



OPIS PROGRAMU
ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI
Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI

Warszawa, 2007 rok

1. Uzasadnienie celowości wdrożenia programu

Opis problemu

Częstość występowania rozszczepów w obrębie części twarzowej czaszki wg różnych źródeł wynosi od 1 do 2 na 1 000 żywo urodzonych noworodków. Według Europejskiego Rejestru Wad Rozwojowych (EUROCAT), w którym zebrane są dane z 20 państw europejskich wskaźnik występowania w/w rozszczepów wynosi 1,55 na 1 000. W Polsce przybywa rocznie na około 400 000 żywo urodzonych noworodków, 800 dzieci z rozszczepem (dane z roku 2000). Wśród nich 40% to dzieci z najbardziej nasiloną postacią wady – całkowitym jedno- i obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego - Q 37.

Wrodzone wady rozwojowe twarzowej części czaszki stanowią rosnący problem społeczny. Wśród wrodzonych wad rozwojowych twarzowej części czaszki izolowane rozszczepy podniebienia pierwotnego i wtórnego zaliczane są do najpoważniejszych i jednocześnie najczęściej występujących. Jest to wada uwarunkowana wieloczynnikowo, dobrze zdefiniowana i łatwo rozpoznawana już w chwili urodzenia na podstawie obecności szczeliny w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego szczęki i/lub podniebienia.

Bardzo często rozszczep podniebienia, niedorozwój kości twarzy, a zwłaszcza szczęki i żuchwy, gotyckie podniebienie, makrognacja i mikrognacja, makrogenia i mikrogenia, prognacja, asymetria twarzy, progenia, zgryz głęboki całkowity, nadzgryz (zgryz głęboki częściowy), zgryz krzyżowy, niedorozwój stawu skroniowo-żuchwowego, skośne wyrostki zębodołowe są cechami zespołów wad wrodzonych zlokalizowanymi w obszarze twarzowej części czaszki.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Wad Wrodzonych będącej częścią Międzynarodowej Klasyfikacji i Problemów Zdrowotnych wady wrodzone są oznaczone literą Q i liczbami (liczbami oznaczone są wyodrębnione grupy wad wrodzonych). Rozszczepy podniebienia oznaczone są następująco: Q-35 rozszczep podniebienia, Q-35 rozszczep wargi i Q-37 rozszczep wargi wraz z rozszczepem podniebienia. Literą Q i liczbami 89, oznaczone są inne wady lub zespoły wad wrodzonych a liczbami 90-99 aberracje chromosomowe.

Waga problemu

Zniekształcenia morfologiczno-czynnościowe w przypadku wad rozwojowych dotyczą odmiennej budowy czaszki, twarzy, szczęk i zębów oraz zaburzeń w czynności narządu

żucia. Szczelina w obrębie wargi i podniebienia prowadzi do zachwiania równowagi czynnościowej struktur części twarzowej czaszki i tworzenia deformacji rzutujących na wygląd twarzy, ustawienie zębów i mowę, które odbijają się niekorzystnie na rozwoju psychicznym i społecznym. Znacznie nasilone odchylenia w ustawieniu i w sposobie zwierania się zębów wymagają specjalistycznego ortodontycznego leczenia głównie z tego powodu, że konieczność leczenia wtórnych zniekształceń szczęk oceniana jest w Polsce na 40% leczonych. Znacznie nasilone zniekształcenia wymagają poważnych i kosztownych zabiegów korekcyjnych, które dla pacjentów są dodatkowym obciążeniem psychicznym.

Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Dotychczasowe Programy obejmujące leczeniem osoby w wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki to:

- w latach 2000-2002 realizacja przez Ministerstwo Zdrowia – „Programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego”.
- w 2004 roku realizacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego na rok 2004”,
- w 2005 roku realizacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki na rok 2005”.
- w 2006-2007 roku realizacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia „Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”.

2. Cel Programu

Celem Programu jest objęcie specjalistycznym leczeniem ortodontycznym populacji osób z wrodzonymi wadami rozwojowymi typu rozszczepu podniebienia pierwotnego i/ lub wtórnego oraz anomalii twarzy w zakresie zależnym od rozwoju I i II łuku skrzelowego i ograniczenie u nich zniekształceń morfologiczno-czynnościowych w tym zakresie.

