

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДНЕПРОПЕТРОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

Учебно-методическое пособие для
студентов стоматологического факультета и интернов

Запорожье, Днепропетровск – 2015

УДК

ББК

Авторы:

А.В. Самойленко, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ДГМА;

А.В. Возный, д.мед.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической, ортопедической и детской стоматологии ЗГМУ;

С.А. Чертов, к.мед.н., доцент, заведующий кафедрой хирургической и пропедевтической стоматологии ЗГМУ;

О.А. Кокарь, к.мед.н., доцент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии ЗГМУ;

Е.А. Дмитриева, к.мед.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ДГМА;

И.В. Возная, к.мед.н., доцент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии ЗГМУ;

В.Д. Каюкова, к.мед.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ДГМА;

О.Н. Мищенко, к.мед.н., ассистент кафедры хирургической и пропедевтической стоматологии ЗГМУ

Учебное пособие содержит алгоритмы практических умений и навыков, определенные учебным планом подготовки специалистов образовательного уровня «Специалист», квалификации «врач-стоматолог» и программой по терапевтической стоматологии.

Рецензенты:

Е.Н. РЯБОКОНЬ, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Харьковского национального медицинского университета

Т.А. ПЕТРУШАНКО, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Алгоритм действия врача при лечении кариеса зубов	7
Алгоритм лечения острого начального кариеса.....	7
Алгоритм лечения хронического начального кариеса.....	8
Алгоритм лечения поверхностного кариеса.....	9
Алгоритм лечения среднего кариеса.....	9
Алгоритм лечения острого глубокого кариеса.....	10
Алгоритм лечения хронического глубокого кариеса.....	11
Алгоритм стоматологических манипуляций при лечении кариеса	11
Требования к врачу.....	11
Электроодонтодиагностика (ЭОД).....	12
Витальное окрашивание зубов.....	13
Изоляция зуба от ротовой жидкости.....	13
Наложение изолирующих прокладок.....	13
Наложение лечебных прокладок.....	15
Наложение временной пломбы.....	16
Препарирование кариозных полостей.....	17
Подготовка необходимого инструментария для пломбирования полостей.....	22
Пломбирование кариозных полостей.....	23
Шлифовка и полировка пломб (материальное обеспечение).....	29
Физиотерапевтическое лечение и профилактика кариеса зубов.....	35
Алгоритм действия врача при лечении пульпита	36
Алгоритмы лечения пульпита:	
Алгоритм лечения пульпит биологическим методом.....	37
Алгоритм лечения пульпита методом витальной ампутации.....	39
Алгоритм лечения пульпита методом витальной экстирпации (в многокорневом зубе).....	41
Алгоритм лечения пульпита методом девитальной экстирпации (в многокорневом зубе).....	42

Алгоритм стоматологических манипуляций при лечении пульпита:

Внутрипульпарная анестезия.....	43
Наложение девитализирующей пасты.....	44
Пульпэктомия (экстирпация корневой пульпы).....	46
Медикаментозная обработка корневого канала с помощью ватных турунд..	47
Пломбирование корневого канала пластическими материалами при помощи корневой иглы.....	47
Пломбирование корневого канала пластическим материалом с помощью каналонаполнителя.....	49
Пломбирование корневого канала методом гуттаперчевого моноштифта.....	51

Физиотерапевтическое лечение пульпита.....

Алгоритм действия врача при лечении периодонтита.....

Алгоритмы лечения периодонтита:

Алгоритм лечения острого серозного периодонтита.....	54
Алгоритм лечения острого гнойного периодонтита.....	55
Алгоритм лечения пациента с хроническими формами периодонтита.....	58
Алгоритм лечения пациента с обострением хронического периодонтита.....	61
Алгоритм лечения пациента с периодонтитом в одно посещение.....	63

Алгоритм стоматологических манипуляций при лечении периодонтита:

Анализ рентгенограмм.....	64
Удаление путридных масс.....	64
Медикаментозная обработка корневых каналов.....	65
Эндодонтическая обработка корневого канала техникой «обратный шаг».....	66
Расширение корневого канала техникой «от коронки вниз».....	67
Высушивание корневых каналов.....	69
Импрегнация непроходимых корневых каналов резорцин-формалиновой жидкостью.....	69
Импрегнация непроходимых и инфицированных корневых каналов нитратом серебра по Пеккеру.....	69
Наложение герметической повязки при лечении периодонтита.....	70

Электрофорез при лечении непроходимых корневых каналов и хронических форм периодонтита.....	71
Пломбирование корневого канала методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи.....	72
Физиотерапевтическое лечение периодонтита:	
Острый периодонтит.....	73
Хронический периодонтит.....	74
Хронический периодонтит в стадии обострения.....	75
Острый маргинальный периодонтит.....	75
Осложнения после пломбирования канала зуба.....	76
Тесты.....	77
Эталоны ответов.....	97
Список литературы.....	98

ВВЕДЕНИЕ

Кариес зубов - одно из наиболее распространённых стоматологических заболеваний. Несмотря на значительные достижения в изучении возникновения и развития заболевания, на сегодняшний день продолжает оставаться серьёзной проблемой. Это подтверждается высокой распространённостью и интенсивностью кариеса и свидетельствует о низкой эффективности лечения и профилактики кариеса. Осложненный кариес - пульпит, периодонтит- приводит к преждевременной потере зубов и развитию патологических состояний в зубо-челюстной системе.

Развитие стоматологической службы за последние годы, особенно в условиях рыночных отношений, выдвинуло на передний план вопросы повышения качества лечения. Одним из основных направлений обеспечения качества стоматологической помощи является стандартизация.

Предложенные в пособии алгоритмы оказания помощи при кариесе, пульпитах и периодонтитах, а также стоматологические манипуляции, позволят активизировать самостоятельную работу студентов и интернов при подготовке к практическим и семинарским занятиям, улучшить ориентацию при диагностике и лечении клинических ситуаций.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

На основании данных, полученных в ходе:

- опроса (жалобы, anamnesis morbi, anamnesis vitae),
- осмотра,
- пальпации,
- зондирования,
- перкуссии;
- температурной диагностики (реакция на тепло, холод);
- витального окрашивания 2% водным раствором метиленового синего,
- электроодонтодиагностики (ЭОМ - 1, ЭОМ -3, тестер состояния пульпы "Digitest", "Neosono"),
- рентгенологического исследования

Провести диагностику и дифференциальную диагностику и установить диагноз в соответствии с классификацией:

острый (хронический) начальный кариес;

острый (хронический) поверхностный кариес;

острый (хронический) средний кариес;

острый (хронический) глубокий кариес.

Выбрать метод лечения.

Алгоритм лечения острого начального кариеса (рис.1)



Рисунок 1 Острый начальный кариес

Этапы лечения:

- очистить поверхности зуба от налета;
- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- обработать поверхность зуба 0,5-1% раствором перекиси водорода;
- высушить;
- провести аппликацию реминерализирующими препаратами в течение 15-20 минут (10% раствор глюконата кальция, 3% раствор «Ремодента», 2,5% раствор глицерофосфата кальция);
- высушить поверхность зуба слабой струей теплого воздуха;
- нанести фторсодержащие препараты (2% раствор фторида натрия, Sol. Fluocali, Fluocal-gel (рис.2).



Рисунок 2 Fluocalgel (фирмаSeptodont)

Курс реминерализирующей терапии состоит из 15-20 процедур и осуществляется в течение 3-4 недель.

Далее проводится диспансерное наблюдение 2-3 раза в год.

Алгоритм лечения хронического начального кариеса

Если площадь поражения небольшая (1-1,5мм²), то проводится

динамическое наблюдение, а при увеличении площади поражения до 2 мм² и более показано пломбирование.

Алгоритм лечения поверхностного кариеса (рис. 3)



Рисунок 3 Поверхностный кариес

Сошлифовывание пораженного участка эмали и местное применение средств, оказывающих реминерализующее действие. Или использование композитных пломбировочных материалов с препарированием твёрдых тканей.

Алгоритм лечения среднего кариеса (рис.4)



Рисунок 4 Средний кариес

Этапы лечения:

- очистить поверхности зуба от налета;
- обезболить (анестезия аппликационная, инфильтрационная или проводниковая);
- препарировать кариозную полость;
- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости 3% раствором перекиси водорода, 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата;
- высушить полость ватными шариками или слабой струей теплого воздуха;
- наложить изолирующую прокладку (по показаниям);
- запломбировать полость;
- провести коррекцию окклюзии (алмазные головки различной формы, 12-ти и 30-ти гранные отделочные и полировочные боры различной конфигурации);
- провести шлифование, полирование пломбы (резиновые или силиконовые головки, финиры и полиры, отделочные и полировочные диски, межпроксимальные полоски, полировочные средства)

Алгоритм лечения острого глубокого кариеса

Этапы лечения:

1 посещение

- очистить поверхности зуба от налета;
- обезболить(анестезия аппликационная, инфильтрационная или проводниковая);
- препарировать кариозную полость;
- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости тёплым слабым раствором антисептика (3% раствор перекиси водорода, раствор фурацилина 1:5000 и т.д.);
- высушить полость ватными шариками или слабой струей теплого воздуха ;
- наложить одонтотропную пасту и временную пломбу.

2 посещение (через 1-2 дня).

При отсутствии жалоб:

- удалить временную пломбу;
- наложить изолирующую прокладку;
- запломбировать полость;
- провести коррекцию окклюзии (алмазные головки различной формы, 12-ти и 30-ти гранные отделочные и полировочные боры различной конфигурации);
- провести шлифование, полирование пломбы (резиновые или силиконовые головки, финиры и полиры, отделочные и полировочные диски, межпроксимальные полоски, полировочные средства)

Алгоритм лечения хронического глубокого кариеса

Этапы лечения:

- очистить поверхности зуба от налета;
- обезболить (анестезия аппликационная, инфильтрационная или проводниковая);
- препарировать кариозную полость;
- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости 3% раствором перекиси водорода, 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата ;
- высушить полость ватными шариками или слабой струей теплого воздуха;
- наложить изолирующую прокладку (по показаниям);
- запломбировать полость;
- провести коррекцию окклюзии (алмазные головки различной формы, 12-ти и 30-ти гранные отделочные и полировочные боры различной конфигурации);
- провести шлифование, полирование пломбы (резиновые или силиконовые головки, финиры и полиры, отделочные и полировочные диски, межпроксимальные полоски, полировочные средства)

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА

Требования к врачу

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Электроодонтодиагностика (ЭОД)

Методика проведения:

Подключить ЭОМ-3(рис. 5) к электрической сети и контуру заземления, присоединить к нему электроды, придерживаясь полярности.



Рисунок 5 Электроодонтометр

Включить аппарат, нажав кнопку «Сеть», и, плавно вращая ручку потенциометра, проверить его работоспособность по отклонению стрелки микроамперметра.

Подготовить электроды :

- Обработать электроды антисептиком (например, Bacillool plus).
- Иглу активного электрода покрыть тонким слоем ваты, смочив ее обычной водой.
- Пассивный электрод обернуть салфеткой, смоченной водой, и дать пациенту в правую руку.

Зубы, подлежащие обследованию, изолировать валиками от ротовой жидкости и высушить струей воздуха.

Активный электрод поместить на контрольную точку исследуемого зуба.

Нажать кнопку «Диапазон», установить границу измерения «50 мкА».

Плавно вращать ручку потенциометра до возникновения первого ощущения в зубе. Визуально зафиксировать показатели микроамперметра.

Измерения провести трижды. Найти среднее арифметическое значение, которое и будет показателем электровозбудимости пульпы. Данные здоровой пульпы- 2-10 мкА.

Витальное окрашивание зубов.

Методика проведения:

- подготовить зуб к проведению теста:

поверхность зуба, который планируется обследовать, тщательно очистить от зубного налёта с помощью ватного шарика с 3 % раствором перекиси водорода. Провести изоляцию зуба от слюны ватными валиками. Высушить зуб ватным шариком.

- нанести краситель: на поверхность эмали зуба нанести на 3 минуты ватный шарик, смоченный 2 % раствором метиленового синего. Краситель снять с поверхности зуба ватным шариком. Прополоскать рот.

- оценить окрашивания эмали:

- наличие окрашивания (при наличии деминерализации пятно окрашивается);
- распространенность окрашивания;
- интенсивность окрашивания (цвет участка окрашивания сравнить со стандартной 10-польной шкалой и оценить в баллах от 1 до 10- от

светло-голубого до темно-синего цвета)

Изоляция зуба от ротовой жидкости

Изолировать зуб от ротовой жидкости с помощью ватных валиков, типсов, слюноотсосов, пылесосов, матричных систем, ретракционных нитей, химических средств для ретракции десны, коффердама.

Наложение изолирующих прокладок

- **Наложение изолирующей прокладки из искусственного дентина.**

Методика проведения:

На матовую сторону стеклянной пластинки нанести отдельно порошок дентина и 1 каплю дистиллированной воды (2:1).

Добавить порошок к воде отдельными порциями до полного его поглощения и размешать металлическим шпателем до получения сметанообразной консистенции (не более 30 сек.).

Ввести дентин в полость одновременно с помощью гладилки.

Распределить по дну полости с помощью тугого ватного шарика.

Избыток застывшего дентина удалить со стенок полости с помощью экскаватора.

Наложение изолирующей прокладки из цинк-фосфатного цемента.

Методика проведения:

На стеклянную, тщательно высушенную пластинку, нанести порошок и жидкость цинк-фосфатного цемента в соотношении 3:1.

Порошок цемента разделить на части (1/2, 1/4, 1/8, 1/16).

Смешать металлическим шпателем половину порошка с жидкостью размазывающими движениями.

После получения гомогенной массы к ней последовательно, тщательно перемешивая, прибавить еще 1/4, 1/8, 1/16 части порошка для получения необходимой консистенции цемента. Общее время замешивания цемента не

должно превышать 1,5 минуты.

Для проверки консистенции к поверхности цемента плотно прижать чистый шпатель. При отрывании шпателя от массы она не тянется, а обрывается, образуя зубцы высотой не более 1 мм.

Необходимое количество замешанного цемента с помощью гладилки внести одной-двумя порциями в подготовленную полость.

С помощью шпателя равномерно распределить материал по дну и стенкам кариозной полости до эмалево-дентинного соединения.

К началу отверждения цемента удалить излишки материала со стенок полости экскаватором или гладилкой.

Проверить качество наложения изолирующей прокладки (прокладка толщиной 1-1,5 мм повторяет форму кариозной полости, доходя до эмалево-дентинного соединения).

- **Наложение изолирующей прокладки из стеклоиномерного цемента**

Методика проведения:

На блок для замешивания нанести жидкость и порошок стеклоиномерного цемента (1 ложка порошка и 1 капля дистиллированной воды).

Порошок цемента разделить на две части.

Смешать шпателем одну часть порошка с жидкостью размазывающими движениями.

После получения гомогенной массы к ней прибавить другую часть порошка и, тщательно смешивая, получить необходимую консистенцию цемента (замешивание длится 30 секунд).

Необходимое количество замешанного цемента с помощью гладилки внести одной-двумя порциями в подготовленную полость.

С помощью шпателя равномерно распределить материал по дну и стенкам полости до эмалево-дентинного соединения.

К началу отверждения цемента удалить излишки материала со стенок

полости экскаватором или гладилкой.

Проверить качество наложения изолирующей прокладки (прокладка толщиной 0,5-1,0 мм повторяет форму полости, доходя до эмалево-дентинного соединения).

Наложение лечебных прокладок

- **Наложение лечебной прокладки химического отверждения ("Life")**

Методика проведения:

- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости индифферентным антисептиком;
- высушить полость;
- приготовить лечебную прокладку химического отверждения:

На блок для замешивания нанести основную и каталитическую пасты из двух туб в соотношении 1:1. Смешать.

- с помощью гладилки материал внести на дно полости в область проекции рогов пульпы и распределить штопфером;
- подсушить слабой струей воздуха;
- экскаватором удалить излишки материала со стенок полости;
- наложить временную пломбу.

Наложение лечебной прокладки светового отверждения ("Calcimol LC")

Методика проведения:

- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости индифферентным антисептиком;
- высушить полость;
- с помощью гладилки материал внести на дно полости, распределить штопфером. Толщина слоя не более 1 мм;
- провести полимеризацию материала в течение 20-40 секунд;
- экскаватором удалить излишки материала со стенок полости;

- наложить временную пломбу.

- **Наложение лака на основе гидроксида кальция (“Contrasil”).**

- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- провести медикаментозную обработку полости индифферентным антисептиком;
- высушить полость;
- с помощью брашика или ватного шарика тонким слоем лака покрыть всё дно полости;
- подсушить слабой струей воздуха;
- экскаватором или бором удалить излишки материала со стенок полости;
- наложить временную пломбу.

Наложение временной пломбы

- **Методика наложения временной пломбы из водного дентина:**

- изолировать зуб от ротовой жидкости;
- высушить полость;
- приготовить временную пломбу:

На стеклянную пластинку нанести необходимое количество порошка дентина и воды в соотношении 2:1.

Постепенно прибавлять порошок в воду и растирающими движениями шпателя довести смесь до густой сметанообразной консистенции.

- приготовленную массу гладилкой внести одной порцией в сформированную полость.

- провести моделирование с помощью ватного шарика. Отвердевание длится 3-5 минут. Контроль - полностью заполненная кариозная полость, прикус не завышен.

Методика удаления временной пломбы

С помощью экскаватора, зонда или вращающегося бора удалить временную пломбу.

Препарирование кариозных полостей

Материальное обеспечение:

- комплект инструментов для обследования и лечения зубов;
- наконечник стоматологический турбинный;
- наконечник стоматологический механический;
- боры алмазные шаровидные (№ 3-5), фиссурные (№ 3-5) для турбинного наконечника;
- боры твердосплавные, стальные для механического наконечника: круглые (№ 5-7), обратноконусные (№ 5-7).

