Клинические рекомендации

Ростовые (неодонтогенные) кисты полости рта

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: К09.10, К09.11, К09.12

Возрастная категория: дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- Стоматологическая ассоциация России

Оглавление

Список сокращений....4
Термины и определения....5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию....5
1.1 Определение заболевания или состояния....5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния....6
1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем....6
1.4 Клиническая картина заболевания или состояния....6
2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики....6
2.1 Жалобы и анамнез....7
2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:....7
2.2 Физикальное обследование....7
2.3 Лабораторная диагностические исследования....8
2.4 Инструментальная диагностические исследования....8
2.5 Иная диагностические исследования....9
2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры....9
3. Лечение, включая медикаментозную и не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения....9
3.1 Консервативное лечение....9
3.2 Хирургическое лечение....10
3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства....10
3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде....10
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации....11
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики....11
5.1 Профилактика....11
5.2 Диспансеризация....12
6. Организация оказания медицинской помощи....12
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющая на исход заболевания или состояния)....12
Критерии оценки качества медицинской помощи....13
Список литературы....15
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций....16
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций....17

Приложение В Информация для пациента.....20

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

ЗЧС - зубочелюстная система

ЗЧА - зубочелюстные аномалии

ЦНС - центральная нервная система

ЭОД - электроодонтодиагностика

Термины и определения

Киста - опухолеподобное, полостное, доброкачественного характера образование, локализующееся в костных или мягких тканях, имеющее жидкое или полужидкое содержимое. Внутренняя поверхность оболочки кисты выстлана многослойным плоским эпителием, снаружи покрыта слоем фиброзной, соединительной ткани.

Эпителиальные кисты - различают кисты эволюционного (пороки развития челюстей и зачатков зубов) и воспалительного генеза (от молочных и постоянных зубов).

Неодонтогенная киста - киста, возникшая в результате порока развития челюстей.

Глобуломаксиллярная киста (интермаксилярная) - развивается в эмбриональном периоде из остатков эпителия при слиянии межчелюстной (резцовой) кости и альвеолярного отростка верхней челюсти, поэтому обычно располагается в области клыка или между 2-м резцом и клыком.

Средненебная киста (нёбные кисты новорожденных, жемчужины Эпштейна) - кисты, образующиеся из эпителиальных включений вдоль линии слияния нёбных пластинок (срединного небного шва).

Носонебная киста (киста резцового канала) - развивается из остатков эпителия в носонебном канале.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

Неодонтогенная киста - киста, возникшая в результате порока развития челюстей. [1]

Глобуломаксиллярная киста (киста верхнечелюстной пазухи) - развивается в эмбриональном периоде при слиянии межчелюстной (резцовой) кости и альвеолярного отростка верхней челюсти, поэтому обычно располагается в области клыка или между 2-м резцом и клыком. [1]

Средненебная киста (нёбные кисты новорожденных, жемчужины Эпштейна) - кисты, образующиеся из эпителиальных включений вдоль линии слияния нёбных пластинок (срединного небного шва). [6, 8]

Носонебная киста (киста резцового канала) - развивается из остатков эпителия в

носонебном канале. [2]

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Неодонтогенная киста – заболевание врожденное. [1]

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

Международная классификация стоматологических болезней МКБ-10

К09.1 Ростовые (неодонтогенные кисты)

К09.10 Глобуломаксиллярная киста

К09.11 Средненебная киста

К09.12 Носонебная киста

К09.13 Небная сосочковая киста

1.4 Клиническая картина заболевания или состояния

Глобуломаксиллярная киста расположена между корнями второго резца и клыка, обнаруживается случайно. Клинический проявляется в виде безболезненной небольшой ограниченной припухлости на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка при наличии интактных соседних зубов. [2]

При наличии жемчужин Эпштейна родители ребенка обращают внимание на образование округлой формы, небольшие (1-3 мм) желто-белые бугорки вдоль нёбного шва, особенно часто располагающиеся в месте соединения твердого и мягкого нёба. [6, 8]

Носонебная киста располагается между центральными верхними зубами, определяется как безболезненное выбухание с четкими границами, пальпаторно отмечается зыбление, приводит к рассасыванию небной пластинки.

Содержимое кисты представляет желтоватую жидкость с кристаллами холестерина. Микроскопически оболочка кисты выстлана эпителием, который на границе с полостью рта является многослойным плоским, а ближе к полости носа - мерцательным. [2]

2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Главная задача при диагностике заключается в выявлении клинических признаков наличия кисты, определении степени распространенности кисты в челюсти и выбора соответствующего метода лечения.

