

МЕЛКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕРАПЕВТАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ

А.Г. АМИРОВА

Таугуль-Дент, г. Алматы

С развитием основных концепций по руководству препарирования зуба и в особенности с прогрессом, наблюдаемым в биоматериалах, эволюционируют и используемые в стоматологии инструменты [1]. Такой технический прогресс позволяет выполнять стоматологам процедуру препарирования зубов с особой бережностью и тщательностью. Имеющийся широкий выбор различных мелких инструментов и вспомогательных средств требует логического упорядочения использования. Чем разнообразнее выполняемые лечебные манипуляции, тем набор инструментов должен быть многообразным. Идеальная интеграция реставрации – стабилизация, усиление, ретенция и адгезия – зависит в том числе от качества препарирования зубов [1].

Препарирование зуба по поводу кариозного процесса. Кариозный процесс может быть объемным или небольшого размера, а препарирование необходимо выполнять щадяще, отсекая только нежизнеспособный дентин. Потому мы должны иметь различного диаметра шарообразные алмазные боры.

При глубоком кариесе для более щадящего, в то же время полного иссечения измененной ткани в области дна дефекта, необходим и твердосплавный шаровидный бор. При осложненном кариесе у части пациентов высота коронки зубов выше среднестатистической величины, потому для формирования устьевого доступа необходимо иметь шаровидные боры «на длинной ножке».

Адгезивная технология требует проведения по краям дефекта коронки зуба скос эмали на 45°, потому необходим шаровидный бор с удлинённой алмазной шейкой или боры другой конфигурации, например, цилиндрический. Кариозные дефекты с тонкой стенкой требуют иногда использования для иссечения кариозной ткани обратноконусовидного алмазного бора.

При выполнении реставрации зуба с перекрытием режущего края с целью формирования их поверхности можно использовать цилиндрические или другой конфигурации алмазные боры.

Введение анкерных штифтов в корневой канал требует использования специальных сверл, соответствующих его диаметру. В то же время для этой цели в нижних зубах можно использовать боры с «длинной ножкой», а в верхних зубах подготовку канала зуба можно осуществить твердосплавным шаровидным или цилиндрическим бором для прямого наконечника. Их также необходимо подобрать по размеру в соответствии с диаметром анкерного штифта.

После завершения реставрации, перед финишной обработкой, необходимо сглаживание как поверхности пломбы, так и ее границ с зубными тканями, а также привести в норму окклюзионные контакты. Для этого необходимы оливовидной или торпедообразной формы боры различного размера.

Апроксимальные, пришеечные дефекты чаще всего приводят, особенно при небрежной манипуляции, к образованию в перспективе щели между пломбой и тканями зуба. Кроме того, в этих местах могут оставаться нависающие микрозоны, создавая ретенционные пункты для пищевых остатков. Потому при реставрации таких дефектов желательнее использование ретрационной

нити, не вызывая повреждение десны. Это позволит лучше визуализировать манипуляционное поле. Здесь уместно использование матриц и клиньев, затем доступные границы контактных пунктов пломбы нужно обработать пламевидным бором с мелким алмазным покрытием. После обработать пламевидным бором с «желтым пояском», предназначенным для финишной обработки, или полировочными дисками различной абразивности.

Поверхность реставрации, особенно при восстановлении фронтальных зубов, необходимо шлифовать с помощью полировочных дисков различной дисперсности алмазного покрытия. Необходимо добиться гладкой глянцевого поверхности, естественно, для этого предыдущие этапы также должны быть выполнены безупречно. То же самое для восстановленных дефектов на эмалевой границе.

После финишной обработки пломбы полировку проводим силиконовыми головками. Силиконовые полировочные головки также бывают конусовидной, оливовидной формы, в виде обратного конуса-чашечки и т.д.

Препарирование зуба под вкладки и накладки.

Терапевты-стоматологи стали выполнять манипуляции по микропротезированию. Препарирование под вкладки или накладки отличается от других видов препарирования зубов. При препарировании дефекта зуба под вкладки проксимальная часть полости должна быть без скошенного края. В этой области некоторые авторы [1] предпочитают образование округленного желобка, который выполняется с помощью небольшого шаровидного бора или бора в виде оливы или сферы, предназначенных для формирования пограничного желобка. При формировании желобка не затрагиваются места окклюзионного контакта. Стенки полости должны иметь приблизительно 10° конусности, которая формируется коническим алмазным бором с закругленным концом, внутренние углы закругляются с помощью оливовидного бора. Основание полости формируется плоским, что позволяет плотно контактировать со вкладкой. Дно можно моделировать с помощью обратноконусовидного бора. Взаимоотношение вкладки с тканями зуба в области проксимального края должен составить 90°. Идеальная полость вкладки по мнению [1] имеет извилистые контуры и объемную форму, перешеек в щечно-язычном направлении должен быть в размере не менее чем 2 мм.

Препарирование под накладки требует перекрытия бугорковых углов. Толщина накладки в этих местах должна быть не менее 2 мм. Все бугорковые линии должны быть закруглены, границы должны быть оформлены в виде уступа с закругленным внутренним углом или глубокого желобка. Боры используются те же, что и при формировании полости под вкладки. Как видите, перечисленные фигурные, порой извитые препаровки невозможно выполнить одним или двумя инструментами.

Выводы

Таким образом, форма инструментов определяет профиль препарирования, упрощая манипуляцию и облегчая доступ к препарированному участку. Хорошие инструменты, хорошее продолжение рук лечащего врача. Их полнота в арсенале врача-стоматолога – залог реализации наших возможностей в полной мере.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бернар Туати, Пол Миара, Дэн Нэтэнсон. Эстетическая стоматология. М.: Изд. Дом «Высшее образование и наука», 2004. - 447 с.