Препарирование кариозных полостей 1 класса по Блеку

Методика проведения:

Турбинным наконечником с шаровидным бором провести вскрытие и раскрытие кариозной полости.

Провести расширение кариозной полости, используя цилиндрический бор.

Угловым наконечником с твердосплавным шаровидным бором на низких оборотах или экскаватором провести некрэктомию (осторожно, чтобы случайно не вскрыть полость зуба).

Провести формирование кариозной полости цилиндрическим, обратноконусным бором ящикообразной формы. При глубоком кариесе дно кариозной полости должно быть вогнутое, кроме этого необходимо избегать образования острых углов.

Провести финирирование краев кариозной полости - скос 45 градусов.

Препарирование кариозных полостей 2 класса по Блеку (выше и на уровне экватора)

Методика проведения:

Турбинным наконечником с шаровидным бором осуществить доступ к кариозной полости с жевательной поверхности, отступив от контактной поверхности 0.5-1 мм (вскрытие, раскрытие).

Провести расширение кариозной полости в пределах контактной поверхности используя цилиндрический бор. Движения выполняют по периметру кариозной полости.

Экскаватором или угловым наконечником с твердосплавным шаровидным бором на низких оборотах провести некрэктомию со стенок и дна кариозной полости (осторожно, чтобы случайно не вскрыть полость зуба). При зондировании поверхность дентина твердая, блестящая (при хроническом течении).

Цилиндрическим обратноконусным бором провести формирование кариозной полости, придерживаясь угла 90 градусов стенок ко дну. Дно при глубоко кариесе выпуклое.

Сформировать дополнительную площадку на жевательной поверхности удаляя эмаль до эмалево-дентинной границы с шириной соответствующей основной полости, длина не более $\frac{2}{3}$ длины коронки. Необходимо избегать образования острых углов.

Провести финирирование краев кариозной полости - скос 45 градусов.

Препарирование кариозных полостей 2 класса по Блеку при отсутствии соседнего зуба

Методика проведения:

Со стороны отсутствующего зуба турбинным наконечником с шаровидным бором вскрыть и раскрыть кариозную полость.

Провести расширение кариозной полости, используя цилиндрический бор.

Провести некрэктомию с помощью углового наконечника с твердосплавным шаровидным бором на низких оборотах или экскаватором (осторожно, чтобы случайно не вскрыть полость зуба).

Провести формирование кариозной полости, используя цилиндрический, обратноконусный бор, придерживаясь угла 90 градусов стенок ко дну. Дно при глубоком кариесе выпуклое.

Провести финирирование краев кариозной полости - угол 45 градусов

Препарирование кариозной полости 2 класса по Блеку (ниже экватора)

Методика проведения:

Осуществить подход к кариозной полости с оральной или вестибулярной поверхности, используя шаровидный, цилиндрический бор (вскрытие, раскрытие).

Расширить кариозную полость, используя шаровидный, цилиндрический бор.

Провести некрэктомию, используя угловой наконечник с шаровидным бором на низких оборотах выполняя движения по периметру кариозной полости.

Провести формирование кариозной полости, используя цилиндрический бор и торцевую поверхность обратноконусного бора.

Создать дополнительную площадку с оральной или вестибулярной поверхности под углом 90 градусов по отношению к основной полости. Глубина дополнительной площадки должна быть в пределах эмали или на уровне эмалево-дентинной границы. Использовать цилиндрический, обратноконусный бор.

Провести финирирование краев кариозной полости под углом 45 градусов.

Препарирование кариозной полости 2 класса по Блеку, когда кариозная полость располагается ниже экватора и на жевательной поверхности, ближе к контактному пункту (туннельное препарирование)

Методика проведения:

Турбинным наконечником с шаровидным бором, установленным под углом 45 градусов к поверхности зуба провести вскрытие и раскрытие кариозной полости, расположенной на жевательной поверхности, соединяя с кариозной полостью расположенной ниже экватора, образовав туннель.

Через туннель провести расширение кариозной полости в пределах контактной

поверхности, используя цилиндрический бор. Движения выполнять по периметру кариозной полости.

Провести некрэктомию, используя шаровидный бор.

Провести формирование кариозной полости и придать придесневой стенке плоскую горизонтальную поверхность под прямым углом к кариозной полости, используя торцевую поверхность обратноконусного бора.

Провести финирирование края туннельной полости под углом 45 градусов от эмалево-дентинной границы к поверхности эмали.

Препарирование кариозной полости 3 класса по Блеку при отсутствии доступа

Методика проведения:

Создать доступ к кариозной полости с оральной поверхности, отступив 0.5-1 мм от контактной поверхности, используя турбинный наконечник с шаровидным, обратноконусным, цилиндрическим борами.

Провести расширение кариозной полости, используя цилиндрический бор.

Провести некрэктомию со стенок и дна кариозной полости, используя угловой наконечник с шаровидным бором на низких оборотах, максимально сохраняя эмаль с вестибулярной поверхности. При зондировании поверхность эмали и дентина плотная, блестящая.

Цилиндрическим и обратноконусным бором провести формирование кариозной полости. Форма полости в виде треугольника (основание обращено к шейке зуба, вершина к режущему краю). Стенки полости по отношению к дну должны иметь угол 90 градусов, дно должно быть выпуклым.

Создать дополнительную площадку, обязательно сохранив небный бугорок и режущий край и отступив от режущего края 2-3 мм. Глубина дополнительной площадки в пределах эмали, длина не более $\frac{2}{3}$ длины коронки.

Препарирование кариозной полости 3 класс по Блеку, когда имеется

доступ

Методика проведения:

Провести раскрытие кариозной полости со стороны отсутствующего зуба, используя турбинный наконечник с шаровидным бором.

Провести расширение кариозной полости, используя цилиндрический бор.

Провести некрэктомию со стенок и дна кариозной полости, используя шаровидный бор. Поверхность дентина при зондировании плотная, блестящая (при хроническом процессе).

Провести формирование кариозной полости в виде треугольника, основанием обращенного к шейке зуба, вершиной к режущему краю. Дно формировать с учетом топографии и предать выпуклую форму. Использовать обратноконусный бор.

Провести финирирование краев эмали под углом 45 градусов.

Препарирование кариозной полости 4 класса по Блеку

Методика проведения:

Провести вскрытие и раскрытие кариозной полости с оральной поверхности, используя цилиндрический бор.

Провести расширение кариозной полости, используя шаровидный бор.

Провести некрэктомию со стенок и дна кариозной полости шаровидным алмазным бором на низких оборотах или экскаватором. Эмаль с вестибулярной поверхности сохранить максимально, в тоже время максимально удалить пигментацию.

Провести формирование кариозной полости, используя обратноконусный и цилиндрический бор.

Создать дополнительную площадку, используя цилиндрический, обратноконусный бор. Между основной полостью и дополнительной площадкой угол должен составлять 90 градусов. Глубина дополнительной площадки должна быть в пределах эмали, длина не более 2/3 ширины коронки зуба.

Провести финирирование краев эмали под углом 45 градусов.

Препарирование кариозной полости 5 класса по Блеку

Методика проведения:

Провести раскрытие кариозной полости, используя турбинный наконечник с цилиндрическим, шаровидным алмазным бором.

Расширить кариозную полость, используя цилиндрический бор.

Провести некрэктомию, используя угловой наконечник с шаровидным бором на низких оборотах.

Провести формирование кариозной полости, создав почковидную или овальную форму. Дно кариозной полости при поверхностном и среднем кариесе - плоское, при глубоком кариесе - выпуклое.

Провести финирирование краев кариозной полости под углом 45 градусов.

Подготовка необходимого инструментария для пломбирования полостей

- * набор стоматологических инструментов (зеркало, пинцет, шпатель, гладилки, штопфер);
- * пломбировочные материалы;
- * адгезивные системы;
- * материалы для изолирующих и лечебных прокладок;
- * травильный гель или жидкость;
- * фотополимеризатор;
- * защитные очки;
- * карборундовые, алмазные, резиновые головки и штрипцы;
- * абразивные пасты;
- * пластмассовый шпатель;
- * микробраши;
- * дополнительные аксессуары:
 - коффердам;
 - матрицы и матрицедержатели;
 - колышки;

- копировальная бумага.

ПЛОМБИРОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ

Пломбирование композиционными материалами химического отверждения («Харизма»)

Методика проведения:

1. Изолировать отпрепарированный зуб от ротовой жидкости.
2. Провести медикаментозную обработку полости.
3. Тщательно высушить полость воздухом.
4. Наложить прокладку (лечебную, изолирующую - по показаниям. Изолирующая прокладка наносится до эмалево-дентинной границе).

5. Протравить эмаль.

Травильную жидкость или травильный гель нанести на эмаль на 20-60 сек.

6. Смыть протравку струёй воды в течение 20-60 сек. (не давать пациенту сплёвывать!) и высушить полость воздухом.

7. Нанести адгезивную систему на эмаль.

В кювете по одной капле каталитической и базовой жидкости смешать в течение 5- 10 секунд. Микробрашем нанести на эмаль и втирать 5 секунд. Внести вторую порцию связующей системы и раздуть слабой струей воздуха.

8. Приготовить пломбировочный материал.

Нанести противоположными концами пластмассового шпателя на блокнот для замешивания пломбировочного материала равные порции катализирующие и базовой пасты (1:1). Широким концом пластмассового шпателя провести замешивание пломбировочного материала в течение 20 секунд.

9. Внести пломбировочный материал в полость 1-2 порциями с некоторым избытком, одновременно формируя анатомическую форму зуба.

Время твердения пломбировочного материала от начала замешивания 2 минуты.

10. Провести окончательную обработку пломбы.

Окончательная шлифовка, полировка через 5-7 минут. Избыток застывшего материала удалить алмазными или карборундовыми головками.

Отшлифовать пломбу финишными борами, резиновыми головками.

Отполировать пломбу резиновыми колпачками и щётками с полировочной пастой.

Пломбирование кариозных полостей композиционными материалами светового отверждения

Методика проведения:

1. Изолировать отпрепарированный зуб от ротовой жидкости.
2. Провести медикаментозную обработку полости.
3. Тщательно высушить полость воздухом.
4. Наложить прокладку (лечебную, изолирующую - по показаниям).
5. Протравить эмаль и дентин.
Экспозиция на эмали - 30 секунд, экспозиция на дентине - 10-15 секунд.
6. Смыть протравливающую кислоту струей воды в течение 30 секунд.
7. Высушить полость струей воздуха: эмали до матового оттенка, дентина – до влажного дентина. Не пересушивать!
8. Нанести адгезивную систему с последующим равномерным распределением струей воздуха и провести полимеризацию в течение 15- 20 секунд.
9. Нанести послойно пломбу.

Гладилкой внести небольшую порцию пломбировочного материала и штопфером провести конденсацию материала. Провести полимеризацию материала в течение 30-40 секунд. Внести следующие порции пломбировочного материала косыночным типом поочередно (толщина до 2 мл) конденсировать и полимеризовать каждую порцию отдельно, до восстановления анатомической формы зуба.

10. Провести окончательную обработку пломбы.

Избыток застывшего материала удалить алмазными или карборундовыми головками.

Отшлифовать пломбу финишными борами, резиновыми головками.

Отполировать пломбу резиновыми колпачками и щётками с полировочной пастой.

11. Провести финишное засвечивание реставрации в течение 40 секунд.

Пломбирование кариозных полостей стеклоиономерными цементами

Методика проведения:

1. Подготовить зуб к пломбированию.
2. Изолировать зуб от ротовой жидкости.
3. Провести медикаментозную обработку полости.
4. Провести высушивание полость воздухом.
5. Провести кондиционирование полости.

С помощью кисточки обработать кондиционером отпрепарированную полость в течение 15 сек.

Промыть водой в течение 15 сек.

6. Слегка просушить полость воздухом (не пересушивать!).
7. Приготовить цемент для постоянной пломбы

Несколько раз стряхнуть флакон с порошком, мерной ложкой набрать порошок с избытком и удалить избыток без давления пластмассовым выступом в горлышке флакона. Порошок поместить на бумажный блок.

Флакон с жидкостью или дистиллированной водой перевернуть вертикально вниз и при легком нажатии получить необходимое количество капель (примерное соотношение порошок/жидкость – 2/1).

Смешать сразу все количество порошка с жидкостью в течение 20-30 сек. (не требуется значительных растирающих усилий).

Правильно замешанный цемент вязкий, поверхность его блестящая.

8. Наложить пломбу.

С помощью гладилки или шпателя цементное тесто внести немедленно! После смешивания небольшими порциями с тщательной конденсацией (из капсулы СИЦ вносится одномоментно!).

Гладилкой смоделировать пломбу в течение 1,5-3 мин. до начала затвердевания цемента (потускнение поверхности, появление нитей).

9. Защитить пломбу от слюны путём покрытия её защитным лаком.

10. Провести окончательную обработку пломбы.

Проконтролировать высоту наложенной пломбы с помощью копировальной бумаги, помещённой между зубными рядами, путём введения запломбированного зуба в контакт с антагонистом, как в положении центральной окклюзии, так и при боковых движениях нижней челюсти.

Карборундовыми или алмазными головками снять участки пломбы, повышающие прикус (после полного застывания пломбы).

11. Отшлифовать пломбу финишными, резиновыми головками движениями от центра к краю пломбы.

Окончательную обработку стеклоиономерной пломбы проводить через 24 часа!

Пломбирование кариозных полостей силикатными и силикофосфатными цементами

Методика проведения:

1. Подготовить зуб к пломбированию.
2. Изолировать зуб от ротовой жидкости.
3. Провести медикаментозную обработку полости.
4. Тщательно высушить полость воздухом.
5. Наложить изолирующую прокладку.
6. Приготовить цемент для постоянной пломбы.

На гладкую сторону стеклянной пластинки поместить необходимое количество жидкости и порошка в соотношении 1:3.

Рекомендовано для замешивания силикатного цемента использовать пластмассовый шпатель, для замешивания силико-фосфатного цемента – металлический.

Лёгкими волнообразными движениями ввести половину порошка в жидкость. Тщательно, без нажима, круговыми движениями шпателя замешать цементное тесто с быстрым добавлением остального порошка (для силикатных цементов) и с постепенным добавлением порошка (для силико-фосфатных цементов) - перед добавлением каждой порции порошка масса должна быть гомогенной!

На заключительном этапе замешивание следует производить некоторым усилием, чтобы вытеснить воздух (при лёгком нажатии шпателя поверхность цемента приобретает блестящий вид, а при отрыве не тянется за шпателем более чем на 2мм).

7. Наложить пломбу:

- из силикатного цемента

С помощью гладилки или шпателя цементное тесто внести в полость, по возможности одной порцией.

Цемент прижать гладилкой либо целлофановой полоской, смазанной вазелином.

Гладилкой смоделировать пломбу по форме зуба (до момента схватывания цемента).

- из силико-фосфатного цемента

С помощью гладилки или шпателя цементное тесто внести в полость несколькими порциями с тщательной конденсацией каждой.

Гладилкой смоделировать пломбу по форме зуба (до момента схватывания цемента).

8. Защитить пломбу от слюны.

Покрыть пломбу расплавленным воском (парафином), гидросилом или защитным лаком.

9. Провести окончательную обработку пломбу.

Проконтролировать высоту наложенной пломбы с помощью копировальной бумаги, помещённой между зубными рядами путём введения запломбированного зуба в контакт с антагонистом, как в положении центральной окклюзии, так и при боковых движениях нижней челюсти.

Карборундовыми или алмазными головками снять участки пломбы, повышающие прикус (после полного застывания пломбы).

10. Отшлифовать пломбу финишными, резиновыми головками движениями от центра к краю пломбы.

Пломбирование кариозных полостей серебряной амальгамой

Методика проведения:

1. Подготовить зуб к пломбированию.
2. Изолировать зуб от ротовой жидкости.
3. Провести медикаментозную обработку полости.
4. Тщательно высушить полость воздухом.
5. Наложить изолирующую прокладку.
6. Приготовить амальгаму.

В специальную капсулу поместить необходимое количество опилок и ртути с помощью дозатора или «на глаз» в соотношении 4:1 (для амальгам I поколения).

Зафиксировать капсулу в зажимном устройстве амальгамосмесителя.

Включить амальгамосмеситель, мешать 20-30 сек.

Проверить качество приготовленной амальгамы, сжимая её пальцами через марлевую салфетку (амальгама не должна иметь трещин и должна издавать крепитирующий звук).

7. Наложить пломбу.

Захватить небольшую порцию амальгамы амальгамтреггером или гладилкой и внести её в полость

С помощью амальгамтреггера или головчатого штопфера круговыми

движениями притереть амальгаму к стенкам полости, заполняя все углы и неровности.

Уплотняющими движениями конденсировать последующие её порции.

Смоделировать пломбу по форме зуба с помощью ватных тампонов, гладилки, штопфера, карверов.

Проверить правильность созданного контура пломбы осторожным смыканием зубных рядов.

8. Окончательная обработка пломбы (не ранее, чем через сутки).

Отшлифовать и отполировать пломбу с помощью карборундовых алмазных головок, резиновых головок, колпачков и щёточек с полирующей пастой.

9. Дать рекомендации больному..

В течение 1,5-2 часов не пользоваться запломбированным зубом для раздражения пищи.

