**Трепанация зуба, искусственной коронки**

Трепанация является начальным этапом эндодонтической терапии. Она подразумевает вскрытие и удаление пульпы, расположенной в коронке, для получения доступа к каналам, расположенным в корнях.

Процедура известна также как эндодонтическое препарирование коронки. В ходе трепанации не предусматривается изменения анатомии зуба или проникновения во внутренние каналы. Цель трепанации – получение доступа к устью корней путем раскрытия коронковой полости.

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

# Показания.

Манипуляция назначается в случаях, когда необходимо получение доступа к внутренней части зуба для: витализации или удаления нерва; обтурации каналов; установки штифта и пр.

Как правило, трепанацию проводят при глубоких кариозных полостях в коронковой части с истонченной перегородкой между ней и камерой пульпы.

Через истонченную стенку могут проникать болезнетворные микроорганизмы, что приводит к инфицированию зубного нерва. Также трепанация показана при пульпите в хронической или острой форме, любой форме периодонтита.

Трепанацию нецелесообразно проводить в следующих случаях: при необходимости экстракции зуба, если восстановление его функций невозможно; при непроходимых корневых каналах с искривлениями; при тяжелых патологиях периодонта; при переломах зубного корня. В этих случаях зуб необходимо удалять.

# Методика проведения.

Трепанация включает несколько этапов: введение местной анестезии; наложение коффердама для изоляции элемента; вскрытие коронки; проведение трепанации.

Для препарирования используется турбинная бормашина с алмазной или твердосплавной насадкой (с охлаждающей жидкостью):

1. Врач вскрывает коронку путем высверливания точечного контакта между кариозной полостью и внутренней поверхностью зуба.
2. Проводится раскрытие коронки путем удаления нависающих фрагментов эмалево-дентинного слоя.
3. Для удаления коронковой части пульпы используется острый экскаватор, при этом в ротовую полость подается ЭДТА для смягчения поверхностного дентина, а также обеззараживающий гипохлорит натрия. Полостные стенки и устье каналов в дополнительном препарировании не нуждаются.

Самой важной задачей трепанации является обеспечение доступа к каналам зуба. При ее достижении, трепанация считается завершенной. После этого проводится последующая эндодонтическая терапия по назначению врача.

Трепанация проводится несколькими различными способами, что зависит от положения зубов, подлежащих процедуре.

**Наложение и снятие временной пломбы**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Временная пломба — средство защиты оголенного участка поврежденного зуба на промежуточном этапе его лечения. Врач устанавливает временную пломбу на срок от нескольких дней до 2-3 недель, в зависимости от проводимой терапии. Такая пломба не предназначена для длительной эксплуатации в агрессивной среде ротовой полости.

Процесс лечения с применением временной пломбы сложен и происходит в несколько этапов, но результат оправдывает все неудобства. Применение временной пломбы позволяет: предотвращать развитие [пульпита](https://polyclin.ru/uslugi/pulpit/); лечить

периодонтит; купировать осложнения после острого кариеса; диагностировать состояние зуба при глубоком кариесе перед установкой постоянной пломбы.

Временную пломбу чаще всего применяют при экстренном лечении зубов. Она играет роль промежуточного этапа при остром воспалительном процессе.

При плановом лечении временная пломба — явление редкое (если используется, то преимущественно для уже запломбированных зубов, например, после выпадения старой пломбы или в случае ее замены на новую).

# Показания.

Показания к установке временной пломбы: Если необходимо восполнить недостаток дентина над оголенной пульпой (наращивание новых слоев дентина актуально при лечении глубокого кариеса, периодонтита); Чтобы убить воспаленный нерв (временная пломба ставится для устранения нервного пучка мышьяковой пастой); Провести санацию кариозной полости, зубного канала (закладка сильнодействующих антисептиков); Если нужно устранить воспаление пульпы; Для диагностики состояния глубокого кариеса (боль свидетельствует о наличии воспаления).

Временная пломба состоит преимущественно из цементных компонентов: искусственный дентин на основе сульфата цинка и каолина; виноксол — паста с содержанием оксида цинка; цемент на основе цинк-эвгенола; состав с использованием поликарбоксилата; кариосан с дополнительным анальгезирующим эффектом; цемент со стеклоиономером.

Врач делает выбор в соответствии с поставленными перед временной пломбой задачами. Одни рассчитаны на кратковременную установку (пока боль не будет устранена), другие, такие как винаксол, могут продержаться до полугода.

В пломбируемой полости не должны находиться поврежденные и воспаленные ткани. Если имеется гнойное содержимое, зуб оставляют открытым до полного устранения воспалительного процесса. Все это время пациент должен тщательно следить за чистотой ротовой полости. Рекомендуется применять полоскания антибактериальными растворами, назначенными лечащим врачом, отказаться от приема острой и раздражающей нервные окончания пищи.

# Методика проведения.

Полость очищают от поврежденных участков; промывают антисептическим раствором; в зуб закладывают действующий состав (лекарство, мышьяковая паста и пр.); сверху ставят временную пломбу с использованием плавно застывающих веществ.

Окончательно временная пломба отвердевает через 1-2 часа после ее установки, в течение этого времени не рекомендуется принимать пищу. В дальнейшем ее наличие в ротовой полости не должно мешать повседневной жизни (если отсутствует болевой синдром).

Ходить с пломбой можно от суток до полугода, но сроки снятия врач- стоматолог всегда оговаривает в индивидуальном порядке. В среднем предусмотрено: на умерщвление нерва — от 1-3 суток (мышьяк) до 10 суток (если используют щадящие девитализирующие средства); лечение воспаления при пульпите, периодонтите — 1-3 недели, в зависимости от состояния; лечение кист зуба, восстановление дентина после глубокого кариеса — до нескольких месяцев.

Важно знать: не соблюдая указанный стоматологом срок использования временной пломбы, можно повредить больной зуб еще больше. Старайтесь не нарушать указанные сроки не более чем на 1-2 дня.

# Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала

В рамках этой процедуры внутрь канала помещается специальная паста, которая обладает множеством лечебных свойств. Такая пломба может быть наложена как на пару дней, так и на несколько месяцев в зависимости от выбранной методики лечения. По окончанию лечения временная пломба заменяется постоянной.

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

В ходе проведения эндодонтического лечения популярной практикой является временное пломбирование корневого канала. В рамках этой процедуры внутрь канала помещается специальная паста, которая обладает множеством лечебных свойств. Такая пломба может быть наложена как на пару дней, так и на несколько месяцев в зависимости от выбранной методики лечения. По окончанию лечения временная пломба заменяется постоянной.

Конкретный срок, на который устанавливается временна пломба, определяется стоматологом. Чаще всего выбирается материал с длительным сроком действия, чтобы эффект лечения был максимальным.

В ряде случаев лечебные пасты могут использоваться в сочетании с обеззараживающими и антисептическими препаратами. Такая комбинация существенно увеличивает результативность лечения, эти препараты способствуют снижению рисков заражения мягких и твердых тканей.

В случае конкретной степени развития болезни техники временного пломбирования корневых каналов могут отличаться. Это аргументируется особенностью методики, используемой в ходе лечения. При острых формах заболевания гидроксид калия вводится в канал зачастую без уплотнения и на срок от 1 до 7 дней исходя из клинической картины.

