

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Медицинский университет»РЕАВИЗ»
Стоматологический факультет

реферативное сообщение на тему:

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Выполнила: обучающаяся группы
18-2106

Обухова А.

Р.

Преподаватель :Солодченко
Ю.В.

Лечение кариеса в стадии пятна

Деминерализация кариеса в стадии пятна обратима при проведении реминерализующей терапии. Реминерализующую терапию можно проводить в течение 10 дней аппликациями 10 % раствора глюконата кальция, 1-3 % раствора «Ремодента» (средство, которое получают из природного сырья) и фторсодержащими препаратами (фторид натрия 2-4 %). Для белых непигментированных пятен прогноз благоприятен.



Лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса



1. Анестезия зуба.
2. Изоляция рабочего поля.
3. Препарирование кариозной полости бормашиной. (Раскрытие кариозной полости, удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы, сглаживание краев эмали.).
4. Медикаментозная и антисептическая обработка кариозной полости.
5. Травление эмали и дентина 20 % или 37 % фосфорной кислотой (или нанесение самопротравливаемого адгезива).
6. Нанесение дентального адгезива.
7. В случае глубокой кариозной полости на её дно помещают лечебные прокладки или прокладки из стеклоиономерных цементов.
8. Пломбирование кариозной полости пломбой или вкладкой из композитных материалов, металлокомпозиций (амальгамы) или керамики. В случае композитных и керамических материалов удаётся восстановить цвет зуба.

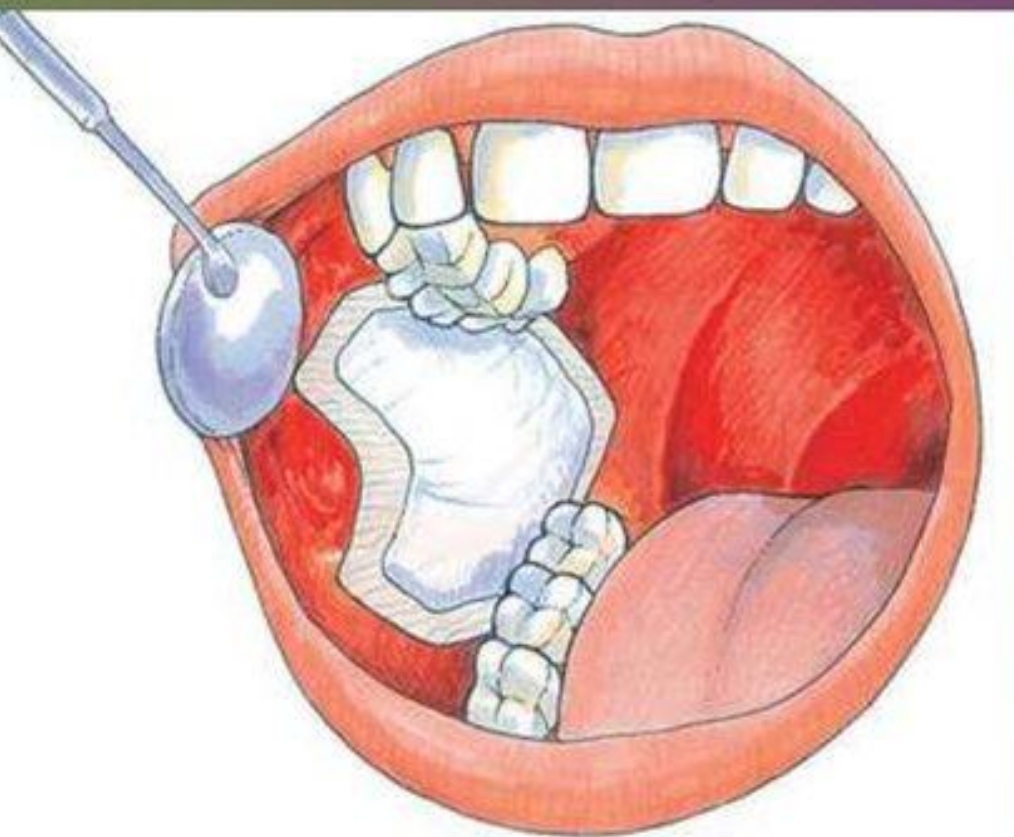
Изоляция рабочего поля

Ватные ролики.