Cele pośrednie:

1. Wprowadzenie zasad postępowania w leczeniu osób z wszystkimi typami rozszczepów podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego.
2. Wprowadzenie zasad postępowania w leczeniu osób z wadami zgryzu współwystępującymi z innymi wrodzonymi wadami w obszarze głowy i szyi.
3. Podniesienie jakości oraz dostępności do specjalistycznej opieki ortodontycznej dla osób z wadami zgryzu współwystępującymi z innymi wrodzonymi wadami w obszarze głowy i szyi.

3. Sposób realizacji działań podejmowanych w ramach poszczególnych etapów Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

Opis populacji, którą należy objąć Programem:

1. Pacjenci z całkowitym jedno- i/ lub obustronnym rozszczepem podniebienia, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:
 - w okresie przedoperacyjnym: szeroka szczelina, znacznie wysunięta kość przysieczna,
 - pacjenci w okresie pooperacyjnym: zgryz krzyżowy częściowy boczny łącznie ze zgryzem krzyżowym częściowym przednim lub niedorozwojem przedniego odcinka szczęki u pacjentów Q37,1 oraz obustronny zgryz krzyżowy częściowy boczny u pacjentów Q37,0,
2. Pacjenci z rozszczepem podniebienia pierwotnego obustronnym Q36.0, pośrodkowym Q36.1, jednostronnym Q36.9, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:
 - odwrotny nagryz poziomy pojedynczych siekaczy i/lub zgryz krzyżowy (boczny),
 - miernie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy i zębów bocznych,
 - znacznie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy, odwrotny nagryz zębów bocznych i zgryz otwarty.
3. Pacjenci z rozszczepem wargi (Q36) i rozszczepem podniebienia (Q35), zgodnie z następującymi kryterium kwalifikacyjnym:

- piąty stopień zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN)
4. Pacjenci, u których stwierdzono wady zgryzu zakwalifikowane do 5 stopnia zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN) współistniejące z innymi wrodzonymi wadami w obszarze głowy i szyi: zespołem Aperta, zespołem Crouzona, zespołem Downa, zespołem Goldenhara, syndromem Pierre Robin, zespołem obojczykowo-czaszkowym, zespołem Treacher Collinsa, połowicznym niedorozwojem twarzy, dysplazją ektodermalną, wadami zgryzu u dzieci z porażeniem mózgowym, zespołem długiej twarzy, ankylozą stawów skroniowo-żuchwowych, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:
- zaburzone wyrzynanie zębów (z wyjątkiem zębów trzecich trzonowych) na skutek stłoczeń, przemieszczenia, obecności zębów nadliczbowych, zagłębionych zębów mlecznych i innych przyczyn patologicznych,
 - hipodoncja zębów wymagająca odbudowy protetycznej (więcej niż jeden ząb w kwadrancie) i wcześniejszego leczenia ortodontycznego,
 - nagryz poziomy przekraczający 9 mm,
 - odwrotny nagryz poziomy większy niż 3,5 mm z zaznaczoną niewydolnością mięśni i zaburzeniami mowy,
 - rozszczep wargi i podniebienia,
 - zagłębione zęby mleczne.
5. Osoby, które ukończyły 18 rok życia kontynuujące leczenie podjęte przed 1 stycznia 2007 roku w ramach realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia *Programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego* lub *Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego* lub *Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki*, realizowanych w latach 2004 – 2007 i spełniające poniższe kryteria:
- 1) znaczne zahamowanie poprzedniego rozwoju szczęki,
 - 2) znacznej ruchomości kości przysiecznej,
 - 3) mikrognacja,
 - 4) progenia,

5) laterogenia

towarzyszące rozszczepom oraz u tych osób, u których zabiegi chirurgiczne nie mogły zostać wykonane w okresie aktywnego leczenia ortodontycznego ze względów ogólnomedycznych.

Zasady postępowania w Programie

Od urodzenia do dnia operacji rozszczepu wargi: u dzieci z szerokimi rozszczepami i trudnościami pobierania pokarmu leczenie za pomocą płytki podniebiennej.

