

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «15» сентября 2016 года
Протокол № 11

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ПУЛЬПИТ У ДЕТЕЙ

1. Содержание:

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	
Дата разработки протокола	
Пользователи протокола	
Категория пациентов	
Шкала уровня доказательности	
Определение	
Классификация	
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	
Показания для госпитализации	
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	
Диагностика и лечение на стационарном уровне	
Медицинская реабилитация	
Паллиативная помощь	
Сокращения, используемые в протоколе	
Список разработчиков протокола	
Список рецензентов	
Список использованной литературы	

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название
К 04.1	Хронический пульпит временных и постоянных зубов	–	–
К 04.2	Острый пульпит временных и постоянных зубов	–	–

3. Дата разработки/пересмотра протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: ВОП, педиатры, стоматологи.

5. Категория пациентов: дети.

6. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

7. **Определение:** Пульпит – воспаление пульпы зуба, возникающее вследствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, а также продуктов распада органического вещества дентина.

8. Клиническая классификация пульпита ММСИ

Острый пульпит:

- очаговый (частичный);
- фиброзный (общий);

- гнойный.

Хронический пульпит:

- фиброзный;
- гангренозный;
- гипертрофический.

Обострение хронического пульпита:

- обострение хронического фиброзного пульпита;
- обострение хронического гангренозного пульпита.

Классификация Т.Ф. Виноградовой у детей:

Острые пульпиты временных зубов:

- острый серозный пульпит;
- острый гнойный пульпит;
- острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта или регионарных лимфатических узлов

Острые пульпиты постоянных зубов:

- острый серозный частичный пульпит (возможен в зубах со сформированными корнями);
- острый серозный общий пульпит;
- острый гнойный частичный пульпит;
- острый гнойный общий пульпит.

Хронические пульпиты временных и постоянных зубов:

- простой хронический пульпит;
- хронический пролиферативный пульпит;
- хронический пролиферативный гипертрофический пульпит;
- хронический гангренозный пульпит.

Хронические обострившиеся пульпиты временных и постоянных зубов.

9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

1) Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

Таблица №1. Данные сбора жалоб и анамнеза

Нозология	Жалобы	Анамнез
Острые пульпиты		Острый диффузный пульпит
Острый очаговый пульпит	На впервые появившиеся боли в вечерние часы или ночью. Боли, возникающие от холодного и успокаивающиеся от теплого	Не сбалансированное питание, преобладание углеводистой пищи, плохая гигиена полости рта, ранее боль в зубах отсутствовала. Алиментарная недостаточность минеральных веществ. Зуб ранее не болел.
Острый диффузный	На приступообразные боли, усиливающиеся	Не сбалансированное питание, преобладание углеводистой пищи,

пульпит	при лежании, а также от холодного и горячего. Больной не может определить беспокоящий его зуб.	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 углеводистой пищи, плохая гигиена полости рта. Ранее отмечались боли от температурных раздражителей.
Хронический гипертрофический пульпит	На чувство распираания в зубе, на кровоточивость из кариозной полости, а при явлениях гипертрофии пульпы на выбухание грануляционной ткани из кариозной полости.	Не сбалансированное питание, преобладание углеводистой 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 углеводистой 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 углеводистой 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.

Лабораторные исследования: нет.

Инструментальные исследования:

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

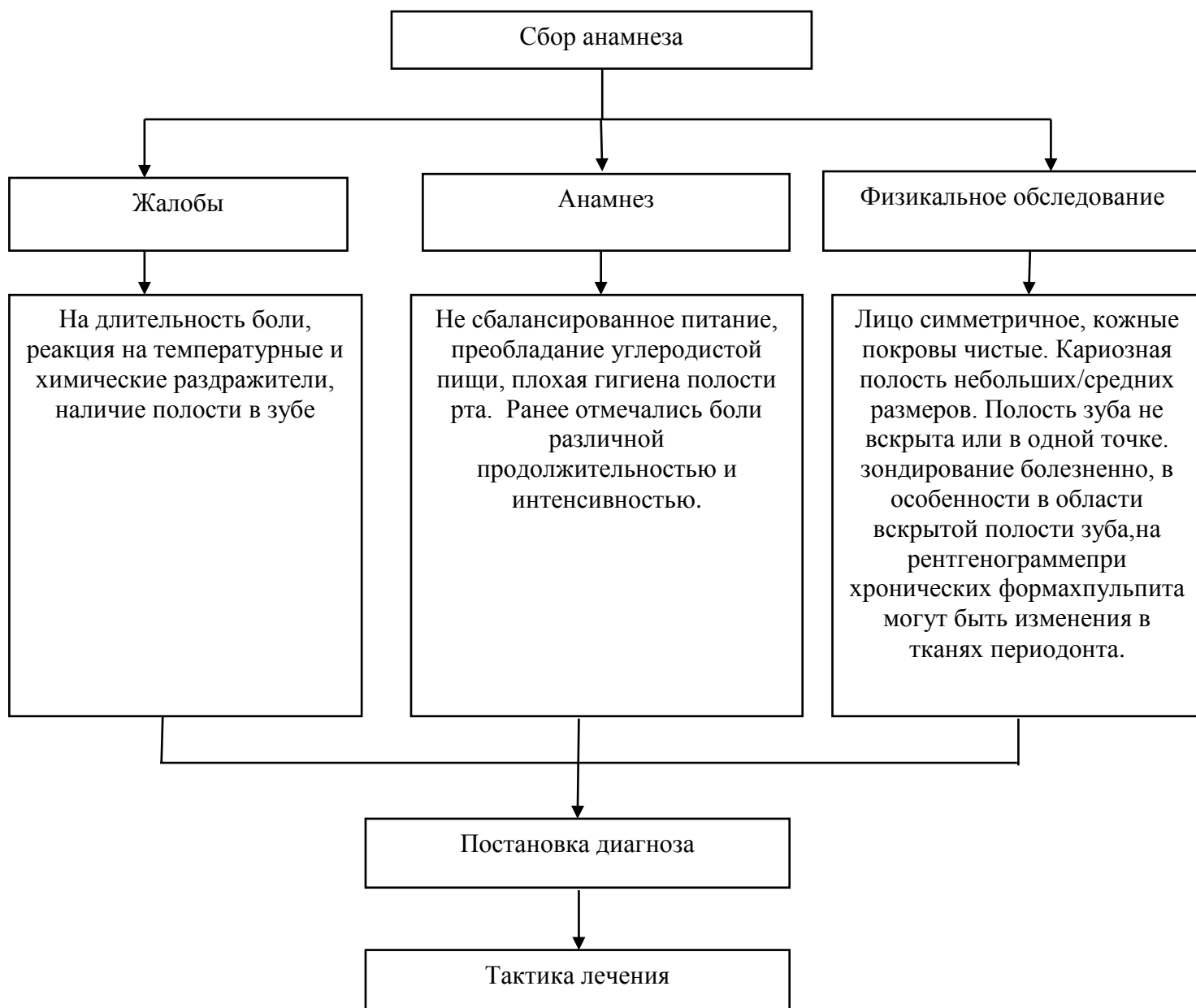
Хронический пульпит временных и постоянных зубов:

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.

2) Диагностический алгоритм:



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

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 размягченного	1. При обострении хронического пульпита: в анамнезе острый пульпит 6-12 месяцев назад, зондирование кариозной полости болезненно по всему дну, резко болезненно в

		<p>дентина, болезненная перкуссия, гиперемия окружающих мягких тканей.</p>	<p>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</p>
--	--	--	--

			периодонтальной щели.
Хронический пульпит временных и постоянных зубов	С кариесом зубов, с хроническим периодонтитом, при гипертрофическом пульпите с разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из бифуркации много корневых зубов.	Кариозная полость с размягченным дентином, при удалении которого обнаруживается вскрытая полость зуба.	1. При кариесе кариозная полость средних размеров, заполненная пигментированным, размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинному соединению. ЭОД- 6-8мкА. 2. При хроническом периодонтите в 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 грануляционной ткани зондом вокруг шейки зуба пройти не удается. Рентгенологическое исследование выявляет разрушение в области бифуркации.