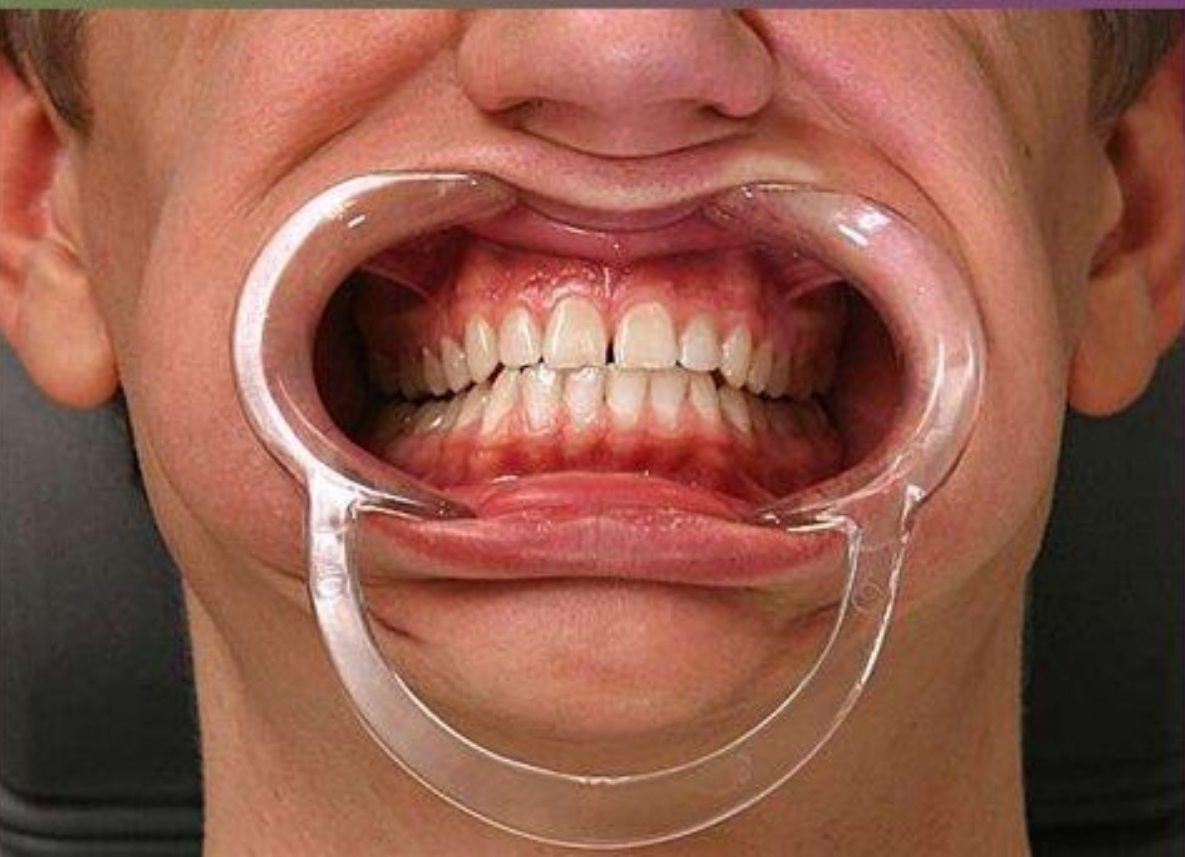
Изоляция рабочего поля

Драйтипс



Изоляция рабочего поля

Ретракторы



Изоляция рабочего поля Раббердам



Что нужно иметь, чтобы работать с раббердамом?

1. Рамка – лучше если она будет пластиковая, металлическая может помешать сделать рентгеновский снимок
2. Резиновая завеса – платок.
3. Набор клампов для разных групп зубов
4. Пробойник для проделывания отверстия в резиновой завесе
5. Расширитель для клампов
6. Вам могут понадобиться зубная и резиновая нить.



Установка
раббердама

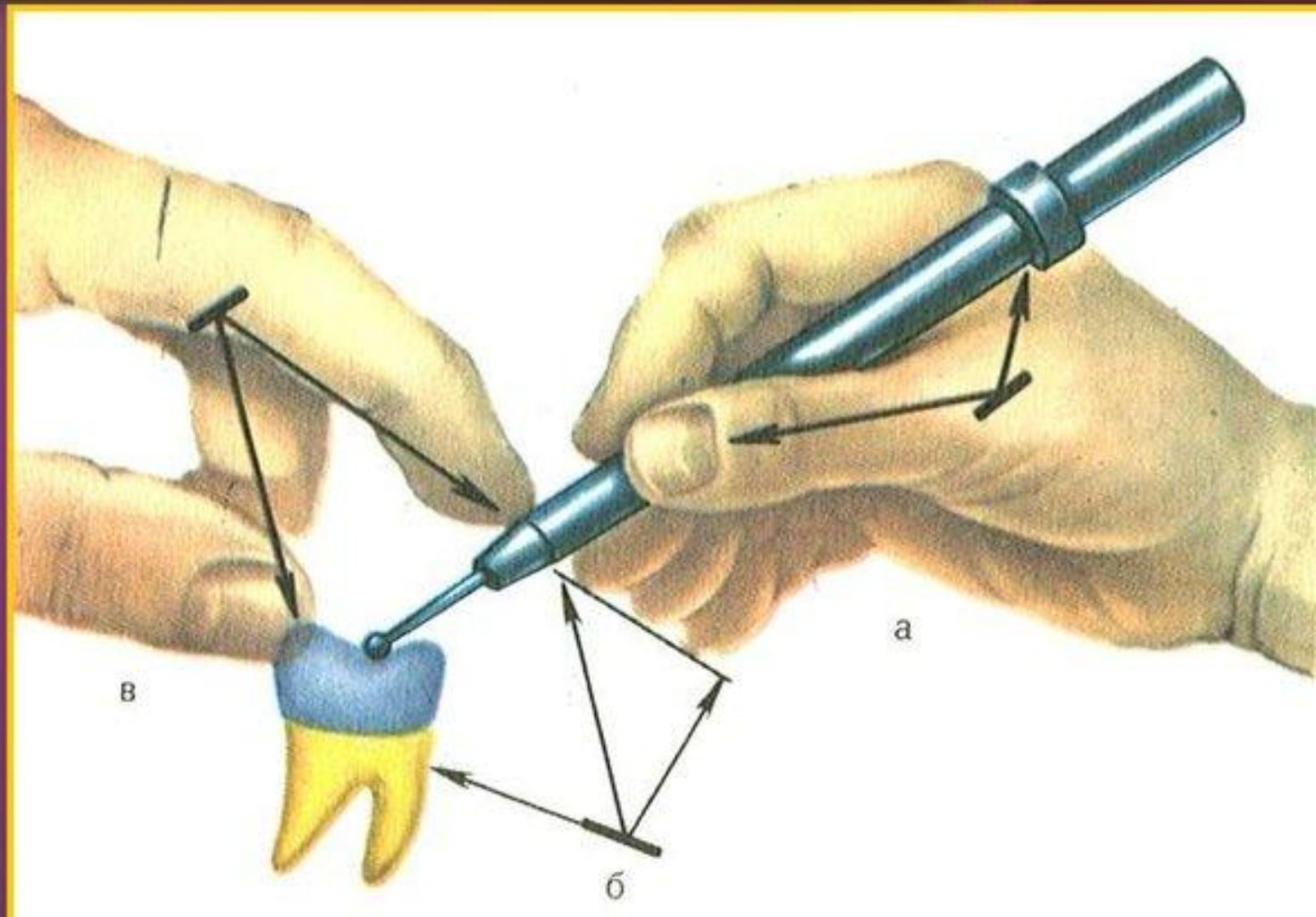
Раббердам



Препарирование кариозной полости

Три возможные точки опоры руки с наконечником во время препарирования зуба.

- а - в пальцах правой руки;
- б - на подбородке и зубах больного;
- в - пальцами левой руки (зуб наконечник).



