

Клинические рекомендации

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

Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K06.0

Возрастная категория: дети

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации - разработчики:

- Стоматологическая ассоциация России

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.5 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования	9
2.5 Иные диагностические исследования	9
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	10
3.1 Консервативное лечение	10
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение	10
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	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	14
6. Организация медицинской помощи	15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	16
Список литературы	18

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	20
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и доз 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 действий врача	31
Приложение В Информация для пациентов	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 заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

K06.0 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 ортодонтическими 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 В (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 В (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 В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

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, ортопантограмма);
- реографическое исследование;
- периостометрия. [3]

Уровень убедительности В (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 В (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 пародонта даже без хирургического вмешательства. [4]

Уровень убедительности В (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 В (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 (мышцы, 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

раневого 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 отсепааровывают его до переходной складки, затем с помощью гладилки отсепааровывают 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 вылушиваются, 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 отсепааровывают 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 отсепааровывают 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.

2. 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 - 85°, 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, дополнительные 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 прилегают 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 K06.0

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	<u>Проводилось ли при постановке диагноза:</u>		
1.1.1	сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.2	внешний осмотр	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.3	осмотр полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.4	определение высоты преддверия, уровень прикрепления уздечки нижней губы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.5	рентгенологическое обследование	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2	<u>Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:</u>		
1.2.1	местное или общее обезболивание	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.2	разрез в пределах слизистой оболочки	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.3	отсепарывание мышц и надкостницы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.4	мобилизация краев раны	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.5	накладывание швов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

1.2.6	гемостаз	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.7	назначение повторного приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.	Временные критерии качества		
2.1	Увеличение глубины преддверия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.2	Сохранность целостности костной ткани	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.3	Проведение контрольного осмотра	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.4	Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.5	Назначение даты повторного приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.6	Наличие рекомендаций о необходимости лечебной гимнастики и работы с ортодонтом	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.	Результативные критерии качества		
3.1	Восстановление функции слизистой оболочки и увеличение глубины преддверия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.2	Устранение рецессий	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.3	Устранение пародонтита	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.4	Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.	Дополнительные критерии		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.2	Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.3	Отсутствие послеоперационного отека	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.4	Отсутствие послеоперационных осложнений	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.5	Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.6	Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

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 заболеваний 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 Панагеновна - 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.	<u>Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>
2.	<u>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</u>
3.	<u>Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования</u>
4.	<u>Несравнительные исследования, описание клинического случая</u>
5.	<u>Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов</u>

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

УДД	Расшифровка
1.	<u>Систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>

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

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

<u>УРР</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>A</u>	<u>Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются обоснованными)</u>
<u>B</u>	<u>Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)</u>
<u>C</u>	<u>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)</u>

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, включая соответствие показаний к применению 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 утверждении 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.

Беседа проведена врачом _____ (подпись врача)

« ____ » _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, 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 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
V01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского первичный
V01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского повторный
V04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога первичный
V01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога повторный
V04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга первичный
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга повторный
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта первичный
V01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта повторный
V04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — ортодонта
V01.068.001	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга первичный

V01.068.002	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга повторный
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно — лицевой области
A01.07.003	Пальпация органов полости рта
A01.07.006	Пальпация челюстно — лицевой области

Таблица 2. Лабораторная диагностика

Не применяется

Таблица 3. Инструментальная диагностика

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью парадонтологического зонда
A02.07.006	Определение прикуса
A02.07.007	Перкуссия зубов
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус
A06.07.010	Радиовизиография челюстно — лицевой области
A06.07.013	Компьютерная томография челюстно — лицевой области

Таблица 4. Иная диагностика

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A06.01.002	Рентгенография мягких тканей лица
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография
A06.07.004	Ортопантомография

Таблица 5. Консервативное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A02.07.004	Антропометрические исследования
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной модели
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата

Таблица 6. Оперативное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия
A16.07.045	Вестибулопластика
A1.07.043	Пластика уздечки нижней губы

A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно — лицевой области
A15.07.002	Наложение повязки при операция в полости рта
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)

Таблица 7. Иное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A13.30.007.001	Обучение гигиене полости рта у ребенка
A14.07.008	Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта
A24.01.003	Применение пузыря со льдом
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