Шлифовка и полировка пломб

Материальное обеспечение:

- набор стоматологических инструментов;
- мелкозернистые алмазные боры для турбинного наконечника (с красной, желтой и белой индикацией) (рис. 6,7);



Рисунок 6 Финиры для обработки краев эмали

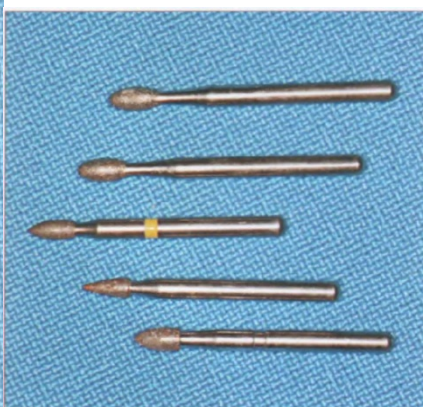


Рисунок 7 Финиры в виде оливы и бутона.

- мультирифленные твердосплавные боры (рис. 8);



Рисунок 8 Мультирифленные твердосплавные боры

- резиновые и силиконовые полировочные головки; щеточки (рис. 9,10)



Рисунок 9 Резиновые и силиконовые полировочные головки



Рисунок 10 Щеточки

- набор дисков и дискодержатель (рис. 11);



Рисунок 11 Диски

- полировальная паста (рис. 12);



Рисунок 12 Полировальная паста

- артикуляционная бумага (рис.13);



Рисунок 13 Артикуляционная бумага

Шлифовка и полировка композитных пломб химического отверждения

Методика проведения:

- алмазными турбинными борами (с водяным охлаждением!) провести коррекцию пломбы с учетом окклюзионных соотношений (На жевательную поверхность запломбированного зуба установить артикуляционную бумагу и проверить прикус. Излишки материала убрать).

- этими же борами провести финишную обработку пломбы (завершающая отделка)– придание пломбе формы и качества поверхности, максимально приближённых к анатомии, физиологии и эстетике собственных тканей зуба.

- провести полировку пломбы(этап получения гладкой поверхности реставрации и имитации блеска собственных тканей зуба, сглаживание перехода пломба-зуб) борами с мелкой зернистостью.

- провести суперполировку (заключительный этап финишной обработки для получения абсолютно гладкой (зеркальной, глянцевой) поверхности реставраций, повышающие эстетические свойства пломбы) с помощью

специальных резиновых головок, чашечек, дисков щеточек и полирующих паст.
Работа при 2-3 тыс. об./мин.

Контактные поверхности пломбы отполировать с помощью штрипсов разной степени зернистости.

- провести контроль качества полирования пломбы:

- ✓ отполированная поверхность должна блестеть после высушивания воздухом ("сухой блеск");
- ✓ реставрация не должна заключать в себе поверхностных и подповерхностных пор;
- ✓ зонд должен без задержек скользить по всей поверхности, включая линии перехода "композит/эмаль" и "композит/цемент";
- ✓ флос должен с усилием вводиться в межзубный промежуток, без задержек скользить по контактной поверхности и с большим усилием выводиться, не должен рваться и задерживаться.

Шлифовка и полировка фотополимерных пломб

Методика проведения:

- на жевательную поверхность запломбированного зуба установить артикуляционную бумагу и проверить прикус;
- алмазным турбинным бором удалить излишки материала;
- провести повторную проверку прикуса с помощью артикуляционной бумаги;
- специальными алмазными финирами (финишными борами) сгладить поверхность пломбы, создавая на её поверхности ямки, бугорки, фиссуры;
- рекомендуется при обработке поверхности пломбы на границе с эмалью использовать карбидные боры или алмазные финишные боры с белой маркировкой;
- для обработки поверхности пломбы на границе с цементом зуба использовать специальные боры, кончик которых свободен от абразивных

частичек: это даёт возможность не травмировать поверхность зуба и круговую связку зуба.

- в местах перехода композита на твёрдые ткани зуба зонд должен без задержек скользить по всей поверхности;

- с помощью полировальных пластиковых или резиновых дисков и головок (наборы «Enhance» («Caulr Dentsplay»), «Soft-Lex» («3M»)) поверхность реставрации выравнивается, сглаживается, удаляются шероховатости. Обработка проводится без давления на поверхность реставрации.

- с целью предотвращения перегрева пульпы поверхность реставрации обрабатываем прерывистыми движениями, периодически смачивая водой;

- контактные поверхности обрабатываем и полируем с помощью специальных абразивных полосок (штрипсов). Работаем осторожно, что бы не травмировать десну, губы и мягкие ткани полости рта;

- штрипсы используют с разной степенью зернистости. Используют полоски «Enhance» («Caulr Dentsplay»), «Yatubay» («Brasseler») на металлической основе; «Soft-Lex» («3M»), «Flexi Strip» («Cosmedent») на пластиковой основе и др.

- полирование реставрации проводится специальными губками и полировальными пастами, например, «Enhance» («Caulr Dentsplay»). В комплект входит 2 вида паст «Prisma Yloss»: для грубой и конечной полировки.

- сначала поверхность реставрации обрабатывают пастой для грубой полировки с помощью щётки, которая вставлена в угловой наконечник.

Полировка осуществляется на невысоких оборотах, во избежания перегрева пульпы. Периодически рекомендуется смачивать обрабатываемую поверхность водой.

- для полирования каждой поверхности реставрации необходимо до 60 сек.

- на втором этапе таким же образом используют пасту для конечной полировки, например, «Prisma Yloss Extra Fine» на протяжении 60 секунд на каждую поверхность.

- конечная эффективность и правильность проведения определяется зеркальным блеском высушенной поверхности реставрации, которая не отличается от блеска естественной эмали зубов.

- качество обработки контактных поверхностей определяется с помощью дентальных флосов: нитка не должна нигде застревать, с усилием проходить контактный пункт и легко скользить по контактной поверхности, без разрывов.

- после завершения полировки проводится финишная световая полимеризации: каждая поверхность реставрации засвечивается 10-20 сек. Луч света лампы направляется перпендикулярно засвечиваемой поверхности при максимально близком расположении к ней световода лампы.

Шлифовка и полировка пломб из амальгамы

Методика проведения:

- во время первого посещения провести лишь формирование и грубую обработку пломбы, тщательным образом формируя окклюзионную поверхность. На жевательную поверхность запломбированного зуба наложить коррекционную бумагу и проверить прикус. Алмазными борами, финирами удалить участки пломбы, которые повышают прикус.

- во второе посещение (не раньше, чем через 24 часа) - завершающее обрабатывание и полирование пломбы.

Проверить высоту пломбы с помощью артикуляционной бумаги.

Шлифование пломбы провести абразивными головками, дисками . Движения прерывистые, без значительного надавливания.

Полировать мягкими щетками с использованием полировочных паст (кремниевых и др.) при постоянном смачивании пломбы водой (предотвращение перегрева).

- провести контроль качества полирования пломбы.

Физиотерапевтическое лечение и профилактика кариеса зубов

Профилактику кариеса у детей начинают с внутриутробного периода

развития ребенка. Для этого беременной назначают общее УФ-облучение, направленное на укрепление организма женщины и на стимуляцию фосфорно-кальциевого обмена, улучшения образования и усвоения витаминов. Можно назначить аэрионизацию для нормализации вегетативной нервной системы.

В период новорожденности (до 1 мес.) важны ежедневные прогулки и пребывание ребенка в отраженных солнечных лучах. В летний период дети должны достаточно время находиться в солнечном световом потоке. В северных районах детям необходимо делать искусственное общее облучение ультрафиолетовыми лучами.

Для профилактики кариеса у детей можно проводить облучение десен и слизистой полости рта, начиная с 1/3 биодозы и увеличивая на 1/3 биодозы, продолжительность каждого последующего облучения, доводя до 2—3 биодоз. В год 2 курса облучений, лучше в зимне-весеннее время. Такие же процедуры можно проводить и взрослым, склонным к кариесу зубов.

При кариесе в стадии пятна применяют реминерализацию тканей зуба с помощью электрофореза кальция, фтора. Для детей используют 5 % раствор глюконата кальция, для взрослых 10 % раствор глюконата кальция. Время воздействия - 10—15 мин, затем проводят аппликацию с 2 % раствором фтористого натрия на 2—3 мин. Курс лечения — 10 — 15 сеансов. Процедуру проводят каждый день.

Одновременно с электрофорезом микроэлементов назначают при множественном кариесе общее облучение УФ-лучами. Рекомендуют 2— 3 курса УФ-облучений по 20 процедур через день.

При поверхностном, среднем и глубоком кариесе при препарировании можно применить электрообезболивание и электроодонтодиагностику.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА

На основании всего комплекса данных, полученных в ходе:

- субъективного обследования (паспортные данные, жалобы, an. morbi,

an. vitae,)

- объективного обследования:

- осмотра,
- пальпации,
- зондирования,
- реакции на температурные раздражители,
- перкуссии,
- ЭОД(ЭОМ-1,ЭОМ-3),
- рентгенологического исследования

врач-стоматолог ставит диагноз в соответствии с классификацией(Яворская О.С., Урбанович Л.И., 1964г):

I. Острый пульпит:

- гиперемия пульпы;
- травматический пульпит:
- а)случайное обнажение пульпы;
- б)перелом коронки с обнажением пульпы;
- ограниченный пульпит;
- диффузный(серозный) пульпит;
- гнойный пульпит.

II. Хронический пульпит:

- фиброзный пульпит;
- гипертрофический пульпит;
- гангренозный пульпит;
- конкрементозный пульпит.

III. Обострение хронического пульпита

IV. Пульпит, осложненный периодонтитом.

- *выбирает метод лечения,*
- *пациента информирует о возможных осложнениях в процессе лечения и вариантах исхода лечения,*
- *получает письменное согласие на проведение лечения.*

Алгоритмы лечения пульпита

Алгоритм лечения пульпита биологическим методом.

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента. В левой руке держит зеркало, в правой руке - остальной инструмент. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Все манипуляции выполнять с соблюдением правил асептики и антисептики.

Методика проведения:

1-е посещение:

1. Рентгенограмма (чтение, описание).
2. Антисептическая обработка полости рта.
3. Обезболивание.
4. Очистка поверхности причинного зуба, а также соседних зубов от налета и отложений, их антисептическая обработка.
5. Изоляция зуба от влаги (наложение коффердама, использование слюноотсоса, ватных валиков).
6. Препарирование кариозной полости с учетом топографии полости зуба.
7. Антисептическая обработка (теплые растворы: 1% перекиси водорода, 0,5 % этония, фурацилина (1:5000)).
8. Высушивание кариозной полости стерильным ватным шариком.
9. Наложение противовоспалительной лечебной прокладки на 1-2 дня прямым или непрямым методами (Рис.14).

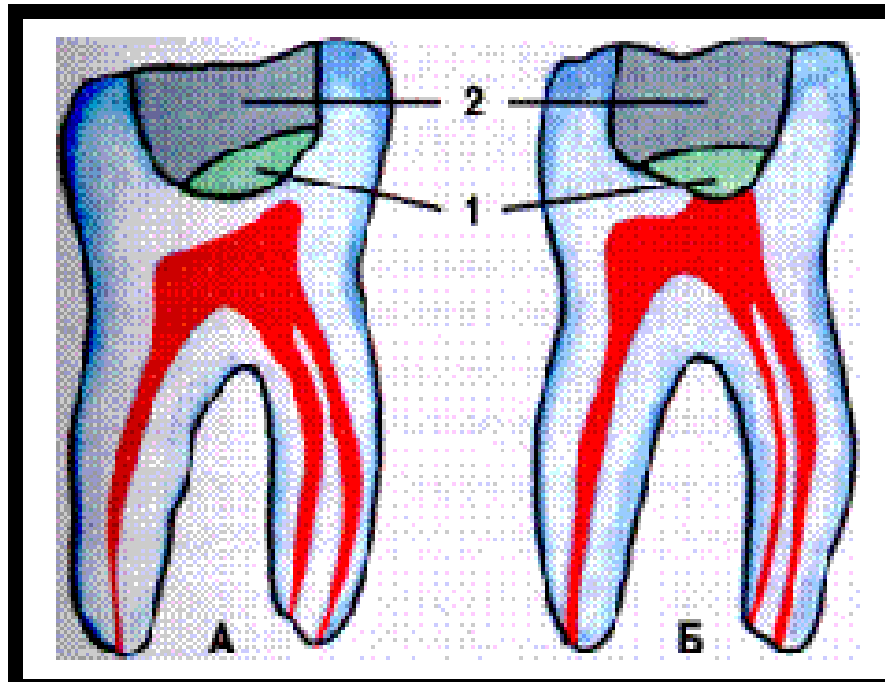


Рисунок 14. Наложение лечебной прокладки прямым (Б) и непрямым (А) методом

10. Закрытие кариозной полости повязкой (водный дентин, дентин-паста) (Рис. 15).



Рисунок 15. Временная пломба

2-е посещение

При отсутствии жалоб на причинный зуб:

1. Антисептическая обработка полости рта, причинного и соседних зубов.
 2. Изоляция зуба от влаги.
 3. Удаление повязки.
 4. Антисептическая обработка кариозной полости.
 5. Высушивание кариозной полости стерильным шариком.
 6. Наложение одонтотропной (кальций-содержащей пасты: Biocalex, Апексдент и др.) прямым или непрямым методом.
 7. Изолирующая прокладка (не использовать цинк-фосфатный цемент).
 8. Постоянная пломба (реставрация).
- Диспансерное наблюдение: через 2 недели, 3-6-12 месяцев.

Алгоритм лечения пульпита методом витальной ампутации

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента. В левой руке держит зеркало, в правой руке - остальной инструмент. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Все манипуляции выполнять с соблюдением правил асептики и антисептики.

Методика проведения:

1. Рентгенограмма (чтение, описание).
2. Антисептическая обработка полости рта.
3. Обезболивание.
4. Очистка поверхности причинного зуба, а также соседних зубов от налета и отложений, их антисептическая обработка.
5. Изоляция зуба от влаги (наложение коффердама, использование слюноотсоса, ватных валиков).
6. Препарирование кариозной полости с учетом топографии полости

зуба.

7. Вскрытие и раскрытие полости зуба.

8. Пульпотомия: глубокая ампутация (удаление коронковой пульпы и пульпы в области устьев корневых каналов). Остановка кровотечения из культи пульпы (3% раствор перекиси водорода, капромин, жидкость «Рекорд»).

9. Антисептическая обработка полости теплыми растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 0,5% раствор этония и др.).

10. Наложение одонтотропной прокладки на корневую пульпу (кальций-содержащие пасты: Biosalex, Апексдент, Life и др.).

12. Изолирующая прокладка (не использовать цинк-фосфатный цемент).

13. Постоянная пломба (реставрация)(Схема 1).

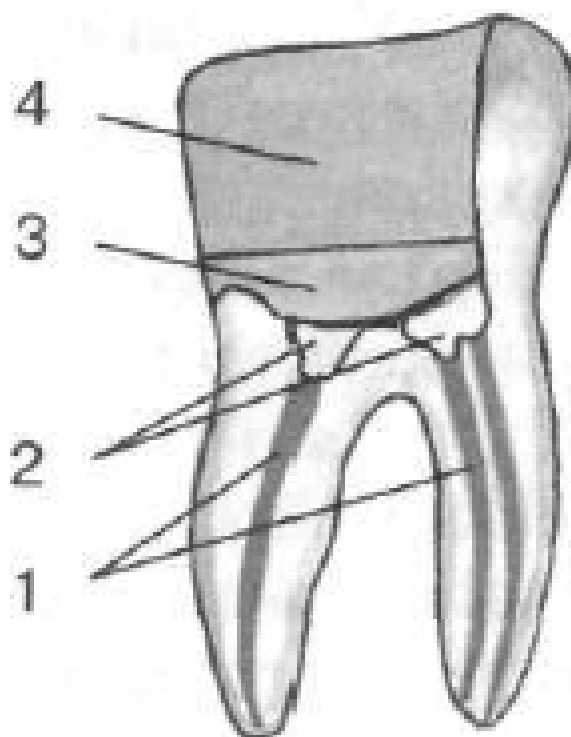


Рисунок 16.Схема. Пломбирование зуба после ампуляции пульпы
(1-корневая пульпа; 2- лечебная паста; 3- изолирующая прокладка;
4- постоянная пломба)

Диспансерное наблюдение: через 2 недели, 3-6-12 месяцев.

***Алгоритм лечения пульпита методом витальной экстирпации
(в многокорневом зубе).***

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента. В левой руке держит зеркало, в правой руке - остальной инструмент. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Все манипуляции выполнять с соблюдением правил асептики и антисептики.

Методика проведения:

1. Рентгенограмма (чтение, описание).
2. Антисептическая обработка полости рта.
3. Обезболивание.
4. Очистка поверхности зуба от налета, отложений.
5. Изоляция зуба от влаги.
6. Полное препарирование кариозной полости с учетом топографии полости зуба.
7. Вскрытие и раскрытие полости зуба.
8. Пульпотомия: ампутация (удаление коронковой пульпы).
9. Пульпэктомия: экстирпация (удаление корневой пульпы)
10. Медикаментозная и инструментальная обработка корневых каналов на рабочую длину.
11. Высушивание корневых каналов (бумажные штифты).
12. Пломбирование корневых каналов (до физиологического сужения).
13. Рентгенологический контроль эндодонтического лечения.
14. Изолирующая прокладка.
15. Постоянная пломба (реставрация).

Диспансерное наблюдение: не реже 1 раза в год.

Алгоритм лечения пульпита методом девитальной экстирпации

(в многокорневом зубе)

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента. В левой руке держит зеркало, в правой руке - остальной инструмент. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Все манипуляции выполнять с соблюдением правил асептики и антисептики.

Методика проведения:

1-е посещение:

1. Рентгенограмма (чтение, описание).
2. Антисептическая обработка полости рта.
3. Частичное препарирование кариозной полости и вскрытие полости зуба.
4. Изоляция зуба от слюны (валики, слюноотсос).
5. Наложение девитализирующей пасты на вскрытую пульпу (мышьяковистой - на 2 суток, параформальдегидной на 10-14 суток).
6. Наложение повязки (водный дентин, дентин-паста).