Препарирование кариозной полости

Раскрытие кариозной полости.

Размеры очага поражения дентина на жевательной поверхности моляров и премоляров, как правило, больше участка поражения эмали, в связи с чем образуются нависающие края эмали.

Этап раскрытия кариозной полости предусматривает удаление таких нависающих краев эмали, не имеющих под собой опоры дентина, что сопровождается расширением узкого входного отверстия в кариозную полость. Это позволяет в дальнейшем применять боры большего размера, обладающие лучшими режущими свойствами, хорошо обзирать саму полость и свободнее манипулировать в ней инструментами.

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

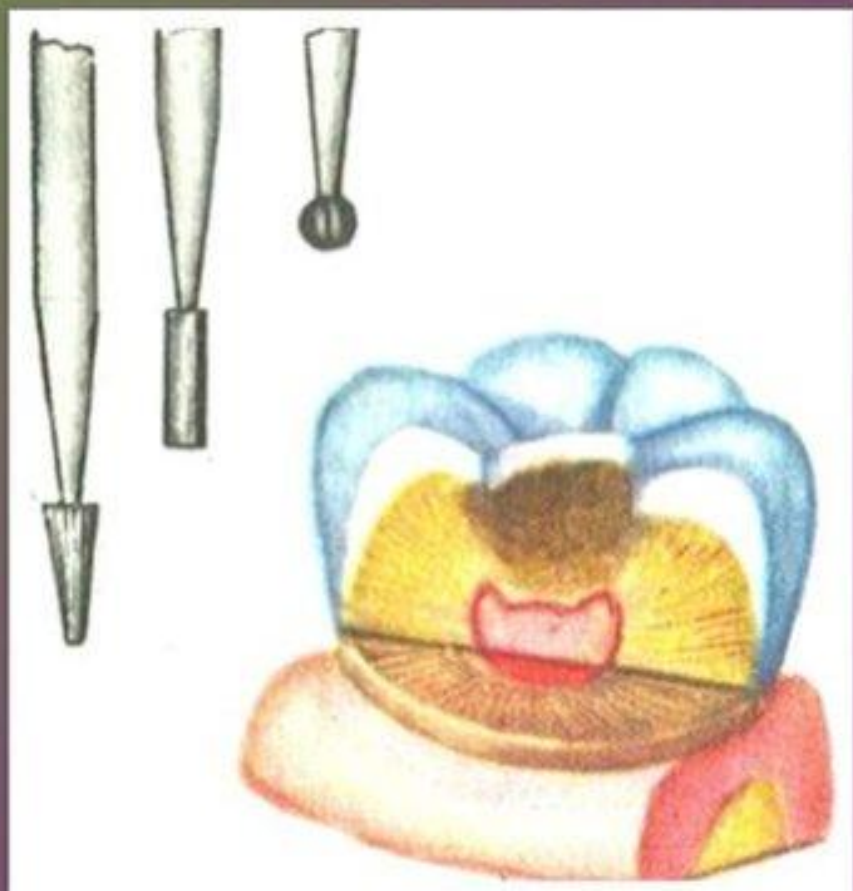
Препарирование кариозной полости

Расширение кариозной полости.

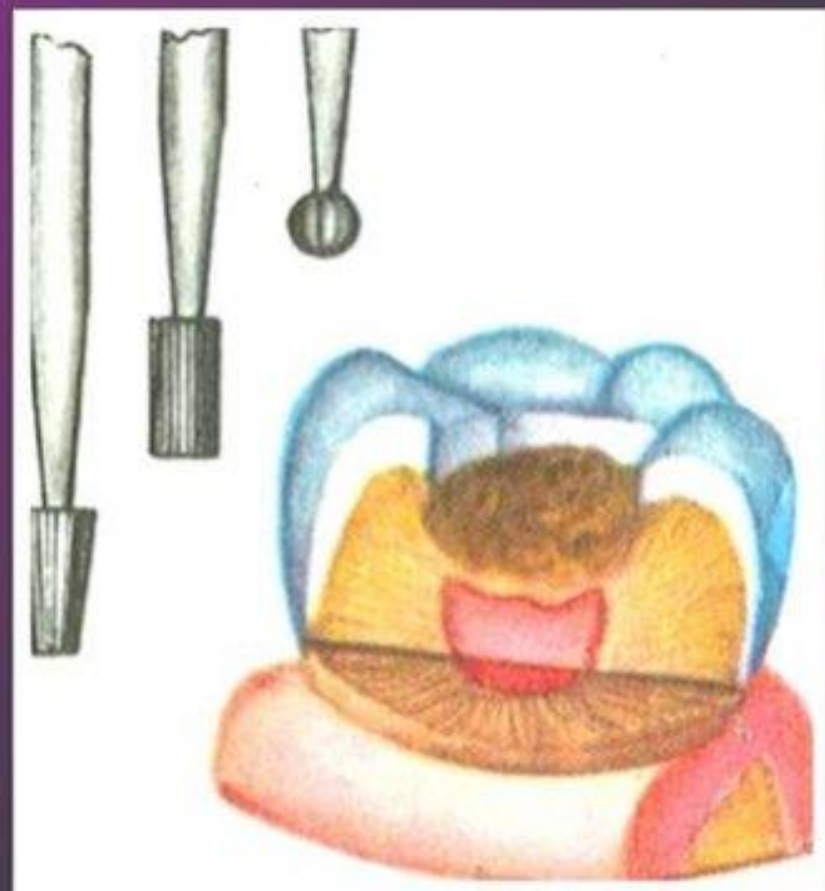
При расширении кариозной полости выравнивают края эмали, иссекают пораженные фиссуры, закругляют острые углы. Расширяют полость фиссурными борами среднего и большого размера.

Препарирование кариозной полости

раскрытие полости



расширение полости



Препарирование кариозной полости

Некрэктомия.