Диагностика средненебной кисты включает тщательный опрос родителей и осмотр ребенка.

Диагностика неодонтогенной кисты включает сбор анамнеза, клинический осмотр, дополнительные методы обследования.

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- 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.

2.1 Жалобы и анамнез

2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- наличие сопутствующей патологии;
- жалобы пациента;
- давность и динамика 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. [5]

2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании устанавливается наличие припухлости, увеличение регионарных лимфатических узлов, выбухания кортикальной пластинки, подвижность зубов, изменения слизистой оболочки. 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, языка, уздечки языка, дна полости рта (выявление явлений воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта);
- 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 (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. [5]

2.3 Лабораторная диагностические исследования

После выявления неодонтогенных кист проводится цитологическое исследование пунктата. [1]

2.4 Инструментальная диагностические исследования

Для выявления неодонтогенных кист используют:

- прицельную рентгенографию;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- боковую рентгенографию челюсти;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- внутриротовой рентгенографию “на прикус”;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- рентгенографию околоносовых пазух;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- рентгенографию костей черепа в прямой проекции;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- переднюю рентгенографию нижней челюсти;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- ортопантомограмму;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- компьютерную томографию;

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

- ЭОД. [1, 3, 5]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

Носонебная киста на рентгенограмме выявляется в виде гомогенного просветления кости округлой или овальной формы, расположенной по средней линии неба между корнями центральных резцов с сохранением периодонтальной щели. При радикулярных кистах эта щель не прослеживается. [2]

Глобуломаксиллярная киста на рентгенограмме определяется разрежением кости с четкими границами, по форме напоминающее перевернутую грушу, располагается между верхним вторым резцом и клыком. Корни зубов раздвинуты, периодонтальная щель сохранена. Содержимое кисты представляет собой желтоватую опалесцирующую жидкость. Дифференцировать следует от радикулярной кисты, развившейся от второго резца и клыка. [2]

2.5 Иная диагностические исследования

2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта, 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 не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

При наличии средненебной кисты у новорожденного рекомендовано наблюдение за образованием, самостоятельная резорбция кисты происходит до 3 месяцев жизни ребенка. Консервативные методы лечения при других неодонтогенных кистах не предусмотрены. [1, 3, 8, 9]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2 Хирургическое лечение

Существует один вид хирургического лечения:

- цистэктомия [1, 3]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии.

3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства

Перед проведением вмешательства проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). 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 проведения анестезии для предотвращения травматических повреждений слизистой оболочки полости рта.*

- цистэктомия - удаление всей эпителиально - соединительной выстилки (оболочки кисты) костной полости. Операция завершается сближением краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка (закрытый способ ведения костной раны) либо костную полость заполняют тампоном (открытый способ) [1, 2, 3]

3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде

- возникновение кровотечения из нижней альвеолярной артерии;
- повреждение нижнего альвеолярного нерва и, как следствие, возникновении парестезии в послеоперационном периоде;
- при проведении операции на верхней челюсти - перфорация дна гайморовой пазухи;
- перелом инструмента [7].

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

После проведения хирургического лечения необходимо:

- после вмешательства ребенку рекомендуется сразу приложить холод на кожные покровы в проекции послеоперационной области;
- если операция проходила в амбулаторных условиях детям дают обезболивающее и просят соблюдать охранительный режим в первые сутки после операции. Следует избегать физических нагрузок в первую неделю после операции;
- детям и родителям разъясняют правила и режим антисептической обработки послеоперационной области и способы проведения гигиенических процедур полости рта;
- назначается повторный осмотр через 7 дней. [3, 4]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

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

5.1 Профилактика

Исходя из современных представлений о возникновении и диагностики неодонтогенных кист, профилактика должна осуществляться по нескольким направлениям:

- исключение патологических экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на женщину во время беременности;
- своевременная диагностика кист врачами - стоматологами при проведении плановых профилактических осмотров;
- организация врачом стоматологом - терапевтом консультации врача стоматолога - хирурга для детей с подозрением на наличие кист;
- 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 челюстно - лицевым хирургом, врачом стоматологом - хирургом, врачом ортодонтом). [4, 5]

5.2 Диспансеризация

Дети с десневыми кистами нуждаются в диспансерном наблюдении только при изменении размера или цвета образования.