# Показания.

Цель проведения процедуры – профилактика появления воспалительных процессов и вредоносных микроорганизмов внутри канала. В случае хронических заболеваний препарат вводится чаще всего с уплотнениями на срок до 2 месяцев. При необходимости используемый материал может периодически заменяться до того момента, пока не будет достигнут нужный результат. Исходя из общей практики, лечение может растянуться на срок от полугода до 1 года в зависимости от степени распространенности заболевания, а также особенностей организма конкретного пациента. Наложение временной пломбы направлено также на стимулирование процессов регенерации поврежденных клеток. Для этого используется следующая методики пломбирования: канал очищается и подготавливается, после чего в него закладывается паста на срок от 7 до 10 дней; по истечению срока старый слой пасты убирается и заменяется новым; через определенное время манипуляции повторяются (точные сроки озвучивает стоматолог).

Для наглядной картины лечения делается рентгеновский снимок. Его необходимо выполнять не ранее 3-х месяцев с момента первого визита пациента. Дело в том, что на первых этапах лечения результат может быть изменчив.

По окончанию всех процедур восстановление поврежденных тканей занимает порядка 3-5 лет. В этот период рекомендуется придерживаться всех рекомендаций врача, чтобы не повторить очередного развития заболевания.

Временное пломбирование 1 корневого канала – стандартная процедура в ходе эндодонтического лечения. Среди общих показаний можно выделить следующее: наблюдаются существенные поражения корневого канала (чаще всего из-за хронической формы пульпита); диагностирована гнойная стадия пульпита (расположение не имеет значения); имеются серьезные повреждения внутрикорневых мягких тканей.

# Методика проведения.

Для начала лечения необходимо провести инструментальную обработку, в ходе которой канал приобретает нужную форму. По окончанию механических манипуляций воронкообразный канал подвергается непосредственному лечению.

В ходе лечения могут использовать различные виды паст. Все зависит от особенностей заболевания, масштабов заражения, а также предпочтений пациента.

Перед непосредственным пломбированием необходимо прежде всего тщательно очистить корневой канал от образовавшегося налета, а также убрать все поврежденные ткани: устраняются кариозные поражения, а также мертвые ткани (для этого используются специализированные бормашины); из открытых каналов удаляется пульпа; проводится рентген, в рамках которого определяется конкретная форма и длина канала; корневой канал расширяется до требуемых размеров при помощи различных насадок и прочих инструментов.

Незначительный дискомфорт на протяжении нескольких дней после проведения процедуры – это вполне естественные последствия. Такое случается из-за раздражения тканей и пульпы, поэтому ничего страшного в этом нет. У пациента может наблюдаться чувство некоторого распирания внутри зуба, что тоже является нормой.

В целом, чтобы избежать проявления неприятных последствий, рекомендуем придерживаться стандартных правил: не подвергайте зубы взаимодействию с чрезмерно холодными температурами, особенно после распития горячих напитков; соблюдайте гигиену полости рта; регулярно производите чистку зубов как в домашних условиях, так и профессиональную чистку; проходите плановые осмотры у стоматолога; не пренебрегайте советами врача.

**Распломбировка корневого канала**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Распломбировка каналов – стоматологическая манипуляция, которая направлена на удаление пломбы, установленной ранее. Ещё одно её название –

«дезобтурация». В процессе требуется расширение каналов в направлении от коронки к вершине корня с целью качественной [чистки зубных](https://www.celt.ru/napravlenija/stomatol/terapevt/prof-chistka-zubov/) полостей. Её нужно проводить вовремя, поскольку инфекционные агенты, проникшие в зубные ткани, спровоцируют развитие воспалительных процессов, что, в свою очередь, может стать причиной потери всего зуба.

# Показания.

Болевая симптоматика, воспалительные процессы и отёки тканей десны у пациента, который некоторое время тому назад проходил эндодонтическое лечение; Недостаточно хорошее качество пломбы – её разгерметизация или плохое прилегание по краям, которое затрудняет удаление остатков пищи и провоцирует развитие кариозного процесса; Воспалительные или инфекционные процессы зубных каналов под пломбой; Необходимость в перелечивании корневых каналов от пульпита, [периодонтита](https://www.celt.ru/napravlenija/stomatol/periodontit/), кистозного образования, гранулёмы; Необходимость установки внутриканального штифта; Нарушения технологии обтурации корневого канала, проведённой ранее.

# Противопоказания.

Серьёзное поражение тканей периодонта, окружающих единицу, которое не является препятствием на пути к сохранению зуба; Непригодность единицы к восстановлению; Невозможность вмешательства на его закрытой части; Новообразование злокачественной этиологии в области поражённой единицы; Гнойно-некротический процесс, поразивший костную ткань; Общее тяжёлое состояние пациента.

# Методика проведения.

Способ распломбировки канала зуба терапевт-стоматолог выбирает, учитывая особенности материала, использованного при его обтурации. Он может быть: Медикаментозным/химическим – используются специальные пасты, которые растворяют пломбу; Механическим/аппаратным – применяется специальное стоматологическое оборудование и эндодонтические инструменты.

Химическая деобтурация проводится с применением одного из двух способов: Средней сложности – проводится за одно посещение и показан если нужно удалить отвердевающие пасты. Последние хорошо растворяются при помощи органических растворителей и легко удаляются при помощи эндодонтических инструментов. Высокой сложности – показан если каналы были запломбированы цементом или резорцин-формалиновой пастой, требуется редко при обращении пациентов со старыми пломбами. В канал закапывают растворяющий гель, а после того, как пломба размягчается, вводят в него специальный инструмент, который позволяет её извлечь поворачиванием по ходу и против хода часовой стрелки. Такая распломбировка требует двух визитов к врачу.

Этапы химической распломбировки: Удаление поверхностной пломбы стоматологическим бором; Нанесение на старый материал растворителя; Тщательное удаление пломбировочного материала после его размягчения; Удаление тканей, поражённых кариесом, проведение лечения других заболеваний;

При правильном подходе процедура позволяет сохранить зуб за счёт: удаления тканей, поражённых кариесом; отсутствия необходимости в применении анестезии; устранения симптоматики заболеваний, которые развились под пломбой

Возможные осложнения и рекомендации: повторное лечение (особенно

– если оно было проведено с ошибками) не исключает риск осложнений боли- после перелечивания каналов, отёк десны; воспалительные гнойные процессы; инфицирование; необходимость [удаления зуба](https://www.celt.ru/napravlenija/stomatol/hirurg/udal-zubov/).

Для того, чтобы свести к минимуму восстановительный период после процедуры, пациенту следует: полоскать рот тёплой водой с солью после принятия пищи; исключить жевание с поражённой стороны на несколько дней; отказаться от приёма воды и еды в течение 1‒2 часов после установки временной пломбы.

**Проводниковая анестезия**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Одним из методов обезболивания при проведении [стоматологического](https://www.32dent.ru/lechenie-zubov.html) [лечения](https://www.32dent.ru/lechenie-zubov.html) является проводниковая анестезия, показания и противопоказания к проведению которой определяются и объемом предполагаемых работ, и уровнем здоровья пациента. Проводниковое обезболивание относится к местным инъекционным методам анестезии.

# Методика проведения.

При выполнении проводникового обезболивания раствор анестетика подводят шприцем к ветвям тройничного нерва – в зависимости от области, которую требуется обезболить, а также объема вмешательства подведение анестетика проводится к 2 или 3 ветвям нерва, некоторым другим крупным нервам (верхнечелюстной, язычный, подбородочный и пр.), или же к более мелким периферическим веткам.