На этом этапе окончательно удаляют из кариозной полости пораженные эмаль и дентин. Объем некрэктомии определяется клинической картиной кариеса, локализацией кариозной полости, ее глубиной. Препарирование дна кариозной полости следует осуществлять в пределах зоны гиперкальцинированного (прозрачного) дентина. Это определяется методом зондирования дна полости инструментом (зонд, экскаватор). На дне допустимо оставлять лишь плотный пигментированный слой дентина. При остром течении кариозного процесса у детей, если есть опасность вскрытия полости зуба и травмирования пульпы, в отдельных случаях допустимо сохранение небольшого слоя размягченного дентина.

При проведении некрэктомии следует иметь в виду, что в области дентиноэмалевого соединения в зонах интерглобулярного и околопульпарного дентина находятся весьма чувствительные к механическому раздражению зоны.

Некрэктомию проводят при помощи экскаваторов или шаровидных боров. Применение обратноконусного или фиссурного бора во время обработки дна полости при глубоком кариесе исключается, так как при этом возможны вскрытие и инфицирование пульпы зуба.

Препарирование кариозной полости

Формирование кариозной полости.

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

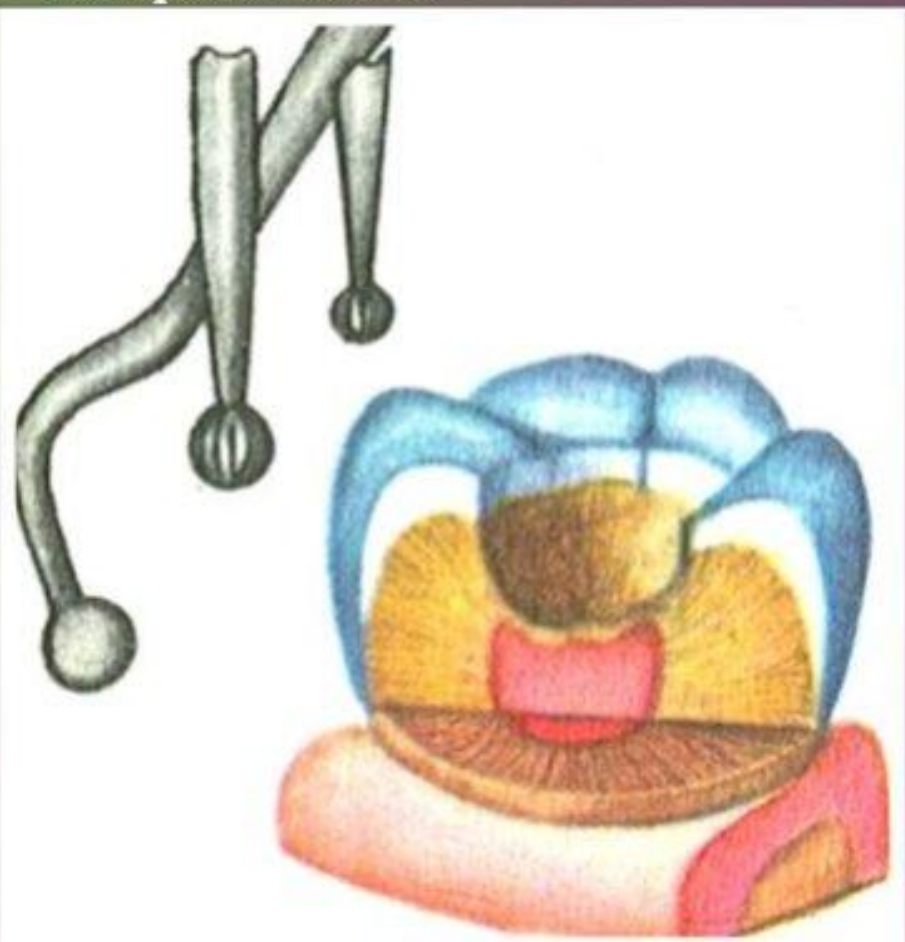
При поверхностном и среднем кариесе наиболее рациональной является полость с отвесными стенками, прямыми углами, плоским дном. Форма полости может быть треугольной, прямоугольной, крестообразной и пр., т. е. соответствовать анатомической форме фиссур.

Во время формирования дна полости при глубоком кариесе следует учитывать топографические особенности полости зуба. Ввиду близкого расположения рогов пульпы к углам полости дно формируют в виде небольшого углубления в безопасной зоне.

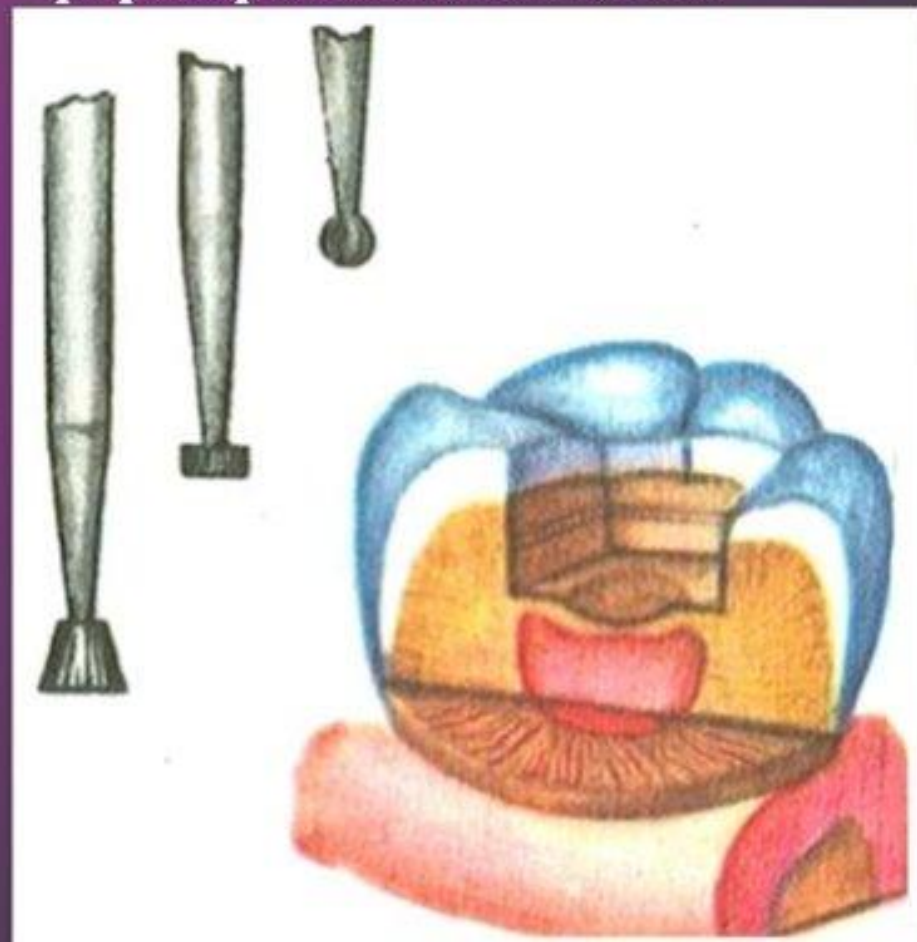
Для лучшей фиксации пломбы в лучше сохранившихся стенках полости следует создавать опорные пункты в виде канавок, углублений, насечек или формируют полость с постепенным сужением в сторону входного отверстия. При формировании полости пользуются обратноконусными, шаровидными, колесовидными борами.

