

**Лечение среднее кариеса.
техника наложения постоянной
пломбы из композита
химического и светового
отверждения**

1. Удаление зубного налёта.

Проводится при помощи абразивной пасты и специальных щеток поверхность зуба очищается от налета.

2. Препарирование пораженной кариесом эмали и дентина.

Препарирование зуба проводят, как правило, под местной анестезией. Т.к. средний кариес захватывает эмаль и плащевая слой дентина.

Этапы препарирования :

1) Раскрытие кариозной полости.

Этап раскрытия кариозной полости предусматривает удаление таких нависающих краев эмали, что сопровождается расширением узкого входного отверстия в кариозную полость.

На этом этапе целесообразно пользоваться цилиндрическими (фиссурными) или шаровидными борами небольшого размера в соответствии с размерами входного отверстия кариозной полости или даже несколько меньшими.

2) Расширение кариозной полости.

При расширении кариозной полости выравнивают края эмали, иссекают пораженные фиссуры, закругляют острые углы. Расширяют полость фиссурными борами среднего и большого размера.

3) Некрэктомия.

На этом этапе окончательно удаляют из кариозной полости пораженные эмаль и дентин.

4)Формирование кариозной полости.

Цель данного этапа — создать благоприятные условия, способствующие надежной фиксации и длительному сохранению постоянной пломбы.

При поверхностном и среднем кариесе наиболее рациональной является полость с отвесными стенками, прямыми углами, плоским дном. Форма полости может быть треугольной, прямоугольной, крестообразной и пр., т. е. соответствовать анатомической форме фиссур.

5) Сглаживание (финирование) краев эмали.

Сглаживание краев эмали производят карборундовыми камнями. При этом предусматривается образование по краю полости скоса (фальца) под углом 45 градусов. Полученный фальц подобно шляпке гвоздя предохраняет пломбу от осевого смещения под действием жевательного давления. Край эмали после сглаживания должен быть ровным и не иметь зазубрин.

3. Медикаментозная обработка полости

На всех этапах препарирования кариозной полости инструментальная обработка должна сочетаться с медикаментозной для обезвреживания инфицированного дентина. С этой целью применяют слабые растворы дезинфицирующих препаратов (3% раствор перекиси водорода, 1% раствор хлорамина, 0,1% раствор фурацилина и др.).

4. Изоляция зуба от слюны

Наложение ватных тампонов или коффердама для изоляции зубов от слюны и влажного дыхания. Попадание слюны в процессе пломбирования может привести к выпадению пломбы уже в ближайшем времени, а также развитию вторичного кариеса на границе пломба/зуб.

5. Протравливание кариозной полости кислотой

Проводится протравливание 37% фосфорной кислотой. Это необходимо, чтобы улучшить сцепление пломбы с тканями кариозной полости. После травления эмали кислоту тщательно смывают.

6. Нанесение адгезива

Адгезив — вещество, способное соединять материалы путём поверхностного сцепления. Его наносят на всю поверхность дефекта. После нанесения адгезив его высушивают воздухом и засвечивается лампой.

7. Пломбирование дефекта

Внесения порции пломбировочного материала в дефект. Затем из последнего слой моделируется форма отсутствующей части зуба.

8. Шлифовка и полировка пломбы

В самом конце необходимо придать пломбе окончательную форму при помощи низкоабразивных боров (финишни) и отполировать ее до абсолютной гладкости (диски и силиконовые и резиновые головки).



техника наложения постоянной пломбы из композита светового отверждения

после препарирования, медобработки и изолирования зуба:

1) проводится кислотное травление подготовленной полости при помощи 37% ортофосфорной кислоты. Высушивание полости.

2) в полость вносится так называемый «бонд» - функция его заключается в создании «клейкого» слоя для надёжного «прилипания» пломбы к тканям зуба.

3) Бонд высушивают воздухом (10-15 сек) и отверждается стоматологической лампы.

4) стенки полости покрываются специальным особым текучим композитом. Благодаря своей текучести, он проникает во все микрополости, создавая тонкий и гладкий «адаптивный» слой. Этот слой способствует снятию механического напряжения со стенок полости зуба. Затем внесённый в полость текучий композит отверждается лампы.

5) Непосредственно пломбировочный материал вносится в полость порциями и равномерно распределяется в ней. После чего отверждается светом лампы. (20 или 40 секунд) Так, слой за слоем заполняется вся полость. Очень важно, чтобы толщина каждого слоя не превышала 2-х мм. Это требование связано с полимеризационной усадкой фотокомпозита (уменьшение объёма при отверждении) и невозможности полимеризовать светом лампы «толстый» слой композита. При несоблюдении этого правила возможно образование микрозазора между пломбой и тканями зуба, что приводит к возникновению рецидивного кариеса. Также эта ошибка может стать причиной возникновения болей после постановки пломбы.

6) придать восстановленному зубу правильную анатомическую форму и отполировать пломбу.

техника наложения постоянной пломбы из композита химического.

1. Изолируйте отпрепарированный зуб от слюны при помощи ватных валиков или коффердама
2. Нанесите протравку на поверхность эмали на 30 сек
3. Смойте протравку водой в течение 60 сек
4. Просушите кариозную полость
5. Смешайте 2 капли адгезива на блокноте при помощи кисточки-аппликатора или ватного шарика
6. Внесите полученный состав в кариозную полость и равномерно распределите струей воздуха из пистолета
7. Нанесите на поверхность блокнота равные части основной и каталитической пасты разными концами пластмассового шпателя
8. Смешайте две пасты пластмассовым шпателем в течение 10 сек
9. Внесите пломбировочную массу в кариозную полость
10. После затвердевания пломба формируйте и полировка пломба с финишным бором и диски, силиконовые головки.

