

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ»**

ТАШКЕНТ – 2025

«СОГЛАСОВАНО»
Ректор Ташкентского государственного
стоматологического института



2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «ДЕТСКИЙ ПУЛЬПИТ»

ТАШКЕНТ – 2025

Оглавление:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ».....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ».....	24
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ».....	36

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ»**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Вводная часть

Аннотация. Представленный национальный клинический протокол «Пульпит» разработан для решения таких задач как, установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с пульпитом зубов; для унификации разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизации медицинской помощи больным с пульпитом зубов. Кроме того, рекомендуется для обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в стоматологическом медицинском учреждении. Данный клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на детском терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с пульпитом зубов.

Коды по МКБ-10:

К04.0	Пульпит
	острый хронический (гиперпластический) (язвенный) необратимый обратимый
ссылка	https://mkb-10.com/index.php?pid=10036

Коды по МКБ-11:

DA09.0	Пульпит
	Гнойный пульпит
ссылка	https://mkb11.online/113386

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2027 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

- Ташкентский государственный стоматологический институт.

-Рабочая группа по мультидисциплинарному направлению «Стоматология»:

Шомуродов Кахрамон, д.м.н., профессор	Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ), проректор по научной работе и инновациям
Хасанов Адхам, д.м.н., профессор	Президент ассоциации стоматологов Узбекистана. Заместитель председателя наблюдательного совета

Камилов Хайдар, д.м.н., профессор	ТГСИ, заведующий кафедрой Госпитальной терапевтической стоматологии
Бекжанова Ольга, д.м.н., профессор	ТГСИ, заведующий кафедрой Факультетской терапевтической стоматологии
Даминова Шахноза, д.м.н., профессор	ТГСИ, заведующая кафедрой Профилактики стоматологических заболеваний
Шукурова Умида, д.м.н., доцент	ТГСИ, заведующая кафедрой Пропедевтики терапевтической стоматологии
Муртазаев Саидмуродхон, д.м.н., профессор	ТГСИ, заведующий кафедрой Детской терапевтической стоматологии

- Группа авторов и соавторов по мультидисциплинарному направлению «Стоматология»:

Даминова Ш.Б.	ТГСИ, заведующая кафедрой Профилактики стоматологических заболеваний
Махсумова И.Ш.	ТГСИ, доцент кафедры Профилактики стоматологических заболеваний

Рецензенты:

Беленова И.А.	Воронежский Государственный медицинский институт им. Бурденко, профессор
Муртазаев С.С.	ТГСИ, заведующий кафедрой Детской терапевтической стоматологии

Национальный клинический протокол по мультидисциплинарному направлению «Стоматология» обсужден и рекомендован к утверждению на совещании **Центрального организационно-методического совета** Ташкентского государственного стоматологического института, 27 ноября 2023 г., протокол № 5

Национальный клинический протокол по мультидисциплинарному направлению «Стоматология» утвержден Ученым Советом Ташкентского государственного стоматологического института 29 ноября 2023 г., протокол №34.

Экспертное заключение технической оценки и редактирование национального клинического протокола и стандартов:

-Артур Хайдаров. Заведующий кафедры «Стоматология» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

Экспертное заключение технической оценки специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К.,

начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ВУЗ	Высшее учебное заведение
МКБ	Международная классификация болезней
РКИ	Рандомизированные клинические исследования
СИЦ	Стеклоиономерный цемент
УДД	Уровни достоверности доказательств
УУР	Уровни убедительности рекомендаций
ИРОПЗ	Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба
КПУ	Индекс интенсивности кариеса зубов
ОHI-S	Гигиенический индекс Грина-Вермиллиона
GI	Гигиенический индекс
КЗ	Кариес зубов
ЭОД	Электроодонтодиагностика
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ЧЛО	Челюстно-лицевая область
мкА	микроАмпер
Р-грамма	Рентгенограмма
ТТЗ	Твёрдые ткани зубов

-Пользователи Национального клинического протокола и стандартов по направлению «Стоматология»:

1. Стоматолог общей практики;
2. Терапевты стоматологи;
3. Детские терапевты стоматологи;
4. Гигиенисты стоматологи;
5. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских ВУЗов по направлению Стоматология;
6. Пациенты и дети с различной формой кариеса зубов, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

-Категории пациентов Национального клинического протокола и стандартов по направлению «Стоматология»: взрослые люди и дети с различной формой кариеса зубов.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	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
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для 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	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	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 согласованными)
В	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)
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)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Введение. Пульпит – воспалительный процесс в пульпе зуба, возникающий в результате воздействия различных раздражителей инфекционной, токсической, аллергической или травматической природы, который может закончиться гибелью пульпы зуба.

2.2. Общая характеристика нозологии.

Несвоевременное лечение пульпита зубов, а также удаление зубов в результате его осложнений в свою очередь приводят к появлению вторичной деформации зубных рядов и возникновению патологии височно-нижнечелюстного сустава. Пульпит непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента, обуславливая нарушения процесса жевания вплоть до окончательной утраты данной функции организма, что сказывается на процессе пищеварения [1,8].

Этиология. Возникновение пульпита на детских зубах обусловлено инфекционным поражением мягких тканей зуба. Возбудитель проникает через кариозную полость. Пульпит вызывают стафилококки, стрептококки и другие микроорганизмы, обитающие в ротовой полости даже у здоровых людей. Причиной воспаления служит их активное размножение на фоне падения иммунитета. Микроорганизмы проходят в пульпарную камеру через прослойку дентина — у детей она тоньше, чем у взрослых. В процессе жизнедеятельности они выделяют токсины, из-за чего организм запускает воспалительную реакцию. При этом повреждается верхний отрезок пульпы, который находится в коронковой части зуба. Попадание возбудителя внутрь пульпы может быть обусловлено и другими факторами:

образование скола, глубокой трещины или перелома коронковой части зуба (так образуется травматический пульпит);

повреждение эмали из-за действия сильной кислоты или агрессивного антисептика во время стоматологического лечения;

недолеченный кариес, закрытый пломбой;

занос инфекции из крови в пульпу через корни зуба — ретроградный пульпит;

некачественная установка пломбы.