Дети с фолликулярными кистами должны быть поставлены на диспансерный учет и осмотр их должен осуществляться на каждом этапе лечения и восстановления и 1 раз в год в послеоперационном периоде. [4, 5]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) малый размер кисты;
2) отсутствие воспалительного процесса;
3) необходимость дополнительного обследования ребенка.

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

1) большой размер кисты;
2) угроза перелома челюсти;

3) острый воспалительный процесс;
4) состояния, угрожающие жизни ребенка.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) отсутствие воспалительных процессов;
2) удовлетворительное состояние и самочувствие ребенка;
3) эпителизация послеоперационной раны;
4) отсутствие осложнений.

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

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Детям после проведения операции по поводу удаления неодонтогенных кист рекомендуется первые 2 часа после хирургического вмешательства не полоскать полость рта, не есть, далее в течение дня не употреблять горячую пищу во избежание появления болевых ощущений, а также не выполнять тяжелые физические упражнения. Начиная со второго дня после операции следует проводить обработку послеоперационной области антисептическими растворами после еды, 3 раза в день. Через 7 дней необходимо явиться на перевязку и осмотр к оперирующему врачу. План дальнейших перевязок и осмотров врач определяет индивидуально для каждого пациента. Далее, при необходимости, ребенок направляется на консультацию к врачу-ортодонту для определения показаний к восстановлению и/или исправлению имеющейся ЗЧА. Рекомендуется посещать врача стоматолога 2 раза в год.

После проведенного вмешательства в первые сутки рекомендуется ребенку соблюдать охранительный режим и есть мороженое. Родители ребенка должны быть предупреждены о необходимости немедленного обращения при появлении признаков воспалительного процесса. [4, 5]

Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний: Ростовые, кисты полости рта

Код/коды по МКБ-10 К09.1, К09.10, К09.11, К09.12, К09.13

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

- обращение в поликлинику с целью консультации;
- плановое лечение в поликлинике;

- лечение в условиях стационара под общим обезболиванием.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	**Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества**		
1.1	Проводилось ли при постановке диагноза:		
1.1.1	сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания	2	Б
1.1.2	внешний осмотр	2	В
1.1.3	осмотр полости рта	2	В
1.1.4	определение подвижности зубов	2	Б
1.1.5	рентгенологическое обследование	1	А
1.2	Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:		
1.2.1	местное или общее обезболивание	2	В
1.2.2	вскрытие полости кисты	2	А
1.2.3	удаление оболочки кисты	2	Б
1.2.4	мобилизация краев раны	3	Б
1.2.5	накладывание швов или тампонада йодоформным тампоном	2	Б
1.2.6	гемостаз	2	Б
1.2.7	назначение повторного приема	1	А
2.	**Временные критерии качества**		
2.1	Устранение кисты	2	Б
2.2	Сохранность целостности сосудов и нервов	2	Б
2.3	Проведение контрольного осмотра	1	А
2.4	Введение лекарственных препаратов,	2	Б

	обладающих анальгезирующим эффектом		
2.5	Повторные перевязки	2	Б
2.6	Наличие рекомендаций о необходимости работы с ортодонтом	2	Б
3.	**Результативные критерии качества**		
3.1	Восстановление костной ткани	1	А
3.2	Устранение воспалительных процессов	2	Б
3.3	Устранение патологических переломов	2	Б
3.4	Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год	1	А
4.	**Дополнительные критерии**		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	1	А
4.2	Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии	1	А
4.3	Отсутствие послеоперационного отека	2	Б
4.4	Отсутствие послеоперационных осложнений	2	Б
4.5	Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер	2	Б
4.6	Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА	2	Б

Список литературы

1. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. - М.: Медицина, 1989; 304 с.

2. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология: учебник - М. ГЭОТАР-Медиа, 2011; 880 с.

3. Корсак А. К.Поликлиническая и госпитальная детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2016; 526 с.

4. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2003; 639 с.

5. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017; с.538 - 544.

6. Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и хирургов - стоматологов» Клинический протокол медицинской помощи при кистах челюстей - Москва 2014; 41 с.

7. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист: руководство для врачей - С - П.: СпецЛит, 2004; 129 с.

8. Мак — Дональд Р., Эйвери Д. Стоматология детей и подростков. - М.: Медицинское информационное агенство, 2003; 766 с.

9. Камерон А., Уидмера Р. Справочник по детской стоматологии - М.: МЕДпресс - информ, 2003; с. 239 - 245.