2-е посещение:

При отсутствии жалоб на причинный зуб:

1. Антисептическая обработка полости рта.
2. Изоляция зуба от влаги.
3. Удаление повязки.
4. Полное препарирование кариозной полости с учетом топографии полости зуба.
5. Раскрытие полости зуба.
6. Пульпотомия: ампутация (удаление коронковой пульпы).
7. Пульпэктомия: экстирпация (удаление корневой пульпы)

8. Медикаментозная и инструментальная обработка корневых каналов на рабочую длину.
 9. Высушивание корневых каналов (бумажные штифты).
 10. Пломбирование корневых каналов (до физиологического сужения).
 11. Рентгенологический контроль эндодонтического лечения.
 12. Изолирующая прокладка.
 13. Постоянная пломба (реставрация).
- Диспансерное наблюдение: не реже 1 раза в год.

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА

Внутрипульпарная анестезия

Методика проведения:

1. Зуб, который надо обезболить, изолировать ватными (бумажными) валиками от ротовой жидкости. Кариозную полость и поверхность зуба высушить.
2. На баллоне с анестетиком зафиксировать распылительную головку с трубкой.
3. Трубку вести в кариозную полость и нажать на распылительную головку баллона. Подождать 1-2 мин для поверхностной анестезии пульпы.
4. Ампулу с анестетиком обработать антисептиком и вставить в шприц, иглу зафиксировать на штуцере шприца. Путем однократного нажатия на рычаг шприца проверить проходимость иглы.
4. Ввести иглу в полость зуба в точке сообщения кариозной полости с полостью зуба. Нажимая на рычаг шприца, впрыснуть 0,15-0,2 мл анестетика.
5. Раскрыть полость зуба и провести пульпотомию.
6. При болезненной пульпэктомии анестезию дополнить внутриканальным введением анестетика.

Наложение девитализирующей пасты

Методика проведения:

1. Препарирование кариозной полости, вскрытие полости зуба.
2. На стеклянную пластинку для замешивания поместить 2-3 капли воды и порошок дентина для повязок.
3. Зуб, в который необходимо внести девитализирующую пасту, изолировать валиками от ротовой жидкости. Кариозную полость высушить ватными шариками.
4. С помощью зонда (гладилки) отделить нужное количество девитализирующей пасты и поместить над точкой вскрытия полости зуба.
5. Ватным шариком сместить девитализирующую пасту в направлении точки вскрытия полости зуба (к пульпе).
6. Проследить, чтобы ватный шарик не выступал за края кариозной полости и заполнял кариозную полость на $1/2 - 2/3$ ее объема.
7. Несколькими движениями шпателя смешать порошок искусственного дентина с водой и серповидной гладилкой внести материал в кариозную полость. При этом нужно добиться герметичности повязки, не смещая тампон под повязкой (рис.17).

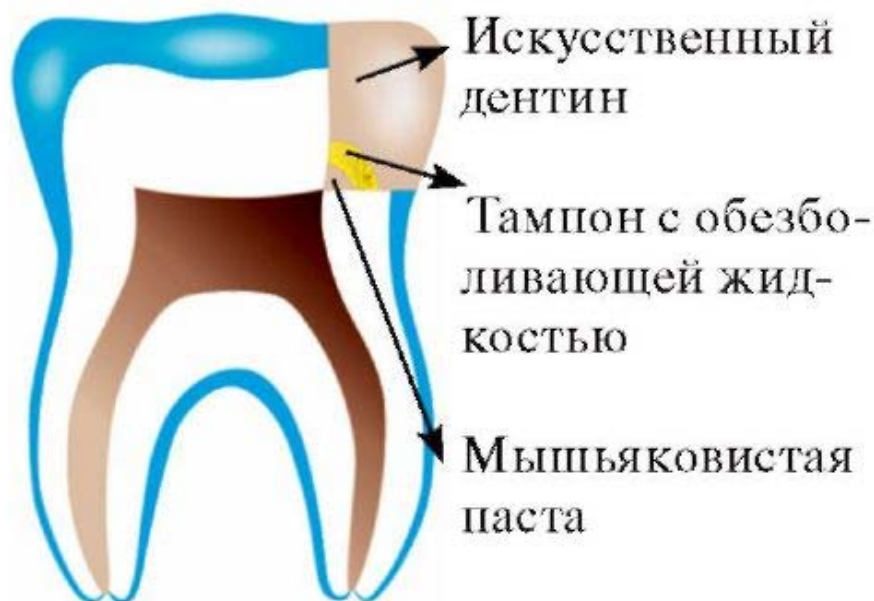


Рисунок 17. Схема. Наложение мышьяковистой пасты

Способы определения рабочей длины:

1) табличный (расчетная длина зуба и корня)

Определение рабочей длины расчетным методом

Методика проведения:

1. Используя таблицу показателей топографической анатомии зубов найти премоляр нижней челюсти.

2. По таблице найти среднюю длину зуба (20-24 мм) (Табл.1).

Таблица 1

Значения длины корня для различных зубов

Верхняя челюсть	Длина корня, мм	13,3	12,9	18,1	14	14,6	14,5	13,8	13,8
Верхняя челюсть (длина в мм.)	максимальная	27,5	25	29,7	23	24	24	23	18
	средняя	25	23	27	21	22	22	21	20
	минимальная	22,5	21	24	19	20	20	19	16
Порядковый номер зуба		1	2	3	4	5	6	7	8
Нижняя челюсть (длина в мм.)	минимальная	19	20	23,5	20	20	20	19	16
	средняя	21	22	26	22	22	22	21	18
	максимальная	23	24	28,5	24	24	24	23	20
Нижняя челюсть	Длина корня, мм	12,0	13,9	14,9	14,7	15,6	14,8	14,3	14,0

3. С помощью эндодонтической линейки выставить стоппер на длину 22 мм.
4. Вести инструмент в корневой канал (стоппер в контакте со щечным бугром - контроль длины зуба).
5. Отметить найденную длину на всех рабочих инструментах.

2) электрометрический метод (использование апекс локатора)

3) рентгенологический (основан на получении рентгенологического снимка с введенным в корневой канал эндодонтическим инструментом)

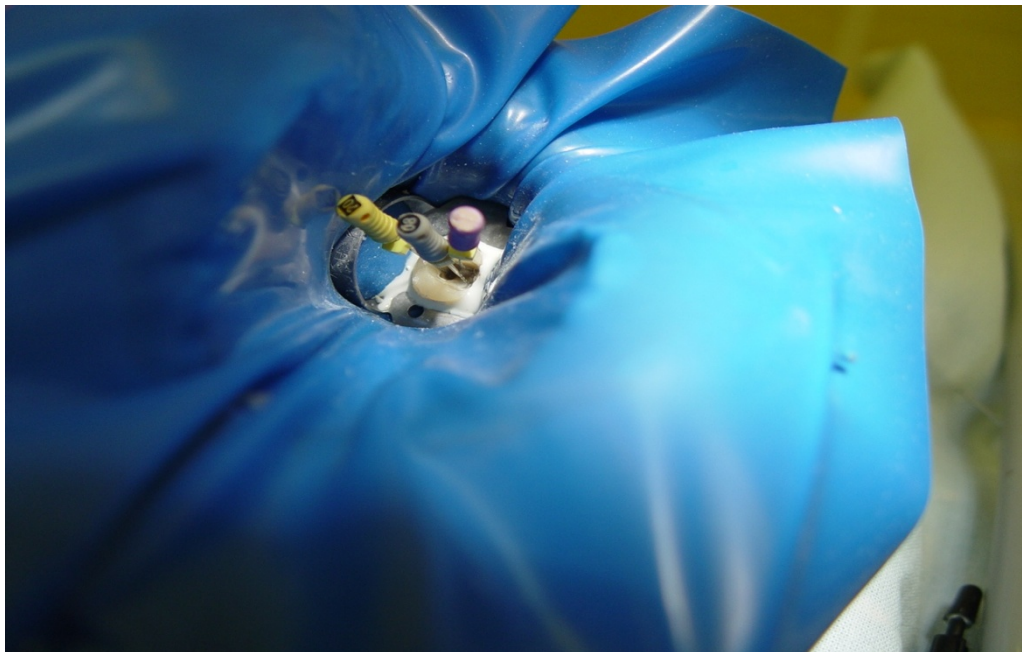


Рисунок 55. Эндодонтические инструменты в корневых каналах

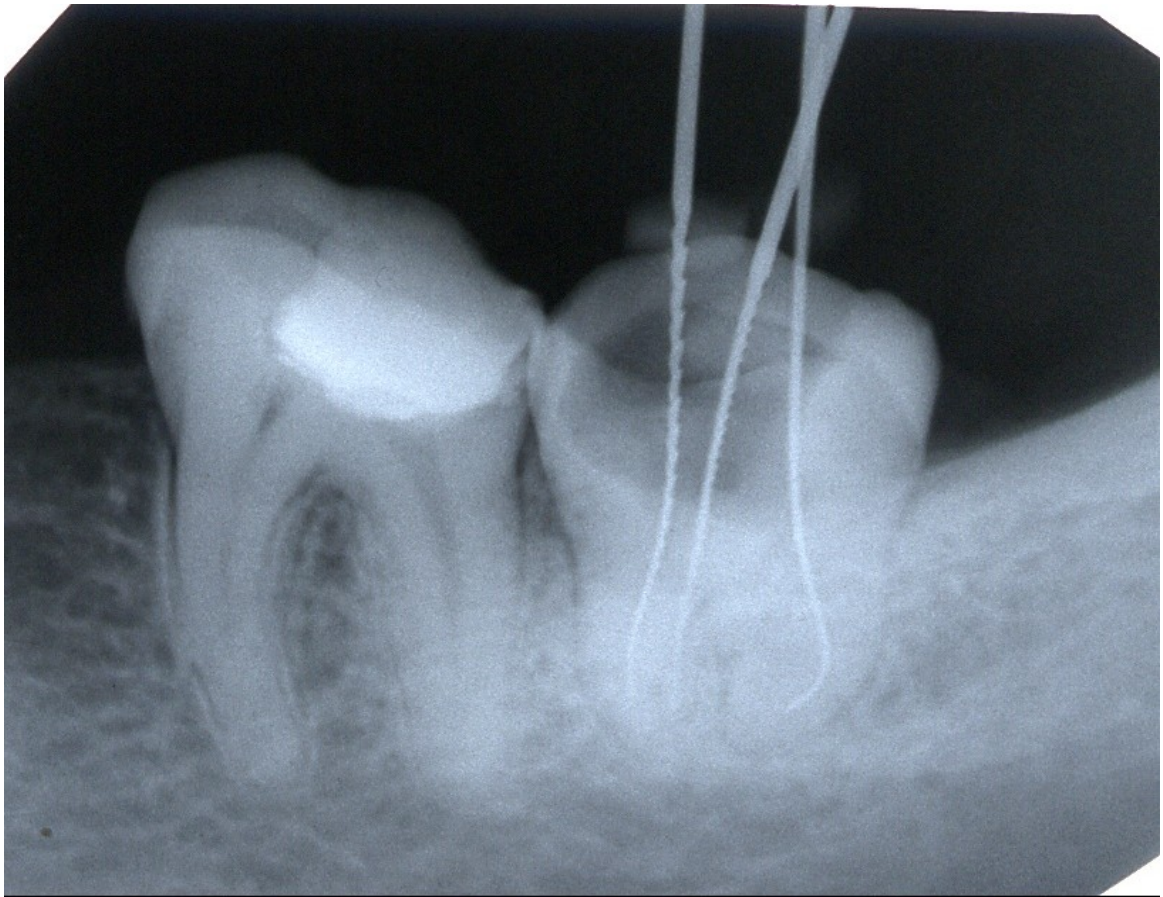


Рисунок 55. Рентгенограмма зуба с эндодонтическими инструментами

Пульпэктомия (экстирпация корневой пульпы)

Методика проведения:

1. Препарирование кариозной полости и полости зуба, ампутация пульпы.
2. Выбрать пульпэкстрактор: его диаметр должен быть достаточным для надежного захвата пульпы и вместе с тем не контактировать со стенками корневого канала (Рис.18).



Рисунок 18. Пульпэкстрактор

3. Пульпэкстрактор ввести в корневой канал приблизительно на $2/3$ глубины между пульпой и стенкой корневого канала, повернуть на 180° и извлечь вместе с пульпой.

4. Для успешной работы с пульпэкстрактором следует придерживаться следующих дополнительных условий:

- а) работать инструментом только в прямой части корневого канала;
- б) не проталкивать инструмент глубже, чем на $2/3$ длины корневого канала;
- в) не проталкивать инструмент в корневой канал с усилием;
- г) не применять пульпэкстрактор в корневых каналах с рентгенологически видимой облитерацией.

5. На стеклянной пластинке с помощью зонда снять пульпу с пульпэкстрактора.

Оценить ее длину, толщину, состояние верхушечной части (целостность пульпы).

Медикаментозная обработка корневого канала с помощью ватных турунд

Методика проведения:

1. Зуб, подлежащий лечению изолировать валиками от ротовой жидкости. Сухими ватными шариками высушить кариозную полость и полость зуба.
2. Смочить ватную турунду на корневой игле раствором антисептика, ввести

ее в корневой канал и повторно поступательными движениями иглы промыть корневой канал.

3. Излишки антисептика из корневого канала удалить сухой ватной турундой.

4. Повторить пункты 2,3.

5. Сухой ватной турундой на корневой игле проверить состояние корневого канала, который должен быть сухим, без признаков крови и влаги.

Пломбирование корневого канала пластическими материалами при помощи корневой иглы

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы: химико-инструментальная обработка и высушивание корневого канала.

2. Приготовить 3-4 ватные турунды на корневых иглах.

3. На стеклянную пластинку для замешивания поместить мерником порошок и по одной капле каждой жидкости пломбировочного материала «Форедент» (Рис. 19).



Рисунок 19.«Форедент» («Foredent») для заполнения каналов корней

4. Зуб, подлежащий лечению изолировать валиками от ротовой жидкости.

5. В течение 10 сек смешать шпателем обе жидкости, затем, постепенно

прибавляя порошок, приготовить пасту (однородную, без комков).

6. Боковыми движениями иглы заполнить рабочую часть корневой иглы пастой, вытягивая пасту равномерным и тонким слоем вдоль оси корневой иглы.

7. Ввести иглу с материалом в корневой канал к верхушке корня и произвести несколько возвратно-поступательных движений, чередуя их с ротационными (Рис.20).

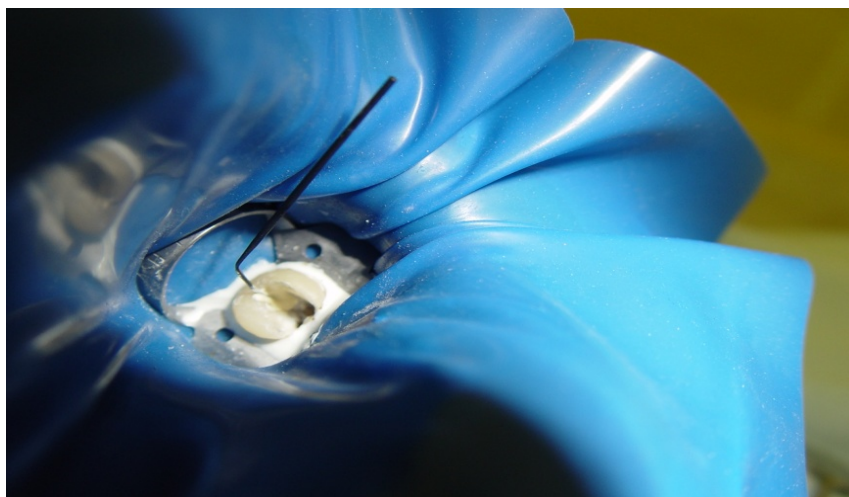


Рисунок 20.Пломбирование корневого канала при помощи корневой иглы

Продолжая ротационные движения корневой иглой, плавно вывести ее из корневого канала.

8. Повторить пункты 6,7.

9. Ватную турунду на корневой игле обработать порошком материала и одним поступательным движением конденсировать материал в верхушечной части корневого канала.

10. Продолжить заполнение корневого канала материалом, последовательно выполняя пп.6-9, не повреждая уплотненный материал в корневом канале.

11. После заполнения всего корневого канала пломбировочный материал замешать более густо и нанести на устье корневого канала гладилкой, конденсировать ватным шариком при помощи пинцета.

12. Заключительный этап - рентгенологический контроль качества

пломбирования (корневой канала obturирован в полном объеме до физиологического отверстия).

Пломбирование корневого канала пластическим материалом с помощью каналонаполнителя

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы: химико-инструментальная обработка и высушивание корневого канала.
2. На бумажный блок для замешивания поместить порошок и жидкость «Виэдент» (рис. 21) в пропорции согласно инструкции. Смешать их шпателем в однородную пастообразную массу.
3. Зуб, подлежащий лечению, изолировать валиками от ротовой жидкости.
4. Каналонаполнитель зафиксировать в наконечнике, погрузить в подготовленную пасту так, чтобы на спирали задержалось равномерно небольшое количество материала (рис.22).
5. Каналонаполнитель осторожно ввести в корневой канал на рабочую длину, включить микромотор (рис. 22). Частота вращения каналонаполнителя 600-800 об/мин.



