



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18833 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61C 7/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ОЦІНКИ ТРАВМАТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ ЗУБІВ

1

(21) u200606439

(22) 09.06.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Мірза Роман Олександрович

(73) Мірза Роман Олександрович

(57) Спосіб оцінки травматичної оклюзії зубів шляхом визначення рухливості зубів, який **відрізняється** тим, що проводять вимірювання рухливості зубів апаратом Періотест, спочатку на верхній щелепі, потім на нижній щелепі при розімкнутих

2

щелепах, проводять таке ж вимірювання при зімкнутих щелепах в положенні центральної оклюзії, результати записують у таблицю і при різних цифрових значеннях в першому і другому вимірюваннях виявляють підозрілі зуби, пришліфовування маркованих зубів проводять до тих пір, поки результати не стануть максимально наближені до показників в першому вимірюванні, тобто при розімкнутих щелепах, пришліфовані ділянки полірують і покривають фторлаком.

Корисна модель, що заявляється відноситься до області медицини, а саме до стоматології, точніше до ортопедичної стоматології і може використовуватися для визначення травматичної оклюзії зубів.

Проблема травматичної оклюзії зубів є однією з головних в стоматології, що пов'язана з функціональним переважанням опірно-утримуючого апарату зуба, яка виникає при підвищуючих прикус пломбах, коронках, мостоподібних протезах та інших нераціональних ортопедичних конструкціях. Таким чином, резорбція кісткової тканини альвеолярного паростку, руйнування періодонту, збільшення над ясеневі частини зубів, патологічна рухливість і переміщення зубів, втрата міжзубних контактів, і цілісності зубного ряду являється патологічними механізмами в розвитку вторинної, травматичної оклюзії.

Відомий спосіб визначення травматичної оклюзії зубів [1], який передбачає: пластину бюгельного воску підковоподібної форми накладають на нижній зубний ряд і просять пацієнта міцно зімкнути зуби в положенні центральної оклюзії, після чого пластину обережно виводять із порожнини рота, промивають в холодній проточній воді, після чого аналізують при доброму освітленні, або на негатоскопі. Супраконтакти виявляються як ділянки потоншеного або перфорованого воску. Після вивчення діагностичних моделей і оклюдограм виконують попереднє пришліфовування зубів.

Однак даний спосіб має наступні недоліки:

1. Займає більше часу, що пов'язане з відливанням моделей

2. Метод не визначає витривалості пародонта у зубів, що підлягають при шліфуванні.

Найбільш близьким до запропонованого способу, обраного як найближчий аналог є спосіб оцінки травматичної оклюзії зубів шляхом накладання вказівного пальця на вестибулярну поверхню "підозрюемого" зуба і сусідніх, при змиканні щелеп відбувається його дрижання [1]. Однак, вказаний спосіб має недоліки:

1. Відносно точний, базується на суб'єктивних відчуттях

2. Не оцінює резервні сили пародонту.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб, який дозволить рівномірно розподілити жувальний тиск на пародонт зубів. Головною відмінністю способу, що заявляється від способу-найближчого аналога, що визначає передчасні контакти та дозволяє провести перерозподіл жувального тиску шляхом вибіркового пришліфовування є - пришліфовка виключно при пародонтиті, тобто ліквідування вторинної травматичної оклюзії.

Поставлену задачу вирішують тим, що у відомому способі оцінки травматичної оклюзії шляхом визначення рухливості зуба, згідно корисної моделі проводять вимір рухливості зубів апаратом Періотест, спочатку на верхній щелепі, а потім на

(13) U  
18833  
(11)  
(19) UA

нижній щелепі при розімкнутих щелепах, потім проводять такий же вимір при зімкнутих щелепах в положенні центральної оклюзії, результати записують у таблицю і при різних цифрових значеннях в першому і другому вимірах виявляють підозрілі зуби. Проводять при-шліфовку маркованих зубів до тих пір, поки результати не стануть максимально наближені до показників в першому вимірі, тобто при розімкнутих щелепах, пришліфовані ділянки полірують і покривають фторлаком.

Відмінною особливістю способу, що заявляється є те, що він дозволяє виявити не тільки зуби, що функціонально перевантажені, але і виявляє резервні сили пародонту кожного зуба окремо без рентгенологічного дослідження, крім того спосіб дає можливість оцінити ефективність вибіркового пришліфування кожного зуба окремо.

Конкретний приклад виконання:

Звернулась хвора Максименко Марина Вікторівна 1961 р- народження, історія хвороби 7. Діагноз: генералізований пародонтит 2 ст. тяжкості,

симптоматичний катаральний гінгівіт.

Проведено дослідження опорно-утримуючого апарата зуба на верхній і нижній щелепах. Визначення травматичної оклюзії і усунення її під контролем апарата Періотест за запропонованим нами способом. Результати записувались в таблицю і оцінювались, як ефективність вибіркового пришліфовування в той же день і ефективність лікування через деякий час.

Запропонований спосіб може бути використаний для виявлення вторинної травматичної оклюзії, як об'єктивний метод оцінки резервних сил пародонту.

По способу, що заявляється було проліковано 5 хворих. Отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати спосіб для впровадження в медичну практику.

Література:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. "Ортопедическая стоматология" - 409-410с.