



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **60793** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 1/24 (2006.01)
A61B 6/14 (2006.01)
A61C 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ

1

(21) u201015409
(22) 20.12.2010
(24) 25.06.2011
(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.
(72) ШУТАК КСЕНІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, ГЕРЕЛЮК
ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, ШУТАК ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ
(73) ШУТАК КСЕНІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, ГЕРЕЛЮК
ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, ШУТАК ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ
(57) Спосіб лікування порушень функціональної
оклюзії, що включає в себе відновлення оклюзій-

2

них співвідношень фотополімерними пломбуваль-
ними матеріалами за допомогою пластикових кап,
який **відрізняється** тим, що міжоклюзійні контакти
моделюють на діагностичних моделях в артикуля-
торі, пришліфовують за допомогою артикуляційно-
го паперу, по корегованих моделях виготовляють
пластикову капу, на капі відмічають місця корекції,
накладають пломбувальний матеріал в капу і
встановлюють на зубний ряд з подальшою полі-
меризацією.

Корисна модель, що заявляється, відноситься
до медицини, зокрема до терапевтичної стоматоло-
гії, і може бути використана для лікування по-
рушень функціональної оклюзії при патологічній
стертості, зубощелепних деформаціях, множин-
ному карієсі та нераціональному відновленні
оклюзійних співвідношень прямими реставрація-
ми.

Порушення функціональної оклюзії характерне
для різних патологій зубощелепної системи. В за-
лежності від важкості процесу може характеризув-
ватися пародонтальними, м'язовими та суглобо-
вими проявами. Лікування проводять методом
вибіркового пришліфовування, прямими рестав-
раціями, вкладками, накладками та коронками.

Відомий спосіб відновлення функціональної
оклюзії коронками, який передбачає відновлення
оклюзійних співвідношень методом виготовлення
суцільнолитих металевих або комбінованих коро-
нок [Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология.
Пропагандистика и основы частного курса / Трезубов
В.Н., Щербakov А.С., Мишнев Л.М. - Санкт-
Петербург: Спец-Лит, 2003 г. - с.294-302]. У зв'язку
з тим, що вони покривають усі поверхні зуба, вони
показані при значному руйнуванні його. Як недолік
такого виду конструкцій можна розглядати й таке,
як вплив краю коронки на маргінальний пародонт,
що дуже часто приводить до запальних процесів.
Також ортопедичні конструкції дуже часто потре-
бують ендодонтичного лікування, а при збереженні
пульпи зуба можливі ускладнення після препару-
вання. Виготовлення їх передбачає низку клініко-

лабораторних етапів, що займає значний проміжок
часу.

Найбільш близькою по технологічній суті до
корисної моделі є лікування порушень функціо-
нальної оклюзії методом прямих реставрацій [Тера-
певтична стоматологія / [Ніколишин А.К., Ждан
В.М., Борисенко А.В. та ін.]; під ред. А.К. Ніколі-
шина. - Полтава: Дивосвіт, Том 1, 2005 р.-с.246-
272]. При цьому методі передбачається віднов-
лення оклюзійних співвідношень пломбувальними
матеріалами.

Однак і даний метод має недоліки, а саме: лі-
кування займає декілька днів, в залежності від
поширеності процесу. Крім того, даний метод не
дозволяє добре відновити функціональну оклюзію,
бо корекція здійснюється в ротовій порожнині, що
не дозволяє в повній мірі забезпечити бажаний
результат.

В основу корисної моделі поставлено завдан-
ня створення нового більш вдосконаленого спосо-
бу лікування порушень функціональної оклюзії.

Поставлене завдання вирішується тим, що
спосіб лікування порушень функціональної оклюзії
здійснюється за допомогою виготовлення пласти-
кових кап, які виготовляються з урахуванням від-
новлених у артикуляторі функціональних оклюзій-
них співвідношень та переносі їх за допомогою
капи та пломбувального фотополімерного матері-
алу в ротову порожнину.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю
істотних ознак способу і технічним результатом,
який досягається при його використанні, відобра-
жається в подальшому.