На детских молочных зубах пульпит возникает чаще, чем на постоянных. Это связано с особенностями строения:

тонкий слой дентина, который легко разрушается;

широкие апикальные отверстия каналов, из-за чего возбудителям инфекции проще проникнуть внутрь;

рыхлая соединительная ткань с большим числом кровеносных и лимфатических сосудов, по которым легко распространяется инфекция;

большие размеры пульпарной камеры;

короткие дентинные каналы, что сокращает путь микроорганизмам от эмали до пульпы.

Кроме особенностей строения зубов ребёнка, большую роль играет более низкий иммунитет в сравнении со взрослыми людьми. В организм детей легче проникают бактерии, вызывая воспаление.

Патогенез. Патогенез воспаления пульпы касается нескольких факторов. Наиболее часто патологический процесс развивается при кариесе. У большинстве пациентов с расстройством наблюдается характерный глубокий кариес, поражение большой площади зуба с обнажением или размягчением дентина, твердых тканей зуба. Патологический процесс развивается и при непосредственном обнаружении пульпы, когда ее не прикрывают другие части зуба.

Но пульпит у детей может развиваться и вне связи с обнажением тканей нервно-сосудистого пучка зуба. Это состояние типично при переломах коронковой части. Причем не обязательно значительных по глубине и площади. Патологическое состояние сопровождается открытием канальцев, через которые инфекция и проникает во внутренние структуры единицы.

Воспаление в пульпе возникает под действием раздражителей и проходит следующие этапы:

1. Первая стадия острого воспаления — гиперемия, или усиленный приток крови к тканям пульпы с расширением кровеносных сосудов. Она нарастает, если раздражающий фактор действует долго. В результате образуется экссудат — жидкость, которая выделяется из мелких кровеносных сосудов при воспалении.

2. Гиперемия переходит в серозное воспаление, при котором в экссудате увеличивается содержание белка. Эта стадия, как и предыдущая, обратима благодаря работе лимфатической системы.

3. Если инфекция продолжает действовать, то поражаются стенки сосудов, растёт уровень лейкоцитов и образуются очаги гнойного воспаления.

4. В молочных и постоянных зубах, корни которых ещё до конца не сформированы, дентин тонкий, маломинерализованный, дентинные каналы широкие, поэтому инфекция быстро распространяется в полость зуба. Воспаление переходит как на коронковую, так и на корневую пульпу.

У детей больше клеточных элементов крови, чем у взрослых, хорошо развиты кровеносные сосуды, корневые каналы и входы в них широкие, из-за этого воспалительный процесс развивается быстро

Классификации.

По МКБ-10 (Международной классификации болезней) пульпит подразделяется на следующие виды:

- неуточнённый;
- острый;
- хронический;
- необратимый;
- обратимый.

Все перечисленные пульпиты могут возникать у детей.

Однако чаще детские стоматологи применяют классификацию **Т. Ф.**

Виноградовой:

1. Острые пульпиты временных зубов:
 - острый серозный пульпит;
 - острый гнойный пульпит;
 - острый пульпит с вовлечением периодонта или регионарных лимфатических узлов.
2. Острые пульпиты постоянных зубов:
 - острый серозный частичный пульпит — может развиваться в зубах со сформированными корнями;
 - острый серозный общий пульпит;
 - острый гнойный частичный пульпит;
 - острый гнойный общий пульпит.
3. Хронические пульпиты временных и постоянных зубов:
 - простой хронический пульпит;
 - хронический пролиферативный пульпит;
 - хронический пролиферативный гипертрофический пульпит;
 - хронический гангренозный пульпит.
4. Хронические обострившиеся пульпиты временных и постоянных зубов

Ссылка: <https://probolezny.ru/pulpit-u-detej/#klassifikaciya-i-stadii-razvitiya-0>

2.3. Клиническая характеристика.

Признаки и критерии, определяющие болезни пульпы:

для гиперемии пульпы характерны быстро проходящие болевые ощущения от разных видов раздражителей. Самопроизвольные боли в анамнезе отсутствуют;

острый пульпит характеризуется впервые появившимися болями, которые продолжаются в течение первых двух суток, боль часто возникает в ночное время.

Провоцируют болевой приступ температурные раздражители (холодное и горячее), как правило, пациент указывает на причинный зуб. При медицинском осмотре определяется глубокая кариозная полость, зондирование болезненно в одной или нескольких точках, полость зуба не вскрыта, перкуссия безболезненна. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости, рентгенологических изменений не выявляется;

для гнойного пульпита характерна самопроизвольная боль пульсирующего характера, иррадиирующая, резко возрастающая при приеме горячей пищи, зондирование дна резко болезненно и нередко сопровождается вскрытием полости зуба с выделением капли гноя, перкуссия может быть болезненной, порог электровозбудимости снижен;

хронический пульпит протекает бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, боли при приеме горячей или твердой пищи. При медицинском осмотре может выявляться глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином;

при гиперпластическом пульпите в раскрытой полости зуба определяется кровоточащая грануляционная ткань, которая вызывает боли при приеме пищи. При данной форме пульпита определяется расширение периодонтальной щели;

хронический гангренозный пульпит может протекать как при открытой полости зуба, так и при сохранении герметичности полости. При зондировании отмечается отсутствие реакции, что указывает на гибель коронковой части пульпы, однако глубокое зондирование вызывает боль. Электровозбудимость пульпы резко снижена, рентгенологически выявляется расширение периодонтальной щели, иногда с разряжением костной ткани;

Симптомы острого пульпита:

- Сильная боль, отдающая в ухо и голову. Появляется спонтанно, а также из-за температурных и механических раздражителей, например при жевании и накусывании.