Существует два способа введения анестетика – периневральный, при котором раствор вводится поблизости от нервных волокон и постепенно ими впитывается, и эноневральный, при котором раствор вводится в собственно нервный ствол (последний метод применяется намного реже первого).

Поскольку данная методика позволяет обезболить значительные участки челюсти и окружающих мягких тканей, проводниковая анестезия имеет показания и противопоказания, которые следует учитывать при выборе способа

«отключить нервную чувствительность».

# Показания.

Показаниями к выполнению проводникового обезболивания являются: удаление жевательных зубов нижней челюсти. Множественное одновременное [удаление зубов](https://www.32dent.ru/vidy_anestezii_pri_udalenii_zubov.html) на верхней челюсти. Удаление новообразований в ротовой полости. Вскрытие абсцессов при хроническом периодонтите и периостите. Дренирование гнойных очагов. Длительные манипуляции на альвеолярных отростках. Проведение некоторых челюстно-лицевых операций.

При выборе проводниковой анестезии учитывают и показания, и противопоказания – поскольку существуют ситуации, в которых вроде бы необходимо применить именно данный метод обезболивания, но конкретному пациенту он не подходит. Противопоказаниями являются: Аллергические реакции на анестетики (в некоторых случаях вопрос можно решить путем индивидуального подбора раствора анестетика, который не будет вызывать аллергию у пациента). Обширные и длительные хирургические вмешательства, требующие других методов обезболивания. Некоторые серьезные сердечно- сосудистые заболевания. Декомпенсированный сахарный диабет. Психические заболевания у пациента. Беременность. Травмы челюстно-лицевого аппарата, которые привели к анатомическим и топографическим изменениям данной области.

Проводниковая анестезия имеет не только показания и противопоказания к проведению, но и собственные плюсы и минусы – как и любая лечебная методика, впрочем. К преимуществам можно отнести следующие моменты: Длительный срок обезболивания (около 2-3 часов). Достаточно ввести небольшое количество раствора анестетика. Понижение интенсивности слюноотделения – это позволит стоматологу выполнять манипуляции более четко и качественно. Возможность обезболивать обширные области и глубоко расположенные ткани. Анестетик можно вводить вне воспалительного очага.

Рисками является возможность травмы кровеносных сосудов или нервов (в отдельных случаях возможно и внутрисосудистое введение раствора анестетика).

**Аппликационная анестезия**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Аппликационная анестезия зуба – один из видов местной анестезии, которую осуществляют путём нанесения анестезирующего средства непосредственно на дёсенную поверхность вокруг зуба. По этой причине ещё она известна как поверхностная, а используют её для того, чтобы снизить чувствительность у пациента и свободно провести все необходимые стоматологические манипуляции. Это может потребоваться во время экстракции шатающихся молочных единиц у детей, введения в десну обезболивающих препаратов пациентам, которые чувствительны к боли, и в ряде других ситуаций. Данный метод недостаточно эффективен, но оптимален при проведении небольших по объёму и сложности манипуляций, которые не нуждаются в инъекционном обезболивании.

Аппликационная анестезия применяется для того, чтобы исключить любые неприятные ощущения у пациентов. Обезболивание аппликационным способом происходит за счёт смазывания, нанесения препарата на поверхность десны, благодаря чему снижается чувствительность нервных окончаний. Время его действия составляет около десяти минут, чего достаточно для несущественных по объёму стоматологических вмешательств на слизистой ротовой полости, зубной пульпе и твёрдых тканях зуба.

# Показания.

Обезболивание области укола перед инъекционной анестезией у чув- ствительных к боли пациентов; удаление небольших участков десны, отслоившихся от зуба (гингивэктомия); удаление подвижных молочных зубов у пациентов детского возраста; иссечение капюшона зубов мудрости на нижней челюсти; экстракция очень подвижных единиц у взрослых пациентов, страдающих от пародонтита 4-ой степени; профессиональная гигиена ротовой полости, в частности – удаление поддеснёвого зубного камня; лечебные манипуляции при пародонтите и стоматите; препарирование единиц под коронки или процесс их примерки.

Противопоказания.

Острая форма заболеваний сердечно-сосудистой системы; недавно перенесённый инфаркт или инсульт; индивидуальная непереносимость препарата; воспалительные процессы мп и уретры в острой фазе, способные спровоцировать серьёзные болевые ощущения и стать причиной распространения инфекции на другие органы, включая простатит и орхит у мужчин, а также цистит и уретрит; патологические состояния эндокринной системы. беременность можно назвать относительным противопоказанием. с одной стороны, нанесение препарата на слизистую десны исключает его проникновение в общий кровоток и не окажет влияния на развитие плода. с другой стороны, влияние современных гелей или паст для аппликационного обезболивания на процесс протекания беременности до сих не изучено. Поэтому использовать его нужно лишь в крайних случаях.

Преимуществом данного вида обезболивания стоматологи считают его быстрое действие. Исключение любого дискомфорта для пациента во время стоматологических процедур; Высокий уровень безопасности для организма пациента за счёт исключения проникновения используемых веществ в кровоток; Безболезненность самой процедуры нанесения анестезии; Достаточная продолжительность обезболивания для выполнения несложных стоматологических манипуляций.

Риски: сложность при расчёте и соблюдении дозировки; Отсутствие глубокого действия и, как следствие, ограничения в использовании; Сосудорасширяющий эффект и повышение риска развития кровотечения; Превышение дозы может привести к попаданию анестетика в кровь и к развитию аллергической реакции.

# Методика (этапы) проведения.

Антисептическая обработка ротовой полости пациента; изоляция обрабатываемой области ротовой полости ватными валиками или коффердамом; удаление слюны из неё; способ нанесения препарата различается в зависимости от формы его выпуска (раствор наносят при помощи ватного валика или марлевого шарика, аэрозоль – распыляют, гель или пасту наносят на слизистую тонким слоем); препарат оставляют на период от одной до пяти минут, исключая его контакты со слюной; перед тем, как приступить к стоматологическим манипуляциям, все его остатки удаляют и проверяют чувствительность при помощи специального зонда; в случае, если эффекта обезболивания недо- статочно, процедуру повторяют с соблюдением всех вышеописанных этапов.

Выбор вида анестезии осуществляется в индивидуальном порядке врачом.

**Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Одним из методов, используемых сегодня, является пломбирование зубов с помощью штифтов. Этот процесс, известный как ретенция штифтов, является минимально инвазивным способом заполнения полостей и восстановления зубов, поврежденных кариесом.

При фиксации штифтов в полость или поврежденный участок зуба устанавливаются небольшие штифты из нержавеющей стали или иных материалов. Затем штифты фиксируются композитным составом, который помогает удержать их на месте и запечатать образовавшиеся в результате удаления кариозных повреждений полости.

Усиливая прочность зуба, мы продлеваем ему жизнь. В течение длительного времени самым распространенным способом сделать это является пломбирование штифтами. Штифт представляет собой стержень с резьбой или без. Корневой канал зуба расширяют при помощи механического воздействия на него. Затем штифт закрепляется в канале с использованием цемента или закручивается благодаря резьбе. После этого выполняются другие шаги по восстановлению зуба. Пломбирование штифтами довольно часто используют в работе стоматологи-терапевты при восстановлении зуба, при этом нет необходимости в коронке.

Совмещение штифта и коронки иногда практикуют стоматологи- ортопеды, но здесь существуют свои тонкости, поэтому от квалификации врача зависит выбор и исполнение методики.

