# Клинические рекомендации

**Рецессия десны (мелкое преддверие полости рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы) у пациентов детского возраста**

Код по Международной статистической классификации болезней проблем, связанных со здоровьем: К06.0

Возрастная категория: дети

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации - разработчики:

* Стоматологическая ассоциация России

# Оглавление

[Оглавление](#_3uthebgr91za) 2

[Список сокращений](#_30j0zll) 4

[Термины и определения](#_y5c5lypeh6al) 5

[1. Краткая информация](#_8v07nmkevuw) по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6

[1.1 Определение](#_1fob9te) заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6

[1.2 Этиология и патогенез](#_3znysh7) заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6

[1.3](#_2et92p0) особенности к[одирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классфикации болезней и проблем, связанных со здоровье](#_tyjcwt)м 6

1.4 [Классификация](#_3dy6vkm) заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6

[1.5 Клиническая картина](#_1t3h5sf) заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

[2. Диагностика](#_mmb7z4k3nc0a) заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

[2.1 Жалобы и анамнез](#_2s8eyo1) 7

[2.2 Физикальное обследование](#_17dp8vu) 8

[2.3 Лабораторные диагности](#_3rdcrjn)ческие исследования 9

[2.4 Инструментальные диагностическ](#_26in1rg)ие исследования 9

[2.5 Иные диагности](#_lnxbz9)ческие исследования 9

[3. Лечение](#_35nkun2), включая медкаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 10

[3.1 Консервативное лечение](#_1ksv4uv) 10

[3.2 Оперативное (хирургическое) лечение](#_44sinio) 10

[4. Медицинская реабилитация](#_jdq0cj1b3qpe) и санаторно — курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов 14

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение](#_3j2qqm3), медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 14

[6.](#_1y810tw) [Организация медицинской помощи](#_4i7ojhp) 15

7. [Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания](#_1y810tw) или состояния) 15

[Критерии оценки качества медицинской помощи](#_k4atswknwkvl) 16

[Список литературы](#_4r203soo6k2j) 18

[Приложение А1. Состав рабочей группы](#_1ci93xb) по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 19

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций](#_2bn6wsx) 20

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и дох лекарственных препаратов, инструкций по применению лекарственного препарата 23

# Приложение А3.1. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола 23

Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения рецессии десны 27

[Приложение Б. Алгоритмы](#_qsh70q) действий врача 31

[Приложение В Информация для пациентов](#_9bu9h13lkub4) 35

# Список сокращений

МКБ 10 - международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения 10-го пересмотра

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

ЗЧС - зубочелюстная система

ЗЧА - зубочелюстные аномалии

ЦНС - центральная нервная система

# Термины и определения

**Десна** –  слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярную часть нижней челюсти и охватывающая зубы в области шейки.

**Уздечка нижней губы** – тяж слизистой оболочки, идущий от слизистой оболочки нижней губы и вплетающийся в слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти в области зубов 4.1, 3.1.

**Преддверие полости рта** - часть полости рта, представленная щелевидным пространством и ограниченная снаружи губами и щеками, внутри вестибулярными поверхностями зубов и десной.

**Глубина преддверия полости рта** - определяется от десневого края до переходной складки свода преддверия при расслаблении мышц губы и подбородка (при оттягивании губы).

**Мелкое преддверие полости рта** - аномалия развития слизистой оболочки свода преддверия и характеризуется уменьшением высоты прикрепленной десны.

**Высокое прикрепление уздечки нижней губы** — это врожденный порок развития, при котором основание уздечки нижней губы в виде мощного короткого тяжа вплетается в межзубной сосочек между центральными резцами нижней челюсти и, в тяжелых случаях, раздвигает их.

**Рецессия десны** - прогрессирующее смещение десны в направлении верхушки корня зуба (в апикальном направлении).

**Резорбция костной ткани -** уменьшение объема костной ткани.

**Пластика уздечки нижней губы** - это хирургическое вмешательство, направленное на иссечение слизистого тяжа в фронтальном отделе нижней челюсти.

**Вестибулопластика** - хирургическое вмешательство, направленное на углубление преддверия полости рта и ликвидацию слизисто - подслизистых тяжей.