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:

1. **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.

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

3. **Девитальная ампутация** заключается в некротизации инфицированной области пульпы и наложении 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.

Противопоказания:

- поливалентная аллергия на препараты наркоза;
- повышенная температура;
- анемия;
- гнойно-воспалительные процессы полости рта.

Немедикаментозное лечение:

- режим – общий 3;
- диета – стол №15.

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 нижеследующих препаратов

Анестезирующие средства:

- лидокаина раствор для инъекций 2% 2 мл (однократно) (УД-А)[7];

- раствор для инъекций мепивакаин 3% 2 мл (однократно) (УД-А)[7].

Для местной обработки полости рта, однократно применяется один из нижеперечисленных антисептических средств:

- хлоргексидин 0,05% - 100 мл (УД-Д)[7];
- перекись водорода 3% - 100 мл (УД-С)[7].

Для пломбирования корневых каналов используются по необходимости нижеперечисленные пломбировочные материалы:

- 15 г, 15 мл, 2,0 гр., изолирующая прокладка 50 г, 30 мл;
- стеклоиономерные цементы 12,5 г, 8,5мл; 10г, 8мл; 20г, 10 мл, 10 мл;
- композиты химического отверждения.

Алгоритм действий при неотложных ситуациях: нет.

Другие виды лечения: нет.

Показания для консультации специалистов: нет.

Профилактические мероприятия: нет.

Мониторинг состояния пациента:

- повторный прием у стоматолога 1 раз в 3 месяца.

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование патологического процесса;
- восстановление анатомической формы и функции зуба;
- предупреждение развития осложнений.

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ: нет.

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

13. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: нет.

14. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: нет.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

МКБ	–	международная классификация болезни
ММСИ	–	Московский Медицинский Стоматологический Институт
РКИ	–	Рандомизированное клиническое исследование
ЭОД	–	электроодонтометрия

16. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Негаметзянов Нурислам Гарифзянович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии и ЧЛХ Казахского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения». «Городская стоматологическая поликлиника» г.Алматы, главный врач, главный внештатный детский стоматолог МЗСР РК.
- 2) Алдашева Мая Ахметовна – доктор медицинских наук, профессор АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования».
- 3) Жанабаева Галия Байсалкановна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный университет имени Марата Оспанова» руководитель кафедры терапии и ортопедической стоматологии.
- 4) Суршанов Ертай Кызырович – ГКП на ПХВ «Городская стоматологическая поликлиника» г.Алматы, заместитель главного врача по лечебной работе.
- 5) Ермуханова Гульжан Тлеухановна – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Казахстанский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», заведующая кафедрой стоматологии детского возраста.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список рецензентов:

- 1) Супиев Турган Курбанович – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова», профессор кафедры стоматологии и ЧЛХИПО.
- 2) Замураева Алма Уахитовна – доктор медицинских наук, кафедра ортопедической и детской стоматологии АО «Медицинский университет Астана».

21. Список использованной литературы:

- 1) Лекции по стоматологии детского возраста. авт. проф. Т.К. Супиев, г.Алматы, 2013 г.
- 2) Терапевтическая стоматология детского возраста Л.А.Хомченко., г.Москва, 2007 г.
- 3) Терапевтическая стоматология детского возраста Н.В.Курякина, г.Новгород, 2004 г.
- 4) Стоматология детского возраста. Л.С.Персин, В.М.Елизарова, С.В.Дьякова, Москва, 2003 г.
- 5) Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский, Ю.Д. Барышева, Ю.М. Максимовский и др., г.Москва, 1997 г.
- 6) Профилактика стоматологических заболеваний. Т.К.Супиев, С.Б.Улитковский, О.М.Мирзабеков, Э.Т.Супиева, г.Алматы, 2009 г.

- 7) BNF for children 2011-2012 .«Большой справочник лекарственных средств»/ под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепахина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с.
- 8) UK National Clinical Guidelines in Paediatric, H. D. RODD, P. J. WATERHOUSE, A. B. FUKS, S. A. FAYLE & M. A. MOFFAT; Dentistry International Journal of Paediatric Dentistry 2006.