



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56975

(13) A

(51) 7 A61C7/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

1

2

(21) 2003032518

(22) 24 03 2003

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Альохіна Оксана Вікторівна, Дробязго Євгенія  
Володимирівна, Журочко Олена Іллівна, Ажицький  
Денис Геннадійович

(73) Альохіна Оксана Вікторівна

(57) Спосіб лікування захворювань тканин пародо-

нта, що включає препарування тканин зуба, з'єднання рухливих зубів у єдиний блок, покриття лігатури та емалі фотополімерним пломбувальним матеріалом, який відрізняється тим, що додатково формують циркулярні пропили у верхній третині коронки зуба, через які пропускають поліамідну нитку, зв'язуючи всією всі зуби, які підлягають шинуванню

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до стоматології, і може бути використаний у клінічній практиці для шинування рухливих фронтальних і бічних зубів, як необхідний етап у лікуванні захворювань тканин пародонта середнього і важкого ступеня тяжкості.

Як прототип обрано спосіб лікування захворювань тканин пародонта (Н.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко. Захворювання пародонта - Київ, Здоров'я, 2000 - 464с.), який полягає в тому, що після очищення поверхонь зуба і зняття безпризменного шару емалі на язиковій поверхні фронтальної або жувальної поверхні бічних зубів, ізоляції зубів кофердамом, кондиціонують емаль, наносять адгезив, полімеризують, просочують адгезивом необхідну довжину стрічки «Ribbond» виробництва США, укладають її на підготовлену емаль, полімеризують і покривають стрічку світловідбиваючим матеріалом.

Ознаками, що збігаються з основними ознаками прототипу, є препарування тканин зуба, з'єднання рухливих зубів у єдиний блок, покриття лігатури та емалі фотополімерним пломбувальним матеріалом.

Ознаками, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату, є неможливість одночасного шинування фронтальної і бічної групи зубів, тому що для цього використовують різні поверхні зуба, можливе зрушення рухливих зубів у момент фіксації стрічки до поверхні зуба, тому що їхня стабілізація відбувається після фіксації і покриття стрічки на поверхні зуба фотополімером, погіршення іммобілізації та можливий відрив пломбувального матеріалу і стрічки в області найбільш

рухливого зуба, тому що стрічка розташовується на одній поверхні зуба.

Технічним результатом є підвищення ефективності лікування захворювань тканин пародонта.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування захворювань тканин пародонта шляхом формування циркулярного пропилю і подальшого зв'язування рухливих зубів поліамідною ниткою, що дозволяє одночасно об'єднати в єдиний блок фронтальну і бічну групи зубів, призводить до поліпшення іммобілізації рухливих зубів і відновлення функціональної цілісності зубного ряду до фіксації лігатури пломбувальним матеріалом.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування захворювань тканин пародонта, що включає препарування тканин зуба, з'єднання рухливих зубів у єдиний блок, покриття лігатури та емалі фотополімерним пломбувальним матеріалом, згідно винаходу, формують циркулярні пропили у верхній третині коронки зуба, через які пропускають поліамідну нитку, зв'язуючи всією всі зуби, які підлягають шинуванню.

Між сукупністю основних ознак способу, що заявляється та очікуваним технічним результатом виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: формування циркулярного пропилю у верхній третині клінічної коронки зуба дозволяє об'єднати в єдиний блок фронтальну і бічну групи зубів та відновити функціональну цілісність, безперервність зубного ряду, фіксоване положення поліамідної нитки в пропилі і зв'язування рухливих зубів всією ниткою дозволяє поліпшити стабілізацію кожного зуба по висі кореня до покриття фотополімерним

(13) A

(11) 56975

(19) UA

пломбувальним матеріалом, застосування прозорої поліамідної нитки з більш тонким діаметром дозволяє досягти високого естетичного ефекту

Запропонованим способом було проведено лікування 14 пацієнтів з генералізованим пародонтитом середнього і важкого ступеня тяжкості з II і III ступенем рухливості зубів у фронтальній і бічній ділянці. Результати порівняння способу - прототипу і способу, що заявляється, представлені в таблиці

Як показано в таблиці, предметом огляду була зміна ступеня рухливості зубів до і після їх шинування. При проведенні іммобілізації зубів з II і III ступенем рухливості по способі-прототипу стабілізація зубів відзначалася тільки після фіксації стрічки пломбувальним матеріалом і шинуєма група зубів мала I ступінь рухливості

При проведенні шинування зубів з II і III ступенем рухливості, відповідно до заявленого способу, у всіх випадках I ступінь рухливості групи шинуємих зубів досягалася за рахунок зв'язування поліамідною ниткою, а після нанесення пломбувального матеріалу шинуєма група зубів мала фізіологічний ступінь рухливості. В усіх випадках об'єднання фронтальної і бічної групи зубів досягалася єдність зубного ряду та єдина фізіологічна рухливість блоку шинованих зубів