**Шейка зуба** - часть зуба, различают анатомическую (переход ткани эмали коронки в ткани дентина корня зуба) и клиническую (соответствует краю десны) шейки.

**Обнажение шейки зуба** – патологическое состояние возникающее вследствие рецессии десны.

**Скученное положение зубов -** патологическое состояние, при котором размер коронок зубов не соответствует величине альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, в результате чего изменяется размер и форма зубной дуги.

**Дистальная окклюзия -** патология зубных рядов, при которой верхняя челюсть сильно выдвинута вперед по отношению к нижней при смыкании зубов.

# 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

**Рецессия десны** - прогрессирующее смещение десны в направлении верхушки корня зуба (в апикальном направлении). [1]

**Мелкое преддверие полости рта** - аномалия развития слизистой оболочки свода преддверия и характеризуется уменьшением высоты прикрепленной десны. [2]

**Высокое прикрепление уздечки нижней губы** — это врожденный порок развития, при котором основание уздечки нижней губы в виде мощного короткого тяжа вплетается в межзубной сосочек между центральными резцами нижней челюсти и, в тяжелых случаях, раздвигает их. [3]

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Рецессия десны, мелкое преддверие полости рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы – заболевания врожденные.

Причины развития патологии слизистой оболочки: нарушение эмбрионального развития тканей и органов полости рта в первом триместре внутриутробного развития плода. [2]

## 1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболевания или состояния) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

К06.0 Рецессия десны (мелкое преддверие полости рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы)

## 1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В детском возрасте рецессия десны встречается не как самостоятельное заболевание, а как следствие уменьшения глубины преддверия полости рта.

Глубина преддверия рта, как и ширина прикрепленной десны, нарастает с 8 до 19 лет. Глубина преддверия у детей 6 - 14 лет:

* в норме: 7 - 9 мм
* среднее преддверие: 5 - 8 мм
* мелкое преддверие: < 5 мм
* глубокое преддверие: 8 - 10 мм
* очень глубокое преддверие: > 10 мм

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Неправильное прикрепление мягких тканей к альвеолярному отростку при высоком прикреплении уздечки нижней губы и мелком нижнем своде преддверия приводит к нарушению питания мягких тканей в этой области, так как при движении нижней губы происходит натяжение тканей мелкого преддверия, отслоение десны от шеек зубов (резцов), возникает локальная форма пародонтита (воспаление, затем убыль слизистой оболочки, рассасывание костной ткани, окружающей зуб, обнажение шейки и корня зуба).

Патология слизистой оболочки сопровождается и ортодонтическим нарушениями, возникает скученное положение нижних фронтальных зубов, что также ухудшает выносливость периодонта, так как скученное положение зубов затрудняет их физиологические колебания в горизонтальном направлении, это также приводит, в свою очередь, к развитию атрофических процессов в периодонте.

Изменения в периодонте при высоком прикреплении уздечки нижней губы возникают локально в области центральных нижних резцов 4.1, 3.1, при мелком преддверии - в области 6 зубов(резцов и клыков): 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3. [3]

# 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Главная задача при диагностике заключается в выявлении клинических признаков мелкого преддверия полости рта, определении степени тяжести и выбора соответствующего метода лечения.

Диагностика мелкого преддверия полости рта включает сбор анамнеза, клинический осмотр и опрос ребенка.

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);
* субъективность ощущений ребенка при проведении диагностических тестов;
* различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;
* невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психо - эмоциональных особенностей ребенка.[3]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 2.1 Жалобы и анамнез

### 2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:

* возраст ребенка;
* наличие сопутствующей патологии;
* жалобы пациента;
* давность и динамику заболевания;
* наличие травмы в прошлом и в настоящее время;
* наличие вредных привычек, 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;
* наличие и регулярность индивидуальной гигиены полости рта;
* предыдущие обращения к стоматологу – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось лечение, применялось ли ранее местное обезболивание;
* наличие или отсутствие ортодонтического лечения. [3]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 2.2 Физикальное обследование

**Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении А3.2 (табл. 1).**

При физикальном обследовании устанавливается локализация прикрепления вершины и основания уздечки нижней губы, глубина преддверия, способность ребенка выполнять просьбы врача. В зависимости от клинической картины выбирают метод лечения.