- Ребёнок плохо спит и ест, нарушается общее качество его жизни.

- Если причина пульпита в травме зуба, то сразу после неё дети жалуются на боль от вдыхания холодного воздуха и жевания пищи. Такие симптомы возникают при вскрытии пульповой камеры.

- Увеличиваются лимфоузлы и растёт температура тела. Ребёнок становится беспокойным, капризным и плаксивым.

- У детей постарше возникают резкие и приступообразные боли. Они могут появиться спонтанно, быть ноющими и усиливаться вечером. Часто возникают ночью.

- В молочных зубах острый пульпит может пройти незаметно и быстро перейти в хроническую форму. Это связано со строением молочных зубов: дентинные каналы широкие, корни и их апикальное отверстие (расположенное на верхушке корня) не сформированы, поэтому инфекция

быстро достигает пульпы. Через корневой канал она выходит в периодонт — ткани зуба, которые окружают корень и удерживают его в костной альвеоле.

Симптомы хронического пульпита:

- При хроническом пульпите жалобы обычно незначительны. Ребёнок может вспомнить, что раньше зуб недолго болел, но всё прошло самостоятельно. Иногда распад пульпы при хроническом пульпите вызывает неприятный запах изо рта.

- Обычно хронические формы пульпита обнаруживаются на осмотре у врача-стоматолога — имеется кариозная полость с размягчённым дентином. Полость зуба может быть вскрыта, либо это произойдёт при удалении мягкого дентина.

- При хроническом пульпите болезненные ощущения могут возникать при осмотре с помощью зонда. Такая форма часто выявляется на рентгенограмме

2.4. Методы, подходы и процедуры диагностики пульпита

Диагностика пульпита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения.

Таблица 1

Диагностические критерии пульпита у детей

Нозология	Жалобы	Анамнез
Острые пульпиты		
Острый очаговый пульпит	На впервые появившиеся боли в вечерние часы или ночью. Боли, возникающие от холодного и успокаивающиеся от теплого	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта, ранее боль в зубах отсутствовала. Алиментарная недостаточность минеральных веществ. Зуб ранее не болел.
Острый диффузный пульпит	На приступообразные боли, усиливающиеся при лежании, а также от холодного и горячего. Больной не может определить беспокоящий его зуб.	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта. Пациент отмечает, что сначала зуб болел 10-30 мин., а теперь – часами;

Хронические пульпиты		
Хронический фиброзный пульпит	На боли от температурных и химических раздражителей, которые не проходят сразу после устранения причины. Иногда жалобы отсутствуют.	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта. Ранее отмечались боли от температурных раздражителей.
Хронический гипертрофический пульпит	На чувство распирания в зубе, на кровоточивость из кариозной полости, а при явлениях гипертрофии пульпы на выбухание грануляционной ткани из кариозной полости.	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта. Ранее отмечалась острая боль в причинном зубе.
Хронический гангренозный пульпит	Жалобы чаще всего отсутствуют, однако могут быть боли, возникающие от различных раздражителей, чаще всего от горячего. Иногда пациента беспокоит неприятный запах из зуба.	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта. Ранее зуб сильно болел, но потом боли постепенно стихли.
Обострение хронического пульпита	На приступообразную боль, иррадирующую, усиливающуюся от термических раздражителей.	Не сбалансированное питание, преобладание углеродистой пищи, плохая гигиена полости рта. Острая боль 6-12 месяцев назад.

Острый пульпит временных и постоянных зубов

Физикальное обследование:

Лицо симметричное, кожные покровы чистые, у детей до 3х лет, детей с низким иммунитетом наблюдается увеличение регионарных лимфатических узлов. Кариозная полость небольших/средних размеров. Во временных зубах характерна локализация кариозных полостей на контактных поверхностях. Полость зуба не вскрыта. При остром гнойном пульпите в кариозной полости

обилие размягченного дентина, перкуссия болезненная, гиперемия окружающих мягких тканей.

Инструментальные исследования:

ЭОД – уровень показателей электроодонтометрии 15-40 мкА, зондирование наиболее болезненно в проекции рога пульпы.

Лабораторные исследования: нет.

Хронический пульпит временных и постоянных зубов

Физикальное обследование: Лицо симметричное, у ослабленных детей может наблюдаться увеличение регионарных лимфатических узлов.

Кариозная полость с размягченным дентином, при удалении которого обнаруживается вскрытая полость зуба. При гангренозном пульпите цвет зуба имеет сероватый оттенок, глубокая кариозная полость с широко вскрытой полостью зуба. При гипертрофическом пульпите кариозная полость заполнена гипертрофированной пульпой.

Лабораторные исследования: нет.

Инструментальные исследования: ЭОД – уровень показателей электроодонтометрии, зондирование болезненно, в особенности в области вскрытой полости зуба, на рентгенограмме при хронических формах пульпита могут быть изменения в тканях периодонта - ослабление костного рисунка в области бифуркации, незначительное расширение периодонтальной щели, разрушение кортикальной пластинки альвеолы.