Если зуб поврежден более чем на 50% и не имеет штифтовой конструкции, то он крайне чувствителен к разрушению. Пломбирование штифтами рекомендовано также в случаях обращения к стоматологу для повторного лечения кариозных образований.

Еще штифт используется для того, чтобы подготовить опору для дальнейшего установления протезного устройства. Если зубы неустойчивы, штифты устанавливаются для того, чтобы осуществить шинирование. Зачастую металлический стержень штифта используют в качестве дополнительной опоры при установке мостовидного протеза.

# Противопоказания.

Если стенка канала является очень тонкой и не достигает 2 мм, то пломбирование штифтами не рекомендовано. К тому же исключено применение штифта в случае воспаления верхушки зубного корня. Также в список противопоказаний по установке штифта можно включить искривление корневого канала, наличие в организме патологических процессов, возраст пациента.

Восстановление зуба при помощи штифта не допускается, если присутствуют сопутствующие заболевания, такие как кариес, острая форма пародонта, гранулема, гнойники, различные психические отклонения. Также не производится пломбирование штифтами в период беременности.

Формы штифтов: винтовые; конические; цилиндрические; комбинированные.

По способу восстановления: штифты для последующей установки зубной коронки; зубная пломба на штифте.

По способу фиксации: Активные. При пломбировании штифтами происходит закручивание стержня с резьбой в канал корня зуба, что позволяет более плотно закрепить его там. В качестве недостатка в этом случае можно отметить вероятность повреждения стенки корневого канала. Пассивные. Фиксация сама по себе щадящая, но не такая надежная. Штифт фиксируется внутри корневого канала зуба с использованием специального закрепляющего состава.

Материалы изготовления стоматологических штифтов:

Металлы. Наиболее распространенные – титан, латунь, палладий и драгоценные сплавы. Неметаллы. Это гуттаперча, стекловолокно, углеволокно, керамика. Металлические штифты (анкерные) В большинстве своем анкерные штифты изготовлены из метала; они содержат резьбу и фиксируются активным способом. Наличие анкерного штифта в зубе – довольно распространенный вариант, используемый для крепления зубных коронок. Аналоги анкерных штифтов отличаются гладкой поверхностью и изготавливаются из керамического материала; стоматологи их уже не называют анкерными.

При пломбировании штифтами из-за расширения канала зубной корень ослабляется. В некоторых случаях это становится причиной перелома корня, и к тому же нельзя рассчитывать на равномерное распределение нагрузки на зуб при жевании. Чтобы избежать осложнений, уместней применять пломбирование штифтами, если степень разрушения зуба незначительна. При чрезмерном разрушении имеет смысл использовать коронку.

# Методика проведения.

Изначально с использованием местной анестезии избавляются от пульпы и тщательно очищают каналы корня. Далее канал подвергается тщательной обработке антисептиками. После этого его выравнивают с использованием стоматологических боров, устраняя все уступы и неровности. В канал корня временно вводят лекарственную антибактериальную пасту. Она остается там в течение нескольких дней, пока воспаление не исчезнет. После примерки штифта зубной канал промывается антисептическим раствором и подвергается сушке. Штифт определяют в канал. Далее пространство вокруг штифта в зависимости от способа фиксации либо заполняется затвердевающей пастой, либо остается без заполнения (метод одного штифта).

Не существует стандартного метода лечения для всех. Пломбирование штифтами тоже не является исключением. Решать вопрос в данном случае будет стоматолог, основываясь на результатах тщательного обследования.

Преимущества пломбирования штифтами: возможность сохранить зуб; создание опоры для последующего съемного или несъемного протезирования; возможность применять на зубах любого ряда, в том числе и переднего; сохранение эстетичности зуба.

Недостатки пломбирования штифтами: истончение стенок канала после механического воздействия при его расширении; сложность процедуры в отличие от реставрации без применения штифта; вероятность возникновения не приятных ощущений, вызванных коррозией или гальванизацией металла, из которого изготовлен штифт.

После пломбирования штифтами существует риск появления осложнений: Зубная боль. Ее появление в течение нескольких дней после установки можно считать нормой, но в случае нарастания требуется осмотр врача. Перелом корня. Подобное осложнение случается крайне редко и зачастую происходит после установки анкерных штифтов активным способом. Повреждения пломбы. Из-за нагрузки во время жевания возможны сколы материала, из которого изготовлена пломба.

После установки любого стоматологического приспособления, в том числе и вследствие пломбирования штифтами, необходимо регулярно совершать гигиенический уход. Осуществлять ежедневный уход за полостью рта надо осторожно, чтобы не повредить поверхность десен. Нежелательно употреблять в пищу твердые продукты и использовать зубочистку.

**Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

В соответствии с общепринятой классификацией, базирующейся на критерии расположения патологического образования, выделяют две основных формы – наддесневую и поддесневую. В первом случае диагностировать отклонение от нормы можно и без комплексной клинической диагностики – на зубах появляются небольшие наросты с характерным темным оттенком и тягучей консистенцией, схожая по своим свойствам с глиной или мастикой. Чаще всего местом локализации оказываются участки, активнее других омываемые выделяющейся слюной. Для удаления зубных отложений в данном случае требуется специальное стоматологическое оборудование, исключающее повреждение эмали и прилегающих тканей. Во вторую группу входят патологические образования, характеризующиеся твердой структурой и располагающиеся в кармане между поверхностью зуба и десной, что делает возможной самостоятельную диагностику только в момент начала рецессии. В ходе клинического обследования аномалия определяется методом зондирования. Оттенок отложений варьируется от темно-коричневого до зеленого, при этом область локализации не зависит от интенсивности контактов со выделениями слюнных желез.

Удаление поддесневых отложений –процедура, позволяющая избежать серьезных осложнений. При отсутствии своевременного врачебного вмешательства структура коронок и прилегающих тканей нарушается, из-за чего может потребоваться не только эстетическая реставрация, но и полноценное протезирование зубов. Что касается медицинских ограничений, то здесь ключевым фактором становится выбор конкретной методики обработки, от которого зависит специфика воздействия, оказываемого на эмаль.

В современной практике применяются различные способы обработки, помогающие справиться с зубными отложениями. На смену инструментальной технике, требующей не только времени, но и особой осторожности – ввиду повышенного риска повреждения тканей – пришли аппаратные методики.

Ультразвуковое снятие зубных отложений: технология, базирующаяся на создании направленного волнового высокочастотного потока, позволяет разрушить связь между каменистыми образованиями и эмалевым покрытием, бережно устраняя патогенные факторы, и восстанавливая естественное гигиеническое состояние полости рта. Преимущество использования скайлеров – в активной выработке молекул кислорода из влаги, благодаря чему создается эффект дополнительной дезинфекции. Ультразвук стимулирует кровообращение в десенных тканях, способствуя повышению тонуса и укреплению общей структуры.

Лазерная обработка. Точечное воздействие приводит к дроблению отвердевших участков на мелкие сегменты, которые моментально удаляются из полости рта. Лазер способствует регенерации тканей, нейтрализует патогенную среду и исключает побочные проявления, что делает его эффективным средством против налета и камня.

Качественное и эффективное решение, пользующееся все большей популярностью в последние годы – технология чистки Air Flow. Методика с использованием воздушно-абразивной струи, подаваемой под давлением, и удаляющей отложения с поверхности и из десенных карманов без вреда для эмали. В числе вспомогательных методов химическое протравливание – процедура предусматривает использование кислотных и щелочных составов, растворяющих структуру зубного камня, но при этом не оказывающих негативного воздействия на эмалевое покрытие зубов.