1. Внешний осмотр

* возможно нарушение конфигурации лица за счет врожденных заболеваний, сопутствующей общесоматической патологии, нарушении прикуса;
* наличие травматического повреждения кожи, губ (ссадины, гематомы).

2. Внутриротовое обследование

* осмотр слизистой оболочки полости рта, преддверия полости рта , уздечки нижней губы, дна полости рта (выявление явлений воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, выявления рубцов уздечки нижней губы после ранее проведенных операций);
* изменение коронковых частей зубов (изменение цвета зуба, наличие отлома коронки, трещины в твердых тканях, положение зуба в зубном ряду);
* обнаружение и исследование кариозной полости (расположение, глубина, наличие сообщения с полостью зуба, болезненность при зондировании, наличие грануляционной ткани);
* оценка состояния всех имеющихся зубов, особенно зубов фронтального отдела (при осмотре зуба выявляется перелом коронки различной степени, изменение положения зуба в зубном ряду, что говорит о перенесенной травме).

Целенаправленно выявляют:

* неадекватное психоэмоциональное состояние пациента 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;
* отказ от лечения. [3]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 2.3 Лабораторные диагностические иследования

Для выявления патологии мягких тканей преддверия полости рта дополнительных лабораторных методов диагностики не требуется.

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Для оценки состояния тканей пародонта проводится:

* рентгенологическое обследование (панорамная рентгенограмма, ортопантомограмма);
* реографическое исследование;
* периостометрия. [3]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 2.5 Иные диагностические исследования

### 2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта, тканей преддверия полости рта и уздечки нижней губы, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта.

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

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

Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:

* консервативное лечение (ортодонтическое)
* хирургическое лечение (френулопластику; вестибулопластику).

Процесс лечения завершается рекомендациями по срокам повторного обращения, профилактике возможных осложнений и возможной реабилитации пациента.

## 3.1 Консервативное лечение

### 3.1.1. Ортодонтическое лечение

Ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. [3]

Когда у ребенка имеется глубокий травмирующий прикус (во фронтальном отделе диагностируется прямой травматический узел), хирургическое лечение необходимо отложить до ликвидации патологии. Иногда это может привести к ликвидации патологического процесса в области краевого периодонта даже без хирургического вмешательства. [4]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 3.2 Хирургическое лечение

Существует несколько видов операций:

* пластика преддверия полости рта (вестибулопластика: открытые методики (по Кларку, по Эдлан - Мейхеру, по Эдлан в модификации Вашкевич), закрытые методики (по Кучинскому - Артюшкевичу));
* пластика уздечки нижней губы (френулопластика: по Лимбергу (Z - образная), Y - образная). [4, 5, 6]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

### 3.2.1. Алгоритм и особенности проведения пластики уздечки нижней губы

*Перед проведением вестибулопластики определяются границы вмешательства (границу можно разметить зеленкой): фартукообразная линия на слизистой оболочке нижней губы, отступя от переходной складки на 12 - 14 мм. Дистальная граница определяется локализацией слизистых тяжей (между зубами 4.4, 4.3, 3.3, 3.4).*

*Проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная). Перед проведением инфильтрационной анестезии место вкола иглы обрабатывается аппликационным анестетиком.*

*Особенности применения анестезии у детей:*

* *используются анестетики с низким содержанием вазоконстриктора или без вазоконстриктора;*
* *перед проведением инъекции желательно применение средств для аппликационной анестезии в виде гелей;*
* *если местная анестезия проводится впервые необходимо дать понятные объяснения ребенку по поводу будущих ощущений (что онемение тканей будет временным и не представляет для него опасности), так как дети часто пугаются непривычных ощущений;*
* *необходимо дать рекомендации родителям по поведению после проведения анестезии для предотвращения травматических повреждений слизистой оболочки полости рта.*

1. вестибулопластика

“Открытые методики” (при которых после углубления преддверия полости рта на слизистой нижней губы или на альвеолярном отростке нижней челюсти остаются открытые раневые поверхности, в дальнейшем закрывающиеся вторичным натяжением):

