продольных осей премоляров и моляров изучают по отношению к основанию челюстей. Сверхкомплектные зубы, как прорезавшиеся, так и ретенированные обычно вызывают нарушения формирования зубных рядов.

2. Диагностика заболевания или состояния

Диагностика ретенции зубов включает сбор анамнеза, клинический осмотр и дополнительные методы обследования.

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;
- невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психоэмоциональных особенностей ребенка (снятие оттисков для диагностических моделей челюстей у маленьких детей затруднено);
- ограничения в проведении некоторых исследований (ОПТГ челюстей и ТРГ головы до 6 лет не разрешены приказом МЗ РФ).

2.1 Жалобы и анамнез

Необходимо выяснить у ребенка или у его родителей:

2.1.1. Жалобы на данный момент и в анамнезе.

Следует уточнить в каком возрасте прорезались первые временные зубы. Каково было вскармливание (естественное, искусственное), были ли вредные привычки, такие, например, как сосание пальцев. Своевременно ли происходило прорезывание временных и постоянных зубов. Имелись ли сверхкомплектные зубы у родителей и родственников. В семьях, где родители, либо кто-нибудь из членов семьи имеют такую аномалию могут заметить нарушение рано, если зуб задерживается в прорезывании по сравнению с известными физиологическими сроками. Дети более старшего возраста и их родители могут предъявлять жалобы на эстетику, затруднение при откусывании и жевании, нарушение дикции, несмыкание губ.

2.1.2. Данные анамнеза:

- особенности течения беременности, наличие патологии, своевременность родов матери;
- особенности 1-го года жизни, тип вскармливания в первый год жизни;
- наличие соматических заболеваний и аллергических реакций, обязательно должна быть заполнена анкета о здоровье ребенка;
- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- своевременность прорезывания временных и постоянных зубов;
- наличие подобной аномалии у родственников;
- перенесенные травмы;
- наличие вредных привычек;
- предыдущие обращения к ортодонту – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось ортодонтическое лечение и его результаты.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.2 Физикальное обследование

Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 1).

При физикальном обследовании устанавливается клинический диагноз. В зависимости от поставленного диагноза выбирают дополнительные методы обследования лечения.

Внешний осмотр включает осмотр лица, особенности осанки.

- При осмотре лица определяют симметричность лица в фас, эстетику улыбки, вид профиля: прямой, выпуклый, вогнутый.
- Отмечают нарушение осанки – положение головы, выраженность или отсутствие физиологических изгибов позвоночника.

При осмотре полости рта определяют и оценивают:

- период формирования прикуса, наличие или отсутствие комплектных (сверхкомплектных) зубов, у детей - соответствие периода формирования прикуса возрасту ребенка;
- состояние зубных рядов, их форму, последовательность и симметричность расположения зубов в зубном ряду, наличие контактов между смежными зубами, наличие сверхкомплектных зубов;
- окклюзию зубных рядов в привычном положении нижней челюсти.

Целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента и его законных представителей перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- желание лечиться или отказ от лечения;
- общесоматическое состояние пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор метода лечения (бронхиальная астма, эпилепсия, состояние эндокринной системы, аллергические реакции и др.);
- выявление состояний, при котором противопоказано ортодонтическое лечение (состоит ли данный пациент на учете у психиатра).

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

2.3.1. Антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей

Медицинские услуги для антропометрической диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г.

Определяют:

- мезиодистальные размеры коронок верхних и нижних резцов, их сумму;
- Индекс Тонна;
- сумму мезиодистальных размеров 12 верхних и нижних постоянных зубов;
- ширину зубных рядов по А. Pont (с поправками по Линдеру и Харту): ширина верхнего и нижнего зубных рядов в области первых премоляров; ширина верхнего и нижнего зубных рядов в области первых постоянных моляров;

детям в периоде прикуса молочных зубов измерение проводят по методу Снагиной Н.Г. – в области вторых молочных моляров;

- ширину зубных рядов в области клыков по А.Б.Слабковской;
- длина переднего отрезка верхнего и нижнего зубных рядов по Korkhauz;
- ширина апикального базиса верхней и нижней челюстей;
- длину сегментных дуг по G.Gerlach, смещение коронок первых премоляров верхней челюсти по отношению к шовно-сосочковой поперечной линии по G.Schmuth;
- ширину и длину апикального базиса верхней и нижней зубных дуг по Howes;
- величину сагиттальной щели между верхними и нижними центральными резцами.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей необходимо для определения обусловленности возникновения ретенции зубов, степени ее выраженности, а также определении показаний к лечению, выбора метода лечения и тактики врача.

2.4 Лучевая диагностика

Медицинские услуги для лучевой диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г.

2.4.1.Рентгенологическое исследование необходимо для дифференциальной диагностики обусловленности возникновения ретенции зубов, определения степени выраженности, а также определения показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача.

Ортопантограмма челюстей и телерентгенограмма головы, выполненной в боковой проекции проводятся детям с ретенцией зубов в возрасте 6 лет и старше. Детям младше 6 лет – для исключения врожденной аномалии.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.4.1.1.Анализ ортопантомограмм челюстей.