Препарирование кариозной полости

некрэктомия



формирование полости



Препарирование кариозной полости

Сглаживание (финирование) краев эмали.

Длительность сохранения постоянной пломбы во многом определяется правильным выполнением этапа сглаживания краев эмали.

Наружная часть эмалевых призм у входного отверстия в кариозную полость, как правило, не имеет опоры со стороны подлежащего дентина и является участком наименьшего сопротивления жевательному давлению. Отлом подрывтых краев эмали нередко ведет к появлению рецидива кариеса.

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.

Следует подчеркнуть, что при пломбировании амальгамой фальц формируют на всю глубину эмали, металлической вкладкой — в поверхностном слое эмали, а при использовании полимерных материалов фальц не нужен, края эмали лишь сглаживают. Сглаживание краев эмали под углом необходимо для материалов, не обладающих адгезией.

Промывание полости

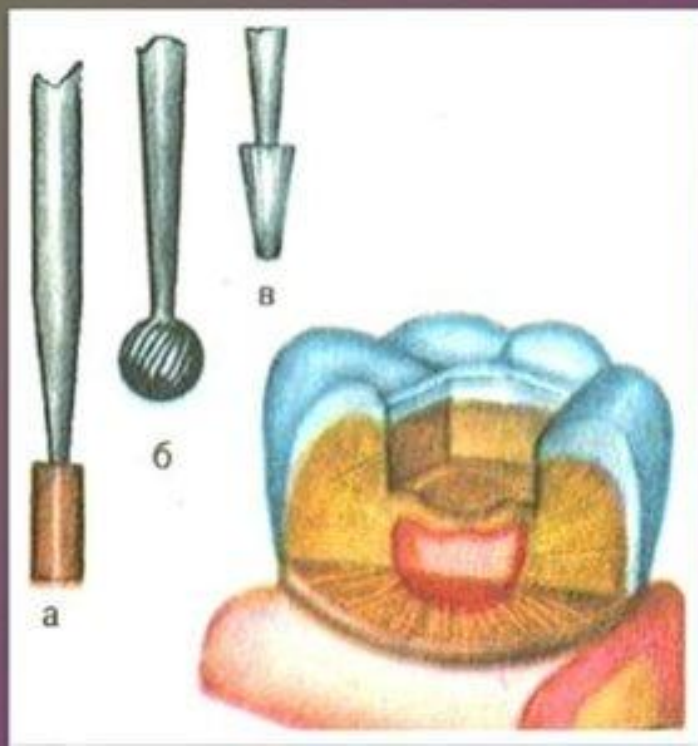
Кариозную полость после препарирования и формирования освобождают от дентинных опилок струей воздуха, воды или промывают при помощи ватных шариков, смоченных в растворе слабого антисептика. Применяемые при этом вещества не должны оказывать раздражающего действия на пульпу.



Препарирование кариозной полости

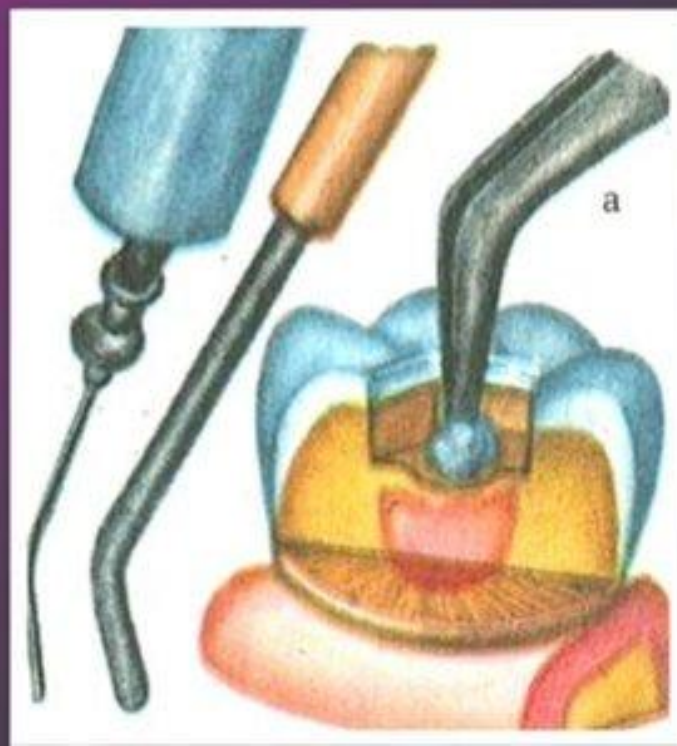
Финирование краев эмали

- а — фиссурным бором;
- б — финиром;
- в — карборундовым камнем



Промывание сформированной полости

- а — тампоном, смоченным водой;
- б — из пистолета для воды;
- в — из шприца водой



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.).

Использование сильнодействующих и раздражающих веществ недопустимо.

Медикаментозную обработку завершают тщательным высушиванием полости теплым воздухом (при поверхностном и среднем кариесе можно перед этим обработать полость этиловым спиртом, а затем эфиром).