* по Кларку: после анестезии скальпелем проводят разрез по переходной складке на глубину слизистой оболочки в зоне предполагаемого вмешательства, ножницами отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к губе приблизительно на 10 мм, комплекс подслизистых тканей (мыщцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм, слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия, на раневой дефект на альвеолярном отростке накладывают защитную повязку;
* по Эдлан - Мейхеру: после анестезии (желательно по методу гидропрепарирования для более легкого последующего отслаивания слизистого лоскута) скальпелем делают разрез слизистой оболочки параллельно изгибу челюсти, отступив от слизисто - десневой границы 10 - 12 мм на участке от клыка до клыка, ножницами тупо отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к челюсти, подслизистые тяжи (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм, слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия, на оставшийся раневой дефект на донорском участке накладывают защитную повязку (йодоформная турунда, марлевый тампон, пропитанный кератопластическими препаратами, пленка “Диплен - дента” с лидокаином и хлоргексидином);
* по Эдлан в модификации Вашкевич: после проведения анестезии с помощью скальпеля производится разрез по намеченной границе, за тяжами слизистой оболочки, с помощью скальпеля и ножниц выкраивают слизистый лоскут и отсепаровывают его до переходной складки, затем с помощью гладилки отсепаровывают подбородочную мышцу от надкостницы до переходной складки, рассекается надкостница над основанием лоскута на протяжении зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 до кости и опускается вниз на глубину преддверия, иссекается ее нижний край, иссекается грубый фиброзный тяж на губе (по линии уздечки), слюнные железы в ране вылущиваются, затем слизистый лоскут тщательно расправляется и укладывается на обнаженную кость и фиксируется тампоном, смоченным антисептиком, удерживая его некоторое время, после удаления тампона губа укладывается на место и фиксируется давящей повязкой, которая накладывается на сутки.

“Закрытые методики” (при которых раны после углубления преддверия полости рта закрываются местными тканями)

* по Кучинскому - Артюшкевичу: после анестезии дугообразным разрезом рассекают только слизистую оболочку альвеолярного отростка ниже десневого края на 5 мм на протяжении от клыка до клыка, второй разрез делают параллельно, отступив 5-8 мм от края красной каймы, длиной, равной первому разрезу, третий косой разрез, соединяющий два предыдущих разреза, производят в средней части губы под углом 70°, образованные два лоскута широко отслаивают в подслизистом слое, остро отсепаровывают мышцы подбородка, формирующие дно преддверия полости рта, от альвеолярного отростка на глубину 10-15 мм; в случае необходимости более радикальной отслойки мышц при очень мелком преддверии (менее 4 мм) делают «окно» в надкостнице (фенестрацию) с перемещением вниз мышц подбородка, для этого надкостницу рассекают от клыка до клыка, край ее вместе с вплетающимися мышцами отсепаровывают распатором вниз на 5 - 10 мм, затем лоскуты слизистой сдвигают по отношению друг к другу с таким расчетом, чтобы наиболее широкие части переместились к средней линии, обеспечив тем самым прирост тканей на месте мелкого преддверия; лоскуты слизистой оболочки фиксируют швами, тупой угол при этом раскрывается и трансформируется в прямую линию.

1. френулопластика:

* по Лимбергу (Z - образная или пластика треугольными лоскутами): после анестезии проводят вертикальный разрез посередине уздечки, два косых разреза проводят от противоположных концов в разные стороны от первого разреза под углом 60 - 85⁰, сформированные треугольные лоскуты мобилизуют и фиксируют таким образом, чтобы центральный разрез располагался горизонтально; подслизистые тяжи отслаивают вдоль надкостницы апикально распатором, затем узловыми швами из кетгута ушивают горизонтальный разрез наглухо, фиксируя при этом к надкостнице, дополнительный разрезы ушивают наглухо без фиксации к надкостнице;
* Y - образная: после анестезии зафиксированную уздечку иссекают скальпелем и/или десневыми ножницами, после этого дефект приобретает ромбовидную форму, прилегающую к разрезу слизистую оболочку подрезают по краям в целях мобилизации, тонким распатором перемещают подслизистые ткани вдоль надкостницы в апикальном направлении, кетгутом фиксируют мобилизованную слизистую оболочку в глубине сформированного преддверия к надкостнице узловыми швами, рану ушивают наглухо.