Определяют аномалии количества зубов, аномалии положения зубов, наличие зачатков зубов, положение зачатков зубов, степень формирования корней зубов, симметричность расположения зубов по отношению к средней линии, наличие/отсутствие кариеса и его осложнений, степень выраженности угла наклона ретенированного зуба, уровень его расположения,

трансверсальные размеры верхней и нижней челюстей, их симметричность, размеры ветвей нижней челюсти и их симметричность, вертикальные размеры челюстей, аномалии костей носа, носовых пазух.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: анализ ортопантомограмм челюстей необходим для определения обусловленности возникновения и развития ретенции зубов, степени выраженности, а также определения показаний к лечению, выбора метода лечения и тактики врача.

2.4.1.2. Анализ телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции.

Анализ включает измерение и интерпретацию следующих параметров.

Угловые параметры, (градусы)

1. U1 / NL – наклон верхних центральных резцов к плоскости основания верхней челюсти;
 2. U6 / NL – наклон верхних первых моляров к плоскости основания верхней челюсти;
 3. L1 / ML – наклон нижних центральных резцов к плоскости основания верхней челюсти;
 4. I/I – межрезцовый угол;
 5. SNA – угол характеризующий положение апикального базиса верхней челюсти к основанию черепа;
 6. SNB – угол характеризующий положение апикального базиса нижней челюсти к основанию черепа;
 7. ANB – межапикальный угол;
 8. U3/NS – угол взаиморасположения верхнего клыка к плоскости основания черепа;
 9. NL/NSL – наклон плоскости основания верхней челюсти к основанию черепа;
 10. ML/NSL – наклон плоскости основания нижней челюсти к основанию черепа;
 11. NL/ML – межчелюстной угол;
 12. ML/ОсL – угол между телом нижней челюсти и окклюзионной плоскостью;
 13. NSBa – угол основания черепа;
 14. NSAr – положение ветви нижней челюсти относительно переднего отдела основания черепа;
 15. ArGoMe – нижнечелюстной угол;
 16. SArGo – угол ветви нижней челюсти;
 17. суммарный Bjork – сумма углов NSAr, SArGo, ArGoMe.
- 18.2. Линейные параметры (мм)
19. U1-NA – положение центрального верхнего резца к линии NA;
 20. L1-NB – положение центрального нижнего резца к линии NB,

- 21.U6-PtV – расстояние от дистальной поверхности верхнего первого постоянного моляра до вертикали крыло-небной фиссуры,
- 22.U1-NL – передняя верхняя зубоальвеолярная высота,
- 23.L1-ML – передняя нижняя зубоальвеолярная высота,
- 24.U6-NL – задняя верхняя зубоальвеолярная высота,
- 25.L6-ML – задняя нижняя зубоальвеолярная высота,
- 26.A'-Snp – длина основания верхней челюсти,
- 27.Pg'-Go – длина основания нижней челюсти,
- 28.Co-Go – длина ветви нижней челюсти с суставной головкой,
- 29.K-U1 – расстояние от точки К до центрального верхнего резца,
- 30.K-U3 – расстояние от точки К до верхнего клыка,
- 31.K-U6 – расстояние от точки К до первого верхнего моляра,
- 32.K-Po – расстояние от точки К до точки Po
- 33.N-S – длина переднего отдела основания черепа,
- 34.Wits-число – взаимоположение апикальных базисов челюстей относительно окклюзионной плоскости.

Анализ телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции позволяет также дать прогноз роста и период роста ребенка.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1. Функциональное исследование, включающее электромиографию, миотонометрию, обследование осанки. Рекомендуется детям с нарушением функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания для выяснения причины нарушения и назначения лечения у специалистов соответствующего профиля.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: нарушение функции дыхания, глотания, смыкания губ, речи, жевания, а также нарушения осанки и деформации позвоночника значительно усложняет лечение.

2.5.2. Медицинское фотографирование

Медицинское фотографирование необходимо для оценки эстетики лица, симметрии лица, вида профиля, ширины улыбки, выявления «десневой» улыбки, диастемы, трем и др.

Медицинское фотографирование включает:

- фотографии лица в привычном положении н/ч: фас, профиль, полупрофиль;
- фотографии лица с улыбкой в привычном положении н/ч: фас, профиль, полупрофиль;

- зубные ряды в окклюзии: фас, правая половина, левая половина, ВЗР, НЗР.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: диагностические мероприятия позволяют определить клиническую картину, период формирования ЗЧС, степень выраженности ретенции зубов, сопутствующие заболевания, что позволяет выбрать метод и тактику лечения с учетом возраста пациента.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, физиотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

