

Таблица 2. Временные затраты на лечение различных нозологических форм

Диагноз	Количество	Время общее, мин.	Время на 1 случай, мин.
Кариес дентина (средний кариес)	7	117,00	16,70
Кариес дентина (глубокий кариес)	6	136,00	22,20
Рецидивирующий кариес депульпированного зуба	8	174,00	21,75
Пульпит	7	425,00	60,75

Таблица 3. Временные затраты рабочего времени на отдельные лечебные манипуляции

Манипуляции	Время, мин.
Вызов больного, размещение пациента в кресле, мытье рук врача, сбор жалоб и анамнеза, осмотр, постановка диагноза	5,00-7,00
Препарирование кариозной полости	2,00-6,00
Наложение пломбы	4,00-6,00
Шлифование, полирование пломбы, совет по уходу за полостью рта и по рациональному зубопротезированию	2,00-6,00
Механическая и химическая обработка одного корневого канала	5,00-10,00
Пломбирование корневого канала	2,00
Рентген-контроль	10,00
Заполнение документации	5,00-6,00
Оказание помощи при острой боли	10,00

экспертным путем нашего исследования, составляют по 10 мин). Доля глубокого кариеса составляет 30,0%. Рабочее время врача-стоматолога – 6 ч 36 мин., из него вычитаем время на отдых, естественные надобности, планерки, санитарно-просветительную работу – всего 41 мин. Остается 355 мин. чистого рабочего времени. Учитывая, что на территориальном участке будет лечиться только кариес (средние затраты на лечение одного зуба состав-

ляют 23,36 мин. = 16,7 мин. + 22,2 мин. x 0,3), врач может вылечить в смену 14 зубов. Учитывая, что в среднем на одного жителя приходится три не леченных неосложненных кариеса, за год врач на участке может пролечить (не санировать!) только 1029 человек. Следовательно, при 50% обращении населения к участковому врачу на участок 10 000 человек необходимо не менее четырех врачей только для доступного, своевременного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Ананьева Н. Г. Система организации стоматологической помощи населению России. – М.: Медицинская книга, 2005. – 166 с.
2. Инструкция по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей стоматологов и зубных врачей: приказ Минздрава РФ от 15.11.2001 г., №408 «Об утверждении Инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей стоматологов и зубных врачей».

Опыт применения технологии гидрокинетического препарирования твердых тканей зуба на терапевтическом стоматологическом приеме

М.А. КОШЕВАРОВА, И.В. ФИЛИМОНОВА, Е.А. ТЁ
Областная клиническая стоматологическая поликлиника, г. Кемерово
Кемеровская государственная медицинская академия

Метод препарирования твердых тканей зуба прошел эволюцию от профилактического расширения Роберта Блэка (конец XIX века), принципа биологической целесообразности Лукомского И. Г.

(40-50 гг. XX века) до методик минимально инвазивного вмешательства, сформулированных Simonsen R. J., Mc Lean J., Fusayama T., в 90-е годы XX века (Юдина М.А., 2008).

Принцип минимально инвазивного вмешательства в стоматологию одобрен и рекомендован FDI в 2002 году для широкого практического применения. Суть метода состоит в ранней диагностике кариозных и

некариозных поражений и минимальном оперативном вмешательстве в ткани зуба (Маунт Г. Д., 2005).

В нашей клинике с 2006 года мы используем методику водно-абразивного (гидрокинетического) препарирования с помощью аппарата Aquacut Quatro (Velorex, Великобритания). Его действие основано на совместном использовании энергии абразивных частиц, находящихся в потоке воды. При этом смешивание происходит только в самом конце пластиковой насадки. Струя смазочно-охлаждающей жидкости (СОЖ) поднимается по парному трубочному каналу к накопнику устройства в соответствии с завихряющим эффектом Вентури (Маунт Г. Д., 2005, 2006). Емкость дозатора может быть наполнена любой комбинацией оксида алюминия (29 мк или 53 мк) для обработки кариозной полости или мелкокачественным двууглекислым натрием для очистки и полировки поверхности зуба.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В сравнительном аспекте оценить эффективность водно-абразивного и традиционного препарирования твердых тканей зуба.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2007-2008 гг. методикой гидрокинетического одонтопрепарирования пролечены 120 человек (398 зубов). Все пациенты были разделены на группы:

1. Пациенты, имеющие страх перед стоматологическим вмешательством – 12 человек (10%).
2. Пациенты, не переносящие анестетики артикаинового ряда – 4 человека (3,3%).

3. Пациенты с некариозными поражениями твердых тканей зубов – 40 человек (33,3%).

4. Пациенты с гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст. – 36 человек (30%).

5. Беременные женщины – 28 человек (23,3%).

Во всех случаях лечение проводилось без использования местной анестезии. Сначала зуб очищался от налета при помощи порошка гранулированного бикарбоната натрия, затем дефекты твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения обрабатывались порошком оксида алюминия. Порошок дисперсности 29 мкм использовался для препарирования некариозных поражений (клиновидные дефекты, эрозии эмали), кариозных полостей V класса, для финишной обработки полостей других локализаций. Порошок 53 мкм использовался для расширения небольших кариозных полостей I, VI класса. Во всех случаях обработка проводилась импульсно по 5-10 сс расстояния 1,0-2,0 мм до поверхности зуба.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Почти все пациенты отмечают безболезненность вмешательства (118 чел., 97,6%) и психологический комфорт во время лечения (отсутствие шума, вибрации и запаха).

Во всех случаях пациентам оказывался больший объем помощи в одно посещение (в среднем лечение 3,3 зуба) за счет отсутствия необходимости в проведении анестезии и возможности работать в нескольких квадрантах сразу.

За период наблюдений (2007-2008 гг.) не выявлено ни одного случая постоперационной чувствительности после пломбирования, что объясняется более щадящим воздействием абразивного препарирования по сравнению с традиционным (отсутствие трещин, сколов, перегрева и вибрации).

Не зарегистрировано случаев выпадения композитных реставраций и нарушений краевого прилегания пломб. Долговечность реставраций после абразивного препарирования объясняется оптимальной подготовкой обрабатываемых поверхностей (отсутствие смазанного слоя, шероховатая поверхность с максимальной площадью для контакта).

Таким образом, данный метод препарирования в сочетании с адгезивной техникой пломбирования имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционным одонтопрепарированием: атравматичность воздействия, оптимальная подготовка адгезионных поверхностей, психологический комфорт пациента, минимизация нагрузки врача.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Юдина Н. А. Минимально инвазивные вмешательства в стоматологии: стратегии и технологии // Современная стоматология. 2008. №1. С. 15-18.
2. Маунт Г. Дж. Стоматология минимального вмешательства // ДентАрт. 2005. №2. С. 24-29.
3. Маунт Г. Дж. Стоматология минимального вмешательства: поражения области 1 // ДентАрт. 2006. №1. С. 14-20.

Клиническое исследование апекслокатора «Руарех 5»

С.Ю. ПАТЛАТЫЙ

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Лечение осложнений кариеса остается весьма важной и все еще не до конца решенной проблемой в терапевтической стоматологии. Качество лечения осложненного кариеса зубов во многом определяется правильностью подбора средств и методов

эндодонтических вмешательств (Боровский Е. В., 1997).

В настоящее время в клинической эндодонтии стали активно обсуждаться вопросы использования апекслокации как оперативного метода контроля за степенью введения эндодонтических инстру-

ментов в корневой канал. Исследования в этой области показывают, что методы контроля за эндодонтическими манипуляциями являются неперенным условием качества эндодонтического лечения, но в практическом здравоохранении не находят должного применения.