Кариес зубов

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K02 · Ассоциация общественных объединений "Стоматологическая Ассоциация России"

Кариес зубов — мультифакторное, преимущественно микробное заболевание после прорезывания зубов: от очаговой деминерализации эмали до дефекта твердых тканей с риском поражения пульпы и периодонта. Рекомендация описывает диагностику, выбор консервативного или оперативно-восстановительного лечения, профилактику и наблюдение пациентов с K02.

Главное

- Кариес развивается из-за органических кислот зубного налета при ферментации углеводов; ключевые факторы риска — частый прием легкоусвояемых углеводов, неудовлетворительная гигиена, свойства слюны, резистентность эмали и содержание фтора в воде.
- Начальный кариес эмали проявляется белыми матовыми пятнами без полости; кариес дентина — полостью с кратковременной болью от температурных, химических или механических раздражителей, проходящей после их устранения.
- Диагноз ставят по опросу, клиническому осмотру и дополнительным методам; цель диагностики — определить стадию, локализацию, степень разрушения зуба и состояние пульпы, пародонта и периодонта.
- При ксеростомии вязкость слюны >1,45 указывает на неблагоприятный прогноз; при высоком риске кариеса pH стимулированной слюны 6,5–6,9 соответствует умеренному риску, 6,0–6,5 — высокому, <6,0 — очень высокому. УУР С, УДД 5.
- ЭОМ помогает оценить состояние пульпы и провести дифференциальную диагностику с пульпитом и периодонтитом: при кариесе эмали и дентина порог 2–6 мкА, при глубоком кариесе 10–12 мкА, редко до 20 мкА; >20 мкА говорит о пульпите и необходимости эндодонтического лечения. УДД 4, уровень убедительности С.
- Консервативное лечение показано при кариесе эмали и приостановившемся кариесе в форме пятна; используют реминерализацию, инфильтрацию, глубокое фторирование, микроабразию и другие неинвазивные или микроинвазивные методы.
- Оперативно-восстановительное лечение показано при кариесе дентина и цемента, кариесе с обнажением пульпы и реже при кариесе эмали или приостановившемся кариесе.

Диагностика

1. Сначала уточняют жалобы: боль или дискомфорт от температурных, химических, механических раздражителей, эстетический дефект, застревание пищи, сроки появления симптомов; собирают сведения о питании, гигиене, регионе проживания, заболеваниях пародонта, непереносимости препаратов и материалов, сопутствующей патологии. УУР С, УДД 5.
2. Оценивают факторы, которые мешают немедленному лечению: непереносимость планируемых препаратов и материалов, обострение болезней пародонта, острые воспаления слизистой и красной каймы губ, неудовлетворительная или плохая гигиена, выраженная тревожность или неадекватное психоэмоциональное состояние, тяжелая системная патология менее чем за 6 месяцев до обращения, отказ пациента.
3. Проводят внешний осмотр челюстно-лицевой области, ВНЧС, слизистой, зубных рядов, пародонта, протезов; осматривают каждый зуб, цвет и рельеф эмали, налет, пятна после высушивания, дефекты, пломбы и удаленные зубы. УУР С, УДД 5.
4. Зондом исследуют кариозную полость: глубину, болезненность по эмалево-дентинной границе и дну; одновременно оценивают слизистую и пародонт около пораженного зуба на травму острыми краями зуба или пломбы. УУР С, УДД 5.
5. При начальных формах кариеса выполняют высушивание и витальное окрашивание твердых тканей; деминерализованная эмаль впитывает краситель, что помогает отличать кариес от некариозных поражений. УДД 5, уровень убедительности С.

6. Для оценки пульпы и дифференциальной диагностики проводят термодиагностику и ЭОМ; в норме раздражители 17–22 до 50–52 °C боли не вызывают, а при вовлечении пульпы индифферентная зона сужается. УДД 5 для термодиагностики, УДД 4 для ЭОМ.
7. Лучевую диагностику используют для выявления скрытых полостей на контактных поверхностях, под пломбой или коронкой, оценки соотношения кариозной полости с полостью зуба и состояния перио- и пародонта; у беременных — строго по показаниям и в минимальном объеме. УДД 5, уровень убедительности С.