### 3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде

* в момент выкраивания лоскута в области дополнительных слизистых тяжей (за клыками) возможно повреждение нижнего альвеолярного нерва в его месте выхода из нижнечелюстного канала (при проведении разреза не в пределах толщины слизистой оболочки, а в подлежащие ткани).
* при проведении разреза на слизистой оболочке губы возможно повредить мелкие слюнные железы, так как они очень близко прилежат к слизистой оболочке. При проведении анестезии необходимо делать гидропрепаровку тканей, а в момент разреза не погружать лезвие скальпеля на большую глубину.
* с учетом функциональной незрелости тканей периодонта в области фронтальных зубов сразу же после их прорезывания, незаконченности формирования их корней, недоразвития апикального базиса нижней челюсти во фронтальном отделе (в том числе и в вертикальном направлении) вестибулопластику у детей лучше всего проводить не ранее 8–9 лет, т.е. после прорезывания фронтальных зубов и формирования их корней.
* без проведения в послеоперационном периоде лечебной гимнастики возрастает риск образования грубых послеоперационных рубцов.
* без нормализации индивидуальной гигиены полости рта и устранения воспалительных процессов слизистой оболочки результаты операции не предсказуемы т к наличие воспалительного процесса негативно влияет на заживление раны. [3, 4]

# 4. Медицинская реабилитация и санаторно — курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

После проведения пластики уздечки нижней губы или вестибулопластики:

* ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции. На вторые сутки после операции после еды необходимо проводить антисептическую обработку послеоперационной области.
* на 10 - 14 сутки проводится гимнастика для улучшения кровообращения в послеоперационном поле, восстановления функции, а также для предупреждения образования грубых послеоперационных рубцов.
* через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение. [3]

# 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

## 5.1 Профилактика

Исходя из современных представлений о возникновении и диагностики патологии слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта и ЗЧА, ее профилактика должна осуществляться по нескольким направлениям:

* исключение патологических экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на женщину в 1 триместре беременности;
* санитарно - просветительская работа о диагностике ЗЧА врачами стоматологами - терапевтами;
* диагностика патологии слизистой оболочки врачами стоматологами - терапевтами при диспансерном осмотре детей и постановка на учет детей с признаками патологии;
* организация врачом стоматологом - терапевтом осмотра родителей ребенка с патологией слизистой оболочки полости рта, ЗЧА;
* своевременное выявление врачами стоматологами - терапевтами детей с патологией ЗЧС и ЗЧА и направление их на консультацию к врачу ортодонту;
* при необходимости, организация врачом стоматологом - терапевтом совместной консультации пациента несколькими специалистами (врачом стоматологом - хирургом, врачом ортодонтом). [2, 3, 4]

## 5.2 Диспансеризация

Дети с патологией слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта и ЗЧА должны быть поставлены на диспансерный учет и осмотр их должен осуществляться в возрасте 8 - 10 лет и на каждом этапе лечения и восстановления. [1, 2, 3]

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

# 6. Организация медицинской помощи

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

Лечение пациентов детского возраста с диагнозом “Рецессия десны” проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, детской стоматологической поликлинике (отделении), хирургическом отделении детской поликлиники (отделения), в отделениях и кабинетах детской хирургической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, стоматологическом кабинете образовательной организации, а также в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям со стоматологическими заболеваниями. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

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

**Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Детям после проведения операции по поводу лечения патологии слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта рекомендуется первые 2 часа после хирургического вмешательства не полоскать полость рта, не есть, в течение дня не употреблять горячую пищу во избежание появления болевых ощущений, а также не выполнять тяжелые физические упражнения. На вторые сутки после вмешательства необходимо посещение стоматолога - хирурга для осмотра послеоперационной области, а также соблюдение ребенком щадящего режима индивидуальной гигиены полости рта и проведение антисептической обработки послеоперационной области после каждого приема пищи. По истечении 10 - 14 дней ребенок начинает лечебную гимнастику в послеоперационной области. Далее ребенок направляется на консультацию к врачу-ортодонту для исправления образовавшейся ЗЧА. Рекомендуется посещать стоматолога 2 раза в год.