Основные принципы ортодонтического лечения детей с ретенцией зубов

1. При планировании ортодонтического лечения приоритетным должно быть сохранение зубов, нормализация функции ЗЧС.
2. Нельзя начинать лечение без подготовительных мероприятий, если таковые необходимы: санация полости рта, коррекция гигиенических навыков, нормализация (улучшение) носового дыхания, нормализация (улучшение) осанки, пластика уздечки языка, губ, устранение вредных привычек.
3. Ортодонтические конструкции (аппарат) должны обеспечивать возможности оптимальной гигиены полости рта.
4. Ортодонтические конструкции (аппарат) должны быть безопасными для ребенка, не травмировать слизистую.
5. Ортодонтическая конструкция (аппарат) должна изготавливаться с учётом возможности ребенку самостоятельно припасовывать и извлекать ее изо рта.
6. Родители (опекуны) должны быть проинформированы о целях и задачах лечения, предназначении и механизме действия конструкции, режиме пользования конструкцией, уходом и гигиеной полости рта во время ортодонтического лечения.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

Цель лечения детей с ретенцией зубов включает одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- восстановление функции откусывания, жевания, смыкания губ и речи;
- устранение перегрузки пародонта зубов, предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- создание правильных окклюзионных контактов;
- восстановление эстетики лица и зубов, создание красивой улыбки;
- повышение качества жизни пациентов;
- предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с ретенцией зубов.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

Консервативное (аппаратное) ортодонтическое лечение детей с ретенцией зубов показано при расположении ретенированного зуба в первом уровне, I степени угла наклона. Выбор ортодонтического аппарата зависит от возраста пациента, периода формирования прикуса, обусловленности аномалии.

Лечение детей в периоде смены зубов и периоде формирования прикуса постоянных зубов следует направлять на

- создание условий для роста в/ч, н/ч (при микрогнатии),
- расширение и удлинения ВЗР, НЗР (при их сужении и/или укорочении)

Ортодонтические аппараты, применяемые для оптимизации роста в/ч могут быть съёмными, внутриротовыми, одночелюстными или двучелюстными, одночелюстного действия, двучелюстного действия или одночелюстные межчелюстного действия; механически действующие, функционально действующие или комбинированного действия [15, 23].

Для достижения поставленной цели в конструкцию ортодонтического аппарата должны входить следующие элементы.

- Базис аппарата.
- Фиксирующие элементы.
- Винт ортодонтический (при сужении, укорочении).
- Губные пелоты для устранения давления верхней губы на в/ч.
- Боковые щиты для устранения давления мягких тканей щёк на в/ч.
- Искусственные пластмассовые зубы в области отсутствующего (ретенированного) зуба.

- Накусочная площадка (для стимулирования прорезывания ретенированного зуба).

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: конструкцию аппарата выбирает врач-ортодонт в зависимости от обусловленности РЗ, степени выраженности, особенностей клинической картины, психо - эмоционального состояния ребенка, способности его к сотрудничеству, степени ответственности и мотивации родителей или законных представителей ребенка.

Можно применять как стандартные аппараты, хорошо зарекомендовавшие себя в практике (регулятор функции Френкеля I, II, III типов, аппарат Персина, в случаях сочетания РЗ с сагиттальными аномалиями окклюзии, базисные пластинки на в/ч, н/ч с винтом для расширения, пружиной Коффина, включающие в себя искусственные зубы в области ретенированных зубов и др.), так и комбинации различных элементов механического или функционального действия [15, 17, 18, 19, 23].

Во избежание осложнений при выборе аппарата для ортодонтического лечения следует учитывать не только показания, но и противопоказания.

Нельзя проводить

- перемещение ретенированного зуба без достаточного места для него в зубном ряду;
- реплантацию ретенированного зуба с несформированным корнем.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2).

Лечение в периоде прикуса постоянных зубов следует направлять на нормализацию положения зубов и нормализацию окклюзионных контактов. Для лечения можно использовать как несъемную ортодонтическую аппаратуру (брекет-системы различной прописи, вида лигирования и расположения), так и съемную («элайнеры», каппы, «корректоры»), зарегистрированные в РФ и рекомендуемые к применению согласно государственному реестру медицинских изделий [9].

3.2. Хирургическое лечение.

В том случае, когда выбран метод частичного обнажения коронковой части ретенированного зуба с последующей фиксацией на его эмаль металлической кнопки и вытяжением при помощи брекет-системы обеспечивается постепенное установление ретенированного зуба в зубной ряд. Срок лечения может занять несколько месяцев [9, 23].

В случае, когда выбран метод реплантации, необходимо чтобы корень ретенированного зуба был сформирован, места в зубном ряду было достаточно, депульпировать ретенированный зуб не следует. Ретенированный зуб после установки в зубной ряд необходимо

зафиксировать шиной-скобой с помощью композитного материала. Шину-скобу можно снять через 2 месяца [23].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: метод реплантации является методом выбора в тех случаях, когда пациент изъявляет желание более быстро переместить ретенированный зуб в зубной ряд.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

После окончания ортодонтического лечения РЗ необходимым этапом является ретенция (сохранение) результатов. Для этого могут использоваться как съёмные, так и несъёмные ретенционные аппараты.

Следует обратить особое внимание на информирование пациента и его родителей о периоде ретенции и правилах пользования ортодонтическим ретенционным аппаратом. Сроки ретенционного периода зависят от периода формирования прикуса, возраста, метода лечения, но не менее 2-х лет. У взрослых пациентов срок ретенции может быть пожизненным.