# Показания.

Комплексную гигиену полости рта проводят, если выявлены: пигментированный зубной налет; поддесневой, наддесневой зубной камень; заболевания десен воспалительного характера

Также процедура показана в качестве профилактики кариеса и его осложнений, гингивита, пародонтита, периимплантита. Лечебно- профилактическая процедура является первым этапом стоматологического лечения. Удаление плотных и мягких отложений в обязательном порядке проводят, если запланировано: [Шинирование зубов](https://edu.protecodent.ru/articles/shinirovanie-zubov-pokazaniya-protivopokazaniya-i-aktualnye-metodiki/). Дентальная имплантация. [Профессиональное отбеливание зубов](https://edu.protecodent.ru/articles/otbelivanie-zubov-vidy-plyusy-i-minusy/). Пародонтологическое, терапевтическое лечение. Костная пластика на челюсти, включая синус-лифтинг. Реминерализирующая терапия, направленная на лечение начального кариеса. Коррекция прикуса с помощью брекет-системы, элайнеров, ортодонтических имплантов. Протезирование разрушенных, отсутствующих зубов винирами, вкладками, коронками, мостовидными, бюгельными, пластиночными протезами.

# Противопоказания.

При выявлении противопоказаний гигиену полости рта переносят на более благоприятный период или применяют альтернативную методику чистки. Например, если у пациента установлен кардиостимулятор, то вместо ультразвукового аппарата для удаления зубных камней используют специальные ручные инструменты. Противопоказания к проведению воздушно-абразивной техники: Аллергия на компоненты порошка. Эрозии, язвы, трещины на слизистой полости рта. Тяжелые болезни дыхательной системы, нарушенное носовое дыхание. Инфекционные заболевания — герпетические высыпания на губах, во рту, вирусный гепатит, ВИЧ. Беременность, бессолевая диета, возраст до 3 лет, гиперчувствительность эмали — гигиена возможна только с применением минимально абразивного глицина.

Противопоказания к применению ультразвука: Общесоматические: у пациента имплантирован кардиостимулятор; тяжелая форма сахарного диабета, эпилепсия; инфекционные болезни в стадии обострения; хирургическое лечение сетчатки глаз. Гигиену полости рта проводят только после консультации с офтальмологом. Стоматологические: гиперчувствительность зубов; зубы с участками деминерализации; остеомиелит, злокачественные новообразования челюсти; дефекты слизистой полости рта — эрозии, язвы, трещины; период молочного, сменного прикуса — вибрация может вызвать травму слабоми- нерализованных, формирующихся тканей.

# Методика проведения.

Стоматолог собирает анамнез, переходит к осмотру полости рта и регистрирует в медицинской карте состояние зубов. Информирует о том, как будет проходить комплексная гигиена полости рта, включающая 4 этапа: Индикация налета. Чистка. Финишная полировка зубной эмали.

Все типы приспособлений для ручного снятия отложений на зубах называют «скейлеры». В современном мире данные инструменты по-прежнему актуальны.

Достоинства метода удаления зубных отложений вручную: не имеется абсолютных противопоказаний, не высокая стоимость; эффективность удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений из труднодоступных мест, куда не удается добраться другими методами.

Использование ручных инструментов для профессиональной чистки обеспечивает гладкую поверхность корня, благодаря чему зуб долгое время защищен от зубного камня и налета.

Неприятные ощущения и боль, которая сохраняется некоторое время после чистки. Также невозможно полностью исключить риск травмирования десен. Данный способ возможно применять для пациентов стоматолога- пародонтолога перед тем, как проводить последующие процедуры и манипуляции.

**Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами**

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно- справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Гуттаперча – это материал природного происхождения, по химическому составу схожий с каучуком. Её применяют для лечения зубов, в частности, герметизации каналов, вот уже столетие. Это связано с пластичностью материала, удачно сочетающейся с твердостью и прочностью. Гуттаперчивые

штифты полностью перекрывают зубные каналы и все ответвления от них, делая лечение эффективным и быстрым.

Преимущества гуттаперчивых штифтов: совместимость с тканями человеческого организма; гипоаллергенность и нетоксичность; способность принимать нужную форму; со временем не подвергаются разрушению и усадке; легко извлекаются из зубных каналов в случае необходимости; проницаемы для рентгеновских лучей, что даёт возможность проконтролировать качество лечения.

У штифтов из гуттаперчи есть и свои недостатки: не способны сцепляться с твёрдыми тканями зубов; не обладают бактерицидным действием; трудоёмкость постановки из-за высокой пластичности.

Особенностью гуттаперчивых штифтов является то, что они выпускаются в различной модификации в зависимости от размера и способа установки.

Пломбирование корневых каналов гуттаперчей проводится двумя методами – с использованием холодного или горячего материала. Холодное пломбирование подразумевает погружение штифтов в каналы зубов с их последующим прогревом. С использованием одного штифта, который вставляется в канал. Свободный конец срезается. При этом всё свободное пространство дополнительно заполняется герметизирующей пастой; Боковая конденсация – штифты вводятся в канал до тех пор, пока полностью не заполнят его. Данная методика требует высокого профессионализма врача, т.к. при неаккуратном введении штифтов велика вероятность перелома корня зуба; Термомеханическая фиксация – вкручивание штифта с его одновременным размягчением; Размягчение введённого штифта химическими препаратами.

Горячее пломбирование каналов гуттаперчей выполняется с предварительным нагревом материала (до погружения в корень зуба). Инъекционное нагнетание гуттаперчи, разогретой до 200 градусов. Наиболее применяемая методика. Позволяет заделывать даже самые маленькие ответвления и отверстия; Система «Термофил» является современной разновидностью инъекционной методики. Подача материала осуществляется специальным шприцом с гибкой иглой; Вертикальная конденсация материала – трудоемкий и длительный процесс; Подача гуттаперчи с помощью медицинского шприца – устаревший способ, не дающий гарантий полной заделки всех пустот.

Наиболее подходящая методика подбирается врачом индивидуально для каждого пациента. Выбор зависит от состояния зубных каналов, а также степени запущенности кариеса.

**Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Фотополимерные пломбы относятся к реставрационным стоматологическим материалам, затвердевающим под воздействием ультрафиолета, и при- меняются для восстановления зубов. С их помощью можно вернуть эстетику и функционал любому элементу ряда, как при кариозных разрушениях, так и после травм, скорректировать форму зуба, устранить имеющиеся дефекты эмали.

Использование светоотверждаемых пломб рекомендовано при: восстановлении сильно разрушенных зубов, если сохранена половина коронковой части (разрушения могут быть как кариозного, так и некариозного характера); устранении изменений формы и цвета; исправлении дефектов эмали; коррекции после осколочных травм.

# Противопоказания.

Фактически противопоказаний для установки световых пломб не существует, но есть проблемы, которые с их помощью решить нельзя. Они не используются при: перфорациях; воспалениях в корневой части зуба; реставрации премоляров, если отсутствуют подряд два элемента ряда; лечении молочных зубов.