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация. Указанные инструментальные и физикальные методы диагностики различных форм пульпитов являются важными, имеют высокое методологическое значение при выборе соответствующего метода лечения.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика пульпита временных и постоянных зубов.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый пульпит временных и постоянных зубов	С обострением хронического пульпита и периодонтита, и с острым периодонтитом	Кариозная полость небольших/средних размеров, полость зуба не вскрыта, при остром гнойном пульпите в кариозной полости обилие	1. При обострении хронического пульпита: в анамнезе острый пульпит 6-12 месяцев назад, зондирование кариозной полости болезненно по всему дну,

		<p>размягченного дентина, болезненная перкуссия, гиперемия окружающих мягких тканей.</p>	<p>резко болезненно в области вскрытого рога пульпы. Слизистая оболочка десны не изменена. Электровозбудимость 60-80 мкА. На рентген снимке незначительное расширение периодонтальной щели у верхушки зуба. 2. При обострении хронического периодонтита: в анамнезе острая боль 1-2 года назад, зондирование кариозной полости безболезненно, слизистая оболочка десны гиперемированная, отечна, болезненна при пальпации, электровозбудимость пульпы 100-150 мкА. На рентген снимке деформация/деструкция костной ткани в области верхушки корня. 3. При остром периодонтите: в анамнезе - острый гангренозный пульпит несколько дней назад, Зондирование кариозной полости безболезненно, слизистая оболочка десны гиперемированная, зуб слегка подвижен, электровозбудимость пульпы 90-100 мкА на рентген снимке незначительное расширение периодонтальной щели.</p>
<p>Хронический пульпит временных и постоянных зубов</p>	<p>С кариесом зубов, с хроническим периодонтитом, при гипертрофическом пульпите с разрастанием</p>	<p>Кариозная полость с размягченным дентином, при удалении которого обнаруживается вскрытая полость</p>	<p>1. При кариесе кариозная полость средних размеров, заполненная пигментированным, размягченным дентином, зондирование болезненно</p>

	десневого сосочка и <i>грануляционной ткани из бифуркации много корневых зубов.</i>	зуба.	по эмалеводентинному соединению. ЭОД- 6-8мкА. 2. При хроническом периодонтитев прошлом отмечались припухлости на десне и боль при накусывании на больной зуб во время обострения, при осмотре глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, полость зуба вскрыта, зондирование безболезненное. Реакция на раздражители отсутствует. ЭОД свыше 100 мкА. На рентгенограмме определяются изменения, характерные для одной из форм хронического периодонтита 3. При разрастании десневого сосочка и <i>грануляционной ткани</i> зондом вокруг шейки зуба пройти не удается. Рентгенологическое исследование, выявляет разрушение в области бифуркации.
--	---	-------	--

Ссылка:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D0%B8%D1%82-%D1%83-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9/14884>

3. ДИАГНОСТИКА ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ И МОНИТОРИНГ

Основными принципами диагностики болезней пульпы являются:

- ✓ выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие болезней пульпы зуба
- ✓ определение степени выраженности, определение медицинских показаний к лечению,

✓ выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;
дифференциальная диагностика болезней пульпы зуба.

Перечень диагностических мероприятий: Основные (обязательные) и дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

✓ сбор анамнеза;
✓ осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

✓ индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI);

✓ инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования):

✓ прицельная внутриротовая контактная рентгенография

Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

физический метод исследования: электроодонтометрия;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей, конусно-лучевая компьютерная томография челюстнолицевой области с применением программы для локальной зоны (детям с хроническим пульпитом в возрасте 6 лет и старше).

Ссылка:

<https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/%D0%9A%D0%9F%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D1%81%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8F%D0%BC%D0%B8%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D1%8B%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%9C%D0%97%2011.2022%20112.pdf>

4. ЛЕЧЕНИЕ

Планирование лечения пациентов с болезнями пульпы зуба включает мероприятия, направленные на сохранение жизнеспособности пульпы, обеспечение формирования корня за счет зоны роста в постоянных зубах с

незаконченным формированием корней (апексогенез) и обеспечение физиологической резорбции корней временных зубов:

- ✓ консервативные методы (прямая и непрямая пульпотерапия);
- ✓ хирургические методы (пульпотомия и пульпэктомия);
- ✓ восстановление коронки зуба;
- ✓ медицинское наблюдение.

Тактика лечения: Выбор тактики лечения зависит от степени сформирования или рассасывания корней зуба, степени интенсивности кариозного процесса (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный), стадии обострения процесса.

Консервативный метод, применяемый при ранней стадии развития пульпита, при остром частичном пульпите или при случайном обнажении свода полости зуба (травма). При консервативном лечении происходит вскрытие кариозной полости (с применением анестезирующих препаратов) и очищение от некротизированных тканей. Затем полость обрабатывается растворами антисептиков, накладываются лечебные пасты, после чего доктор пломбирует полость с использованием высокотехнологичных, эстетичных, экологически безопасных композитных материалов, разработанных специально для детей.

Хирургический метод, предполагающий частичное (ампутация) или полное удаление (экстирпация) пульпы:

- Витальная экстирпация – наименее распространенный метод в детской стоматологии, который подходит для лечения пульпита молочных зубов с полностью законченным процессом формирования корней. Представляет собой полное удаление пульпы с последующим пломбированием каналов рассасывающимися материалами. Основными показаниями данной методики, как правило, являются острый диффузный и хронический гангренозный пульпит.

- Витальная ампутация предполагает под собой удаление инфицированной коронковой части пульпы с сохранением ее корневой части, что позволяет зубу развиваться.

- Девитальная ампутация заключается в некротизации инфицированной области пульпы и наложением на данный участок специализированной мышьяковистой пастой, которая действует в течение 24-48 часов. После того, как «больная», неживая пульпа удаляется, полость заполняется особой лечебной пастой, которая мумифицирует оставшуюся пульпу и предотвращает дальнейшее распространение инфекции.