После лечения с помощью несъёмной ортодонтической техники, применяют несъёмные ретейнеры, каппы, ретенционные пластинки. Выбор ретенционного аппарата зависит от индивидуальных особенностей вылеченного.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Исходя из современных представлений о возникновении РЗ профилактика должна осуществляться по трем направлениям:

1. Этиотропная профилактика.
2. Патогенетическая профилактика.
3. Общеукрепляющая профилактика.

5.1. Мероприятия этиотропной профилактики:

- 5.1.1. правильное искусственное вскармливание;
- 5.1.2. нормализация носового дыхания;
- 5.1.3. нормализация артикуляции языка;
- 5.1.4. устранение вредных привычек;
- 5.1.5. лечебная гимнастика для нормализации осанки;
- 5.1.6. своевременная санация полости рта;
- 5.1.7. коррекция гигиенических навыков.

5.2. Мероприятия патогенетической профилактики:

- 5.2.1. Лечебная гимнастика, массаж, использование стандартных аппаратов при наследственной форме РЗ.

5.3. Мероприятия общеукрепляющей профилактики:

5.3.1. здоровый образ жизни, устранение вредных привычек;

5.3.2. закаливание организма;

5.3.3. высокая физическая активность;

5.3.4. санитарно-просветительная работа.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: уже при первом посещении ребенком стоматолога нужно обратить внимание родителей, имеющих подобную аномалию на возможное развитие РЗ, обусловленное генетически. Раннее применение массажа, специальных сосок и пустышек в периоде формирования прикуса молочных зубов способствует нормальному росту и развитию всей ЗЧС.

5.4. Диспансерное наблюдение за пациентами с РЗ проводится с момента выявления аномалии до полного формирования прикуса постоянных зубов, в некоторых случаях, после окончания его формирования. Это необходимо даже в тех случаях, когда ортодонтическое лечение закончено и продолжения не требуется. Наблюдение не реже 1 раза в 6 месяцев.

6. Организация оказания медицинской помощи

Плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью [15, 19, 20].

Ортодонтическое лечение пациентов с РЗ, как правило, проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи пациентам с РЗ оказывается врачами-ортодонтами, врачами-стоматологами хирургами, врачами челюстно-лицевыми хирургами, врачами мануальными терапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1).

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

1. У пациентов, получивших лечение по поводу ретенции отдельных зубов, как правило сохраняется стабильный положительный результат. Особое внимание уделяется тем пациентам, которым была проведена реплантация ретенированного зуба. В этих случаях необходимо учитывать то, что теряется физиологическая подвижность реплантированного зуба и, в связи с этим могут возникнуть нарушения со стороны пародонта.
2. Реплантация является методом выбора в тех случаях, когда пациент отказывается от перемещения ретенированного зуба в зубной ряд при помощи несъемной техники, что требует более длительного времени.

Список литературы

1. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724)
3. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ / Науч. ред. А.Г. Колесник. — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII. — 248 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» применительно к стоматологии.
5. Персин, Л. С. Ортодонтия. Национальное руководство. В 2 т. Т.1. Диагностика зубочелюстных аномалий// Персина Л. С. - Москва: 2019- ГЭОТАР-Медиа, - 304 с.
6. Персин, Л. С. Ортодонтия. Национальное руководство. В 2 т. Т. 2. Лечение зубочелюстных аномалий / Персина Л. С. - Москва :2020 - ГЭОТАР-Медиа, - 376 с.
7. Персин Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование/Л.С.Персин// Учебно-методическое пособие. – М., 2010. – 44 с.
8. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Лечение зубочелюстнолицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами: Клинические