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Рецессия десны

Нозологическая форма: мелкое преддверие полости рта

Код по МКБ — 10: K06.0

1. Диагностические мероприятия:

- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- определение прикуса
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

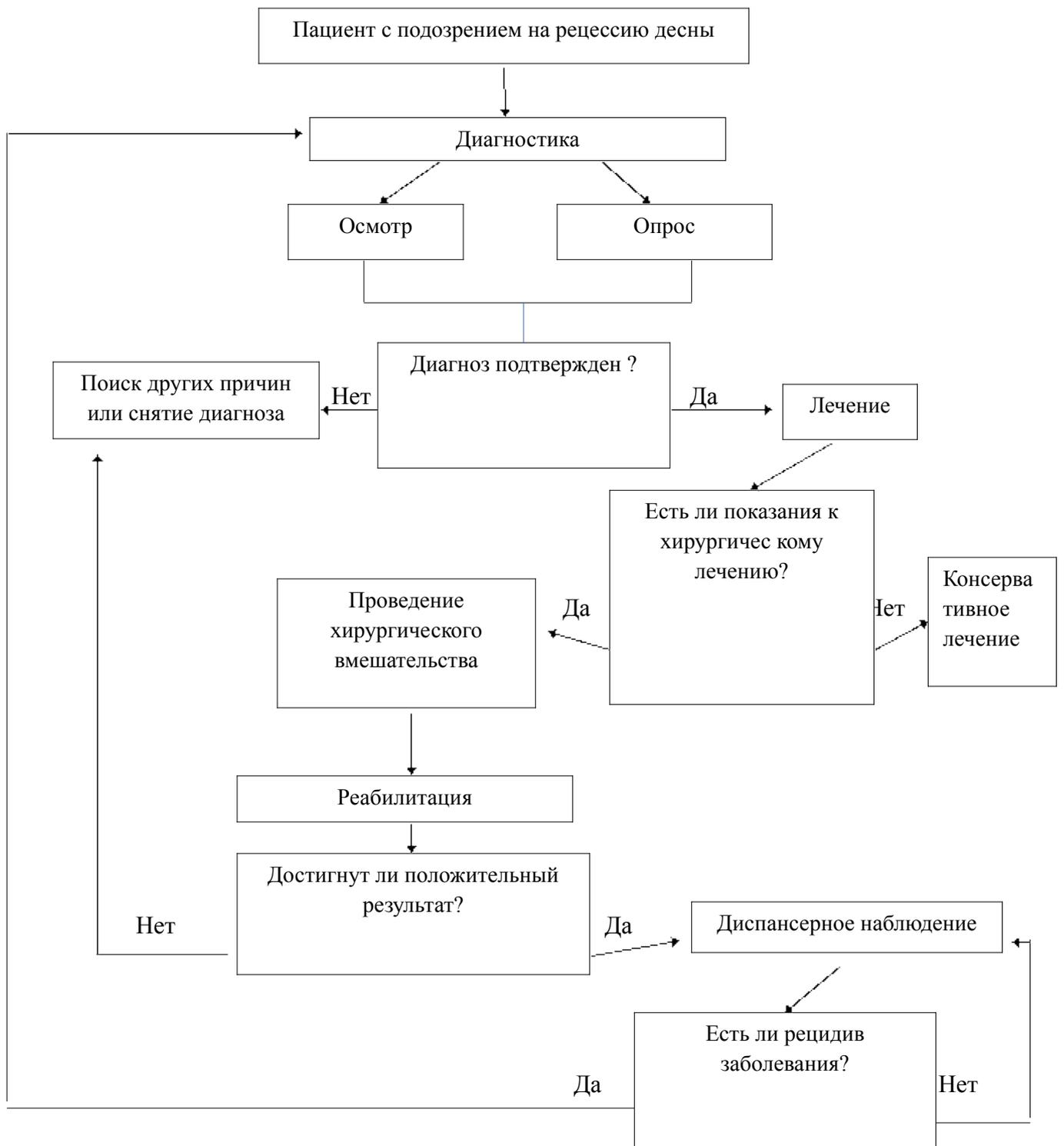
2. Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:

- консервативное 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.