Медикаментозное лечение:

При назначении и применении лекарственных средств впервые необходим сбор полного аллергоанамнеза. Если аллергоанамнез не известен, сомнителен или отягощен необходимо отправить пациента на аллергопробу в аллергоцентр. С целью анестезии применяется один из нижеперечисленных препаратов

Таблица

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы

№	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	<p>Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну.</p> <p>Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном</p>
2	Лидокаин/Хлоргексидин	<p>Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г;</p> <p>анестезирующий гель в шприцах 8,5 г</p>	<p>Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией.</p> <p>Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента</p>
3	Артикаин/Эпинефрин	<p>Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для</p>	<p>Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние</p>

		<p>инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл</p>	<p>области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось</p>
--	--	--	--

https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/%D0%9A%D0%9F%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D1%81%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8F%D0%BC%D0%B8%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D1%8B%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%9C%D0%97_30.11.2022_112.pdf

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО
НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Коды по МКБ-10:

К04.0	Пульпит
	БДУ острый хронический (гиперпластический) (язвенный) необратимый обратимый
ссылка	https://mkb-10.com/index.php?pid=10036

Коды по МКБ-11:

DA09.0	Пульпит
	Гнойный пульпит
ссылка	https://mkb11.online/113386

1. Основная часть

- **Введение.** Лечение пациентов с пульпитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с пульпитом осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, детскими врачами стоматологами. На этапе восстановления анатомической формы зуба в процесс лечения может подключаться врач-стоматолог ортопед. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с **острым очаговым пульпитом** зуба включают:

обязательные лечебные мероприятия:

при воспалении пульпы в постоянных зубах с незаконченным формированием корней – не прямое и прямое покрытие пульпы зуба; при не прямом покрытии пульпы – внесение на дно полости лечебной прокладки, содержащей гидроксид кальция для не прямого покрытия и (или) цинкоксидэвгенольного цемента; при прямом покрытии – внесение лечебной прокладки, содержащей минералтриоксидаграт (далее – МТА) или гидроксид кальция для прямого покрытия, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента, реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

консервативные методы лечения острым очаговым пульпитом временных зубов имеют ограниченное применение;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

✓ применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям;

✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба (далее – ИРОПЗ) от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

✓ медицинское наблюдение 1 раз в 3 месяца до окончания формирования корней.

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом временных зубов:

✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА;

✓ метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом постоянных зубов:

✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента;

✓ метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим (или) мумифицирующим действием; реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента; после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом во временных зубах:

✓ метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;
обязательные лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом в постоянных зубах:

✓ методы витальной пульпэктомии или девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов; после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпэктомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом временных зубов:

✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА;
метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегид содержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом постоянных зубов:

✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента;

✓ метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегид содержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

✓ после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

✓ применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гангренозным пульпитом во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гангренозным пульпитом во временных зубах:

✓ метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементав;
обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гангренозным пульпитом в постоянных зубах:

✓ методы витальной пульпэктомии и девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементав;

✓ после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

✓ применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом временных зубов:

✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА;

✓ метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементав;
обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом постоянных зубов:

- ✓ метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента;
- ✓ метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;
- ✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;
- ✓ после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

- ✓ реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы во временных зубах:

- ✓ метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;
- ✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

обязательные лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы в постоянных зубах:

- ✓ методы витальной пульпэктомии и девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;
- ✓ реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;
- ✓ после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпэктомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

Медицинское наблюдение при проведении метода кальцийгидроксидпульпотомии в постоянных зубах с незаконченным формированием корней через 1, 2, 3, 6, 12 месяцев.

Медицинское наблюдение при проведении метода девитальной пульпотомии и девитальной (витальной) пульпэктомии во временных зубах через 6, 12 месяцев.

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация. Указанная немедикаментозная помощь направлена на обеспечение надлежащей гигиены полости рта и имеет высокое методологическое значение при предотвращении развития КЗ и пульпита

Таблица 4.

Лечения больного с начального пульпита (гиперемии пульпы) (K04.00) (таблица 4)

Данные о лечении глубокого кариеса

Посещения	Проводимое лечение
Первое	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обезболивание; 2. Изоляция зуба; 3. Препарирование кариозной полости; 4. Медикаментозная обработка кариозной полости; 5. Лечебная прокладка; 6. Временная пломба.
Второе	<ol style="list-style-type: none"> 1. Удаление временной пломбы. 2. При сохранение лечебной прокладки; 3. Изолирующая прокладка; 4. Адгезивная система; 4. Пломбирование кариозной полости; 5. Отделка и полировка пломб.

При проведении пульпитов зубов необходимо использовать определенные лекарственные средства и пломбировочные материалы (таблица 5) во время каждого этапа.

Таблица 5.

