

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ В.В. Колбанов

14.10.2005 г.

Регистрационный № 83-0805

**МЕТОД ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ЗУБА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РУЧНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ**

инструкция по применению

**(получено положительное решение о выдаче патента на полезную
модель « Инструмент для удаления кариозного дентина» № и 20050123
от 16 мая 2005 года)**

Учреждение разработчик:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

Д-р мед. наук, проф. Луцкая И.К., Запашник Т.А., Зиновенко О.Г.

Минск 2005

Набор инструментов предназначен для ручного препарирования кариозных полостей зуба.

Перечень инструментов:

1. Напильник (№2).
2. Экскаватор ложкообразный (№5).
3. Экскаватор трехлопастной (№3).
4. Экскаватор четырехлопастной (изогнутый) (№1).
5. Малый многогранный одноплоскостной экскаватор (№8).
6. Малый многогранный двухплоскостной экскаватор (№6).
7. Большой многогранный одноплоскостной экскаватор (№4).
8. Большой многогранный двухплоскостной экскаватор (№7).

Составной частью ручного инструмента является:

1. Ручка среднего размера, имеющая форму конуса, основание которого обращено к рабочей части. В области удерживания инструмента — граненая, остальная часть — рифленая.

2. Рабочая часть, несущая режущий элемент, который в зависимости от размера может быть малым и большим. В зависимости от выполняемой функции инструменты делятся на напильник и экскаваторы. По форме различают прямоугольные, ложкообразные, трехлопастные, четырехлопастные, многогранные. По направлению изгибов — одноплоскостные, двухплоскостные.

3. Шейка — переход между ручкой и режущим элементом. Может иметь от двух до трех изгибов

Ручные инструменты для лечения кариеса зубов представлены на рис.



№1 №2 №3 №4 №5 №6 №7 №8

Показания к использованию.

Общие:

- детский возраст;
- пожилой и старческий возраст;
- пациенты, которым не показано машинное препарирование: тяжело протекающие заболевания сердечно-сосудистой системы, постинфарктное состояние, заболевания нервной системы с повышенной возбудимостью, лежачие больные, инвалиды, беременные, пациенты с повышенной индивидуальной чувствительностью к анестетикам или имеющие противопоказания к их применению.
- препарирование в полевых условиях (военные сборы, сельхозработы и пр.);
- непреодолимый страх, категорический отказ от машинного препарирования в любом возрасте.

Местные (клинические):

- молочные зубы;
- размягченные кариозные ткани;
- в ряде случаев труднодоступные кариозные полости (например, зубы, покрытые искусственной коронкой);
- кариозный процесс слабоминерализованного зуба;
- туннельное препарирование;
- временное отсроченное пломбирование;
- сочетанное применение с классическим препарированием (машинным).

В зависимости от локализации:

- I класс по Блэку — наличие широкого входного отверстия в кариозную полость и размягченного дентина;
- II класс по Блэку — локализация кариозной полости ниже экватора зуба;
- III класс по Блэку — локализация кариозной полости на проксимальных полостях без повреждения вестибулярной и небной стенок;
- IV класс по Блэку — ограниченное применение (в сочетании с машинным препарированием);
- V класс по Блэку — пришеечные полости с выходом на дентин;
- кариозные полости корня зуба, а также зубов, находящихся под искусственной коронкой при ретракции десны.

Атравматический метод не показан в постоянных высокоминерализованных зубах.

Эргономика при использовании ручных инструментов.

Инструменты удерживают как карандаш при письме. Контроль над инструментом обеспечивается большим и указательным пальцами. Средний палец, контактирующий с шейкой инструмента, придает как стабильность, так и движущую силу. В некоторых ситуациях для дополнительной опоры

используются пальцы левой руки, которые фиксируют большим и указательным пальцами шейки инструментов, осуществляя поддержку и контроль. При работе на зубах верхней челюсти к данному способу удерживания инструмента добавляются повороты пальцев, ладони и запястья.

Положение врача и пациента

Оптимальным является положение пациента лежа, врача — «на 12 часах», однако при необходимости пациент может сидеть, а врач располагаться «на 9 часах» или «7 часах» по отношению к пациенту.

Анестезия: инъекционная не показана, при болезненности возможно проведение аппликационной.

Изолирование рабочего поля. Зуб (зубы), подлежащие лечению, необходимо изолировать ватными валиками. В условиях клиники применяется коффердам, минидам.

Перед началом работы необходимо провести предварительное очищение зуба. Для этого следует использовать ручные инструменты для индивидуальной гигиены полости рта, при наличии бормашины — щеточку с абразивной пастой.

Техника работы.

На первом этапе проводится расширение входа в зону поражения, удаление тонкого слоя деминерализованной эмали. Для сошлифовывания эмалевых краев необходимо использовать инструмент-«напильник». Режущий элемент вводят в кариозную полость перпендикулярно обрабатываемой поверхности, плотно прижимая к стенке зуба. Проводятся возвратно-поступательные движения.

На этапе удаления деструктурированного дентина сначала используется ложкообразный инструмент, удаляющий размягченный дентин. Иссечение дентина производится скользящими горизонтальными движениями, без усилий. Начинается препарирование с более инфицированного участка — эмалево-дентинной границы. Инструмент постепенно продвигается в направлении дна кариозной полости. Используется визуальный контроль — стоматологическое зеркало. Для дальнейшего удаления мягкого пигментированного дентина со дна кариозной полости, снимающегося пластинами, используется трехлопастный экскаватор. Лопасть ставится перпендикулярно обрабатываемой поверхности и при помощи вращения ручки инструмент поворачивают на 90–120°. Движения скользящие, без усилия. Выбор инструмента для последующей обработки стенок зависит от локализации препарируемого зуба, локализации и размера кариозной полости. Так, четырехлопастный экскаватор удобнее использовать в проксимальных, придесневых, поддесневых полостях на зубах верхней челюсти. Движения скребущие, с одновременным движением головки и ручки инструмента (как и с трехлопастным). В зависимости от размера полости применяются большой или малый многогранные экскаваторы. Одноплоскостные многогранные экскаваторы целесообразнее использовать при лечении зубов нижней челюсти, тогда как двухплоскостные — верхней.

Завершается процесс обработки кариозной полости сглаживанием краев эмали. С этой целью используют напильник. Средней частью инструмент располагают перпендикулярно обрабатываемым тканям. При работе инструментом контролируется его соскальзывание с эмали для предотвращения царапин. Процесс лечения кариеса после ручного препарирования заканчивается пломбированием зуба стеклоиономерным цементом. В технике отсроченного пломбирования предусматривается замена стеклоиономерного цемента композиционным фотополимером.