После проведенного вмешательства в первые сутки рекомендуется ребенку соблюдать режим молчания, есть мороженое или прикладывать холод к подбородку. Родители ребенка должны быть предупреждены о необходимости немедленного обращения при появлении признаков воспалительного процесса. Также требуется повторный визит через 7 дней для профилактического осмотра после лечения.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний:Рецессия десны

Код/коды по МКБ-10 К06.0

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

* обращение в поликлинику с целью консультации;
* плановое лечение рецессии десны в поликлинике;
* лечение в условиях стационара под общим обезболиванием.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Оценка выполнения** | |
| **1.** | **Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества** | | |
| 1.1 | Проводилось ли при постановке диагноза: | | |
| 1.1.1 | сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания | Да □ | Нет □ |
| 1.1.2 | внешний осмотр | Да □ | Нет □ |
| 1.1.3 | осмотр полости рта | Да □ | Нет □ |
| 1.1.4 | определение высоты преддверия, уровень прикрепления уздечки нижней губы | Да □ | Нет □ |
| 1.1.5 | рентгенологическое обследование | Да □ | Нет □ |
| 1.2 | Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий: | | |
| 1.2.1 | местное или общее обезболивание | Да □ | Нет □ |
| 1.2.2 | разрез в пределах слизистой оболочки | Да □ | Нет □ |
| 1.2.3 | отсепаровывание мышц и надкостницы | Да □ | Нет □ |
| 1.2.4 | мобилизация краев раны | Да □ | Нет □ |
| 1.2.5 | накладывание швов | Да □ | Нет □ |
| 1.2.6 | гемостаз | Да □ | Нет □ |
| 1.2.7 | назначение повторного приема | Да □ | Нет □ |
| **2.** | **Временные критерии качества** | | |
| 2.1 | Увеличение глубины преддверия | Да □ | Нет □ |
| 2.2 | Сохранность целостности костной ткани | Да □ | Нет □ |
| 2.3 | Проведение контрольного осмотра | Да □ | Нет □ |
| 2.4 | Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом | Да □ | Нет □ |
| 2.5 | Назначение даты повторного приема | Да □ | Нет □ |
| 2.6 | Наличие рекомендаций о необходимости лечебной гимнастики и работы с ортодонтом | Да □ | Нет □ |
| **3.** | **Результативные критерии качества** | | |
| 3.1 | Восстановление функции слизистой оболочки и увеличение глубины преддверия | Да □ | Нет □ |
| 3.2 | Устранение рецессий | Да □ | Нет □ |
| 3.3 | Устранение пародонтита | Да □ | Нет □ |
| 3.4 | Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год | Да □ | Нет □ |
| **4.** | **Дополнительные критерии** | | |
| 4.1 | Правильность и полнота заполнения медицинской документации | Да □ | Нет □ |
| 4.2 | Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии | Да □ | Нет □ |
| 4.3 | Отсутствие послеоперационного отека | Да □ | Нет □ |
| 4.4 | Отсутствие послеоперационных осложнений | Да □ | Нет □ |
| 4.5 | Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер | Да □ | Нет □ |
| 4.6 | Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА | Да □ | Нет □ |

# Список литературы

1. Леус П. А., Горелянд А. А., Чудакова И. О. Заболевания зубов и полости рта. - Ростов - на - Дону: Феникс, 2002; 288 с.
2. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2003; 639 с.
3. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017; с.538 - 544.
4. Корсак А. К. Детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2013; 527 с.
5. Кулаков А. А., Робустова Т. Г., Неробеев А. И. Хирургическая стоматология и челюстно - лицевая хирургия. Национальное руководство - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010, 928 с.
6. Мухаев Х. Х., Ефимов Ю. В., Ярыгина Е. Н. Мукогингивальные операции в комплексном лечении заболяваний парадонта - Пенза: Изд - во ПГУ, 2010; 48 с.