Данные о лекарственных формах и пломбировочных материалах применяемые при лечении пульпитов зубов

Назначение	Название лекарственного препарата или средства/МНН	Дозировка, способ применения	Разовая доза, кратность и длительность применения

Местные анестетики применяемые при обезболивании. Выбрать один из предложенных анестетиков.	Articaine + epinephrine	1:100000, 1:200000, 1,7 мл, инъекционное обезбоживание	1:100000, 1:200000 По 1,7 мл, однократно
	Articaine + epinephrine	4% 1,7 мл, инъекционное обезбоживание	По 1,7 мл, однократно
	Лидокаин/ lidocainum	2% раствор, 5,0 мл инъекционное обезбоживание	По 1,7 мл, однократно
Лечебные прокладки, применяемые при лечении глубокого кариеса. Выбрать один из предложенных	Материал стоматологический прокладочный двухкомпонентный на основе гидроксида кальция химического отверждения	базовая паста 13г, катализатор 11г на дно кариозной полости	Однократно по капле 1:1
	Материал стоматологический прокладочный на основе гидроксида кальция	базовая паста 12г, катализатор 12г на дно кариозной полости	Однократно по капле 1:1
	Светоотверждаемая рентгеноконтрастная паста на основе гидроксида кальция	базовая паста 12г, катализатор 12г на дно кариозной полости	Однократно по капле 1:1
	Демеклоциклин+ Триамцинолон	Паста 5 г на дно кариозной полости	Однократно необходимое количество
Хлорсодержащие препараты. Выбрать один из	Гипохлорит натрия	3% раствор, обработка кариозной полости	Однократно 2-10мл

предложенных материалов.	Хлоргексидина биглюконат/ Хлоргексидин	0,05% раствор 100 мл, обработка кариозной полости	Однократно 2-10мл
Гемостатические препараты Выбрать один из предложенных.	Капрамин Средство вяжущие стоматологическое для обработки корневых каналов, при капиллярном кровотечении, жидкость для местного применения	30 мл, при кровоточивости десен	Однократно 1-1,5 мл
	Visco Stat Clear	25% гель, при кровоточивости десен	Однократно необходимое количество
Материалы предназначенные для изолирующих прокладок 1. СИЦ Выбрать один из предложенных материалов.	Материал пломбировочный СИЦ облегченного смешивания	Порошок А3 – 12,5г, жидкость 8,5мл. Изолирующая прокладка	Однократно 1 каплю жидкости смешать с 1 мерной ложкой порошка до пастообразной консистенции
	Кавитан плюс	Порошок 15г, жидкость 15мл Изолирующая прокладка	Однократно 1 каплю жидкости смешать с 1 мерной ложкой порошка до пастообразной консистенции
	Ионосил	паста 4г, паста 2,5г Изолирующая прокладка	Однократно необходимое количество
2. Цинк-фосфатные цементы	Адгезор	Порошок 80г., жидкость 55г Изолирующая прокладка	Однократно 2,30г порошка на 0,5 мл жидкости замешать
Материалы предназначены	Филтек Z 550	4,0г пломба	Однократно Средний кариес –

ые для постоянных пломб. Постоянные пломбировочные материалы. Выбрать один из предложенных материалов.			1,5г, Глубокий кариес – 2,5г
	Харизма	4,0г пломба	Однократно Средний кариес – 1,5г, Глубокий кариес – 2,5г
	Филтек Z 250	4,0г пломба	Однократно Средний кариес – 1,5г, Глубокий кариес – 2,5г
	Филтек ультимат	4,0г пломба	Однократно Средний кариес – 1,5г, Глубокий кариес – 2,5г
	Харизма	Базовая паста 12г катализатор 12г пломба	Однократно 1:1
	Эвикрол	Порошок 40г, 10г, 10г, 10г, жидкость 28г, пломба	Однократно 1 каплю жидкости смешать с 1 мерной ложкой порошка до пастообразной консистенции
Адгезивная система. Выбрать один из предложенных адгезивных систем.	Synple Bond 2	жидкость 6г в кариозную полость	Однократно 1 капля
	Prime&Bond NT	жидкость 4,5 мл в кариозную полость	Однократно 1 капля
	Эйч гель	гель 5г в кариозную полость	Однократно Необходимое количество
Временные пломбировочные материалы	Искусственный дентин	Порошок 80г, жидкость – дистиллированна я вода в кариозную полость	Однократно 3-4 капли жидкости смешать необходимым количеством порошка до

			пастообразной консистенции
	Дентин-паста MD-TEMP	Паста 40г в кариозную полость	Однократно необходимое количество
Абразивные пасты	Депурал нео	Паста 75г для полирования пломбы	Однократно необходимое количество
	Супер полиш	Паста 45г для полирования пломбы	Однократно необходимое количество

Ссылка:

<https://diseases2.medelement.com/disease/%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7/14960?ysclid=lwlqx0m8ca59077121>

Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр ЧЛЮ	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	1
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография ЧЛЮ	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по

потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфльтрационная, проводниковая).

Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается аппликационно анестетиками.

Общие требования к препарированию полостей:

- обезболивание;
- максимальное удаление патологически измененных тканей зуба;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- формирование полости.

Форма полости должна быть округлой. Если полость очень мала, допустимо щадящее препарирование шаровидными борами без создания ретенционных зон.

Для пломбирования применяются СИЦ и компомеры. У пациентов, пренебрегающих гигиеной рта, рекомендуется использовать СИЦ, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зуба после пломбирования и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками.

Ссылка:<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B5%D1%81-%D0%B7%D1%83%D0%B1%D0%BE%D0%B2-%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B8%D0%B5-%D0%BA%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5-%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2018/16574?ysclid=lxliacv33t131900928>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ»**

Коды по МКБ-10:

К04.0	Пульпит
	БДУ острый хронический (гиперпластический) (язвенный) необратимый обратимый
ссылка	https://mkb-10.com/index.php?pid=10036

Коды по МКБ-11:

DA09.0	Пульпит
	Гнойный пульпит
ссылка	https://mkb11.online/113386

1. Основная часть.

- Введение Общими принципами медицинской профилактики являются: мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов); своевременное лечение кариеса зубов.

Организация медицинской профилактики пульпита.