Рисунок 21. «Виэдент» для заполнения каналов корней

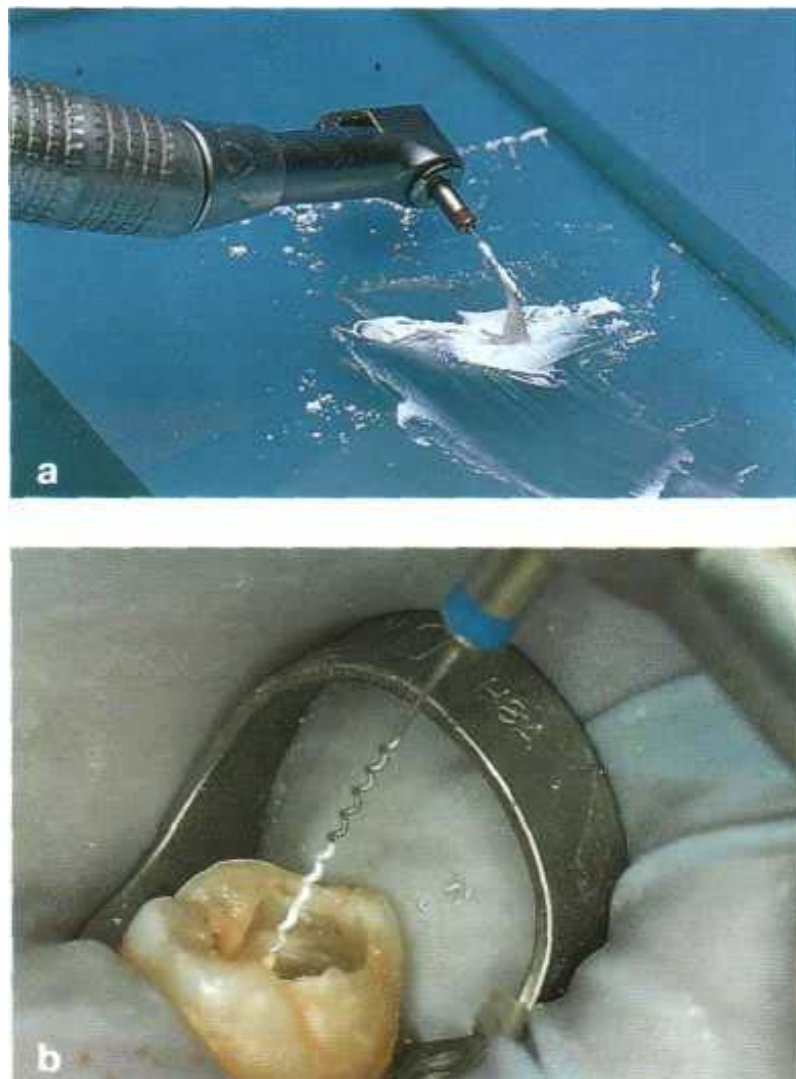


Рисунок 22. Подготовка пасты и введение ее в корневые каналы с помощью каналонаполнителя

6. Выполнить каналонаполнителем несколько круговых движений по часовой стрелке. Продолжая круговые движения, плавно извлечь каналонаполнитель из корневого канала (10-15 сек). Выключить бормашину.

7. Повторить пп. 4-6.

8. После заполнения всего корневого канала пломбировочный материал уплотнить в устье корневого канала с помощью тугого ватного шарика.

9. Заключительный этап - рентгенологический контроль качества пломбирования (корневой канал obturated в полном объеме до физиологического отверстия).

Пломбирование корневого канала методом гуттаперчевого моноштифта

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы: химико-инструментальная обработка и высушивание корневого канала.
2. Подобрать и припасовать гуттаперчевый штифт по диаметру и длине (штифт не должен достигать верхушечного физиологического отверстия на 0,5-1мм).
3. На бумажный блок для замешивания поместить порошок и жидкость «Виэдент» в пропорции согласно инструкции. Смешать их шпателем в однородную пастообразную массу.
4. Зуб, подлежащий лечению, изолировать валиками от ротовой жидкости.
5. Каналонаполнитель зафиксировать в наконечнике, погрузить в подготовленную пасту так, чтобы на спирали задержалось равномерно небольшое количество материала.
6. Каналонаполнитель осторожно ввести в корневой канал на рабочую длину, включить микромотор. Частота вращения каналонаполнителя 600-800 об/мин.
7. Выполнить каналонаполнителем несколько круговых движений по часовой стрелке. Продолжая круговые движения, плавно извлечь каналонаполнитель из корневого канала (10-15 сек).
8. Повторить пп. 5-7.
9. Гуттаперчевый штифт погрузить в силлер и ввести в корневой канал с помощью пинцета (рис. 23).
10. Рентгенологический контроль.
11. Основание гуттаперчевого штифта срезать разогретым экскаватором.

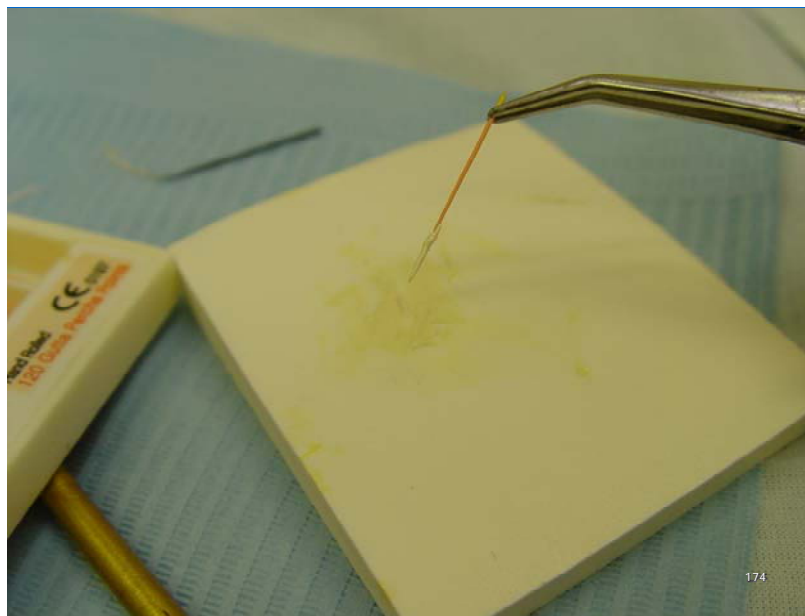


Рисунок 23. Гуттаперчевый штифт

Физиотерапевтическое лечение пульпита

Физические факторы применяются на всех стадиях лечения пульпитов.

Электроодонтодиагностика применяется для правильной постановки диагноза и выбора определенного метода лечения.

Эффективно во многих случаях электрообезболивание с помощью аппарата «ЭЛОЗ-1». Для обезболивания можно применить электрофорез анестетиков, диадинамофорез.

Широко используется после вскрытия полости зуба диатермокоагуляция для некротизации пульпы зуба. Этот метод можно провести в хорошо проходимых каналах, в плохо проходимых каналах воспаленную пульпу некротизируют электрофорезом насыщенного раствора йода.

Наиболее частым осложнением после пломбирования канала зуба является боль, усиливающаяся при накусывании на зуб (острый верхушечный периодонтит). В таких случаях назначают физиопроцедуры: электрическое поле УВЧ — до 5—6 процедур по 10 мин., флюктуирующие токи (аппарат АСБ-2) — до 5 процедур (первые три процедуры проводят слабыми дозами с обезболивающим действием, затем применяют средние дозы с противовоспалительным действием).

Первые три процедуры проводятся каждый день, затем через день. Слабые

дозы подаются от 5 до 8 мин., средние — 8—10 мин. Количество процедур устанавливает врач. Микроволновую терапию — 2—3 процедуры ежедневно, время процедуры — 6 мин.

Для ускорения эпителизации слизистой оболочки полости рта после ее обработки антитодом назначают УФ- и КУФ-облучение. Курс лечения — 3—10 процедур.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА

На основании всего комплекса данных, полученных в ходе:

- проведения опроса (паспортная часть, жалобы, анамнез morbi, vitae);
- осмотра, пальпации регионарных лимфатических узлов и слизистой оболочки по переходной складке, зондирования, сравнительной вертикальной и горизонтальной перкуссии, определения подвижности зубов;
- проведения пробы Лукомского (вазопареза), Дюпюитрена («пергаментного хруста»), Шмрекера («отраженного удара»)
- температурной диагностики (реакция на тепло, холод);
- электроодонтодиагностики (ЭОМ - 1, ЭОМ -3, тестер состояния пульпы "Digitest", "Neosono");
- оценке рентгенологического исследования.

проводится установление диагноза в соответствии с классификацией И.Г.Лукомского(1960):

I. Острый периодонтит:

- серозный периодонтит;
- гнойный периодонтит.

II. Хронический периодонтит:

- фиброзный периодонтит;
- гранулирующий периодонтит;
- гранулематозный периодонтит.

III. Обострение хронического периодонтита.

Врач-стоматолог определяет возможности и целесообразность проведения

эндодонтического лечения, выбирает метод лечения, информирует пациента о возможных осложнениях в процессе лечения и вариантах исхода, получает его согласие.

Алгоритмы лечения периодонтита

Алгоритм лечения острого серозного периодонтита

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

I посещение:

- рентгенограмма (чтение, описание)
- антисептическая обработка полости рта
- обезболивание (анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая)
- препарирование кариозной полости (в соответствии с топографией полости зуба)
- раскрытие полости зуба
- удаление гнилых масс из коронковой части и из корневых каналов в сочетании с медикаментозной обработкой
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину
- раскрытие верхушечного отверстия
- введение в корневой канал турунды с медикаментозным препаратом (йодоформ, димексид, жидкость Abscessremedi)
- закрытие кариозной полости герметической повязкой при незначительном количестве серозного экссудата в канале
- назначение болеутоляющих, антигистаминных, противовоспалительных препаратов
- антисептическая обработка полости рта

- удаление герметической повязки
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- высушивание корневых каналов (ватными турундами, бумажными штифтами)
- пломбирование корневого канала до анатомической верхушки
- рентгенологический контроль
- постоянная пломба

Диспансерное наблюдение (с рентгенологическим контролем, не реже 1 раза в год)

Алгоритм лечения острого гнойногепериодонтита

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

1 посещение:

- рентгенограмма (чтение, описание)
- антисептическая обработка полости рта
- обезболивание (анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая)
- препарирование кариозной полости (в соответствии с топографией полости зуба)
- вскрытие полости зуба (рис. 24)
- раскрытие полости зуба (рис.25)

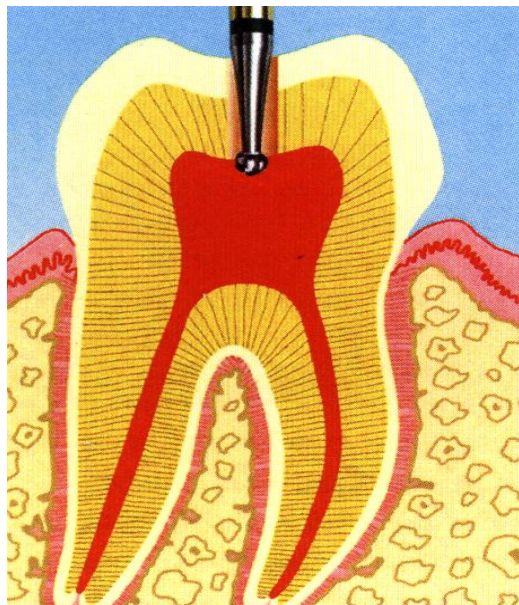


Рисунок 24. Схема. Вскрытие полости зуба

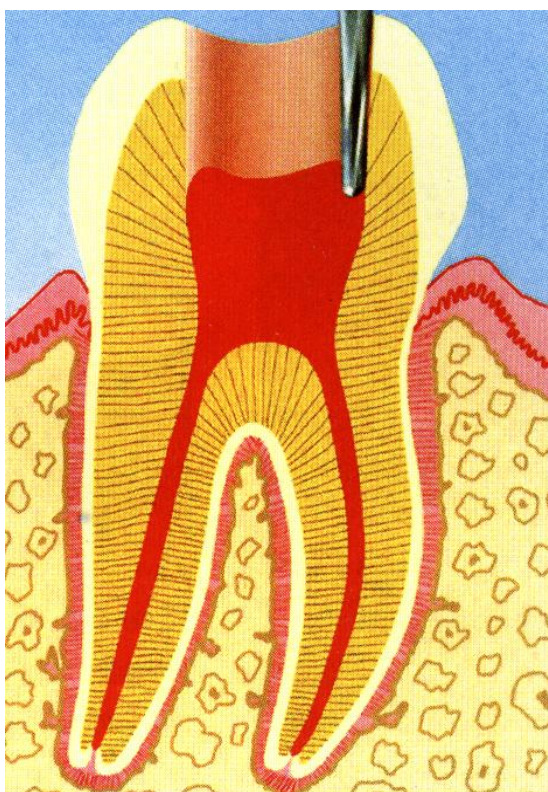


Рисунок 25. Схема. Раскрытие полости зуба

-удаление гнилых масс из коронковой части в сочетании с медикаментозной обработкой

-расширение устьев корневых каналов (создание доступа к корневым каналам - шаровидные, фиссурные боры, эндодонтические боры)

-определение рабочей длины корневого канала (рис. 26)

-

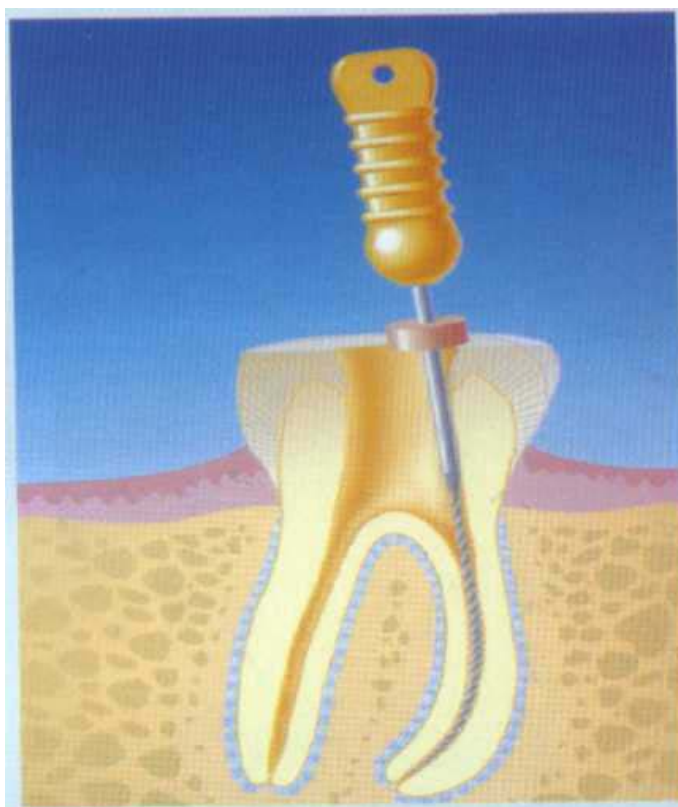


Рисунок 26.Схема. Определение рабочей длины корневого канала

-удаление путридных масс из корневых каналов

-медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами

-инструментальная обработка корневых каналов

-раскрытие верхушечного отверстия

-назначение ротовых ванночек антисептическими растворами и болеутоляющих, антигистаминных, противовоспалительных препаратов

-закрытие кариозной полости ватным шариком во время приема пищи.

2 посещение:

-антисептическая обработка полости рта, медикаментозная обработка корневых каналов

антисептическими препаратами

-инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответственных размеров эндодонтического инструмента

-раскрытие верхушечного отверстия

-в канале оставляют турунду с медикаментозным препаратом (йодоформ, димексид, жидкость Abscessremedi)

-закрытие кариозной полости герметической повязкой

3 посещение:

-антисептическая обработка полости рта

-удаление герметической повязки

-медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами

-инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента

-высушивание корневых каналов (ватными турундами, бумажными штифтами)

-пломбирование корневого канала до анатомической верхушки

-рентгенологический контроль

-постоянная пломба

-диспансерное наблюдение (с рентгенологическим контролем, не реже 1 раза в год)

Алгоритм лечения пациента с хроническими формами периодонтита

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

1 посещение:

-рентгенограмма (чтение, описание) (Рис. 27. Рентгенограммы 1, 2, 3)



Рентгенограмма 1 Хронический фиброзный периодонтит



Рентгенограмма 2 Хронический гранулирующий периодонтит



Рентгенограмма 3 Хронический гранулематозный периодонтит

Рисунок 27. Внутриротовые рентгенологические снимки

- антисептическая обработка полости рта
- препарирование кариозной полости (в соответствии с топографией полости зуба)
- раскрытие полости зуба
- удаление гнилостных масс из коронковой части в сочетании с медикаментозной обработкой
- расширение устьев корневых каналов (создание доступа к корневым каналам - шаровидные, фиссурные боры, эндодонтические боры)
- определение рабочей длины корневого канала
- удаление гнилостных масс из корневых каналов
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- раскрытие верхушечного отверстия
- введение в корневой канал турунды с медикаментозным препаратом (йодоформ, димексид, жидкость Abscessremedi)
- закрытие кариозной полости герметической повязкой

2 посещение:

- антисептическая обработка полости рта
- удаление герметической повязки
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- высушивание корневых каналов (ватными турундами, бумажными штифтами)
- пломбирование корневого канала до анатомической верхушки
- рентгенологический контроль
- постоянная пломба
- диспансерное наблюдение (с рентгенологическим контролем, не реже 1 раза в год)

Алгоритм лечения пациента с обострением хронического периодонтита

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

1 посещение:

- рентгенограмма (чтение, описание)
- антисептическая обработка полости рта
- обезболивание (анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая)
- препарирование кариозной полости (в соответствии с топографией полости зуба)
- раскрытие полости зуба удаление гнилостных масс из коронковой части в сочетании с медикаментозной обработкой

- расширение устьев корневых каналов (создание доступа к корневым каналам - шаровидные, фиссурные боры, эндодонтические боры)
- определение рабочей длины корневого канала
- удаление гнилостных масс из корневых каналов
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневых каналов
- раскрытие верхушечного отверстия
- назначение ротовых ванночек антисептическими растворами, болеутоляющих, антигистаминных, противовоспалительных препаратов
- закрытие кариозной полости ватным шариком во время приема пищи

2 посещение:

- антисептическая обработка полости рта
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- в канале оставляют турунду с медикаментозным препаратом (йодоформ, димексид, жидкость Abscessremedi)
- закрытие кариозной полости герметической повязкой

3 посещение:

- антисептическая обработка полости рта
- удаление герметической повязки
- медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами
- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- высушивание корневых каналов (ватными турундами, бумажными штифтами)
- пломбирование корневого канала в пределах верхушечного отверстия

-рентгенологический контроль

-постоянная пломба

Диспансерное наблюдение (с рентгенологическим контролем, не реже 1 раза в год)

Алгоритм лечения пациента с периодонтитом в одно посещение:

Показания:

-хронический фиброзный периодонтит

-хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба с наличием свища

-хронический гранулематозный периодонтит с последующим консервативно-хирургическим методом лечения

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - зонд, экскаватор, гладилку, пинцет. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

-рентгенограмма (чтение, описание)

-антисептическая обработка полости рта

-препарирование кариозной полости (в соответствии с топографией полости зуба)

-раскрытие полости зуба

-удаление гнилостных масс из коронковой части в сочетании с медикаментозной обработкой

-расширение устьев корневых каналов (создание доступа к корневым каналам - шаровидные, фиссурные боры, эндодонтические боры)

-определение рабочей длины корневого канала

-удаление гнилостных масс из корневых каналов

-медикаментозная обработка корневых каналов антисептическими препаратами

- инструментальная обработка корневого канала на всю рабочую длину с использованием соответствующих размеров эндодонтического инструмента
- раскрытие верхушечного отверстия
- высушивание корневых каналов (ватными турундами, бумажными штифтами)
- пломбирование корневого канала в пределах верхушечного отверстия
- рентгенологический контроль
- постоянная пломба
- диспансерное наблюдение (с рентгенологическим контролем, не реже 1 раза в год).