# Приложение А1. Состав рабочей группы

**Першина Александра Николаевна -** штатный врач отделения хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Топольницкий Орест Зиновьевич -** д. м. н., профессор, заслуженный врач России, заведующий кафедрой ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова, врач челюстно - лицевой хирург;

**Черняев Сергей Евгеньевич -** к. м. н., заведующий отделением хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Гургенадзе Анна Панаетовна** - к. м. н., доцент, заведующая учебной частью кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Конфликт интересов: отсутствует.

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

* Врачи-стоматологи общей практики
* Врачи-стоматологи-терапевты
* Врачи - стоматологи - хирурги
* Врачи-стоматологи детские
* Врачи-ортодонты
* Врачи — челюстно — лицевые хирурги

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1. | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа |
| 2. | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета — анализа |
| 3. | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследовуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4. | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5. | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательст (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных. Реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1. | Систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа |
| 2. | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета — анализа |
| 3. | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4. | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай — контроль» |
| 5. | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УРР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактическх, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| УРР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются обоснованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые кртерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию — не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

# Приложение А3. Справочные материалы, вкючая соответствие показаний к прменению и противопоказаний, способов и доз лекарственных препаратов, инструкций по применению лекарственного препарата:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. №620 «Об утверждени протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

2. Приказ Министеррства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. №910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».

# Приложение А3.1. **Форма** добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

**Приложение к медицинской карте №**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получая разъяснения по поводу диагноза рецессия десны, получив информацию:

об особенностях течения заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вероятной длительности лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о вероятном прогнозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту предложено оперативное вмешательство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по методике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примерная стоимость лечения составляет около

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию, о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Бесеу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пацента)

или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида оперативного вмешательства), в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

- получить дополнительную медицинскую услугу

- вместо предложенной операции получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача)

# Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения рецессии десны

(из приказа Министерства Здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. №804 — н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»)

**Таблица 1. Сбор жалоб. Анамнеза, физикальное обследование**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| В01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского первичный |
| В01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского повторный |
| В04.064.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского |
| В04.064.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского |
| В01.065.007 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога первичный |
| В01.065.008 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога повторный |
| В04.065.005 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога |
| В04.065.006 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга первичный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга повторный |
| В01.063.001 | Прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта первичный |
| В01.063.002 | Прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта повторный |
| В04.063.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта |
| В01.068.001 | Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга первичный |
| В01.068.002 | Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга повторный |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта |
| А01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно — лицевой области |
| А01.07.003 | Пальпация органов полости рта |
| А01.07.006 | Пальпация челюстно — лицевой области |

**Таблица 2. Лабораторная диагностика**

Не применяется

**Таблица 3. Инструментальная диагностика**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов |
| А02.07.002 | Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда |
| А02.07.003 | Исследование зубодесневых карманов с помощью парадонтологического зонда |
| А02.07.006 | Определение прикуса |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов |
| А02.07.008 | Определение степени патологической подвижности зубов |
| А06.07.007 | Внутриротовая рентгенография в прикус |
| А06.07.010 | Радиовизиография челюстно — лицевой области |
| А06.07.013 | Компьютераная томография челюстно — лицевой области |

**Таблица 4. Иная диагностика**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| А06.01.002 | Рентгенография мягких тканей лица |
| А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография |
| А06.07.004 | Ортопантомография |

**Таблица 5. Консервативное лечение**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| А02.07.004 | Антропометрические исследования |
| А23.07.002.027 | Изготовление контрольной модели |
| А02.07.010.001 | Снятие оттиска с одной модели |
| А02.07.010 | Исследование на диагностических моделях челюстей |
| А23.07.001.001 | Коррекция съемного ортодонтического аппарата |
| А23.07.003 | Припасовка и наложение ортодонтического аппарата |