Так, как основной причиной пульпита является кариес и его осложнения профилактика пульпита в тесную связано с профилактикой кариеса. Стратегии профилактики кариеса раннего возраста разрабатывались на 3 уровнях: первичной, вторичной и третичной профилактики. Было особо отмечено, что мероприятия должны начинаться как можно ранее с чистки зубов фторидсодержащей пастой и изменения социальных и поведенческих факторов.

Первичная профилактика кариеса раннего возраста является основополагающим методом, позволяющим снизить распространенность данного заболевания в мире [8,10]. Особенно важна помощь врачей-педиатров и медицинских сестер, часто контактирующих с молодыми родителями в первый год жизни ребенка, когда необходимо предоставить информацию об ограничении свободных сахаров в пище и напитках в первые

2 года жизни, по возможности исключить ночные кормления из бутылочки молоком или сахаросодержащими напитками, а также ночное грудное или искусственное вскармливание в возрасте старше 12 месяцев, особенно частое и/или «по требованию».

Согласно рекомендациям экспертов, следует поощрять ежедневное использование системных фторидов в виде фторированной воды, соли или молока. Местное применение фторидов должно осуществляться в виде ежедневной двукратной чистки зубов с использованием фторидсодержащей пасты с концентрацией фторида 1000 ppm и соответствующим возрасту ее количеством на щетке - в виде следов (примерно 0,1 мг F) для детей младше 3 лет и размером с горошину (примерно 0,25 мг F) для детей в возрасте 3-6 лет [10]. Желательно, чтобы родители привели ребенка к врачу-стоматологу на первом году жизни. Детям, имеющим средний и высокий риск развития кариеса, необходимы регулярные аппликации 5% фторидсодержащего лака [5,9,10].

Вторичная профилактика подразумевает проведение мер по предотвращению прогрессирования или реминерализации кариозных поражений без образования полости. На данном этапе ключевую роль играет своевременное выявление начальных поражений. Вторичная профилактика кариеса раннего возраста включает раннюю диагностику, которая позволяет предотвратить ухудшение кариозного поражения и контролировать распространение заболевания. Данные мероприятия не могут применяться без сочетания с первичной профилактикой.

Раннее выявление. После прорезывания первого зуба в ходе стоматологического осмотра у ребенка необходимо оценить наличие факторов риска. Такой скрининговый визит должен быть включен в план обследования малыша, результаты осмотра - внесены в его амбулаторную карту. Рекомендуется провести обучение медицинского персонала по выявлению ранних кариозных поражений. Периодический осмотр полости рта следует полностью интегрировать с медицинскими осмотрами матери и ребенка. Каждый последующий визит к стоматологу должен совпадать с общим осмотром ребенка у врача-педиатра или графиком вакцинации каждые 3-6 месяцев в зависимости от риска развития кариеса.

Рекомендации по питанию должны быть такими же, как и при первичной профилактике, но более строгими. В случае, когда грудное вскармливание невозможно, отучать от кормления из бутылочки следует, начиная с 6-месячного возраста. Молоко и вода без добавления сахара должны быть основными напитками.

Использование фторидов. В домашних условиях и в детских дошкольных учреждениях должна проводиться контролируемая чистка зубов со следовым (рисовое зернышко) количеством зубной пасты с содержанием 1000 ppm фторида. При кариозных поражениях без образования полости необходимо следовать рекомендациям по применению фторидов при

первичной профилактике. Использовать лак с 2,26% фторида каждые 3-6 месяцев до приостановления развития поражения, если это возможно.

Изменение поведения. Родители должны быть активно вовлечены в процесс ухода за полостью рта и питания их детей. Рациональная гигиена полости рта должна пропагандироваться на государственном уровне, а средства и предметы гигиенического ухода должны быть доступны для общества.

Силанты. Герметизацию моляров следует проводить у детей с высоким риском кариеса или кариозными поражениями без образования кариозной полости. Процедура должна выполняться обученным персоналом на адекватном оборудовании с последующим проведением первичной профилактики.

Третичная профилактика включает в себя как неинвазивные, так и инвазивные методы лечения кариозных полостей, достигших дентина. Целью третичной профилактики является снижение негативного воздействия уже развившейся кариозной полости путем восстановления функции и устранения осложнений, связанных с КЗ. Также целью является улучшение качества жизни детей с кариесом раннего возраста.

Контроль прогрессирования заболевания и восстановление функции согласно подходам системы здравоохранения к лечению детей в возрасте до 6 лет.

Выявление кариозных полостей родителями, медицинскими сестрами, стоматологами и врачами других специальностей.

Проведение обучения как в виде самообучения, так и обучающих семинаров на рабочем месте для медицинского персонала и специалистов стоматологического профиля.

Использование стандартных инструментов для скрининга и выявления заболевания.

Применение минимально-инвазивных методов лечения, которое позволит сохранить структуру зуба, избежать нежелательного удаления, а также негативных последствий в виде боли и инфекции.

Альтернативные методы включают аппликации фторид содержащего лака, диамин фторида серебра для приостановления кариеса, использование техники ART/SMART/ ITR, HALL (врачом-стоматологом). Для пломбирования следует использовать адгезивные пломбировочные материалы, высвобождающие ионы фтора. Материалом выбора являются СИЦ.

Техника и материалы, используемые для лечения, должны применяться в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными в стране, и рекомендованными профессиональными организациями.