- и технические этапы их изготовления / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин. – Кн. I. – М.: Ортодент-Инфо, 1999. – 211 с.
9. Арсенина О.И., Стадницкая Н.П. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с ретенированными зубами // Новое в стоматологии. -1997. -Вып.1(51). - С.32-34.
 10. Будкова Т.С., Жигурт Ю.И., Хорошилкина Ф.Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения // Новое в стоматологии. -1997. -Вып.1(51). - С.46-53.
 11. Гиоева Ю.А. Прорезывание постоянных зубов в возрасте с 9 по 12 лет у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов / Ю.А. Гиоева, Е.В. Порохина, С.О. Янушевич. – // Труды VII Международной научно–практической конференции «Стоматология славянских государств» / под ред. А.В. Цимбалистова, Б.В. Трифонова, А.А. Копытова. – Белгород: Изд-во «БелГУ», 2014. – С. 70–72.
 12. Данилова М. А. Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно–лицевых аномалиях: учебное пособие / М. А. Данилова, П. В. Ишмурзин; ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России. – Пермь, 2017. – 140 с.
 13. Дегтярев С.А., Калужская С.М. Диагностика и комплексное лечение детей с ретенцией постоянных зубов // Смоленский медицинский альманах.-2020.-№3.- С.79-83.
 14. Ортодонтия: учебное пособие / А.Н.Карпов, М.А.Постников, Г.В.Степанов; ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России – Самара: ООО «Издательско-полиграфический комплекс «Право», 2020 – 319 с.
 15. Периодонтальный аспект при лечении ретенции резцов верхней челюсти / Eli E. Machtei, Karin Zyskind, Amos Ben –Yehouda // Квинтэссенция. -1991.-№№5,6. - С.335-338.
 16. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
 17. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 360 с.
 18. Профилактические мероприятия на этапах ортодонтического лечения: учебное пособие / Г.В.Степанов, С.Е.Чигарина, О.А.Багдасарова, М.А.Постников, Л.Г.Ульянова – Самара: ООО «Офорт», 2018. – 212 с.
 19. Степанов Г.В. Совершенствование методов диагностики и ортодонтического лечения пациентов с ретенированными зубами / М.А.Постников, Г.В. Степанов, А.С.Серегин, М.М.Кирилин, Л.Г. Ульянова // Стоматология детского возраста и профилактика.-№2(61).-2017.- С.28-31.
 20. Стоматологическая диспансеризация: учебное пособие / Г.В.Степанов, С.Е.Чигарина, О.А.Багдасарова, М.А.Постников, С.А.Попов, Н.В.Попов, Л.Г.Ульянова – Самара: ООО «Издательско-полиграфический комплекс «Право», 2019. – 200 с.

21. Хорошилкина Ф.Я., Жигурт Ю.И., Кузнецова Г.В. Особенности расположения ретенированных клыков на верхней и нижней челюстях // Казанский вестник стоматологии. - Казань. -1995. - Кн. 1. -С.38-40.
22. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 592 с.
23. Bilge O.M., Dayi E., Vocutoglu O. Ectodermal dysplasia: A case with impacted permanent teeth // Austr. J. Dent. -1995. -Vol.40, №4. - P.229-232.
24. Bishara S.E. Impacted maxillary canines: A review // Amer. J. Ortodont. - 1992. -Vol.101, №2. - P.159-171.
25. Brin I., Becker A., Zilberman Y. Resorbed lateral incisors adjacent to impacted canines have normal crown size // Amer. J. Ortodont. -1993. - Vol.104, №1. - P.60-66.
26. Brin I., Solomon Y, Zilberman Y. Trauma as a possible etiologic in maxillary canine impaction // Amer. J. Ortodont. -1993. -Vol.104, №2. - P.132-137.
27. Bringing impacted mandibular second premolars into occlusion / Y.Shapira, G.Borel, M.M.Kuftineck, O.Mahlieli // J. Amer. Dent. Ass. -1996. -Vol.127, №7. - P.1075-1078.
28. Canine impaction identified early with panoramic radiographs / S.J.Lindauer, L.K.Rubenstein, W.M.Hang et al. // J. Amer. Dent. Ass. -1992. -Vol.123, №3. - P.91-95.
29. Crawford L.B. Impacted maxillary central incisor in mixed dentition treatment / Amer. J. Orthodont. -1997. -Vol.112, №1. - P.1-7.
30. Hurez Ch., Recoing J. Protocol chirurgico-orthodontique de mise en place des canines retenues // Rev. Orthop. Dento faciale. -1993. -Vol.27, №1. - P.39-55.
31. Jacobs S.G. Palatally impacted canines: etiology of impaction and the scope for interception: Report of cases outside the guidelines for interception // Austr. dent. J. -1994. -Vol.39, №4. - P.206-211.
32. Jacobs S.G. The impacted maxillary canine: Further observations on etiology, radiographic localization, prevention/interception of impaction, and when to suspect impaction // Austr. dent. J. -1996. -Vol.41, № 5. - P.310-316.
33. Piesold J.U. Operative Entfernung retinierter Zähne mit Erhalt der Kieferkonturen // Quintessenz. -1992. - Bd.43, №6. - S.925-933.
34. Sabry R Les accidents d'éruption des incisives centrales superieures dus à des dents surnuméraires: Diagnostic précoce et traitement // Rev. Orthop. Dento faciale. -1992. -Vol.26, №3 - P.519-527.
35. The resolution of palatally impacted canines using palatal-occlusal force from a buccal auxiliary / S.Kornhauser, Y.Abed, D.Harari, A.Becker // Amer. J. Ortodont. -1996. - Vol.110, №5. - P.528-533.

36. Treatment of a Class II malocclusion with impacted maxillary central incisors / W.N.Prillaman II, C.R.Macon, B.E.Visser, R.J.Isacson // Amer. J. Ortodont. -1998. - Vol.112, №4. - P.367-371. - Библ.: 1.