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА

Анализ рентгенограмм

Методика проведения:

- Оценка коронковой части зуба (форма, контуры, наличие кариозных полостей, их соотношение к полости зуба)
- Полость зуба (наличие, отсутствие, форма, величина, структура, наличие перфораций)
- Корень зуба (число, величина, форма, контуры, перелом, перфорация, характер и тип изменений верхушки корня)
- Состояние периодонта (расширение периодонтальной щели, разрежение костной ткани)
- Костная ткань альвеолярного отростка (деструкция, остеопороз, остеосклероз, интенсивность тени очага, контуры очага)

Удаление нутридных масс

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, определение рабочей

длины зуба.

2. Большой зуб изолировать ватными валиками от ротовой жидкости, высушить.

3. Пипеткой заполнить устье корневого канала и полость зуба 3% раствором гипохлорита натрия.

4. Ввести в корневой канал пульпэкстрактор и удалить приблизительно из 1/3 длины канала распад пульпы, заменить пульпэкстрактор и удалить распад из 2/3 длины корневого канала. Третьим пульпэкстрактором обработать канал по всей длине.

5. 3% раствор гипохлорита натрия удалить из полости зуба сухим ватным тампоном и заменить на свежий.

6. Н-файлами соответствующих размеров возвратно-поступательными движениями удалить пораженный инфицированный дентин со стенок корневого канала. Во время удаления корневой канал несколько раз орошать гипохлоритом натрия из пипетки.

7. Высушить корневой канал сухой ватной турундой или бумажным штифтом.

Медикаментозная обработка корневых каналов.

Растворы антисептиков:

- галогены и окислители (3% раствор натрия гипохлорита, 1% раствор хлоргексидина, 1% раствор йодиола, 3% раствор перекиси водорода)

- Четвертичные аммониевые соединения (0,5-1% раствор этония, 1% раствор бензалкония хлорида, 0,15% раствор декаметоксина)

- Фенольные соединения (5% раствор фенола, 1 % раствор камфоропарамонохлорфенола и их комплексные препараты)

- Нитрофураны

- Антибактериальные препараты

- Имобилизированные лекарственные препараты и сорбенты

- Противовоспалительные препараты

Методика проведения:

1. бумажный штифт или ватную турунду на корневой игле опускают в каплю медикаментозного препарата, приготовленную на стекле или специальной емкости

2. смоченный бумажный штифт или ватную турунду на корневой игле вносят в корневой канал, медленно выводят, прижимая к стенкам корневого канала

3. процедуру повторяют в сочетании с инструментальной обработкой корневого канала

Эндодонтическая обработка корневого канала техникой «обратный шаг»

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, определение рабочей длины зуба, удаление содержимого корневых каналов.

2. Зуб изолировать от слюны.

3. На К-файлах № 15,20, 25 выставить стопперы на рабочую длину зуба. На каждом последующем номере файла рабочую длину уменьшать на 1 мм (№30-1мм, №35-2 мм, №40- 3 мм, № 40-4 мм).

4. Пипеткой или браншами пинцета ввести в полость зуба 1-2 капли 3% раствора гипохлорита натрия.

5. Ввести в корневой канал К-файл № 15, и объединяя постепенное движение вглубь канала с возвратно-вращательными движениями в секторе 90°, протолкнуть его на рабочую длину зуба, возвратно-поступательными движениями файла расширить корневой канал до свободного перемещения инструмента.

6. Повторить действия п.4 с файлами № 20, 25.

7. Дальнейшее расширение корневого канала проводить файлами возрастающих размеров, используя ту же методику и уменьшая глубину проникновения в соответствии с предварительно выставленными стопперами.

8. После файла № 30 для лучшего удаления дентинных стружек из канала

возвратиться к файлу №25. Последовательность использования файлов: 15-20-15-25-20-30-25

9. Возвратно-поступательными движениями Н-файлов № 25 и 30 уравнивать ступенеобразные уступы на стенках верхушечной части корневого канала (рис. 28).

10. Провести рентгенологический контроль: корневой канал должен иметь конусовидную форму, суживаясь к верхушечному отверстию, гладкие стенки и апикальный уступ.

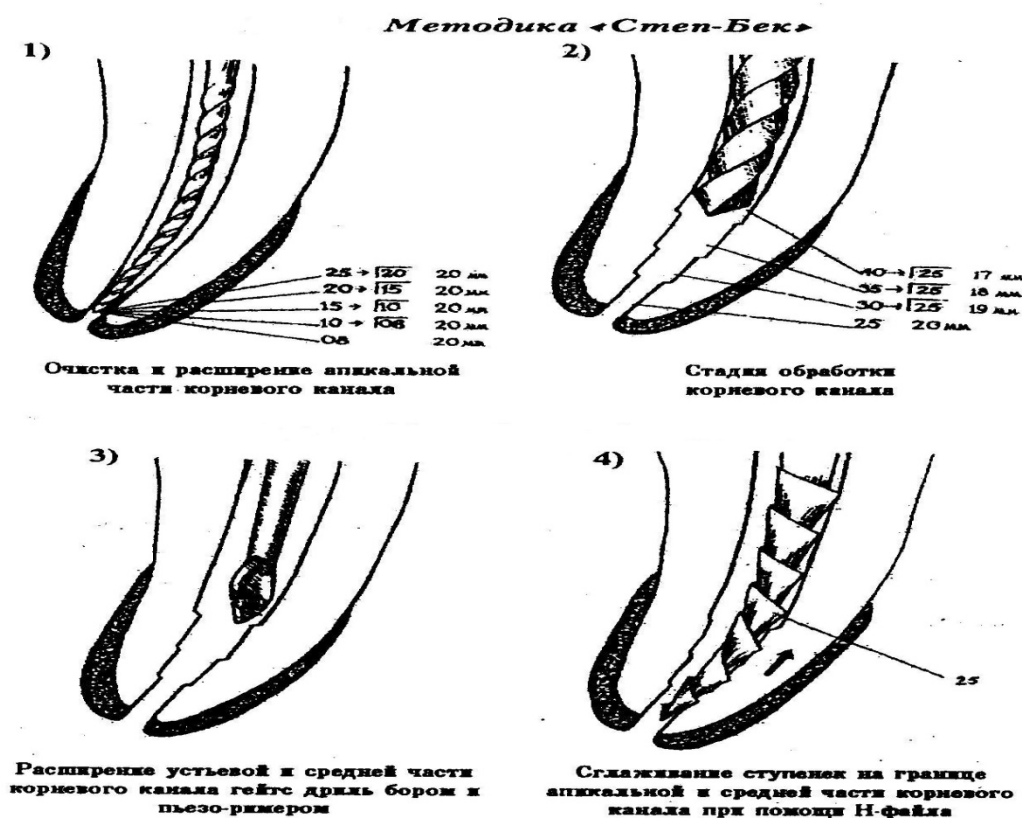


Рисунок 28. Схема. Методика проведения обработки корневого канала *техники «обратный шаг» («step-back»)*

Расширение корневого канала техникой «от коронки вниз»

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, определение рабочей длины зуба, удаление содержимого корневых каналов.

2. На К-файле № 15-25 с помощью линейки выставить стоппером рабочую

длину зуба.

3. Зуб изолировать от слюны, высушить.
4. Пипеткой ввести в полость зуба 1-2 капли 3% раствора гипохлорита натрия.
5. В корневой канал ввести К-файл (размер № 40) до появления значительного сопротивления и возвратно-поступательными движениями обработать проходимый участок канала.
6. Заменить файл № 35 и поступательными движениями отпрепарировать доступный участок канала.
7. Постепенно уменьшая размер К-файлов, обработать канал к верхушке корня.
8. Верхушечную часть канала пройти на рабочую длину файлами № 15, а потом расширить ее до № 25, образуя апикальный уступ.
9. Возвратно-поступательными движениями Н-файлов № 30-35 выровнять стенки корневого канала(рис. 29).
10. Провести рентгенологический контроль степени расширения корневого канала (канал имеет конусовидную форму, стенки гладкие, сформирован апикальный уступ).

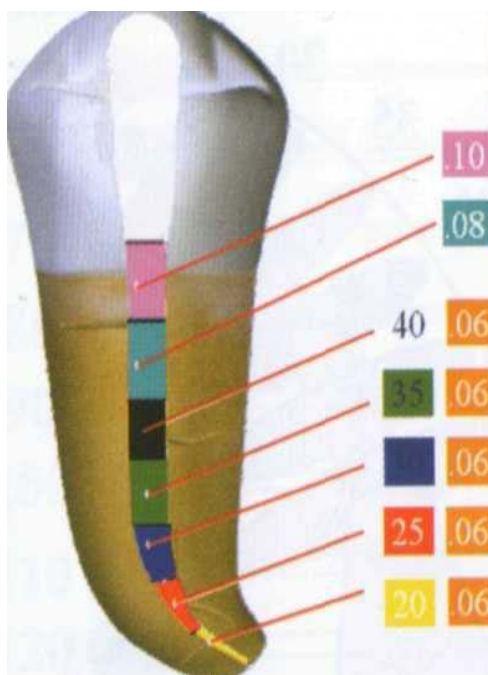


Рисунок 29. Схема.Методика проведения обработки корневого канала техникой «от коронки вниз» («crown down»)

Высушивание корневых каналов.

Методика проведения:

- высушивание кариозной полости ватным шариком или легкой струей воздуха
- бумажный штифт или ватную турунду на корневой игле вводят в корневой канал, медленно выводят, прижимая к стенкам корневого канала
- процедуру повторяют до тех пор, пока бумажный штифт или ватная турунда на корневой игле будет сухой

Импregnация непроходимых корневых каналов резорцин-формалиновой жидкостью.

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, определение рабочей длины зуба, удаление содержимого корневых каналов, химико-инструментальная обработка доступной части корневого канала.
2. Больной зуб изолировать ватными валиками от ротовой жидкости, высушить.
3. Бумажными штифтами или ватными турундами удалить из корневого канала остатки влаги.
4. На стеклянную пластинку для замешивания с помощью пипеток нанести по 1 капле каждой жидкости «Форедент», в течение 10 секунд интенсивно перемешивать концом шпателя.
5. Корневую иглу с ватной турундой, смоченной в резорцин-формалиновой жидкости ввести в доступную часть корневого канала.
6. Оставить ватную турунду в корневом канале на 2-5 минут, затем приступить к следующему этапу лечения.

Импregnация непроходимых и инфицированных корневых каналов нитратом

серебра по Пеккеру.

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, химико-инструментальная обработка доступной части корневого канала.

2. Больной зуб изолировать ватными валиками от ротовой жидкости, высушить кариозную полость.

3. Бумажными штифтами или ватными турундами удалить из корневого канала остатки влаги.

4. Ввести ватную турунду с 20%-м раствором нитрата серебра в проходимую часть корневого канала, предотвращая контакт со слизистой оболочкой полости рта, оставить на 2 минуты.

5. Удалить ватную турунду с раствором нитрата серебра из корневого канала.

6. Повторить пп. 4, 5

7. Ввести ватную турунду с 4 %-м раствором гидрохинона в корневой канал и оставить на 2 минуты.

8. Просушить корневой канал бумажными штифтами или ватными турундами.

Наложение герметической повязки при лечении периодонтита.

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, химико-инструментальная обработка доступной части корневого канала.

2. Больной зуб изолировать ватными валиками от ротовой жидкости, высушить кариозную полость.

3. Бумажными штифтами или ватными турундами удалить из корневого канала остатки влаги.

4. Оставить в корневом канале ватную турунду с лекарственным веществом (резорцин-формалиновая жидкость, 1 % раствор этония и т.д.).

5. Закрывать полость зуба сухим ватным шариком небольшого диаметра.
6. Закрывать кариозную полость временным пломбировочным материалом.

Электрофорез при лечении непроходимых корневых каналов и хронических форм периодонтита

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, химико-инструментальная обработка доступной части корневого канала, высушивание корневого канала.

2. Гальванический аппарат подключить к электрической сети и привести его в рабочее состояние. На стеклянную пластинку поместить 3-4 капли 10%-го раствора йодида калия.

3. На рабочий конец интрадентального электрода плотно навернуть несколько волокон ваты и пропитать их раствором йодида калия.

4. Больной зуб изолировать ватными валиками от ротовой жидкости, высушить кариозную полость.

5. Внести в проходимую часть корневого канала ватную турунду с 1-2 каплями йодида калия.

6. Ввести в полость зуба подготовленный конец электрода и зафиксировать его там небольшим ватным тампоном. Стенки кариозной полости просушить сухим ватным тампоном.

7. Над пламенем спиртовки на шпателе разогреть до кипения небольшое количество липкого воска и залить им свободную часть полости зуба и кариозную полость.

8. Клемму электрода соединить с отрицательным полюсом гальванического аппарата.

9. Пассивный электрод, соединенный с положительным полюсом аппарата, в виде свинцовой пластинки (3 x 3 см), вместе с гидрофильной прокладкой зафиксировать эластичным бинтом на предплечье больного.

10. Плавно вращая ручку потенциометра, увеличить силу тока до появления у пациента первых ощущений, но не больше 2 мкА. Продолжительность процедуры - 15 минут.

11. После окончания процедуры вывести ручку потенциометра на « 0 », выключить аппарат, разъединить электроды и продолжить лечение зуба.

Пломбирование корневого канала методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи

Методика проведения:

1. Предыдущие этапы лечения: препарирование кариозной полости и полости зуба, расширение устья корневого канала, химико-инструментальная обработка и высушивание корневого канала.
2. Подобрать мастер-штифт по диаметру и длине корневого канала.
3. На блоке для замешивания приготовить силлер путем смешивания порошка и раствора. Консистенция материала должна быть максимально густой, но позволяющей без препятствий вводить материал в канал.
4. Спираль каналонаполнителя боковым движением погрузить в Виэдент и равномерно покрыть его тонким слоем материала.
5. Каналонаполнитель с материалом ввести в канал на рабочую глубину и включить двигатель бормашины с частотой вращения 800-1000 об/мин. Не выключая бормашину, по спиралевидной траектории медленно вывести каналонаполнитель из канала.
6. Повторить манипуляцию в соответствии с пп. 4, 5.
7. Мастер-штифт покрыть тонким равномерным слоем силлера и ввести его в корневой канал до предыдущей отметки.
8. Спредером, предварительно покрытым материалом, прижать штифт к одной из стенок канала. Поворачивая спредер вокруг оси, вывести его из канала. На место спредера ввести первый дополнительный штифт (рис.30).