Для создания фотополимерных пломб применяются современные композиты, состоящие из наполнителя, дающего объем, и светоотверждаемого полимера. Композиты отличаются по плотности (они могут быть вязкими и текучими), по техническим (износостойкость) и эстетическим характеристикам, и делятся на несколько групп

# Методика проведения.

Установка световой пломбы выполняется в несколько этапов: Осмотр, рентгенограмма (если нужно), местная анестезия. Удаление поврежденных тканей, пульпы (если нужно), очищение каналов. Выбор материала с подбором цвета по специальной шкале. Подготовка к пломбированию (установка слюноотсоса, изоляция рабочей области ватными тампонами, сушка). Нанесение препарата для разрыхления дентина (он должен воздействовать на рабочую область не менее сорока секунд), удаление препарата, сушка лампой. Нанесение адгезивного состава. Формирование тела зуба с помощью фотополимера (каждый слой материала закрепляется ультрафиолетом). Восстановление анатомически правильной формы зуба, шлифовка. Корректировка прикуса, полировка. Покрытие фторсодержащим лаком для фиксации пломбы и укрепления эмали.

У фотополимерные пломбы имеют: возможность полного восстановления зуба (форма, эстетика, функционал) и реконструкции сильно разрушенных элементов ряда; высокая адгезия с тканями зуба; устойчивость к различным термическим воздействиям; долговечность; сохранение первоначального цвета материала в течение длительного времени; эстетика — полимер тщательно подбирается по цвету к оттенку эмали.

Есть ситуации, когда такие пломбировочные материалы просто нельзя или нецелесообразно применять. К ним относится высокая подвижность зу бов, воспалительный процесс в корне или необходимость установки ортопедической конструкции (коронки) для сохранения зуба.

После установки фотополимерной пломбы рекомендуется не кушать в течение двух часов, чтобы дать пломбировочному материалу набрать максимальную прочность. В следующие несколько дней нежелательно употреблять продукты, которые: могут окрасить пломбу (кофе, вино, ягодные соки); оказывают повышенную нагрузку при жевании (твердые, жесткие).

Чтобы снизить вероятность воспаления, можно пополоскать полость рта отваром ромашки.

Пломбы из светоотверждаемых композитов служат примерно 5-7 лет и не требуют специального ухода. Нужно качественно чистить зубы дважды в день; пользоваться для очищения межзубного пространства ирригатором и ершиками; регулярно посещать стоматолога для осмотра.

**Определение индексов гигиены полости рта**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Гигиенический индекс в стоматологии — это метод определения состояния полости рта и эффективности гигиенических процедур. Для оценки состояния полости рта в современной стоматологии существует около восьми десятков разных индексов гигиены, многие из которых основываются на окрашивании эмали специальным раствором и определении количества, толщины зубных отложений.

Индексы отражают степень чистоты, признаки бактериального заражения, количество зубов с кариесом. Они помогают врачу выяснить причины разрушения зубов, заболеваний десен, а также имеют значение в подборе пра вильных способов профилактики заболеваний. Мы рассмотрим основные виды индексов, критерии оценки, а также методики диагностики состояния ротовой полости.

Индекс по Грину — Вермиллиону предусматривает определение мягких (налета) и твердых (камня) зубных отложений на поверхности двух первых верхних моляров, двух нижних и двух верхних резцов.

Оценку производят следующим образом: 0 — отсутствие зубного налета, камня;1 — налет покрывает треть поверхности зуба, зубной камень локализуется над деснами; 2 — налет поражает до 2/3 зуба, отмечается поддесневой камень; 3 — налет покрывает более 2/3 поверхности, поддесневой камень поражает шейки зубов. Расчет индекса производится путем суммы оценки налета и зубного камня, а также делением на 6. Индекс менее 0,6 говорит о

хорошем качестве гигиены, удовлетворительном — от 0,7 до 1,6, неудовлетворительном — от 1,7 до 2,5, и более 2,6 — плохом.

Индекс КПУ является распространенным показателей, он призван отразить особенности протекания кариеса. Индекс предусматривает три показателя: К — число очагов кариеса; П — установленные пломбы; У — удаленные единицы зубного ряда. Совокупность информации дает стоматологу возможность определить степень тяжести протекания кариозного процесса, распространенности кариеса. Обследование молочных зубов не учитывает параметр У. Степень распространенности рассчитывается следующим образом: число пораженных кариесом зубов делят на количество обследуемых единиц, умножают на 100. Полученный результат может быть следующим: до 30% — низкая; 31–80% — средняя; 81% и более — высокая.

Индекс не позволит дать достоверную информацию о характере течения кариеса, поскольку на картину может повлиять ранее проведенное лечение, удаление зубов.

Индекс гигиены по Федорову — Володкиной предусматривает определение уровня загрязненности зубов налетом. Диагностика предполагает высушивание эмали и нанесение раствора с калием и йодом на внешнюю поверхность нижних фронтальных зубов. Индекс определяется интенсивностью окрашивания: 1 балл — окрашивание отсутствует; 2 балла — окрашена четверть поверхности коронки; 3 балла — окрашивание половины поверхности; 4 балла — окрашивается ¾ поверхности; 5 баллов — окрашивание всей поверхность коронки.

Индекс считают путем суммы индексов каждого окрашенного зуба, деленную на 6. Итоговый результат определяет качество гигиены: 1,1–1,5 — высокое; 1,6–2 — удовлетворительное; 2,1 – 2,5 — неудовлетворительное; 2,6– 3,4 — низкое; менее 3,5 — очень низкое.

Индекс Силнес — Лоу не предполагает нанесения окрашивающих растворов. Врач-стоматолог проводит осмотр полости рта, оценивая количество и толщину налета визуально, а также с помощью зонда. Согласно индексу Силнес — Лоу, врач ставит оценку следующим образом: 0 — налета нет; 1 — тонкий слой зубных отложений, который определяется использованием зонда; 2 — внешне заметные отложения; 3 — зубной налет покрывает коронку.

С помощью данного метода может быть вычислен индекс гигиены отдельного зуба, группы зубов или всей полости рта.

Индекс Пахомова предполагает нанесение раствора Люголя на шесть фронтальных нижних зубов, все первые моляры, а также 11-й и 21-й зубы. Качество гигиены определяется степенью окрашивания: 1 — отсутствие краски; 2 — окрашивание четверти коронки; 3 — окрашивание половины коронки; 4

— окрашивание ¾ коронки; 5 — окрашивание всей поверхности. Индекс рассчитывается путем суммы оценок для каждого изучаемого зуба и их деления на 12.

Индекс PHP в стоматологии призван определить степень эффективности гигиены, в том числе качество ежедневной чистки зубов. В рамках этого обследования изучаются зубы 16, 26, 11, 31, 36 и 46. Врач предложит пациенту

прополоскать рот раствором с красителем. Оценку специалист ставит на основе окрашивающей реакции: 0 означает отсутствие изменения цвета, а 1 — окрашивание зуба. Если оцениваемый зуб отсутствует, производится оценка близко расположенного зуба. Индекс определяется суммой оценок, разделенной на 6. Эффективность гигиены может быть представлена следующим образом: менее 0,1 — высокая; 0,1–0,6 — хорошая; 0,7–1,6 — удовлетворительная; более 1,7 — неудовлетворительная.