(13) **U**
(11) **60793**
(19) **UA**

Запропонований спосіб лікування порушень функціональної оклюзії здійснюється наступним чином. Пацієнту після обстеження знімають діагностичні відбитки. Виготовляють моделі. Визначають та фіксують центральну оклюзію за допомогою оклюзійного силіконового реєстрата. А положення верхньої щелепи, для правильного створення оклюзійних компенсаторних кривих, за допомогою лицевої дуги. В положенні центральної оклюзії діагностичні моделі фіксують у артикулятор. На діагностичних моделях визначають місця порушення оклюзійних співвідношень і моделюють оклюзійну поверхню для відновлення функціональної оклюзії. По відмодельованих діагностичних моделях виготовляють пластикові капи. На капі маркером відмічають місця здійснення корекції оклюзійних співвідношень. Пацієнту проводять професійну гігієну ротової порожнини. Накладають кофердам. Очищають місця корекції пастою, протравлюють, наносять адгезив. В капу, в місцях відмічених маркером, накладають фотополімерний матеріал і розміщують на зубах. Полімеризують світлом згідно технології. В залежності від товщини реставрації можливе кратне накладання пломбувального матеріалу відповідно до технології нанесення. Для більш ефективного відновлення оклюзійної поверхні потрібно проводити моделювання і накладання кожного зуба окремо. Капу знімають, реставрації корегують від надлишків пломбувального матеріалу на бокових поверхнях. Знімають кофердам. Перевіряють оклюзійні співвідношення. Полірують.

Перевагами запропонованого способу є те, що втрачені оклюзійні співвідношення моделюються в артикуляторі на діагностичних моделях. Це дозволяє в повній мірі створити збалансовані оклюзійні співвідношення, вивірити їх за допомогою артикуляційного паперу всього зубного ряду в цілому, відновивши при цьому функціональну оклюзію. Додатковою перевагою заявленої корисної моделі є й те, що одномоментно, в одне відвідування можна відновити оклюзійні співвідношення всього зубного ряду. Також перевагою запропонованого рішення являється точність переносу змодельованих оклюзійних співвідношень в ротову порожнину за допомогою пластикової капи і пломбувального фотополімерного матеріалу.

За рахунок введення нових ознак даний спосіб набуває нових властивостей та особливий характер функціонування.

При створенні даного способу клініко-лабораторними методами досліджень установлені стійкий терапевтичний ефект лікування.

Практичне здійснення даного способу ілюстровано конкретним прикладом.

Приклад:

Хвора М., 48 років звернулася в клініку терапевтичної стоматології зі скаргами на підвищену чутливість зубів до термічних та хімічних подразників, порушення естетичного вигляду.

Об'єктивно: на різучих поверхнях фронтальної групи та жувальних поверхнях бокової наявні фасетки стирання, оточені виступаючими гострими краями емалі. Відмічається стирання на 1/3 висоти коронок. Спостерігається незначно виражене зниження висоти нижньої третини обличчя.

Діагноз: Генералізоване патологічне стирання, горизонтальна форма, другого ступеня важкості на нижній щелепі.

Лікування: Проведено професійну гігієну ротової порожнини. Знято діагностичні відбитки силіконовими відбитковими матеріалами. Визначено центральну оклюзію і зафіксовано її в порожнині рота за допомогою оклюзійного силіконового реєстрата. Лицевою дугою визначили положення верхньої щелепи відносно шарнірної осі для правильного створення оклюзійних компенсаторних кривих. Виготовлено діагностичні моделі з гіпсу четвертого класу твердості. Загіпсовано моделі в артикулятор у положенні центральної оклюзії. На діагностичних моделях визначили місця порушення оклюзійних співвідношень і змодельовано оклюзійну поверхню для відновлення функціональної оклюзії. По відмодельованих діагностичних моделях виготовили пластикові капи. На капі маркером відмітили місця здійснення корекції оклюзійних співвідношень. В порожнині рота, на зуби, що потребують оклюзійної корекції наклали кофердам. Очистили місця корекції пастою, протравили поверхню зуба, нанесли адгезив. В капу, в місцях відмічених маркером, наклали фотополімерний матеріал і розмістили на зубах. Заполімеризували світлом згідно технології. Корекцію проводили на кожному зубі окремо за описаною методикою. Капу знімали, реставрації корегували від надлишків пломбувального матеріалу на бокових поверхнях. Зняли кофердам.

Перевірили оклюзійні співвідношення артикуляційним папером. Заполірували.

Наступне відвідування через 7 днів. Скарги відсутні. Об'єктивно: оклюзійні співвідношення в нормі. Пропорційність обличчя відновлена. Біль в жувальних м'язах та скроневопіднижньощелепному суглобі відсутній.

Через 6 місяців після лікування суб'єктивні та об'єктивні дані обстеження не відрізняються від даних після лікування.