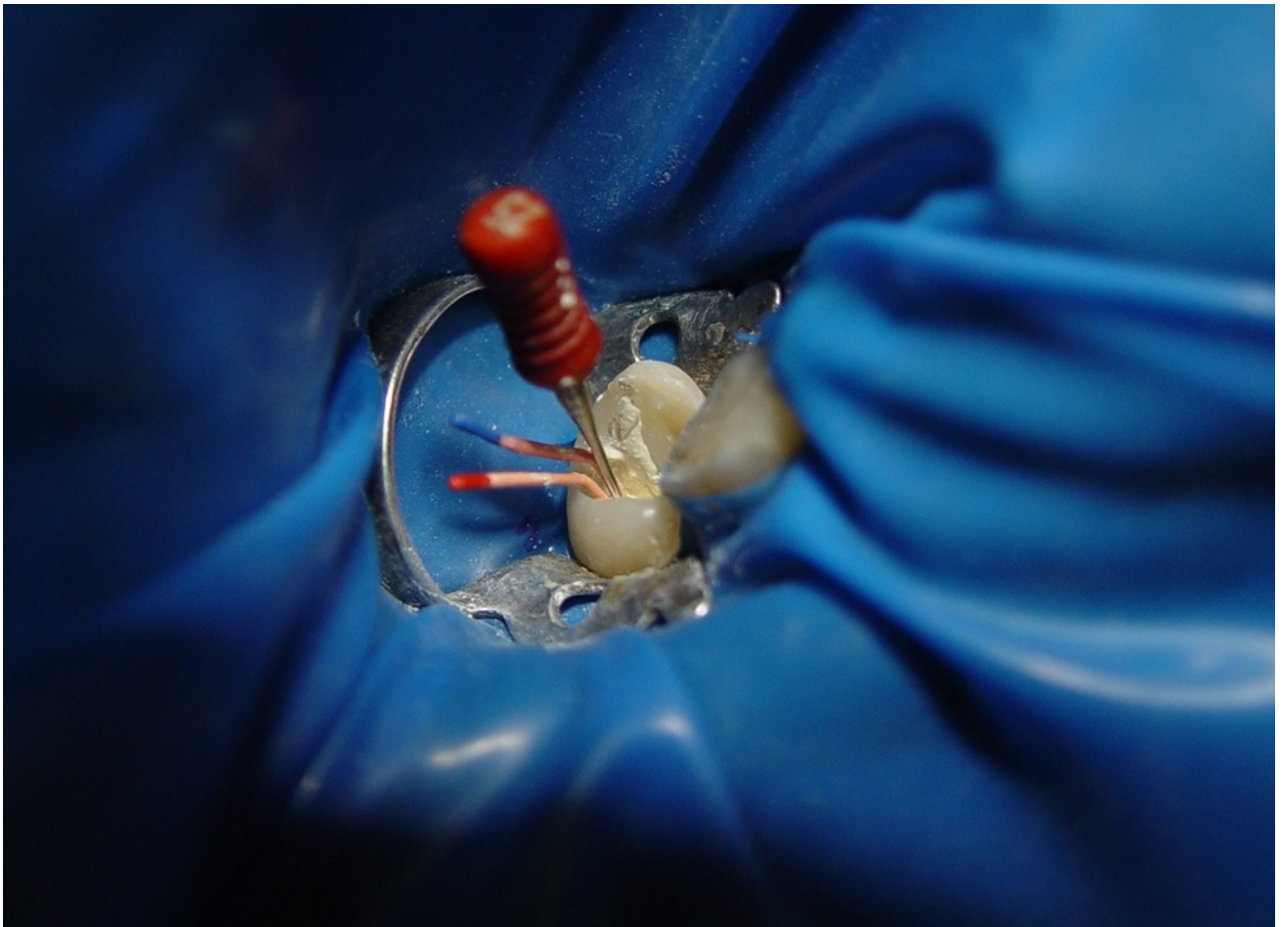


Рисунок 30. Пломбирование корневых каналов

9. Спредером снова уплотнить штифты в канале и ввести следующий дополнительный штифт.

10. Повторить пп. 8, 9 до полного заполнения корневого канала по всей длине, используя спредер и дополнительные штифты меньшего размера.

11. После рентгеновского контроля качества пломбирования (корневой канал заполнен полностью до анатомической верхушки при лечении периодонтита; физиологической верхушки при лечении пульпита) штифты отрезать над устьем канала разогретым инструментом.

Физиотерапевтическое лечение периодонтита

Острый периодонтит.

Для быстрого купирования острого серозного воспаления в комплексном лечении острых периодонтитов применяют физические факторы: электрическое поле УВЧ — атермическая доза до 6 процедур по 10 мин; флюктуирующие токи первой формы средней дозой до 6 процедур 1—2 мка — 8—10 мин;

микроволновую терапию — 2—3 процедуры, 5—6 мин; тепловые процедуры — полоскания теплыми растворами лекарственных трав (ромашка и др.); диатермокоагуляцию корневых каналов; дарсонвализацию (при болевом синдроме без выраженных явлений воспаления) — методика искровая (время 3—4 мин с вестибулярной стороны по ходу корня вверх и вниз, 3—4 мин с оральной стороны). Курс до 6 процедур, ежедневно или через день; внутриканальный электрофорез йода — 2—3 процедуры для воздействия на микрофлору макро- и микроканалов.

При наличии гнойного отделяемого 1 канала назначают электрофорез 1% раствором трипсина.

Электрофорез проводится после снятия острых явлений; УФ-облучение по переходной складке при явлениях периостита. Курс от 3 до 10 воздействий ежедневно или через день; облучение лампой «Солюкс» для ускорения очага созревания - 3—5 раз, время воздействия 3—5 мин.

Хронический периодонтит.

Цель физиотерапевтических процедур — это ликвидация очага воспаления в периодонте и ускорение регенерации костной ткани. При лечении периодонтитов физические методы лечения применяются самостоятельно или как часть комплексной терапии.

При лечении хронических форм периодонтов применяют электрофорез лекарственных веществ в корневом канале и периодонта (стерилизацию гангренозного канала прямым током впервые применил Вченеч в 1890г. в Вене). Наибольшее распространение получил электрофорез йода, трипсина 0,5% в буферном растворе.

При хроническом фиброзном периодонтите достаточно 2-х воздействий.

При гранулирующем и гранулематозном периодонтите — 3—4 воздействия, если очаг разряжения 5мм. Можно проводить электрофорез с антибиотиками (с пенициллином). Можно проводить электрофорез с 10% хлоридом кальция пародонтально после корневой терапии и obturации канала.

Курс лечения до 10 процедур. Рекомендуют (Л.И. Фурманов) электрофорез с 5—10% раствором КУ в полости зуба, а 5—10% раствора CaCl₂ в область свища.

Электрофорез нельзя проводить, если в корневом канале имеется отлом металлического инструмента, выходящий за верхушку зуба, и при наличии живой пульпы в канале. Более эффективен ультрафонофорез йода;

Проводим микроволновую терапию в области свища 1—3—5 процедур по 5 мин, мощность 3—7 Вт. Перед проведением электрофореза с 5—10% йодистым калием в полость зуба и электрофорезом с 5—10% раствором хлористого кальция в область свища, Л.И. Фурманов рекомендует провести вакуум над свищом для аспирации гноя и создания гематомы размером 1 см в области свищевого хода для интенсификации кровоснабжения. Микроволновая терапия проводится после электрофореза с 5—10% йодистым калием и 5—10% хлористым кальцием;

Можно применять лазеротерапию с целью достижения противовоспалительного эффекта и стимуляции оздоровительного процесса. Используются дозы 50—100 мВт/см², экспозиция 1-2 мин на поле, до 15 процедур на курс лечения.

Хронический периодонтит в стадии обострения.

Физиопроцедуры назначают после обеспечения оттока экссудата из очага воспаления, раскрыв полость зуба. Явления обострения хронического периодонтита купируют такими же физическими факторами, как и при остром верхушечном периодонтите.

Острый маргинальный периодонтит.

Острый маргинальный периодонтит характеризуется воспалением маргинального периодонта в области одного или нескольких зубов. При этом возникает боль, иногда иррадирующая.

Из физиотерапевтических процедур назначают: дарсонвализацию

короткой искрой с оральной и вестибулярной стороны по 3 мин — 5—6 воздействий; флюктуоризацию первой формой тока при малой или средней дозе, 3—4 процедуры от 8 до 15 мин; диадинамические токи - двухтактный непрерывный ток 20 с, ток «короткий период» — 2 мин, «длинный период» — 2 мин.

Курс лечения — 3—5 воздействий, ежедневно; облучение УФ-лучами — при гнойном воспалении. Начинают с двух биодоз, увеличивая длительность воздействия при каждой последующей процедуре на одну биодозу. Курс лечения - 3—4 облучений, ежедневно или через день; синусоидальные модулированные токи при преобладании болевых явлений над воспалительными, 3—5 воздействий в течение 6—8 мин.

Осложнения после пломбирования канала зуба.

При пломбировании каналов при пульпите осложнения проявляются признаками острого периодонтита, при периодонтите - в виде обострения хронического периодонтита.

Если преобладает болевой симптом, то назначают дарсонвализацию, диадинамические синусоидальные модулированные токи, флюктуоризацию так же, как и при остром верхушечном периодонтите, до трех воздействий.

При преобладании выраженных явлений воспаления применяют флюктуоризацию, электрическое поле УВЧ, микроволновую терапию по общепринятым методам.

Для профилактики обострения хронического периодонтита в день пломбирования корневого канала назначают флюктуоризацию, если на рентгенограмме за верхушкой зуба выявлен избыток пломбировочного материала.

ТЕСТЫ

Тесты к разделу алгоритм лечения кариеса

1. Из перечисленных факторов носят агрессивный характер
 - а) нарушение минерального обмена в организме
 - б) нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
 - в) микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы
 - г) нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зуба
 - д) недоедание
2. Из перечисленных факторов снижают уровень резистентности организма к кариозному процессу
 - а) зубные отложения
 - б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме
 - в) углеводы пищи
 - г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
 - д) все вышеперечисленное
3. Из перечисленных факторов оказывают влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу
 - а) сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов
 - б) микроорганизмы полости рта
 - в) зубная бляшка
 - г) содержание фтора в питьевой воде
 - д) верно б) и в)
4. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
 - а) несколько секунд
 - б) 10 мин

- в) 15 мин
 - г) 30 мин
 - д) 1 час
5. Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе
- а) нарушение белковой матрицы эмали
 - б) дисминерализация и реминерализация
 - в) деминерализация эмали
 - г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
 - д) резорбция эмали
6. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является
- а) прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе, и его нет при гипоплазии эмали
 - б) локализация процесса
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) симметричность поражения
 - д) системность поражения
7. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
- а) локализация процесса
 - б) симметричность поражения
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) прогрессирование процесса
 - д) системность поражения
8. Основным в терапии начального кариеса является
- а) гигиенический и диетический режимы
 - б) местное применение препаратов фтора
 - в) назначение препаратов фтора внутрь
 - г) основным является общеукрепляющее лечение

- д) минерализирующие растворы (рем. терапия)
9. Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием
- а) лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
 - б) поморин, бальзам
 - в) жемчуг, мэри, бело-розовая
 - г) мятная, борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
 - д) фторсодержащие пасты
10. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно
- а) ограничением введения углеводов с пищей
 - б) строгим соблюдением рациональности питания
 - в) приемом витамина В₁
 - г) гигиеной полости рта
 - д) верно а), б) и г)
11. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу
- а) наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
 - б) основным является повышение общей резистентности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
 - в) применение профессиональной гигиены
 - г) местная флюоризация эмали
 - д) все вышеперечисленные мероприятия
12. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе
- а) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
 - б) витамины
 - в) фтор
 - г) препараты, содержащие декстраназу
 - д) гормоны
13. Эффект местной флюоризации основан

- а) на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
- б) на улучшении трофики зуба
- в) на бактерицидном действии фтора
- г) на укреплении белковой матрицы эмали
- д) на изменении рН зубного налета

14. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса

- а) боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
- б) боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
- в) боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
- г) боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
- д) боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

15. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки

- а) противовоспалительного действия
- б) антимикробного действия
- в) на основе глюкокортикоидов
- г) одонтотропные
- д) индифферентные

16. Препараты, обладающие одонтотропным действием

- а) сульфаниламидные
- б) гидроокись кальция
- в) антибиотики и антисептики
- г) кортикостероиды

д) эвгенол

17. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?

а) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес

б) нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы

в) да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие

г) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости

д) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань

18. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано

а) на антибактериальном эффекте

б) на противовоспалительном и одонтотропном действии

в) на способности угнетать действие бактериальных энзимов

г) на десенсибилизирующем эффекте

д) на изменении реакции в сторону закисления среды

19. В основе классификации кариозных полостей по Блэку лежит

а) систематизация обработки кариозных полостей

б) представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета

в) мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба

г) представление о системности и симметричности кариозного процесса

д) обеспечение условий фиксации пломбы

20. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку, присущий всем классам кариозных полостей

а) создание дополнительных площадок

б) иссечение нависающих краев полости

в) превентивное расширение полости

г) создание ящикообразной полости

д) полное иссечение некротизирующего дентина

21. Основное условие формирования кариозных полостей, направленное на предупреждение рецидивов кариеса

- а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
- б) иссечение нависающих краев эмали
- в) ящикообразная форма полости
- г) превентивное расширение полости
- д) максимальное щажение тканей зуба

22. Основные принципы организации комплексной профилактики кариеса зубов

- а) применение высокоэффективного противокариозного препарата
- б) правильный выбор противокариозного препарата для данного региона
- в) правильный выбор контингента, максимально его полный охват, применение адекватных средств, воздействующих на организм в целом и на зубы непосредственно

- г) постоянная санитарно-просветительная работа с контингентом
- д) обязательный учет содержания фтора в питьевой воде

23. Дифференциальные (отличительные) признаки начального кариеса зубов от эрозии эмали

- а) типичная локализация дефекта, окрашивание метиленовой синью, размягченные участки поражения

б) отсутствие окраски витальными красителями, твердое дно дефекта

в) наличие гиперестезии дентина, усиливающейся при воздействии теплой водой

г) дефекты округлые со сглаженными краями, блестящим гладким дном

д) цвет эмали и дентина не изменен, форма дефекта правильная, чаще овальная

24. Комплекс противокариозных мероприятий у взрослых

а) применение фторсодержащих зубных паст

б) применение 0.2% раствора фтористого натрия и фтористых зубных паст для обработки зубов

в) электрофорез с раствором фтористого натрия и применение фтористых зубных паст

г) назначение глицерофосфата кальция и микроэлементов внутрь в сочетании с применением реминерализующих зубных паст

д) назначение фтористых таблеток внутрь и применение местно фтористого лака

24. Дифференциальные (отличительные) признаки среднего кариеса зубов от эрозии эмали

а) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации твердых тканей

б) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации пораженных тканей

в) низкая чувствительность к раздражителям, относительно неглубокая полость, нечувствительность при зондировании дна полости

г) низкая чувствительность тканей к химическим и термическим раздражителям, боли при зондировании дна полости

д) высокая чувствительность к раздражителям, болезненность при зондировании дна полости

26. Зубные пасты, способствующие профилактике кариеса зубов у взрослых

а) Спутник, Айра, Ромашка, Азулена, Пчелка

б) Жемчуг, Бемби, Чебурашка, Невская, Ремодент

в) Фтородент, Флюодент, Зодиак, Колинос, Колгейт

г) Бело-розовая, Особая, Ленинградская, Чародейка

д) зубные порошки - Особый, Жемчуг, паста Ягодка, Боро-глицериновая

27. Дифференциальные (отличительные) признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита

а) высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости

б) высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости

в) высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей

г) отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям

д) наличие самопроизвольных болей, боли от холодного

28. Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является

а) сошлифование пораженной эмали

б) иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием

в) восстановление минерального состава эмали

г) ни один из перечисленных

29. Факторы, повышающие противокариозное действие фторидов при проведении профилактических мероприятий

а) высокая концентрация фторидов (до 1.5-2 мг/л) в воде

б) постоянное применение фторсодержащих зубных паст

в) содержание оптимального или повышенного количества кальция в воде ("жесткая вода")

г) применение попеременно фтористых полосканий и покрытие зубов фторлаком

д) применение фторсодержащих таблеток не менее 100 дней в году

30. Дифференциальные (отличительные) признаки поверхностного кариеса зубов от среднего

а) высокая чувствительность к химическим раздражителям и значительное разрушение тканей зуба

б) полная нечувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушение только в эмали

в) незначительная чувствительность к химическим раздражителям и значительная глубина поражения тканей

г) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушения только в эмали

б) полная нечувствительность к различным раздражителям и значительная глубина поражения

Тесты к разделу алгоритм лечения пульпита и периодонтита.

1. Больная А. 20 лет обратилась с жалобами на потемнение коронок 11-го и 21-го зубов. Около года тому назад больная получила спортивную травму. Объективно: коронки 11-го и 21-го зубов темно-серого цвета, интактные, при перкуссии безболезненные. Слизистая альвеолярного отростка не изменена. На рентгенограмме: в области верхушек корней определяется деструкция костной ткани, округлой формы размером 0,5 мм в диаметре с четкими границами. Определитесь с тактикой в данной клинической ситуации.

А. Пломбирование корневых каналов

В. Резекция верхушки корня

С. Удаление зубов

Д. Не требуется лечение

Е. Отбеливание зубов

2. Больная 27 лет жалуется на боли пульсирующего характера в 15 зубе и боли при накусывании. Объективно: в 15 зубе - глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненная, зуб подвижный. Отмечается регионарный лимфаденит. Температура тела 37,3 градусов, недомогание слабость. На рентгенограмме - изменения не выявлены. Поставьте диагноз:

А. Острый гнойный периодонтит

В. Обострение хронического периодонтита

С. Острый гнойный пульпит

Д. Острый периостит

Е. Острый серозный периодонтит

3. Мужчина 38 лет жалуется на длительные пульсирующие боли в зубе на верхней челюсти справа, отдающие в угол глаза. Отмечает недомогание, головную боль, нарушение сна. Боли возникли 3 дня назад, с течением времени

усиливаются. Объективно: в 12 определяется глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, подвижность I степени. На рентгенограмме: в области верхушки корня 12 определяется очаг деструкции костной ткани размером 0,3-0,4 см с четкими ровными контурами. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый гнойный периодонтит
- B. Обострение хронического гранулирующего периодонтита
- C. Обострение хронического гранулематозного периодонтита
- D. Обострение хронического фиброзного периодонтита
- E. Нагноившаяся радикулярная киста

4. Врач-стоматолог проводит лечение 17 зуба по поводу хронического фиброзного пульпита у мужчины 52 лет после предварительной девитализации. Щечные каналы труднопроходимы из-за изогнутости корней и частичной облитерации. Полную экстирпацию в них провести не удалось. Избран комбинированный метод лечения. Выберите оптимальное средство для обработки плохо проходимых корневых каналов в данной ситуации.