Наложение лечебной пасты

При лечении глубокого кариеса в сформированной полости необходимо создать депо лекарственных препаратов для уменьшения патогенности бактерий инфицированного дентина, ликвидации реактивных проявлений со стороны пульпы, кальцификации дна полости и стимуляции отложения заместительного дентина. Пасты готовят на водной или масляной основе, вносят в полость при помощи небольшой гладилки и тщательно уплотняют на дне.

Наложение изолирующих подкладок

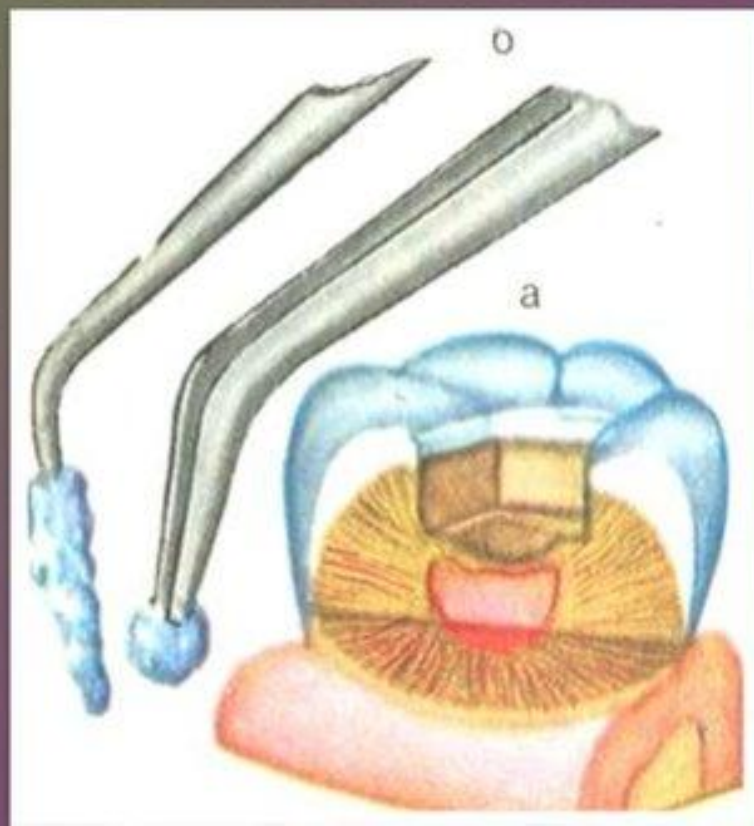
С целью предотвращения инактивации лекарственных препаратов, служащих в качестве лечебной подкладки, пасту с лекарственным веществом покрывают слоем искусственного дентина, который выполняет функцию изолирующей подкладки. Поверх подкладки из дентина помещают фосфат-цемент.

Подкладка должна равномерно покрывать дно и дентин стенок полости, по возможности не изменять ее форму и не закрывать дополнительные опорные пункты. В некоторых случаях фиксирующие замкообразные пункты формируют в стенках подкладки.

Подкладочный материал вносят в полость при помощи гладилок и штопферов, распределяют его по дну и стенкам указанными инструментами или экскаватором.

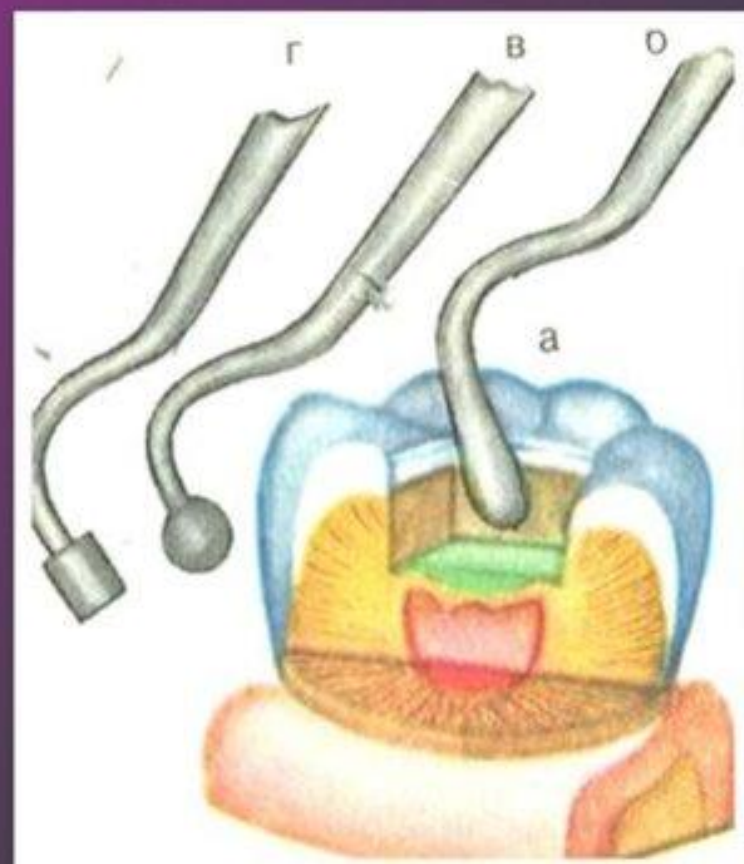
Медикаментозная обработка полости

а — общий вид полости;
б — пинцет и зонд с тампонами,
смоченными антисептиками



Наложение лечебной пасты

а — общий вид полости и лечебной подкладки;
б, в, г — инструменты для пломбирования.



Наложение постоянной пломбы

Приготовленный пломбировочный материал вносят в обработанную полость при помощи штопфера или гладилки, тщательно притирают ко дну и стенкам полости, обращая особое внимание на полное закрытие подкладки из фосфат-цемента. Уплотняют пломбу головчатым штопфером, формируют гладилкой. При пломбировании амальгамами с этой же целью используют различные штопферы специальной конструкции.