ТҰЖЫРЫМ

СТОМАТОЛОГ ТЕРАПЕВТТЕРМЕН ПАЙДАЛАНЫЛАТЫН ҰСАҚ ҚҰРАЛДАР

А.Г. Амирова
Таугуль-Дент, Алматы қ.

Стоматологтармен пайдаланылатын ұсақ құралдардың түрлерінің көптігі және әрбір жұмыс орнында олардың логикалық реттеудің маңыздылығы туралы мақала.

SUMMARY

SMALL TOOLS USED BY STOMATOLOGISTS

А.Г. Амирова
Таугуль-Дент, Алматы с.

The article covers the variety of small tools and the importance of their logical arrangement in each working place.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (клинические примеры)

А.Г. АМИРОВА

Таугуль-Дент, г. Алматы

Ортопедическое лечение подразумевает в том числе профилактическую направленность – уменьшение или устранение функциональной перегрузки. Чтобы уменьшить функциональную перегрузку, необходимо: 1) превратить зубы из отдельных действующих элементов в неразрывно целое; 2) принять меры к правильному распределению жевательного давления; 3) предохранить от травмирующего действия горизонтальной нагрузки; 4) предохранять опорные зубы от дальнейшего разрушения и т.п. [1].

Если в зубном ряду, в окклюзии, функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов нет каких-либо изменений или деформации, несложно выбрать вид ортопедической конструкции [1]. Первым и первоочередным, что предопределяет окончательный средне- и долгосрочный успех в лечении, является выбор конструкции в зависимости от клинических условий [2]. Но порой на выбор вида ортопедической конструкции влияет материальные возможности пациента, что ограничивает действия врача-стоматолога.

На рис. 1 оттиск верхнего зубного ряда **пациентки В.Т., 39 лет**, где имеется частичный дефект в области фронтального отдела верхней челюсти, отсутствует 1.2 зуб, дефект был устранен изготовлением съемного микропротеза. Пациентка в течение последних 5-6 лет страдает заболеванием щитовидной железы, был диагностирован «узловой зоб». Со слов пациентки за последний год щитовидная железа заметно увеличилась, отмечаются

внешние признаки заболевания: экзофтальм, выпуклость в области проекции щитовидной железы.

В процессе ношения микропротеза в течение 4-х лет в области его контакта с зубами 1.3 и 2.1 на их вестибулярной и апроксимально-медиальной поверхности развились кариозные поражения. Микропротез создавал ретенционную зону для пищевых микрочастиц. Постоянная артикуляция, акт жевания, функция 10 групп мимических мышц, окружающих ротовую полость, приводили микропротез в регулярные микродвижения. В результате чего возникло объемное поражение в зубах с сообщением кариозной полости с полостью зубов, бактериальная инфильтрация стала причиной воспаления пульпы.

В данном клиническом случае микропротез необходимо рассматривать как способ лечения краткосрочного периода. Длительное ношение микропротеза, особенно у пациентов «кариесвосприимчивыми» зубами, является противопоказанием. Известно, что у пациентов с заболеваниями щитовидной железы кариозный процесс преимущественно поражает пришеечную и апроксимальную поверхности зуба (циркулярный кариес), имея тенденцию к множественному кариесу. В полости рта у пациентки еще 5 зубов нуждались в лечении, часть боковых зубов была запломбирована. Со слов пациентки, лечащий врач-стоматолог не спрашивал о сопутствующей соматической патологии, не предупреждал, что конструкция временная и следует ее как можно скорее заменить.

Проведена эндодонтическая терапия 1.3. и 2.1 зубов, реставрация дефекта светокомпозитным материалом и рекомендовано изготовление металлокерамической конструкции.

Пациентке Е.Н., 42 года, 5 лет назад был изготовлен мостовидный протез с пластмассовой облицовкой в области боковых зубов на верхней челюсти справа. Со слов пациентки вскоре после фиксации (в течение первых месяцев) протеза почувствовала дискомфорт в опорном зубе 1.3. Возникло ощущение, будто что-то треснуло в области контакта искусственной коронки 1.3 с соседним 1.2 зубом.

Несколько месяцев назад вначале появились боли от сладкого, три дня как возникли резкие ноющие боли от холодного. Был снят мостовидный протез с опорой на 1.3 и 1.7 зубы (рис. 2). Вся небная поверхность опорного 1.3 зуба разрушена кариозным процессом с переходом поражения на его губную часть. После иссечения кариозных участков, корневой канал был подготовлен для введения культовой вкладки (рис. 3). Изготовленная

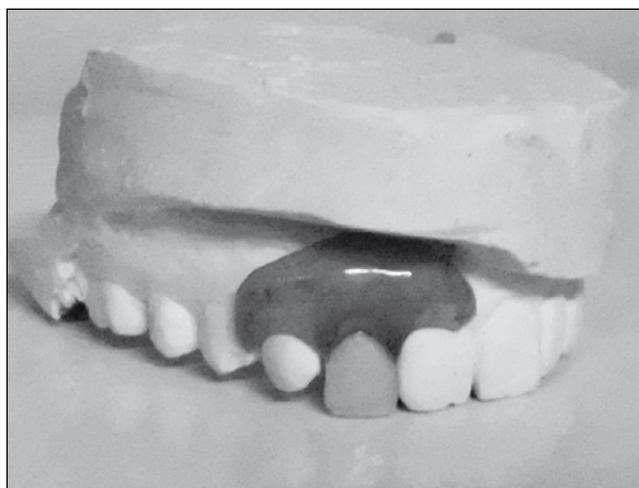


Рисунок 1