

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Л.Богдан

« 09 » 2025 г.

Регистрационный № 173-1224



## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА И АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЕЙ (инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:** учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»

**АВТОРЫ:** д.м.н., проф. Терехова Т.Н., д.м.н., проф. Шаковец Н.В.,  
д.м.н., доц. Бутвиловский А.В., Пыко Т.А., Чернявская Н.Д.

Минск, 2025



В настоящей инструкции по применению (далее – инструкции) изложен алгоритм лечения пульпита и апикального периодонтита в постоянных зубах с незаконченным формированием корней, использование которого повысит эффективность лечения вышеуказанных нозологических форм в несформированных постоянных зубах.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов детских, иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь пациентам детского возраста в стационарных и (или) амбулаторных условиях, отделениях дневного пребывания.

### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Начальный пульпит (гиперемия) (K04.00).
2. Острый пульпит (K04.01).
3. Гнойный пульпит (K04.02) (пульпарный абсцесс).
4. Хронический пульпит (K04.03).
5. Хронический язвенный пульпит (K04.04).
6. Хронический гипертрофический пульпит (пульпарный полип) (K04.05).
7. Некроз пульпы (K04.1).
8. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4).
9. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).
10. Периапикальный абсцесс со свищом (K04.6).
11. Периапикальный абсцесс без свища (K04.7).

### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения медицинских изделий, лекарственных препаратов, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

### ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ДР.

1. Стоматологическая установка с пылесосом и слюноотсосом.
2. Средства индивидуальной защиты (перчатки, маска, очки).
3. Набор стерильных стоматологических инструментов.
4. Пульптестер.
5. Шприц эндодонтический.



6. Игла эндодонтическая.
7. Эндодонтические (ручные и/или роторные) инструменты для механической обработки корневого канала зуба. Эндомотор.
8. Апекслокатор.
9. Аппарат рентгеновский стоматологический панорамный томографический цифровой.
10. Жидкость для промывания корневых каналов на основе 2% или 3% раствора гипохлорита натрия (NaOCl).
11. Жидкость антисептическая на основе 2% хлоргексидина биглюконата.
12. Раствор этилендиаминтетраацетата (ЭДТА) 17% или раствор лимонной кислоты 20% или 40%.
13. Дистиллированная вода или физиологический раствор.
14. Материал для временного пломбирования корневых каналов, содержащий гидроксид кальция на водной основе.
15. Материал для постоянного пломбирования корневых каналов, содержащий силикаты кальция.
16. Материал для постоянного пломбирования корневых каналов на основе эпоксидной смолы.
17. Штифты гуттаперчевые.
18. Постоянный или временный реставрационный стоматологический материал (стеклоиономерный цемент, композиционный материал).

#### ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛГОРИТМА

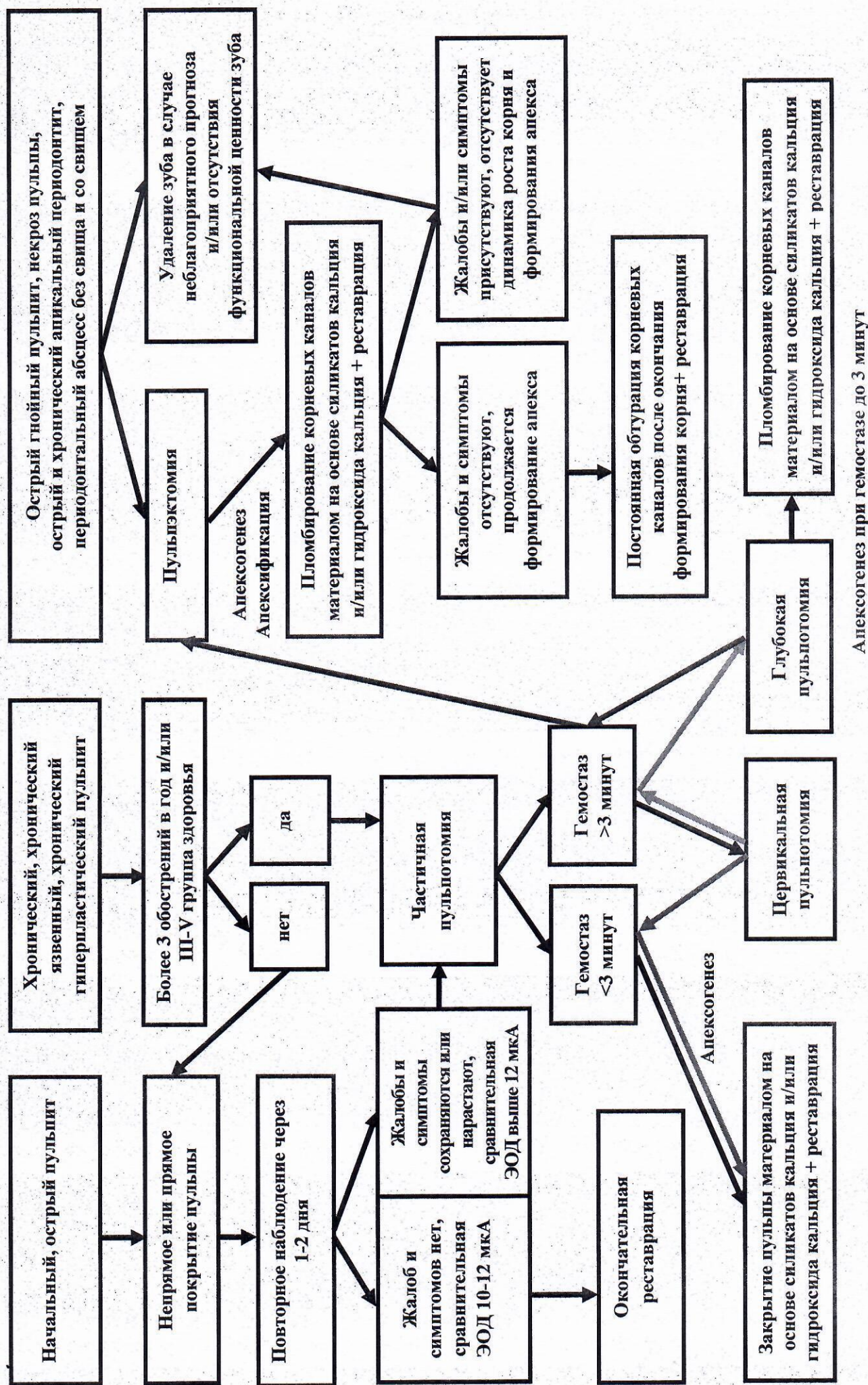
После установления диагноза приступают к составлению плана лечения и медицинского наблюдения.