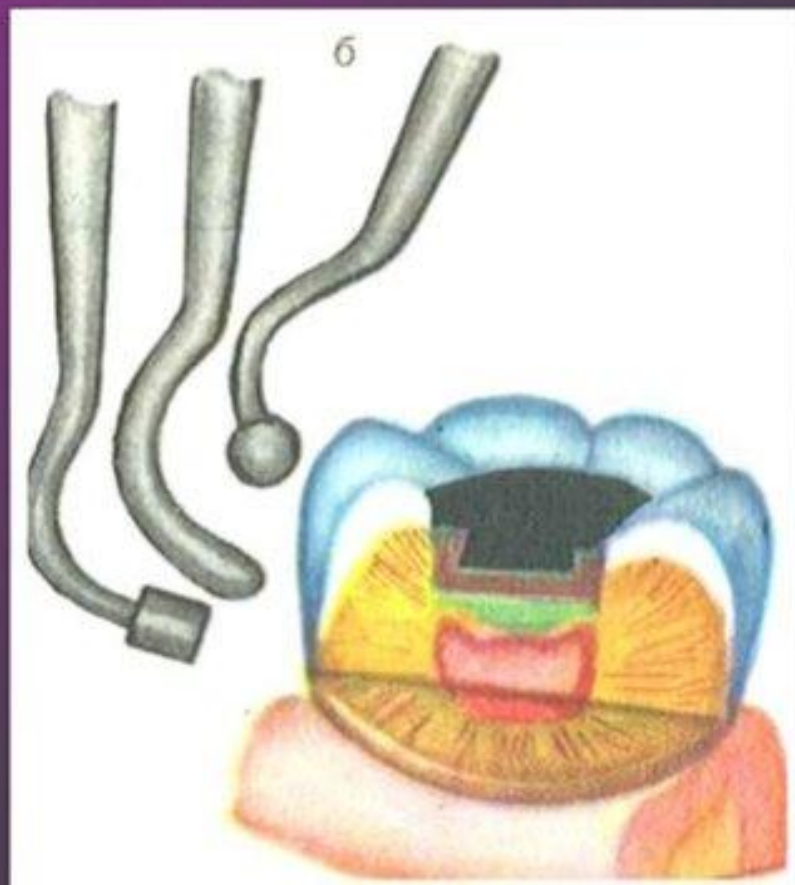
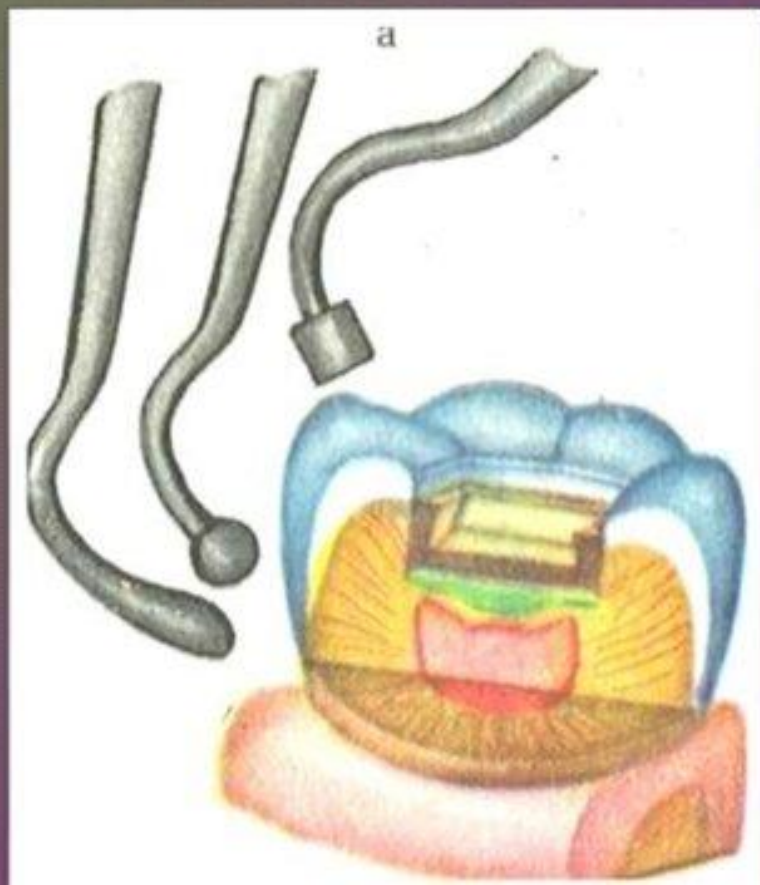
При формировании постоянной пломбы обращают внимание на восстановление анатомической формы коронки зуба.

Для восстановления функциональной способности зуба его следует ввести в контакт с антагонистом. С этой целью до момента полного отверждения пломбы больному предлагают осторожно и несильно сомкнуть зубы (в ортогнатическом или привычном для него прикусе) и сделать боковые жевательные движения. Избыточно наложенный пломбировочный материал удаляют гладилкой, ватным тампоном (пломба из амальгамы) или карборундовым камнем (пломбы из цементов и пластмасс).