Лечение

- Перед лечением проводят профессиональную гигиену полости рта и зубов с учетом стоматологического статуса. УДД 5, уровень убедительности С.
- Пациенту дают диетические рекомендации: сократить количество и частоту легкоусвояемых углеводов, исключить сладкое между приемами пищи и перед сном, ограничить продукты и напитки с низким pH — соки, газированные напитки, вино и др. УДД 5, уровень убедительности С.
- При кариесе эмали в стадии белого пятна проводят курс местного применения реминерализующих препаратов с кальций- и фторсодержащими средствами. УДД 4, уровень убедительности С.
- При кариесе эмали возможна инфильтрация очага деминерализации текучим композитом: коффердам, протравливание 2 минуты, смывание водой 30 секунд, высушивание, двухэтапная инфильтрация — первая порция на 3 минуты с полимеризацией 40 секунд, вторая порция с полимеризацией 40–60 секунд, затем полировка. УДД 2, уровень убедительности С.
- Микроабразия при кариесе эмали включает сошлифовывание 25–200 мкм деминерализованной эмали химико-механическим способом с последующим местным применением средств с кальцием, фосфатами или гидроксиапатитом; процедуру проводят через 2 недели после профессиональной гигиены. УДД 5, уровень убедительности С.
- При кариесе дентина оперативно-восстановительное лечение по возможности выполняют после очищения поверхности зуба и при полной изоляции от ротовой жидкости коффердамом или аналогичными средствами. УУР А, УДД 1.
- При оперативном лечении кариеса дентина используют аппликационную, инфильтрационную и/или проводниковую анестезию; препарат выбирают с учетом системного статуса и фармакологического анамнеза. УУР С, УДД 5.
- После препарирования при кариесе дентина метод восстановления выбирают по ИРОПЗ: пломба при 0,2–0,4; вкладка при 0,4 < ИРОПЗ < 0,6; искусственная коронка при 0,6 < ИРОПЗ < 0,8. УДД 5, уровень убедительности С.

Когда направить и как наблюдать

- Основной объем лечения проводится амбулаторно врачом-стоматологом или стоматологом-терапевтом; при необходимости привлекают стоматолога-ортопеда, хирурга, ортодонта и гигиениста стоматологического.
- Пациентам с системными заболеваниями среднетяжелого течения, которые не исключают стоматологическое лечение, требуется консультация профильных специалистов для подготовки к лечению.
- Приостановившийся кариес в отдельных клинически неманифестных ситуациях можно не лечить, а наблюдать у стоматолога-терапевта 1 раз в год.
- Кариесвосприимчивые пациенты нуждаются в динамическом наблюдении 1 раз в 6 месяцев; к группам риска отнесены беременные, дети с незавершенной минерализацией фиссур, пациенты с хронической патологией ЖКТ, низким pH и низкой реминерализующей способностью слюны, плохой гигиеной, болезнями пародонта, КПУ > 9 или 3 и более кариозными полостями. УУР С, УДД 5.
- После лечения контрольные осмотры: при кариесе с обнажением пульпы — через 1, 3, 6, 12 месяцев, затем раз в полгода; при кариесе эмали, дентина, цемента и приостановившемся кариесе — 2–3 раза в год.

Частые вопросы

Чем начальный кариес отличается от кариеса дентина?

Начальный кариес эмали выглядит как белое матовое пятно без полости; поверхность может быть гладкой или шероховатой. При кариесе дентина уже есть дефект эмали и дентина в виде полости, часто с кратковременной болью от раздражителей.

Какие показатели слюны важны при оценке риска кариеса?

При ксеростомии вязкость слюны >1,45 считается неблагоприятным прогностическим признаком. pH стимулированной слюны 6,5–6,9 указывает на умеренный риск, 6,0–6,5 — на высокий, <6,0 — на очень высокий риск кариеса.

Когда при кариесе нужна ЭОМ и как трактовать результаты?

ЭОМ проводят для уточнения состояния пульпы и дифференциации с пульпитом и периодонтитом. При кариесе эмали и дентина обычно 2–6 мкА, при глубоком кариесе 10–12 мкА, редко до 20 мкА; более 20 мкА свидетельствует о пульпите.

Когда применяют консервативные и микроинвазивные методы лечения кариеса?

Консервативные и микроинвазивные методы применяют при кариесе эмали и приостановившемся кариесе в форме пятна. Используют реминерализирующую терапию, инфильтрацию, глубокое фторирование, микроабразию и другие щадящие подходы.

Когда при вскрытии пульпы можно сохранять витальную пульпу?

Оперативно-восстановительное лечение с полным или частичным сохранением витальной пульпы возможно при отсутствии спонтанной боли, объективных признаках витальности зуба и отсутствии общих и местных противопоказаний. Не показано оно при возрасте более 30 лет, тяжелой системной патологии, КПУ>7, полостях V класса, плохой гигиене, электровозбудимости пульпы 40 мкА и более, изменениях в периодонте или пародонте.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1021-karies-zubov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1021_1