**Таблица 6. Оперативное лечение**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| В01.003.004.004 | Аппликационная анестезия |
| В01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия |
| А16.07.045 | Вестибулопластика |
| А1.07.043 | Пластика уздечки нижней губы |
| А16.07.040 | Лоскутная операция в полости рта |
| А16.07.097 | Наложение шва на слизистую оболочку |
| А15.01.003 | Наложение повязки при операции в челюстно — лицевой области |
| А15.07.002 | Наложение повязки при операция в полости рта |
| А16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) |

**Таблица 7. Иное лечение**

|  |  |
| --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| А13.30.007.001 | Обучение гигиене полости рта у ребенка |
| А14.07.008 | Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта |
| А24.01.003 | Применение пузыря со льдом |
| А25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов |
| А25.07.002 | Назначение диетического питания при заболеваниях полости рта и зубов |
| А25.07.003 | Назначение лечебно — оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов |

# Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Рецессия десны

Нозологическая форма: мелкое преддверие полости рта

Код по МКБ — 10: К06.0

**1. Дагностические мероприятия:**

- сбор жалоб и анамнеза

- внешний осмотр челюстно — лицевой области

- осмотр полости рта с помощью инстурментов

- определение прикуса

- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визацлизации

**2. Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:**

* консерватичное лечение (ортодонтическое)
* хирургическое лечение (пластика преддверия полости рта (вестибулопластика: открытые методики (по Кларку, по Эдлан - Мейхеру, по Эдлан в модификации Вашкевич), закрытые методики (по Кучинскому - Артюшкевичу)).

**3. Рекомендации**

После проведения вестибулопластики:

* ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции. На вторые сутки после операции после еды необходимо проводить антисептическую обработку послеоперационной области.
* на 10 - 14 сутки проводится гимнастика для улучшения кровообращения в послеоперационном поле, восстановления функции, а также для предупреждения образования грубых послеоперационных рубцов.
* через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение.

Пациент с подозрением на рецессию десны

Диагностика

Опрос

Осмотр

Поиск других причин или снятие диагноза

Диагноз подтвержден ?

Нет Да

Лечение

Есть ли показания к хирургичес кому лечению?

Консервативное лечение

Проведение хирургического вмешательства

Да Нет

Реабилитация

Достигнут ли положительный результат?

Диспансерное наблюдение

Нет Да

Есть ли рецидив заболевания?

Да Нет

Рецессия десны

Нозологическая форма: высокое прикрепление уздечки нижней губы

Код по МКБ — 10: К06.0

**1. Дагностические мероприятия:**

- сбор жалоб и анамнеза

- внешний осмотр челюстно — лицевой области

- осмотр полости рта с помощью инстурментов

- определение прикуса

- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визацлизации

**2. Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:**

* консерватичное лечение (ортодонтическое)
* хирургическое лечение (пластика уздечки нижней губы (френулопластика: по Лимбергу (Z - образная), Y - образная))

**3. Рекомендации**

После проведения пластики уздечки нижней губы:

* ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции. На вторые сутки после операции после еды необходимо проводить антисептическую обработку послеоперационной области.
* на 10 - 14 сутки проводится гимнастика для улучшения кровообращения в послеоперационном поле, восстановления функции, а также для предупреждения образования грубых послеоперационных рубцов.
* через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение.

Пациент с подозрением на рецессию десны

Диагностика

Опрос

Осмотр

Поиск других причин или снятие диагноза

Диагноз подтвержден ?

Нет Да

Лечение

Есть ли показания к хирургичес кому лечению?

Консервативное лечение

Проведение хирургического вмешательства

Да Нет

Реабилитация

Достигнут ли положительный результат?

Диспансерное наблюдение

Нет Да

Есть ли рецидив заболевания?

Да Нет

# Приложение В. Информация для пациента

Дополнительная информация для пациента и его законных представителей

* необходимо предупредить родителей ребенка о обязательности соблюдения рекомендаций врача и сроков обращения, а также о необходимости срочного обращения к врачу при наличии признаков ухудшения общего состояния ребенка, симптомов появления, распространения воспалительного процесса и отсутствии положительного результата после оказанной стоматологической помощи;
* после оказания помощи детям рекомендуется ограничение жевания, употребления жесткой пищи для снижения риска травматизации слизистой оболочки полости рта;
* требования к диетическим назначениям и ограничениям.