Полость коронки зуба
с лечебной и изолирующей
прокладками

Запломбированная
полость

а, б — инструменты для пломбирования

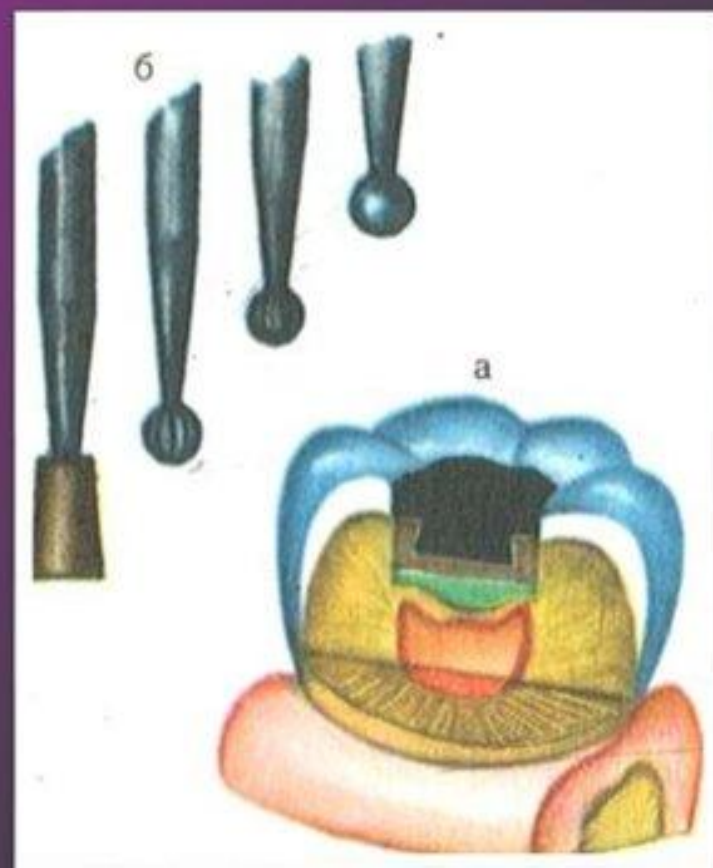
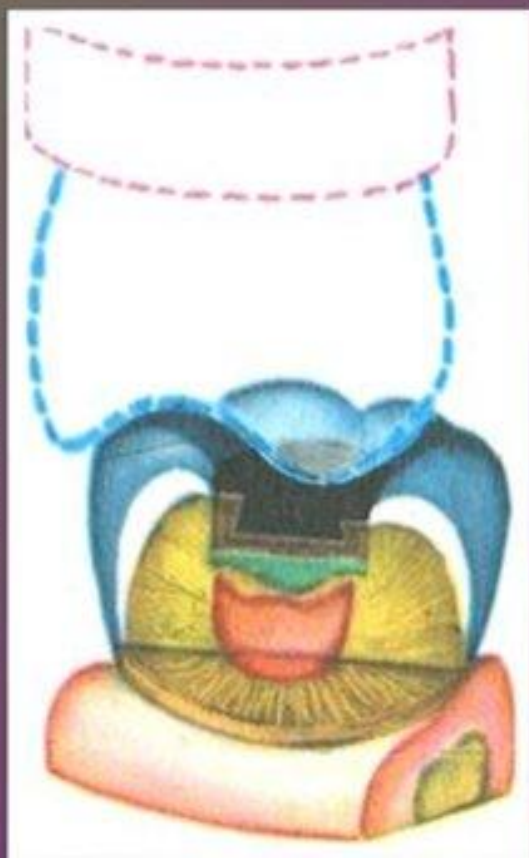


Введение запломбированного зуба в контакт с антагонистом

Шлифовка и полирование пломбы

а — общий вид запломбированного зуба;

б — инструменты для шлифовки и полирования пломбы из амальгамы.

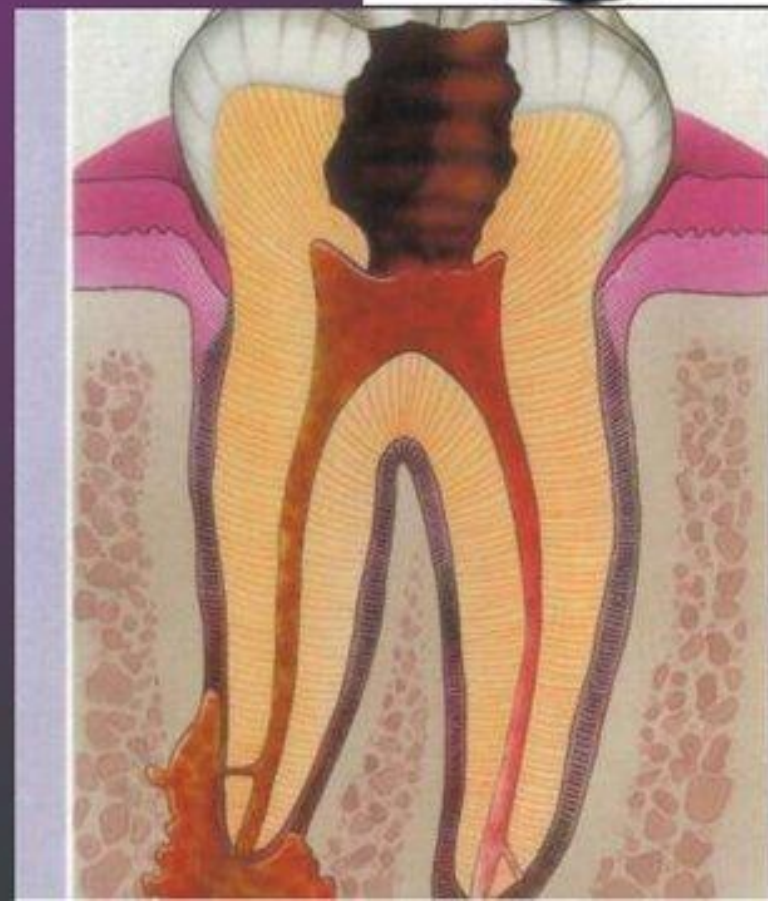


Шлифовка и полирование пломбы

После полного отверждения постоянной пломбы производят ее шлифовку и полирование. Для этого борами или карборундовыми камнями сглаживают неровности и шероховатости на поверхности пломбы. Полирование пломбы осуществляют при помощи финиров, полиров и резиновых кругов. При окончательной отделке пломбы особое внимание обращают на границы соприкосновения твердых тканей коронки зуба с пломбирочным материалом.

Осложнения

Без своевременного и надлежащего лечения кариес может перейти в более тяжёлые формы заболевания зуба (пульпит, периодонтит) и привести к его потере.



Профилактика

- регулярный уход за полостью рта;
- снижение потребления сахара;
- использование фторсодержащих (в детстве) зубных паст;
- соблюдение правильной технологии чистки зубов;
- использование растворов 0,1—0,2 % хлоргексидина для ежедневного полоскания полости рта или зубных паст с хлоргексидином (не более 2х недель);
- употребление ксилита не менее 3 раз в день после еды в виде содержащих ксилит жевательных резинок;
- профилактический осмотр у стоматолога не менее 1 раза в полгода;
- герметизация фиссур.



A close-up photograph of a person's mouth, showing a wide smile with bright white teeth and glossy, reddish-pink lips. The background is a soft, out-of-focus skin tone.

**Спасибо за
внимание!**