Индекс CPITN в стоматологии также называют показателем потребности в терапии пародонта. Этот метод предполагает осмотр десен в области нескольких зубов обеих челюстей. В рамках диагностики врач определяет состояние тканей с помощью зонда, обнаруживает кровоточивость десен, пародонтальные карманы, твердые зубные отложения. Оценка производится так: с применением зонда врач определяет симптомы в виде кровоточивости, глубины пародонтального кармана, локализации зубного камня. Могут присваиваться следующие баллы: 0 — отсутствие симптомов заболевания тканей пародонта; 1 — появление крови после незначительного физического воздействия; 2 — наличие наддесневых твердых зубных отложений; 3 — пародонтальный карман глубиной до 0,5 см; 4 — пародонтальный карман от 0,5 см и более.

Оценка ставится общая для всех исследуемых зубов. Она отражает и состояние мягких тканей, и показание к лечебному вмешательству. Потребность в лечении определяют с помощью суммы результатов по каждому зубу, поделенную на число исследованных единиц ряда. Если число баллов равняется 0, лечение не требуется. Один балл означает необходимость удаления зубного камня, 2–3 балла предполагает проведение профессиональной гигиены, 4 балла — комплексного лечения.

Индекс PMA расшифровывается как папиллярно-маргинально- альвеолярный индекс. Такое обследование может быть использовано стоматологом для пациентов с гингивитом — воспалением десен. Оценка предусматривает учет расположения очага воспаления и степени поражения: 0 баллов при отсутствии симптомов; 1 балл предполагает поражение десневого сосочка; 2 балла при поражении краевой области десны; 3 балла в случае воспаления альвеолярного участка. Формула расчета следующая: сумма баллов/n\*3 (в %), где n означает количество зубов. Значение меньше 30% означает легкую степень, 31–60% — среднюю, а более 60% — тяжелую степень.

Процедура расчета индекса АPI предполагает нанесение окрашивающего вещества на апроксимальные поверхности, то есть области соприкосновения эмали с расположенным сзади зубом. Эта область требует внимательного ухода, что может быть трудно осуществить только ежедневной домашней гигиеной. И если количество налета будет большим, может быть рекомендована профессиональная чистка зубов. После нанесения красящего вещества врач оценит, на скольких зубах изменится окраска. Во внимание не принимается оценка загрязнения, учитывается только наличие и отсутствие реакции на красящее вещество. Индекс определяется путем суммы окрасившихся зубов на число всех зубов в полости рта, а полученную сумму умножают на 100. Уровень гигиены оптимальный, если получился показатель менее 25%, достаточный — при 26−39%, умеренный — при 40−69%, неудовлетворительный — при 70−100%.

Показатель Нави. Этот параметр предполагает исследование передних резцов с внешней стороны. Врач предложит прополоскать полость рта раствором фуксина, это красящее вещество меняет цвет мягкого налета, что позволяет оценить степень гигиены. При отсутствии зубных отложений пациент получает разные оценки: 1 балл — указывает не наличие мягкого налета в области у края десны; 2 — наличие полоски налета над границей зуба и десны; 3 балла — присваивается в случае, когда зуб покрыт налетом на треть; 4 — при покрытии коронки зуба на 2/3; 5 — если налет есть более чем на 2/3 коронки. Для общей оценки вычисляют среднее арифметическое для обследуемых зубов.

Арним индекс используется в рамках решения научно- исследовательских задач. Вычисления в обычной стоматологической практике проводятся редко, поскольку довольно трудоемки. Процедура предусматривает определение площади, которую покрывают мягкие отложения. Для этого проводится нанесение красителя (эритрозина) на передние резцы, создание фотоснимков окрашенных зубов и увеличение изображений, перенесение контуров с помощью планиметра.

Индекс гигиены Турески предусматривает обследование всего зубного ряда с помощью красящего вещества. Для определения уровня гигиены наносится раствор фускина, после чего врач анализирует появление окрашенных отложений на внешней и внутренней поверхности зубов. Оценка проводится путем присвоения баллов: 0 — отсутствие мягких отложений; 1 — наличие налета в пришеечной области зуба; 2 — мягкий налет толщиной 1 мм; 3 — отложения от 1 мм на менее чем трети коронки зуба; 4 — наличие налета на 2/3 зуба; 5 — налет покрывает 2/3 зуба и более, иногда коронку полностью. Индекс рассчитывают с помощью суммы оценок для каждого зуба и деления на число обследуемых зубов.

PFRI призван отразить скорость формирования мягких зубных отложений, помогает дать оценку факторам и условиям, влияющим на образование налета, а значит, выявить риски развития кариеса. На скорость появления налета могут влиять особенности микробиома полости рта, состав и качество слюны, состояние мягких тканей, пломб, особенности ухода за протезами. Перед оценкой скорости образования зубного налета выполняют процедуру про- фессиональной гигиены. Диагностику планируют через сутки после проведения чистки. Врач нанесет окрашивающее вещество в полости рта, оценке под- лежат щечная, язычная, мезио-щечная, мезио-язычная, дистально-щечная, ди- стально-язычная поверхности. Появление окрашивания оценивается в один балл, а отсутствие реакции — в ноль баллов. Чтобы вычислить индекс, нужно поделить сумму баллов на число зубов и умножить полученные данные на 100. Процентный результат может быть следующим: 0–10% — очень низкая скорость; 10–20% — низкая; 21–30% — средняя; 31–40% — высокая; 40% и более — очень высокая.

# Методика проведения.

Методику определяет врач. Определение стоматологических индексов гигиены может быть комплексным. Врач обязательно сначала осмотрит полость рта с помощью зеркал, зонда, проанализирует жалобы, учтет особенности состояния полости рта. Распространенным индексом гигиены полости рта являются индексы Федорова — Володкиной, ИГР-У, КПУ. При необходимости проводится также пальпация для оценки состояния мягких тканей, рассчитываются специфические индексы при наличии уже известных или возможных заболеваний тканей пародонта. Расчет индексов принимается во внимание при постановке диагноза, а также оценке качества гигиенических процедур — как домашних, так и проведенных в кабинете стоматолога. При необходимости врач даст соответствующие рекомендации, направит на профессиональную чистку, лечение зубов и/или десен.

**Лечение острого пульпита**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Острый пульпит – это воспалительная реакция пульпы зуба в ответ на попадание инфекции или действие каких-либо раздражителей. Характеризуется короткими или продолжительными приступами зубной боли, которая становится более сильной ночью и возникает при воздействии холодного и горя- чего.

Выявляют заболевание на основании жалоб пациента, осмотра ротовой полости стоматологом, путем проведения рентгенографии и электроодонтодиагностики. Если диагностирован острый пульпит, лечение проводят двумя способами – консервативным или оперативным.

При развитии заболевания сначала появляется ноющая боль в зубе, которая имеет нарастающий характер. Болевой синдром постоянный или прерывистый, значительно усиливается в ночные часы и при температурных воздействиях. Больной зуб наиболее сильно реагирует на холод. Если постучать по поверхности, у пациента нет неприятных ощущений либо они незначительные.

Диагностика пульпита проходит в несколько этапов. Первый – осмотр ротовой полости стоматологом. Учитываются жалобы пациента на острую боль, наличие травмы или кариозной полости. Все это указывает на пульпит. Но определить одним визуальным осмотром острую и хроническую формы заболевания невозможно. Для определения стадии и типа патологии пациенту назначают обследование: Для постановки точного диагноза важна дифференциальная диагностика острого пульпита. Это важно, чтобы не спутать его с другими заболеваниями, имеющими схожие проявления.

При обращении с острой болью пациенту назначают обезболивающие препараты для снижения болевых ощущений до момента стоматологического приема. Заболевание лечат двумя основными способами – консервативным или биологическим и хирургическим. В обоих терапию проводят с предварительным обезболиванием. Инъекцию делают примерно за 30 минут до начала лечения. Для анестезии применяют чаще всего раствор лидокаина или тримекаина.