***Cel** – ułatwienie karmienia.*

Od 1 do 3 roku życia

Masaż wargi, kontrola stanu uzębienia i zgryzu, zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej, leczenie zgryzów krzyżowych w przypadku rozszczepów. W przypadku wad zgryzu towarzyszących innym wadom rozwojowym twarzy i części czaszki: kontrola stanu uzębienia i zgryzu, mioterapia, korekta guzków zębów mlecznych.

***Cel** – stworzenie korzystnych warunków rozwoju narządu żucia.*

Od 3 do 7 lat

Korekta wad zgryzu: metafilaktyka (uproszczone metody: aparaty standardowe, takie jak płytka przedsionkowa i standardowy korektor zgryzu - trener), leczenie czynnymi aparatami zdejmowanymi. Zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej.

***Cel** – wyeliminowanie hamującego oddziaływania na rozwój szczęki i żuchwy.*

Od 8 do 10 roku życia

Leczenie zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi, w tym aparatami standardowymi i czynnościowymi. W leczeniu tych zaburzeń mogą być stosowane aparaty stałe grubośluzkowe i/lub maska Delaire'a.

***Cel** – odtwarzanie miejsca dla zębów w trakcie wymiany uzębienia i oddziaływanie na strzałkowe przemieszczenie szczęki.*

Od 11 roku życia

Leczenie wad zgryzu zdejmowanymi i stałymi aparatami czynnymi i czynnościowymi. Rehabilitacja protetyczna (wrodzone braki zębów).

Cel – przygotowywanie łuków zębowych do zabiegów przeszczepów kostnych, osteotomii szczęki i/lub żuchwy, retencja po leczeniu ortodontycznym- przez wyrównanie zaburzeń zgryzowo-zębowych, dopełnienie wyników leczenia i odtwarzanie funkcji narządu żucia.

4. Warunki wykonywania świadczeń wymagane od realizatorów Programu

Świadczeniodawcy, którzy realizować będą Program muszą spełniać warunki techniczno-lokalowe określone zarządzeniu i przepisach odrębnych. Świadczeniodawcy powinni zapewniać kompleksowe leczenie dzieci z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki poprzez współpracę ze specjalistami z zakresu:

- 1) chirurgii plastycznej,
- 2) chirurgii szczękowo – twarzowej,
- 3) foniatry,
- 4) logopedii.

W ośrodku realizującym Program, musi być zatrudnionych minimum 2 lekarzy specjalistów z dziedziny ortodoncji, w tym jeden z co najmniej 5 letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych, z umiejętnością leczenia aparatami stałymi.

Czynności wykonywane przez lekarzy realizujących Program w ramach ryczałtu miesięcznego płaconego za objęcie opieką każdego pacjenta spełniającego wymogi kwalifikacyjne opisane w Programie:

- 1) pacjenta rozpoczynającego leczenie – prowadzenie dokumentacji według zasad określonych w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne– Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki oraz w odrębnych przepisach. W dokumentacji medycznej pacjenta do oceny zaburzeń zgryzu w przypadku rozszczepów całkowitych stosowany jest wskaźnik wg GOSLON,
- 2) pacjenta w wieku noworodkowym – przedoperacyjne kształtowanie szczęki: wykonanie i następnie korekta płytki podniebiennej w zależności od potrzeb – średnio co 3 tygodnie;

- 3) pacjenta w wieku pełnego uzębienia mlecznego – wykonanie aparatu zdejmowanego i jego aktywacja – 1 raz w miesiącu;
- 4) pacjenta w okresie uzębienia mieszanego (cztery zęby sieczne i dwa pierwsze stałe trzonowe) – wykonanie stałego aparatu gruboślukowego i jego aktywacja – 1 raz w miesiącu;
- 5) pacjenta w okresie uzębienia stałego – wykonanie pełnego cienkoślukowego aparatu stałego aktywowanego – 1 raz w miesiącu (w zależności od potrzeb wymiana łuków leczniczych, dodanie łuków segmentowych lub sprężynek, wyciągów zewnętrznych);
- 6) w przypadku wykonania zdejmowanej protezy – aktywacja i wykonanie protezy – 1 raz na 2 miesiące.