



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55261 (13) A

(51) 7 A61C5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ КЛИНОПОДІБНОГО ДЕФЕКТУ ЗУБА ДО ПЛОМБУВАННЯ

1

2

(21) 2002086836

(22) 19 08 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(72) Рубенко Євгеній Григорович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб оперативної підготовки клиноподібного дефекту зуба до пломбування шляхом препарування, який відрізняється тим, що вершину гострого кута клиноподібного дефекту зуба препарують з утворенням заокруглення

Винахід відноситься до області медицини, зокрема, до стоматології і може бути використаний для оперативної підготовки клиноподібного дефекту до пломбування.

Відомий спосіб оперативної підготовки клиноподібного дефекту до пломбування [1 Цимбалістов А.В., Жидких В.Д., Садиков Р.А. Клиническое значение микроструктуры и минерализации твердых тканей зубов при лечении клиновидных дефектов // Новое в стоматологии - 2000 - №3 - С.12-18] шляхом препарування. При цьому видаляють змінену емаль (ділянки мікротріщин), навісаючі краї й дентин. Максимальне розширення проводять в області границі з боку емалі (3-4мм). У бічних ділянках допускається поступове плавне зменшення зони розширення. В області придесневої стінки формують скіс для збільшення площі зіткнення тканин зуба з пломбувальним матеріалом. При застосуванні даного способу передбачається видалення функціонально неповноцінних тканин по периферії дефекту для створення найкращих результатів при використанні адгезивної техніки реставрації.

Недоліком даного способу оперативної підготовки є можливість подальшого поглиблення клиноподібного дефекту, а також те, що він може застосовуватись тільки при використанні адгезивної техніки реставрації.

Найбільш близьким по технічній сутності способу, що заявляється, є спосіб оперативної підготовки клиноподібного дефекту до пломбування [2 Магид Е.Ф., Мухин Н.А. Фантомный курс терапевтической стоматологии -М., Медицина, 1987 - 303с.] шляхом препарування, при цьому за допомогою невеликих розмірів круглих, колесовидних і оберненоконусних борів роблять крапкові поглиб-

лення, які в подальшому заповнюють пломбувальним матеріалом або штифтами.

Недоліком відомого способу є збільшення напруження в області дефекту, яке утворюється внаслідок створення поглиблень, а отже, сприяння збільшенню дефекту.

В основу винаходу поставлена задача створення способу оперативної підготовки клиноподібного дефекту зуба до пломбування шляхом препарування, вершини гострого кута, який створює клиновидний дефект зуба, з утворенням заокруглення, що дає можливість усунути концентрацію напруження у вершині дефекту і запобігти подальшому його поглибленню.

Сутність способу оперативної підготовки клиноподібного дефекту зуба до пломбування полягає в тому, що вершину гострого кута клиноподібного дефекту зуба препарують з утворенням заокруглення.

Новим є те, що вершину гострого кута клиноподібного дефекту зуба препарують з утворенням заокруглення.

Відомо, що при бічному оклюзійному навантаженні на зуб концентрація напруження локалізується в пришийковій ділянці зуба. При надмірному бічному оклюзійному навантаженні, викликаному різними причинами, може розвиватися клиноподібний дефект зуба. Поширення (поглиблення) клиноподібного дефекту відбувається уздовж вершини гострого кута, який створює клиноподібний дефект. При цьому концентрація напруження тим більша, чим гостріше цей кут і, чим менше радіус заокруглення у вершині кута. Тому утворення заокруглення замість гострого кута клиноподібного дефекту зуба усуває концентрацію напруження, а, отже, попереджає подальше його поглиблення.