СПИСОК СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Фармакотерапевтическая группа	Международное патентованное название препарата	Применение	Степень достоверности
Регулятор обмена кальция и фосфора	Кальция глицерофосфат (Calcium glycerophosphate)	В качестве общего лечения крапчатости зубов, флюороза	https://diseases2.medicines.com/disease/%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7/14960?ysclid=lwlqx0m8ca59077121
Макро- и микроэлементы	Кальция глюконат (Calcium gluconate)	В качестве общего лечения крапчатости зубов, флюороза	https://diseases2.medicines.com/disease/%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7/14960?ysclid=lwlqx0m8ca59077121
Восполняющее дефицит кальция, дезинтоксикационное	Кальция лактат (Calcium lactate)	В качестве общего лечения крапчатости зубов, флюороза	https://diseases2.medicines.com/disease/%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7/14960?ysclid=lwlqx0m8ca59077121
Зубные пасты	Зубная паста без фтора «БИОКАЛЬЦИЙ» (SPLAT Professional) Зубная паста без фтора «УЛЬТРАКОМПЛЕКС» (SPLAT Professional) Зубная паста без фтора «СЕНСИТИВ» (SPLAT Professional)	В качестве дополнительного местного лечения крапчатости зубов и всех клинических форм флюороза	https://uz.splatglobal.com/
Ополаскиватель	Ополаскиватель	В качестве	https://uz.splatglobal.com/

и	без фтора «BIOCALCIUM» (SPLAT Professional) Ополаскиватель без фтора «SENSITIVE» (SPLAT Professional) Ополаскиватель без фтора «WHITE PLUS» (SPLAT Professional)	дополнительного о местного лечения крапчатости зубов, всех клинических форм флюороза	m/
---	---	--	--------------------

Ссылка: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-etologiya-otsenka-riska-profilaktika-i-lechenie-kariesa-zubov-u-detey-rannego-vozrasta>

Алгоритм обучения гигиене рта.

<p>Первое посещение</p>	<p>Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов.</p> <p>Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти. Обратит внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну. Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен, справа налево.</p> <p>Длительность чистки – 3 мин.</p> <p>Для качественной чистки контактных поверхностей зубов</p>
--------------------------------	--

	необходимо использовать зубные нити. Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента.
Второе посещение	С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

АЛГОРИТМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ

Первое посещение:

✓ Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

✓ Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

✓ Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей до и после чистки зубов), демонстрация пациенту, где зубной налет не был удален при чистке.

✓ Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за полостью рта, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены.

Следующее посещение: Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены полости рта – повторение процедуры. Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

АЛГОРИТМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ РТА И ЗУБОВ

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение. При удалении над- и поддесневых зубных отложений следует соблюдать ряд условий:

❖ удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;

❖ провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06% раствором хлоргексидина, 0,05% раствором перекиси водорода);

❖ изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

❖ обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения – рычагообразные и соскабливающие, должны быть плавными, не травмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимулятором. Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей – вращающиеся щеточки, контактных поверхностей – флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов).

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента.

Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

Ссылка: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-stomatologicheskoy-reabilitatsii-pri-kariесе-zubov-i-ego-oslozhneniyah?ysclid=lx19jitnn631039555>

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты с кариесом эмали в стадии пятна должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу-стоматологу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

После завершения каждой лечебной процедуры рекомендуется не принимать пищу и не полоскать рот в течение 2 ч. Ограничение потребления пищевых продуктов и напитков с низкими значениями рН (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема. Ограничение пребывания углеводов во рту (сосательные, жевательные конфеты).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Л.А.Хомченко.Терапевтическая стоматология детского возраста, г.Москва, 2007г.
2. Терапевтическая стоматология детского возраста Н.В.Курякина, г.Новгород, 2004 г.
3. Стоматология детского возраста. Л.С.Персин, В.М.Елизарова, С.В.Дьякова, Москва, 2003 г.
4. Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский, Ю.Д. Барышева, Ю.М. Максимовский и др., г.Москва, 1997 г.
5. Профилактика стоматологических заболеваний. Т.К.Супиев, С.Б.Улитковский, О.М.Мирзабеков, Э.Т.Супиева, г.Алматы, 2009 г.
6. BNF for children 2011-2012 «Большой справочник лекарственных средств»/ под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепихина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с.
7. UK National Clinical Guidelines in Paediatric, H. D. RODD, P. J. WATERHOUSE, A. V. FUKS, S. A. FAYLE & M. A. MOFFAT; Dentistry International Journal of Paediatric Dentistry 2006.
8. Кунин, А.А. Микро- и ультраструктура эмали зуба и ее значение для профилактики кариеса / А.А. Кунин, Н.С. Моисеева, Д.А. Кунин // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2017. - Т. 16. - № 2(61). - С. 4-8.
9. Кравченко Н.Л., Гулько Е.М., Боровая М.Л. Диетологические пристрастия как фактор риска развития кариеса зубов у детей дошкольного возраста // Донозоология и здоровый образ жизни. - 2015. - №2 (17). - С.64-67
10. Хворостянская Д.С. Профилактические меры кариеса зубов у детей // StudNet. 2020. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilakticheskie-mery-kariesa-zubov-u-detey>
11. Царинский, М.М. Роль реабилитационных мероприятий в исходах осложненного кариеса зубов / М.М. Царинский // Кубанский научный медицинский вестник. — 2001. — № 3. — С.7—10.
12. Шаковец Н.В. Рекомендации экспертов воз2017 года по профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2019. №1. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/rekomendatsii-ekspertov-voz2017-goda-po-profilaktike-kariesa-zubov-u-detey-rannego-vozrasta>

13. <https://mkb-00.2.com/index.php?pid=12554>
14. <https://www.vnmue.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
15. <https://e-stomatology.ru/director/protokols /protokol .doc>
16. <https://www.vnmue.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
17. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2
18. <https://tadqiqot.uz/index.php/oral/article/view/7121>
19. <https://proprikus.ru/blog/lechenie/>
20. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584
21. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/21697>
22. <https://studfile.net/preview/5346587/>
23. <https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol>
24. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584
25. <https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol.doc>