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру
клинических рекомендаций**

- 1. Степанов Григорий Викторович** – зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, д.м.н.;
- 2. Ульянова Людмила Григорьевна** – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, к.м.н.;
- 3. Постников Михаил Александрович** - зав. кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, д.м.н.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:
Врачи-ортодонты
Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
I (1)	<p>Проспективные рандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных</p> <p>Крупные мета-анализы</p> <p>Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование</p> <p>Репрезентативная выборка пациентов</p>
II (2)	<p>Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных</p> <p>Несколько исследований с небольшим количеством пациентов</p> <p>Хорошо организованное проспективное исследование когорты</p> <p>Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне</p> <p>Результаты не презентативны в отношении целевой популяции</p> <p>Хорошо организованные исследования «случай-контроль»</p>
III (3)	<p>Нерандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Исследования с недостаточным контролем</p> <p>Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками</p> <p>Ретроспективные или наблюдательные исследования</p> <p>Серия клинических наблюдений</p> <p>Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию</p>
IV (4)	<p>Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные</p>

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
А	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
В	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг побочных явлений
С	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) или нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии. Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
D	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности,	Не рекомендовано

	показывающие превосходство пользой	значительное риска над	
--	--	---------------------------	--

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года.

Приложение А3. Связанные документы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. N620 «Об утверждении протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».
2. . Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. N 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
3. Клинические рекомендации:
Ретенированные зубы (K01.0)

Приложение Б. Диагностический алгоритм действий врача



Приложение Б2. Алгоритм действий врача

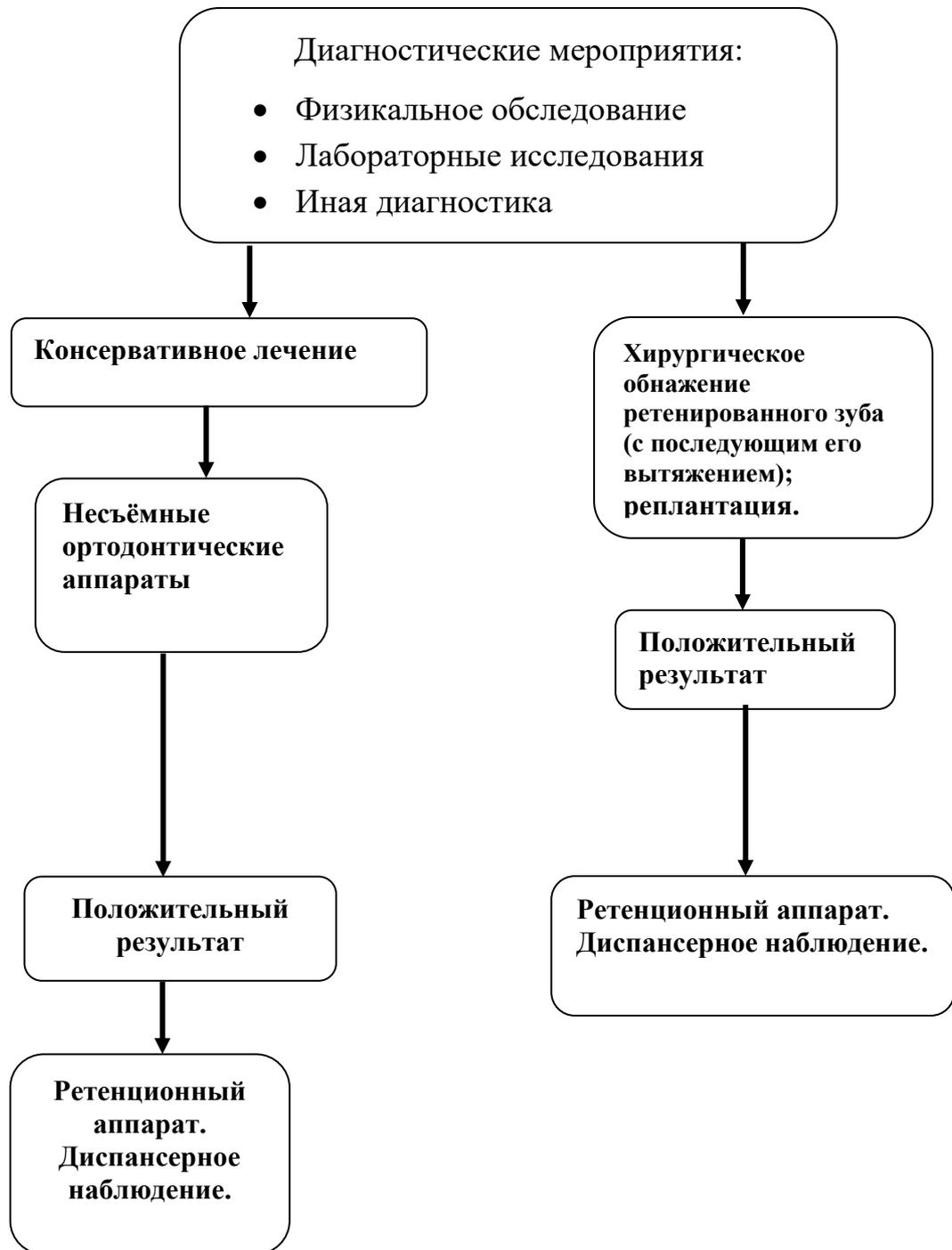
Период временных зубов, период смены зубов



Приложение Б2. Алгоритм действий врача

Период постоянных зубов (растущий пациент)



Приложение Б3. Алгоритм действий врача**Период постоянных зубов (взрослый пациент)**

Приложение Б 4. Алгоритм действий врача.