- A. Эвгенол.
- B. Хлорамин.
- C. Перекись водорода
- D. Хлоргексидин.
- E. Резорцин-формалиновая жидкость.

5. Женщина 25 лет жалуется на самопроизвольную, периодически возникающую боль в течение 3 месяцев. Иногда боль возникает при попадании пищи в 13 зуб. Объективно: в пришеечной области 13 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование дна болезненное. Реакция на перкуссию 13 зуба безболезненная, ЭОД - 40 мкА. Какой наиболее рациональный метод лечения в данном случае?

- A. Биологический метод
- B. Девитальная ампутация

С. Витальная экстирпация

Д. Витальная ампутация

Е. Девитальна экстирпация

6. Женщина 42 лет обратилась с жалобами на боли в 36 зубе при приеме пищи, особенно горячей, неприятный запах при отсасывании из зуба. Боль носит ноющий характер и постепенно стихает. Зуб беспокоит в течение 3-х месяцев. Ранее не лечился. Объективно: в 36 определяется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. На рентгенограмме в области верхушек корней 36 зуба определяется расширение периодонтальной щели. Каков наиболее вероятный диагноз?

А. Обострение хронического периодонтита

В. Обострение хронического пульпита

С. Хронический фиброзный пульпит

Д. Хронический фиброзный периодонтит

Е. Хронический гангренозный пульпит

7. Врач-стоматолог проводит лечение 36 по поводу хронического периодонтита у мужчины 52 лет. Рентгенологически: медиальные корневые каналы изогнуты, в области верхушки медиального корня определяется очаг деструкции костной ткани с неровными контурами размеров 0,2x0,2 см. Какое из перечисленных лекарственных средств оптимально для проведения внутриканального электрофореза в этом случае?

А. 3% р-р сульфата меди

В. 10% р-р йодида калия

С. 1% р-р новокаина

Д. 0,1% р-р трипсина

Е. 1% р-р декаметоксина

8. У женщины 27 лет при лечении Острого глубокого кариеса в 26 была случайно вскрыта полость зуба в проекции ее медиально-щечного рога. Выберите метод лечения?

А. Витальная ампутация

- В. Биологический метод
- С. Девитальная ампутация
- Д. Витальная экстирпацию
- Е. Девитальная экстирпация

9. У больного Д. на протяжении последней ночи отмечались приступы боли в правой половине лица. Боль пульсирующая, рвущая, нестерпимая, почти постоянная, не успокаивается, лишь несколько уменьшается интенсивность. От теплого полоскания боль резко усиливается. Объективно: в 17 зубе в пришеечной области пломба из композита. От холодной воды боль успокаивается. Перкуссия 17 зуба - болезненная. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Острый серозный периодонтит
- В. Острый правосторонний гайморит
- С. Острый гнойный пульпит
- Д. Обострение хронического пульпита
- Е. Острый диффузный пульпит

10. Больной А., 21 года, обратился с жалобами на боли при накусывании в 11, 21 зубах, которые были травмированы 2 дня назад при игре в футбол. Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка. Объективно: 11,21 зубы интактны, подвижность 1 степени, перкуссия болезненна. ЗОД - 10 мкА. Которая существенно не изменялись в течении недели. На рентгенограмме изменения в периапикальных тканях 21,11 зубов отсутствуют. Какова тактика стоматолога в отношении данного больного?

- А. Физиотерапия, антибактериальная терапия.
- В. Анальгетики, антибактериальная терапия.
- С. Эндодонтическое лечение, шинирование.
- Д. Анальгетики, физиотерапия, шинирование.
- Е. Физиотерапия, назначение анальгетиков.

11. Больной жалуется на постоянную ноющую боль, ощущение "выросшего зуба", которые беспокоят в течение 3 дней. Объективно: в 26 зубе кариозная

полость, что сообщается с полостью зуба. Вертикальная и горизонтальная перкуссия резко болезненные. Зуб подвижен, II ст. Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня гиперемирована, пальпация болезненна, явления флюктуации отсутствуют. Назовите наиболее рациональный путь оттока экссудата:

- A. Через периодонтальную щель
- B. Через корневые каналы
- C. Через лунку удаленного зуба
- D. через маргинальный край десны
- E. Через разрез по переходной складке

12. Мужчина Р., 42 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в области 21 зуба, усиливающиеся при накусывании. Накануне под анестезией зуб был депульпирован под металлокерамическую коронку. Корневой канал запломбирован эндометазоном. На контрольной рентгенограмме: канал запломбирован с выведением небольшого количества материала за верхушку корня. Какова должна быть тактика врача в отношении 21 зуба?

- A. Разрез по переходной складке.
- B. Удаление зуба.
- C. Распломбирование корневого канала.
- D. Назначение физиотерапевтических процедур.
- E. Резекция верхушки корня.

13. Женщина 32 лет жалуется на острые приступообразные самопроизвольные боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся от холодных раздражителей, иррадиирующие в ухо и висок. Год назад сильно болел 27, к врачу не обращалась. Три дня назад вновь возникли боли. Объективно: в 27 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование вскрытой точки резко болезненно. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый периодонтит
- B. Острый ограниченный пульпит
- C. Острый диффузный пульпит

D. Обострившийся хронический пульпит

E. Обострившийся хронический периодонтит

14. При лечении хронического периодонтита больному Г., 29 лет, был назначен фонофорез с трилоном Б. Что лежит в основе фонофореза?

A. Введение лекарственных веществ помощью аппликации.

B. Введение лекарственных веществ помощью вакуума.

C. Введение лекарственных веществ путем втирания.

D. Введение лекарственных веществ помощью ультразвука.

E. Введение лекарственных веществ помощью электрического тока.

15. Больной К. 35 лет жалуется на самопроизвольную острую приступообразную боль в 25 зубе, которая продолжается до 30 минут, ночью усиливается, безболезненные промежутки - до трех часов. Боль возникает и усиливается при действии термических и механических раздражителей.

Объективно: на жевательной поверхности 25 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, пульповая камера закрыта, зондирование резко болезненно в одной точке - в месте проекции рога пульпы.

ЭОД- 25 мкА. Установите диагноз:

A. Острый диффузный пульпит

B. Обострение хронического пульпита

C. Острый гнойный пульпит

D. Гиперемия пульпы

E. Острый ограниченный пульпит

16. Больному Д. 36 лет поставили диагноз: Хронический фиброзный пульпит. Провели препаровку полости зуба, экстирпацию пульпы, инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов. Как необходимо провести пломбирование корневых каналов?

A. До рентгенологической верхушки

B. За верхушку

C. До анатомической верхушки

D. До физиологической верхушки

Е. Не доходя 0,5 см до верхушки

17. Больной жалуется на постоянную, ноющую боль в 26 зубе, которая усиливается при накусывании. На рентгенограмме 26 зуба определяется участок деструкции костной ткани у верхушки медиально-щечного корня в виде "языков пламени". Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Хронический гранулематозный периодонтит

В. Обострение хронического гангренозного пульпита

С. Хронический гранулирующий периодонтит

Д. Хронический фиброзный периодонтит

Е. Обострение хронического гранулирующего периодонтита

18. Больной 27 лет жалуется на постоянную интенсивную пульсирующую боль в области 36 зуба. Объективно: слизистая оболочка в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация переходной складки в проекции верхушки корня - резко болезненная. Пломба в зубе сохранена, перкуссия - резко болезненная. Поставьте диагноз:

А. Острый гнойный пульпит

В. Острый серозный периодонтит

С. Обострение хронического периодонтита

Д. Острый диффузный пульпит

Е. Острый гнойный периодонтит

19. Женщине 27 лет проводилось лечение пульпита методом девитальной экстирпации. В 15 была оставлена мышьяковистая паста. На повторный прием больная пришла только на 4-е сутки. Возник токсический периодонтит. Выберите оптимальное средство для обработки корневого канала в данном случае.

А. Крезофен

В. Эвгенол

С. Йодиол

Д. Трипсин

Е. Эмульсия гидрокортизона

20. При лечении хронического периодонтита больному А. 17 лет был назначен электрофорез с йодидом калия. Что лежит в основе электрофореза?
- А. Введение лекарственных веществ с помощью электрического тока
 - В. Введение лекарственных веществ с помощью ультразвука.
 - С. Введение лекарственных веществ с помощью аппликации.
 - Д. Введение лекарственных веществ путем втирания.
 - Е. Введение лекарственных веществ с помощью вакуума.
21. Пациенту 20 лет с диагнозом «Острый травматический пульпит 36 зуба» было проведено лечение методом витальной ампутации. В чем суть метода витальной ампутации?
- А. Удаляем коронковую пульпу после обезболивания, а на корневую накладываем лечебную пасту
 - В. Удаляем всю пульпу под анестезией
 - С. Удаляем коронковую пульпу после девитализации, а на корневую - накладываем мумифицирующую пасту
 - Д. Сохраняем всю пульпу
 - Е. Удаляем пульпу под анестезией в хорошо проходимых каналах
22. Больной 42 годов жалуется на постоянную ноющую боль в 45 зубе, которая усиливается при накусывании. Объективно: перкуссия 45 зуба резко болезненная, переходная складка в области зуба отечна, гиперемирована, болезненная при пальпации. После зондирования из устья канала появился гной. Какой метод исследования необходимо провести для установления диагноза?
- А. Бактериологическое исследование
 - В. Электроодонтодиагностика
 - С. Термопроба
 - Д. Люминесцентное исследование
 - Е. Рентгенологическое исследование
23. К врачу-стоматологу с целью санации полости рта обратилась женщина 39 лет. При объективном исследовании в области слепой ямки 37 зуба обнаружена

кариозная полость в пределах околопульпарного дентина. Дентин на дне и стенках полости плотный, пигментированный. Карриозная полость не сообщается с полостью зуба. Зондирование и перкуссия безболезненны. Реакция на холод отрицательная. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в данном клиническом случае?

- A. Хроническим средним кариесом и хроническим периодонтитом
- B. Хроническим средним кариесом и хроническим фиброзным пульпитом
- C. Хроническим средним и глубоким кариесом
- D. Хроническим фиброзным пульпитом и хроническим периодонтитом
- E. Хроническим глубоким кариесом и хроническим периодонтитом

24. Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на резкую боль при накусывании в 11 зубе. 5 дней назад была острая травма в области 11 зуб. Объективно: коронка 11 зуба интактна, зуб слегка подвижен, перкуссия болезненна. На рентгенограмме определяется перелом корня 11 зуба в средней части без смещения. ЭОД – 15 мкА, которая не изменилась с течением времени. Какова Ваша тактика?

- A. Трепанировать коронку зуба, провести экстирпацию пульпы и запломбировать корневой канал со штифтом.
- B. Зашинировать зуб и назначить электрофорез с новокаином.
- C. Зашинировать зуб и назначить антибиотики и анальгетики.
- D. Трепанировать альвеолярную кость и удалить отломок корня, пульпу из коронки удалить ретроградно с последующим пломбированием.
- E. Удалить зуб и корень

25. Женщина 20 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на острую самопроизвольную приступообразную боль в зубе на нижней челюсти слева, иррадиирующую в ухо. Впервые боль появилась 3 дня назад. При осмотре на жевательной поверхности 36 - глубокая карриозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Перкуссия 36 слабо болезненна. Каков наиболее вероятный диагноз?

- A. Обострение хронического пульпита

В. Обострение хронического периодонтита

С. Острый серозный периодонтит

Д. Острый ограниченный пульпит

Е. Острый диффузный пульпит

26. Больная 27 лет жалуется на боли пульсирующего характера в 15 зубе и боли при накусывании. Объективно: в 15 зубе - глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненная, зуб подвижный. Отмечается регионарный лимфаденит. Температура тела 37,3 градусов, недомогание слабость. На рентгенограмме - изменения не выявлены. Поставьте диагноз:

А. Обострение хронического периодонтита

В. Острый периостит

С. Острый гнойный периодонтит

Д. Острый гнойный пульпит

Е. Острый серозный периодонтит

27. Больного 45 лет беспокоит то, что из полости, которая образовалась в зубе на верхней челюсти справа, при приеме пищи выделяется кровь. Объективно: в 16 на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная разрастанием мягкой ткани багряно-красного цвета, которая легко кровоточит при дотрагивании. Зондирование новообразования слабо болезненно. Реакция на холодовой раздражитель почти не выражена. На рентгенограмме патологических изменений периапикальных тканей не выявлено. Определите диагноз:

А. Хронический гангренозный пульпит

В. Хронический грануломатозный периодонтит

С. Гипертрофический папилит

Д. Хронический гипертрофический пульпит

Е. Хронический гранулирующий периодонтит

28. Больная 45 лет жалуется на боль от температурных раздражителей, самопроизвольную боль в 26 зубе. Неделю назад зуб лечили по поводу

пульпита. Объективно: 26 зуб под пломбой, перкуссия чувствительна, реакция на температурный раздражитель - боль, которая медленно усиливается, длительная. На рентгенограмме - небный канал запломбирован на 2/3 длины, в щечных каналах материал не прослеживается. Что из перечисленного является вероятной причиной осложнения?

- A. Неполная экстирпация пульпы
- B. Неадекватное пломбирование каналов
- C. Развитие инфекции
- D. Развитие воспаления в периодонте
- E. Травма ткани периодонта

29. Больная 37 лет обратилась с жалобами на наличие полости в 34 зубе, которая появилась год назад. Объективно: в 34 зубе глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование и перкуссия безболезненны. Рентгенологические данные свидетельствуют о наличии деформации периодонтальной щели возле вершины корня. Поставьте диагноз:

- A. Хронический гангренозный пульпит
- B. Хронический гранулематозный периодонтит
- C. Хронический гранулирующий периодонтит
- D. Хронический фиброзный пульпит
- E. Хронический фиброзный периодонтит

30. Женщина 28 лет обратилась с жалобами на постоянные боли в 34, усиливающиеся при накусывании. Четыре дня назад в 34 была оставлена мышьяковистая паста. Своевременно на прием пациентка не явилась. При объективном исследовании установлено: на дистально-жевательной поверхности 34 - герметическая повязка, перкуссия резко болезненна. Какова наиболее целесообразна лечебная тактика в данном случае?

- A. Удаляют дентинную повязку, назначают электрофорез с антидотом по переходной складке, зуб оставляют открытым
- B. Антидот мышьяка оставляют под герметической повязкой в кариозной полости

- С. Промывают антидотом и пломбируют корневой канал
- Д. Промывают антидотом корневой канал, зуб оставляют открытым
- Е. Промывают антидотом корневой канал, антидот мышьяка оставляют в корневом канале под герметической повязкой

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталоны ответов к разделу алгоритм лечения кариеса.

001 - в	007 - г	013 - а	019 - в	025 - г
002 - б	008 - д	014 - в	020 - г	026 - б
003 - г	009 - д	015 - г	021 - г	027 - г
004 - а	010 - д	016 - б	022 - в	028 - в
005 - б	011 - д	017 - б	023 - а	029 - в
006 - а	012 - в	018 - б	024 - в	030 - г

Эталоны ответов к разделу алгоритм лечения пульпита и периодонтита.

1-A	2-A	3-C	4-E	5-C	6-E	7-B	8-B	9-C	10-D
11-B	12-D	13-D	14-D	15-E	16-D	17-C	18-B	19-C	20-A
21-A	22-E	23-E	24-B	25-E	26-C	27-D	28-A	29-E	30-E

Список литературы

Основная:

1. Борисенко А.В. Кариес зубов / А.В. Борисенко. – К.: Книга плюс, 2002. – 629с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник в 4 т. Кариес. Пульпит. Периодонтит. Ротовой сепсис / [Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун и др.] / За редакцией А.В. Борисенко. – Т. 2. – К.: Медицина, 2010. – 544 с.
4. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Фантомний курс / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.] / За редакцією А.В. Борисенка. – Т 1. – К.: Медицина, 2009. – 400 с.

Дополнительная:

1. Данилевский Н.Ф. Пульпит / Н.Ф. Данилевский, А.Ф. Сидельникова, Ж.И. Рахний. – К.: Здоров'я, 2003. – 168 с.
2. Иорданишвили А.К. Эндодонтия плюс / А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. – Санкт-Петербург, 2001. – 184 с.
3. Ковалев Е.В. Воспаление периодонта: учебное пособие / Є.В. Ковальов, М.А. Шундрік, І.Я. Марченко. – Полтава: Дивосвіт, 2006. – 172 с.
4. Ковальов Є.В. Обстеження хворого та діагностика одонтопатології в клініці терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник / Є.В. Ковальов, І.Я. Марченко, М.А. Шундрік. – Полтава, 2005. – 124 с.
5. Ковальов Є.В. Періодонтит: навчальний посібник / Є.В. Ковальов, М.А. Шундрік, І.Я. Марченко. – Полтава, 2004. – 161 с.
6. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология / Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова. – М.: Медицина, 2002. – 638 с.

7. Мельничук Г.М. Практична одонтологія: курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту: навчальний посібник / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2003. – 392 с.

8. Наказ МОЗ України “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” за №507 від 28.12.2002 р.

9. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие. – 8-е издание, дополненное и переработанное / А.И. Николаев, Л.М. Цепов.— М.: МЕДпресинформ, 2008. – 960 с.

10. Николишин А.К. Современная эндодонтия практического врача / А.К. Николишин – 4-е издание, переработанное и дополненное. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 236 с.

11. Педорез А.П. Предсказуемая эндодонтия / А.П. Педорез, А.Г. Пиляев, Н.А. Педорез. – Донецк: Норд-Пресс. – 2006. – 364 с.

12. Системы изоляции рабочего поля в стоматологии: учебно-метод. пособие / Н.А. Юдина, Ю.П. Чернявский, В.П. Кавецкий, А.С. Русин. – Минск: БелМАПО, 2009. – 28 с.

13. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: Мед. инф. агенство, 2004. – 798 с.