Рецессия десны

Нозологическая форма: высокое прикрепление уздечки нижней губы

Код по МКБ — 10: K06.0

1. Диагностические мероприятия:

- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- определение прикуса
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

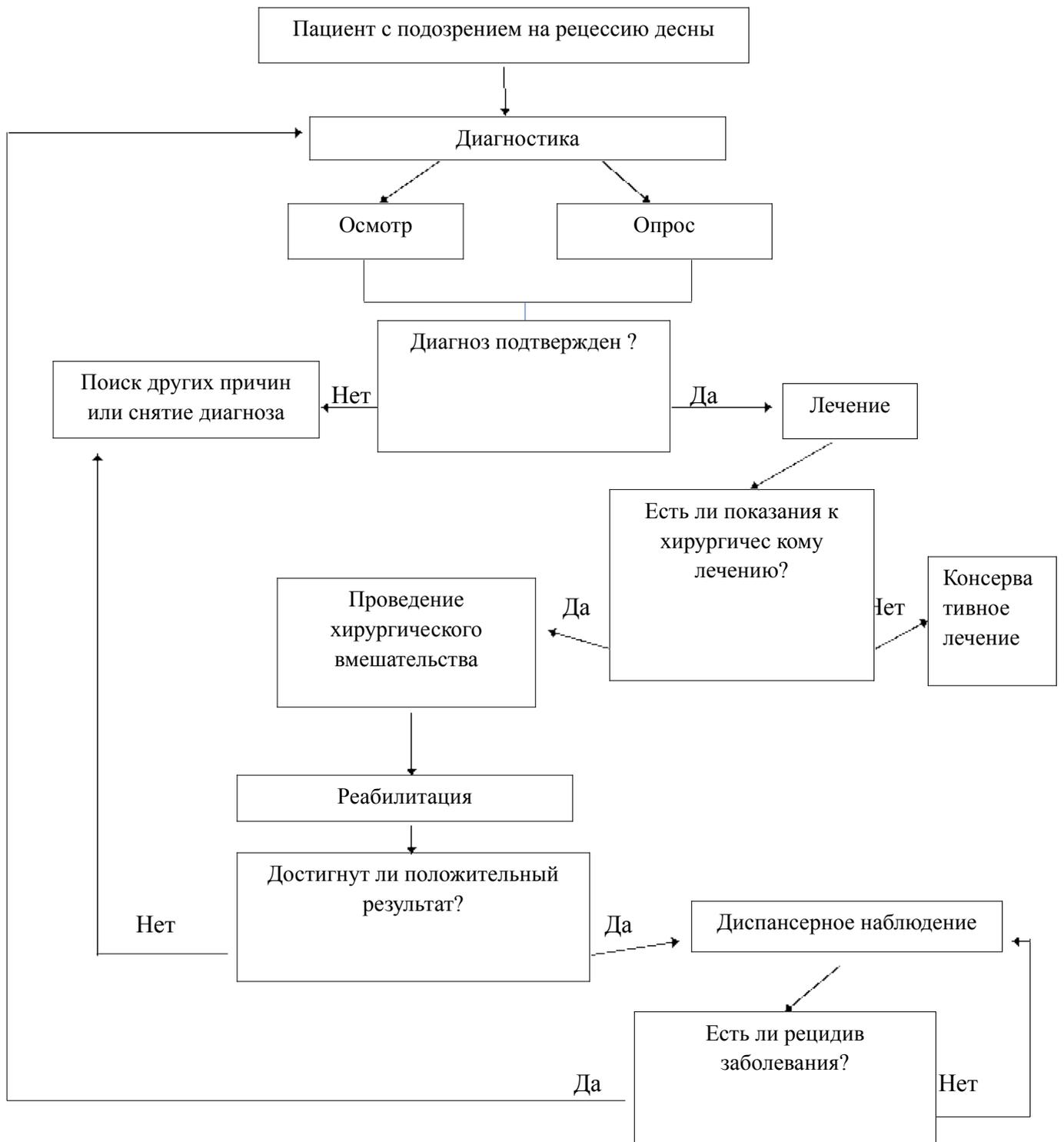
2. Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:

- консервативное 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.



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.