Терапевтические задачи и, методы лечения при лечении пациентов с ретенцией зубов.

Вид аномалии	Терапевтические задачи	Методы решения	Метод лечения	Виды ортодонтической техники
Аномалии прорезывания зубов				
Ретенция зуба	Нормализация размера ВЗР, нормализация окклюзии, создание места для непрорезавшегося зуба	Увеличение промежутка в ВЗР для ретенированного зуба, протезирование	Ортодонтический Протетический, физиотерапевтические мероприятия	Пластиночные аппараты. Брекет-система
Верхняя микрогнатия	Стимулирование роста в/ч, увеличение в/ч, нормализация окклюзии	Увеличение размера ВЗР.	Ортодонтический, хирургический	Аппараты: FR-III Персина, Пластиночные аппараты. Брекет-система

Приложение В.

В1. Информация для пациента

Памятка по пользованию съёмными ортодонтическими аппаратами

1. Съёмные ортодонтические аппараты необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также промывать после еды по мере возможности.
2. Во избежание поломки, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари).
3. Если появляется болезненность или какая-нибудь неловкость, нужно прийти к врачу для исправления.
4. Перед приходом надо носить ортодонтические аппараты несколько часов, чтобы врач мог видеть то место, где съёмное ортодонтическое устройство причиняет боль.
5. С ортодонтическими аппаратами нужно спать.

6. Съёмные ортодонтические аппараты выполнены из разнообразных пластмасс, поэтому во избежание их поломки, не допускайте их падения на твердые поверхности.
7. По мере образования жесткого зубного налета на ортодонтических аппаратах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
8. При ухудшении фиксации ортодонтических аппаратов необходимо обратиться к врачу-ортодонт.
9. В случае поломки или возникновения трещины в базисе съёмного ортодонтического аппарата пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортодонтии для починки.
10. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому проводить исправления, починку или другие воздействия на ортодонтические аппараты.

Памятка по пользованию несъемными ортодонтическими аппаратами

1. Несъёмные ортодонтические аппараты – брекететы - необходимо чистить зубной щеткой с пастой также как зубы три раза в день, особое внимание уделять межзубным промежуткам, пришеечной части зубов, поверхности вокруг брекета, используя ортодонтические щетки, ёршики и зубные нити. После еды полость рта следует полоскать для удаления остатков пищи. Чистку зубов следует проводить после завтрака, после обеда и перед сном после последнего приема пищи.
2. Не рекомендуется жевать жевательную резинку, вязкие пищевые продукты.
3. Во избежание поломки или расфиксирования брекетов не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
4. При расфиксации брекета, ортодонтического кольца необходимо немедленно обратиться к врачу-ортодонт, Признаками нарушения фиксации могут быть подвижность кольца или брекета, неприятный запах изо рта.
5. При появлении болезненных ощущений в области зубов, воспаления и травмы десны следует срочно обратиться в клинику к врачу-ортодонт.

Приложение В. Информация для пациентов

В2. Информированное согласие (образец)

ФГБОУ ВО МГМСУ им А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ

Клинический центр челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии

(полное название лечебно-профилактического учреждения)

Информированное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)

Я, **ФИО родителя пациента, мама/папа дочери/сына ФИО пациента**
(фамилия, имя, отчество)

Находясь на лечении в **в ортодонтическом отделении** отделении, уполномочиваю врачей:

ФИО врача ортодонта
(фамилия, имя, отчество)

Выполнить мне манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть) **осмотр, диагностику, ортодонтическое лечение**

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим течением этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после неё могут возникнуть, появиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных обстоятельств. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент **подпись и расшифровка подписи родителя пациента, число**
(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять пациента, дата)

Врач **подпись и расшифровка подписи врача, число**
(подпись лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, фамилии, имена, отчества, дата)

ФГБОУ ВО МГМСУ им А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ

Клинический центр челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии

(полное название лечебно-профилактического учреждения)

Информированное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)

Я, **ФИО пациента старше 18 лет**

(фамилия, имя, отчество)

Находясь на лечении в **в ортодонтическом отделении** отделении, уполномочиваю врачей:

ФИО врача ортодонта

(фамилия, имя, отчество)

Выполнить мне манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть) **осмотр, диагностику, ортодонтическое лечение**

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим течением этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после неё могут возникнуть, появиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных обстоятельств. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент **подпись и расшифровка подписи, число**

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять пациента, дата)

Врач **подпись и расшифровка подписи врача, число**

(подписи лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, фамилии, имена, отчества, дата)

Приложение № 2 к Договору
№ _____ от _____ 20__ г.

Соглашение

об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг в клинических структурных подразделениях

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
(информированное добровольное согласие)

г. Москва

Я, пациент **ФИО пациента (мамы/папы пациента)**
медицинская карта № _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ (далее - договор), желаю получить платные медицинские услуги в клинических структурных подразделениях (далее - КСП) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (далее - МГМСУ), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников МГМСУ полную информацию о возможности и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, выражаю свое согласие и желание на оказание мне платных медицинских услуг и готовность их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено, и я согласен, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% положительный результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, обусловленные биологическими особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинскими вмешательствами.