**При диагнозе начальный пульпит (гиперемия пульпы) или острый пульпит** лечение зуба следует проводить методом не прямой или прямой пульпотерапии.

В первое посещение после некротомии инфицированного дентина на дне кариозной полости или на точке сообщения с полостью зуба необходимо разместить лечебную прокладку из биосовместимого материала (на основе силикатов кальция или гидроксида кальция) и выполнить временную реставрацию зуба стеклоиономерным цементом (рис. 1).

Во второе посещение (через 1-2 дня) при отсутствии жалоб и нарастания симптомов патологического процесса, а также значений сравнительной электроодонтодиагностики (ЭОД) в пределах 10-12 мкА следует провести постоянную реставрацию зуба.





**Рис. 1— Алгоритм лечения различных форм пульпита и периодонтита**



В случае сохранения жалоб и сохранения или нарастания симптомов, а также значений сравнительной ЭОД выше 12 мкА, проводят частичную (на глубину 1-3 мм) витальную пульпотомию (рис. 1).

**При диагнозе хронический, хронический язвенный, хронический гиперпластический пульпит** необходимо проанализировать частоту обострений пульпита в анамнезе и уровень здоровья ребенка.

При частоте обострений не более 3 раз в год и принадлежности ребенка к I-II группе здоровья проводят непрямую пульпотерпию (см. выше).

При более частых обострениях, наличии сопутствующей соматической патологии проводят частичную (на глубину 1-3 мм) витальную пульпотомию с контролем гемостаза.

При наступлении гемостаза в течение 3 минут проводят прямое покрытие пульпы (апексогенез) биосовместимым материалом (на основе силикатов кальция или гидроксида кальция) и окончательную реставрацию зуба.

При отсутствии гемостаза по окончании указанного времени переходят к цервикальной пульпотомии с контролем гемостаза. Если гемостаз наступил в течение 3 минут, проводят покрытие пульпы корневых каналов (апексогенез) биосовместимым материалом (на основе силикатов кальция или гидроксида кальция) и окончательную реставрацию зуба.

В случае отсутствия гемостаза в указанное время, переходят к глубокой пульпотомии (апексогенез) с пломбированием части корневых каналов пастами на основе силикатов кальция и/или гидроксида кальция. В ходе медицинского наблюдения при завершении формирования апекса проводят постоянную obturation корневых каналов гуттаперчевыми штифтами с силером с постоянной реставрацией.

**При отсутствии гемостаза в течение 3 минут после глубокой пульпотомии, а также при диагнозах острый гнойный пульпит, некроз пульпы, острый и хронический апикальный периодонтит, периодонтальный абсцесс без свища и со свищем** лечение проводят методом пульпэктомии, рассчитывая на продолжение формирования корня за счет сохранения жизнеспособных клеток в области зоны роста верхушки корня (апексогенез) или методом апексификации, суть которого заключается в создании искусственного барьера в области несформированного верхушечного отверстия (рис. 1). В случае



неблагоприятного прогноза и/или отсутствия функциональной ценности зуба принимают решение об его удалении.

Для временной obturation корневых каналов после пульпэктомии используются пасты на основе силикатов кальция и/или гидроксида кальция с последующей реставрацией зуба.

При отсутствии жалоб и симптомов, а также продолжающимся формированием апекса клиническое наблюдение проводят каждые 3 месяца до закрытия верхушечного отверстия с последующей постоянной obturation корневых каналов гуттаперчевыми штифтами с силером и окончательной реставрацией зуба (рис. 1).

При наличии жалоб и/или симптомов, отсутствии признаков дальнейшего роста корня и формирования верхушечного отверстия принимают решение об удалении зуба (рис.1).

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА

Таблица 1. Возможные осложнения при использовании метода

| Осложнение                                                                | Причина                                                                                                     | Медицинская профилактика возникновения                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Аллергическая реакция на используемые материалы и лекарственные препараты | Не полностью собранный анамнез                                                                              | Тщательный сбор анамнеза                                                                                                                    |
| Постпломбировочные боли                                                   | Проталкивание инфицированных тканей и выведение пломбировочных материалов за пределы верхушечного отверстия | При проведении метода важно постоянно контролировать рабочую длину, избегать заклинивания эндодонтической иглы и канюли в корневых каналах. |



## КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Требуется повторная актуализация метода.

Таблица 2. Оценка эффективности метода

| Метод контроля              | Сроки проведения                           | Критерии                                                                                                                             |
|-----------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Обследование                | Через полгода, 1, 2 и 3 года после лечения | Отсутствие жалоб, сохранность пломбы, безболезненная перкуссия, отсутствие отека и гиперемии по переходной складке, отсутствие свища |
| Рентгенологический контроль | Через 1, 2 и 3 года после лечения          | Отсутствие или уменьшение периапикального очага                                                                                      |