Консервативный способ лечения острого пульпита. Основная цель – сохранение пульпы. Врач проводит поэтапное лечение: Консервативную терапию проводят преимущественно пациентам в молодом возрасте. Это метод предполагает обязательное учитывание наличия заболеваний слизистой оболочки ротовой полости, а также локализацию кариеса. В ходе лечения применяют противовоспалительные лекарственные препараты. Препараты с содержанием гидроокиси кальция необходимы для стимулирования образования дентина. Протеолитические ферменты необходимы для регенерации тканей, снятия отека. После закладывания лекарства стоматолог закрывает зубную полость на несколько дней – от 3 до 5. Далее, при отсутствии реакции пульпы ставят постоянную пломбу.

Оперативный или хирургический способ. Врач проводит следующие этапы лечения: Таким методом проводят лечение острого диффузного пульпита. Если диагностирован острый очаговый пульпит, лечение предполагает удаление устьевой и коронковой пульпы, корневую сохраняют. Хирургическое лечение проводят в одно и в два посещения.

В некоторых случаях в результате лечения острого пульпита у пациента развиваются осложнения. Возникают сильные болезненные ощущения или повышенная чувствительность. В подобных случаях врач назначает обработку зуба раствором анестетика или курс физиотерапии в виде получения флюктуирующих токов. При рецидивах показана замена лекарства, которое было заложено в зубную полость в ходе лечения. Если подобные процедуры не эффективны, пораженный зуб могут удалить.

Если требуется лечение острого пульпита, цена зависит от ряда факторов. На конечную стоимость влияют качество применяемых расходных материалов, лекарственные препараты, виды материала для постановки пломбы, а также используемое оборудование.

**Девитализация**

# ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

**Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.**

Девитализация - умерщвление зуба и последующее удаления пульпы, содержащей сосуды и нервные окончания.

Показания.

Решение о девитализации принимается по итогам комплексной диагностики.

Способы, применяемые при удалении пульпы, предусматривают следующие варианты: ввиду того, что мышьяк обладает токсическими свойствами, определение точной дозировки и соблюдение продолжительности применения становятся ключевыми факторами. При этом нельзя не отметить, что подобные составы обеспечивают наименьшие сроки умерщвления пульпы. Использование химических средств.

# Методика проведения.

Протокол врачебного вмешательства предусматривает вскрытие верхней части пульпарной камеры и наложение пасты с содержанием мышьяка, для подачи которой используется стоматологический зонд. Сформированный слой аккуратно накрывается ватным тампоном, пропитанным анестетическим средством. Для закрытия полости используется временная водно-дентинная повязка, благодаря которой участок герметично отгораживается от внешнего воздействия.

Продолжительность нахождения состава внутри коронки зависит от числа корней зуба, и варьируется в диапазоне 24-36 часов. В случае диагностирования химического периодонтита экстракция пульпы проводится немедленно.

В первые часы после вмешательства возникает болезненная реакция, для купирования которой рекомендуется употребление препаратов. Дискомфорт, сохраняющийся более 3-4 часов, выступает основанием для повторного обращения к врачу. Проведение процедуры, если в результате часть состава вымывается из полости, может стать причиной сложных химических ожогов, приводящих к некрозу прилегающих тканей.

В ситуациях, когда применение химических составов невозможно по причине наличия аллергии на их компоненты, назначается процедура электро-некротизации пульпы. В рамках процедуры проводится вскрытие камеры, с последующим вводом в полость состава, провоцирующего некротические изменения или мумификацию, после чего пульпа удаляется полностью или частично – в зависимости от медицинских показаний.

Методика допускает применение одного из двух протоколов:

После проведения перфорации камеры на обнаженный участок накладывается выбранное средство, объем и продолжительность нахождения которого в камере определяется как спецификой препарата, так и характеристикой состояния пациента. В перечень ограничений, исключающих проведение операции, входят острая форма лейкоза, тяжелые сердечно-сосудистые патологии, диагностированный стоматит, а также психические заболевания.

Девитализация применяется только по отношению к пораженным зубам, лечение которых не дает желаемого результата. Удаление нерва из зубного канала – стрессовая ситуация, на фоне которой организму требуется щадящий режим. Соблюдение врачебных предписаний облегчает прохождение пациентом реабилитационной фазы.

Наложение девитализирующей пасты — один из основных этапов лечения больного зуба. Процедуру проводят, чтобы «убить» нервные окончания в корневых каналах. Когда активные вещества в составе пасты подействуют, врач сможет безболезненно для пациента удалить пульпу и запломбировать корневые каналы.

Лечение пульпита и периодонтита обычно занимает 2-3 посещения. Во время первой консультации стоматолог вскрывает кариозную полость, удаляет гной и пораженные ткани. Затем в каналы закладывают девитализирующую пасту, закрывают полость временной пломбой. Все процедуры проводятся под местным обезболиванием.

Следующий визит — через 1-10 суток после наложения лечебного состава. Срок зависит от состояния зуба, количества корней и типа пасты: мышьяковистые кладут на 24-48 часов, параформальдегидные — почти на неделю. За это время активные вещества подействуют, зуб будет готов к дальнейшему лечению и восстановлению. Важно строго соблюдать указанные врачом сроки. Нельзя ходить с временной пломбой дольше разрешенного срока. В противном случае активные вещества из лекарства попадут в кровь и могут привести к токсическому отравлению организма.

Современные девитализирующие пасты безопасны для человека. Концентрация активных веществ в них минимальна. Если вовремя удалить препарат из полости зуба, риск развития побочных эффектов полностью исключен. Наложение лекарств разрешено даже при лечении зубов у беременных и кормящих матерей.

Наложение девитализирующих паст проводят только при лечении постоянных зубов.

Основу пасты обычно составляют мышьяк, формальдегид или параформальдегид. Одним из способом лечения пульпы (нервных волокон зуба) является наложение девитализирующей пасты.

Если есть ноющая зубная боль, то это может быть основанием обращения к врачу стоматологу для применения девитализирующей пасты. Основу пасты обычно составляют мышьяк, формальдегид или параформальдегид. Одним из способом лечения пульпы (нервных волокон зуба) является наложение девитализирующей пасты.

Этапы наложения пасты: Первый этап (первое посещение): подготовка к наложению пасты. Врач осуществляет инструментальную обработку кариозной полости. Используя аппликационное обезболивание и действуя максимально осторожно, поэтапно удаляется дентин: он убирается со стенок и дна кариозной полости. При остром диффузном пульпите понадобится раскрыть полость зуба хотя бы в одной точке. Это позволит не только снизить внутрипульпарное давление, но и даст возможность девитализирующему агенту проникнуть в пульпу. После этого кариозная полость промывается теплым раствором антисептика и высушивается. Второй этап (второе посещение): наложение девитализирующей пасты. Паста накладывается на 7-10 дней. При помощи инструментов паста вводится на дно кариозной полости и размещается около проекции рога пульпы. Поверх вещества ставится временная пломба.

Длительность действия мышьяковистой пасты в однокорневые зубы накладывается на 24 часа, в многокорневые – на 48 часов. После этого стоматолог назначает время, когда следует явиться на повторный прием. Третий этап: снимается временная пломба, удаляется мертвая пульпа и тщательно пломбируется.