4. Я согласен с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, МГМСУ не несет ответственности за возникновение побочных эффектов и осложнений.

5. Я согласен с тем, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) выполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников МГМСУ.

6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом МГМСУ и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним в случаях и порядке, установленных договором.

7. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения.

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных медицинских услуг в МГМСУ.

9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

10. Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: подпись и расшифровка подписи Исполнитель: _____
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

число

_____ 20__ г.

(подпись) (Ф.И.О. ответственного лица)

_____ 20__ г.

Приложение Г. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения пациентов с ретенированными зубами

Таблица 1. Номенклатура медицинских услуг применительно к стоматологии: для диагностики и лечения пациентов с ретенированными зубами

Раздел А	
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
A01.07.001.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта
A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
A01.07.003	Пальпация органов полости рта
A01.07.003.001	Пальпация при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
A01.07.004	Перкуссия при патологии полости рта
A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта, включая черепно-челюстнолицевой области
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда
A02.07.004	Антропометрические исследования
A02.07.006	Определение прикуса
A02.07.006.001	Определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги
A02.07.009	Одонтопародонтограмма

A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти
A02.07.011	Аксиография височно-нижнечелюстного сустава
A02.07.012	Функциография при патологии зубочелюстной системы
A02.07.013	Функциональные жевательные пробы
A04.07.004	Ультразвуковое исследование языка
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография
A06.07.004	Ортопантомография
A06.07.004.001	Спиральная компьютерная ортопантомография
A06.07.006	Телерентгенография челюстей
A14.07.007	Оценка состоятельности глотания
A14.07.008	Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта
A16.07.046	Ортодонтическая коррекция несъёмным ортодонтическим аппаратом
A16.07.047	Ортодонтическая коррекция съёмным ортодонтическим аппаратом
A16.07.048	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем
A16.07.053.001	Снятие, постановка коронки, кольца ортодонтических
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт
A16.07.082	Сошлифовывание твёрдых тканей зуба
A23.07.001	Услуги по обслуживанию ортодонтических аппаратов
A23.07.001.001	Коррекция съёмного ортодонтического аппарата
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата

A23.07.002.031	Изготовление коронки металлической штампованной
A23.07.002.033	Изготовление частичного съёмного протеза
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками
A23.07.002.061	Изготовление позиционера
A23.07.002.063	Изготовление съёмной пластинки из пластмассы без элементов (накусочной пластинки)
A23.07.002.065	Изготовление элайнера
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.002	Назначение диетического питания при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов

Раздел Б

V01.063.001	Приём (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный
V01.063.002	Приём (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный
V01.065.005	Приём (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный
V01.065.006	Приём (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный

Клинические и лабораторные этапы изготовления функциональных аппаратов

№	Этапы изготовления	Клинические / лабораторные	Исполнитель
1.	Получение оттисков с челюстей	Клинический	Врач-ортодонт
2.	Изготовление рабочих моделей челюстей	Лабораторный	Зубной техник
3.	Изготовление прикусного шаблона	Лабораторный	Зубной техник
4.	Определение конструктивного прикуса	Клинический	Врач-ортодонт
5.	Гравировка моделей	Клинический	Врач-ортодонт
6.	Гипсовка моделей в окклюдаторе /артикуляторе	Лабораторный	Зубной техник
7.	Нанесение изоляционного слоя	Лабораторный	Зубной техник
8.	Изготовление губных пелотов	Лабораторный	Зубной техник
9.	Изгибание и приклеивание металлических деталей	Лабораторный	Зубной техник
10.	Контроль металлических деталей	Клинический	Врач-ортодонт
11.	Изготовление пластмассового базиса аппарата, обработка и полировка аппарата	Лабораторный	Зубной техник
12.	Припасовка аппарата в полости рта	Клинический	Врач-ортодонт

**Приложение Д. Критерии оценки качества медицинской
ортодонтической помощи пациентам с ретенированными зубами**

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	А	1
2.	Были ли получены рабочие и вспомогательные оттиски	А	1
3.	Было ли определено и зафиксировано центральное соотношение челюстей (или центральная окклюзия) (если изготавливался съемный двучелюстной ортодонтический аппарат)	А	1
4.	Была ли выполнена проверка конструкции съемного ортодонтического аппарата	В	2
5.	Соблюдалась ли последовательность всех клинических этапов при изготовлении съемного ортодонтического аппарата	В	2
6.	Соблюдалась ли последовательность всех лабораторных этапов при изготовлении съемного ортодонтического аппарата	В	2
7.	Коррекция (активирование) съемного ортодонтического аппарата проводилась не позднее 14 дней после наложения	А	1
8.	Динамическое наблюдение 1 раз в 6 недель	В	2
10.	Был ли пациент и его родители проинформированы о правилах пользования аппаратом	А	1