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

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 31.08.72
- Врачи-стоматологи-терапевты 31.08.73
- Врачи - стоматологи - хирурги 31.08.74
- Врачи-стоматологи детские 31.08.76
- Врачи-ортодонты 31.08.77

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 рандоминизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандоминизированных клинических исследований, с применением мета - анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеются лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета - анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета - анализа

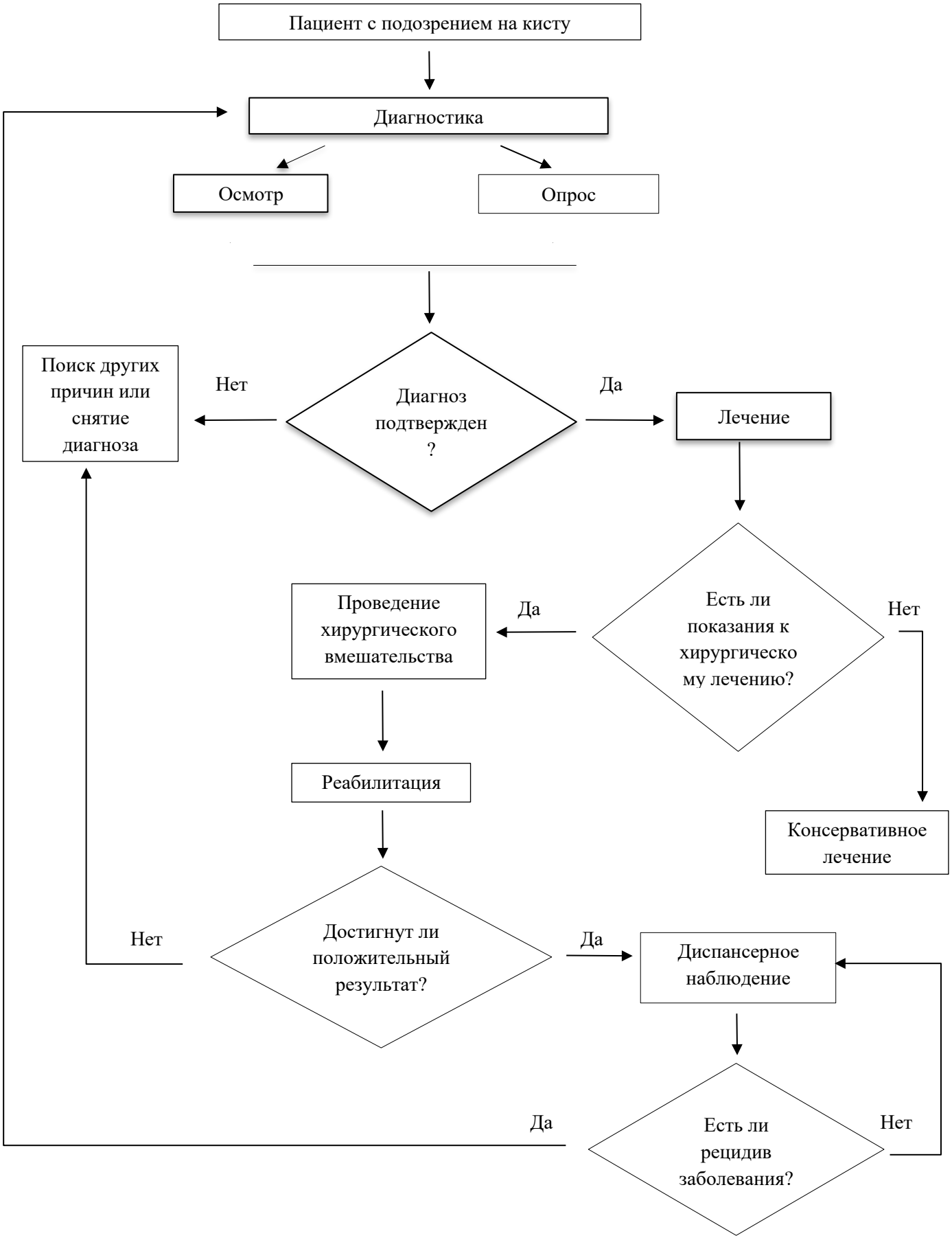
3	Нерандоминизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай - контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

УРР	**Расшифровка**
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/илиих выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются не важными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим нас исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года, 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, на не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В Информация для пациента

- 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;
- в первые сутки после операции рекомендовано соблюдать охранительный режим.