(13) A

(11) 55261

(19) UA

Реалізують спосіб таким чином. Клиноподібним бором, діаметр якого менше зовнішнього розміру клиноподібного дефекту, здійснюють препарування вершини гострого кута, утворюючи заокруглення без поглиблення в підлягаючі тканини. При цьому усувають концентрацію напруження. У такий спосіб створюються кращі умови для адгезивної техніки реставрації, тому що збільшується площа адгезивного контакту, і видаляються патологічне змінені тканини зі стінок дефекту, які перешкоджають міцному адгезивному з'єднанню.

Потім здійснюють пломбування дефекту відповідно з інструкцією до використання, застосовуваного пломбувального матеріалу.

Запропонований нами спосіб оперативної підготовки клиноподібного дефекту до пломбування відрізняється простотою у використанні, і може застосовуватись при реставрації будь-якими пломбувальними матеріалами.

Приводимо конкретні приклади застосування пропонованого способу.

Приклад 1. Пацієнт С., 44 років, звернувся зі скаргами на наявність клиноподібних дефектів 14 і 24 зубів. Раніше ці дефекти два рази відновлювалися пломбувальними матеріалами світлової полімеризації, але через 5-6 місяців пломби випадали. При цьому пацієнт звернув увагу на те, що дефекти стали більш глибокими. Перед оперативною підготовкою було зроблене гігієнічне очищення зубів від зубного нальоту. Потім клиноподібним бором, діаметр якого менше зовнішнього розміру клиноподібного дефекту, було проведено заокруглення вершини гострого кута клиноподібного дефекту. Пломбування дефекту було зроблено композитом світлової полімеризації "Charisma" (Kulzer) відповідно до інструкції виробника.

Через 1 рік при оцінці реставрації за критеріями USPHS не було виявлено порушення анатомічної форми, крайової адаптації, шорсткості поверхні, крайового забарвлення, копірної невідповідності і підвищеної чутливості.

Приклад 2. Пацієнт О., 51 рік, звернувся зі скаргою на наявність клиноподібних дефектів у 35, 34, 44, 45 зубах, на які звернув увагу біля року

тому. На думку пацієнта за рік дефекти значно поглибилися.

Після гігієнічного очищення зубів від зубного нальоту клиноподібним бором, діаметр якого менше зовнішнього розміру клиноподібного дефекту, було проведено заокруглення вершини гострого кута клиноподібних дефектів. Дефекти були запломбовані біридними склоіономерним цементом "Vitremet" (3M ESPE) відповідно до інструкції виробника.

При оцінці реставрації за критеріями USPHS через 1 рік не було виявлено порушення анатомічної форми, крайової адаптації, копірної невідповідності і підвищеної чутливості. Було виявлено лише незначне крайове (жовтогаряче) забарвлення й шорсткість поверхні, характерні для даного пломбувального матеріалу, які легко усунулися після полирування.

Приклад 3. Пацієнтка Е., 47 років, звернулася зі скаргами на наявність клиноподібних дефектів в іклах верхньої щелепи, що за останні півроку, на думку пацієнтки, поглибилися.

Було зроблене гігієнічне очищення зубів від зубного нальоту. Після цього алмазним клиноподібним бором, діаметр якого менше зовнішнього розміру клиноподібного дефекту, було зроблене заокруглення вершини гострого кута дефектів. Дефекти були запломбовані мікронаповненим композитом світлової полімеризації "Silux Plus" (3M ESPE) відповідно до інструкції виробника.

Через рік була зроблена оцінка реставрацій за критеріями USPHS. Не було виявлено порушення анатомічної форми, крайової адаптації, шорсткості поверхні, крайового забарвлення, копірної невідповідності і підвищеної чутливості.

Джерела інформації, прийняті до уваги.

1. Цимбалистов А.В., Жидких В.Д., Садиков Р.А. Клиническое значение микроструктуры и минерализации твердых тканей зубов при лечении клиновидных дефектов // Новое в стоматологии - 2000 - №3 - С 12-18.

2. Магид Е.Ф., Мухин Н.А. Фантомный курс терапевтической стоматологии - М., Медицина, 1987 - с 303.



Фіг.