При оцінці естетичних і косметичних якостей способу-прототипу у всіх випадках було відзначено візуальне визначення наявності пігментації під пломбувальним матеріалом на шинуємих зубах, чого не спостерігалось при шинуванні способом, що заявляється

Запропонований спосіб полягає в наступному

Попередньо роблять підготовку тканин пародонта протягом 1 - 2 тижнів, що включає в себе обстеження тканин пародонта і заповнення індивідуальної пародонтологічної карти, навчання гігієни порожнини рота з використанням індикаторів зубного нальоту. Потім роблять зняття зубних відкладень сканером і ручними інструментами, полірування поверхні емалі і цементу кореня зуба. Далі роблять вибір кількості зубів для шинування, конструкції при наступному ортопедичному лікуванні і за показниками проводять курс місцевого консервативного лікування тканин пародонта

Шинування здійснюють після ретельного очищення поверхні зуба абразивною пастою і щіткою, при необхідності проводять анестезію необхідних зубів. По наміченій лінії хімічним олівцем у верхній третині клінічної коронки зуба виконують циркулярний пропіл свічкоподібним бором з використанням водяного охолодження, формують скіс емалі по краях пропілу під кутом 40 - 45 градусів. Потім роблять накладення кофердама, фіксацію його клемми, установку світлопровідних клінів, кондиціонування емалі, нанесення бондингового шару та його фотополімеризацію на кожному зубі, після чого зв'язують рухливі зуби поліамідною ниткою вісімкою, а усі вузли залишають у міжзубних проміжках. Далі поліамідну нитку і тканини зуба обробляють другим шаром бондингової системи, світлополімеризуючи кожний зуб, із усіх поверхонь поліамідну нитку і паз покривають шарами фотополімерного матеріалу відповідного кольору зуба і полімеризують. Далі роблять полірування і при-

шліфування шини. Контрольний огляд і полірування роблять через один тиждень, один місяць

Спосіб підтверджується наступними прикладами його виконання

#### Приклад 1

Хвора В, 44 роки, звернулася зі скаргами на рухливість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи, періодичну кровоточивість ясенного краю. Анамнез до пародонтолога раніше не зверталася, підсилення рухливості зубів відзначає протягом року. Об'єктивно: нижня щелепа - II клас по Кеннеді, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35 - інтактні, ретракція ясенного краю - 2,5 мм, 31 - 4 мм, рухливість 31 - III, інші - II ступінь, п'яничний індекс - 1,3, РМА - 45%, невелика кількість зубного каменю на язиковій поверхні фронтальних нижніх зубів, ясенний край відповідає клініці катарального симптоматичного гінгівиту середнього ступеня тяжкості, є травматичні вузли I клас за Дженкельсоном

Діагноз: генералізований пародонтит, II - III ступінь тяжкості, ремісія

Було проведено лікування по запропонованому способі

Протягом тижня проведена підготовка тканин пародонта, що включає навчання гігієни порожнини рота, зняття зубних відкладень, місцеве медикаментозне лікування. Зроблено вибіркове пришліфування зубів за Дженкельсоном. Для відновлення анатомічної і функціональної цілісності зубного ряду було рекомендовано шинування 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35 і виготовлення бюгельного протезу на нижню щелепу. Шинування: очищення поверхні шинуємих зубів за допомогою абразивної пасти, анестезія необхідної ділянки, виконання циркулярного пропілу у верхній третині клінічної коронки зубів, накладення кофердаму, фіксація його клемми, кондиціонування емалі, нанесення бондингового шару, його фотополімеризація, зв'язування поліамідною ниткою всіх зубів, нанесення другого шару бондинга, фотополімеризація, поширене нанесення і полімеризація пломбувального матеріалу, що покриває нитку і паз. Полірування і пришліфовування шини. Контрольне відвідування протягом тижня для корекції артикуляції та остаточне полірування шини

#### Приклад 2

Хворий З, 50 року, звернувся з метою перепротезування. Відзначає рухливість зубів на верхній і нижній щелепі протягом трьох років. Анамнез: проходив курс лікування в пародонтолога два роки тому, тоді ж були виготовлені два бюгельні протези. Об'єктивно: в'їщ - II клас, н'їщ - III клас за Кеннеді, дистальний прикус, ускладнений глибоким різцовим перекриттям 43, 42, 41, 31, 32, 13, 12, 11, 21, 22, 23 - інтактні, є трема між 12 і 11 зубами величиною 3 мм, ретракція ясенного краю в області 42 - 3,5 мм, рухливість 42 - III, глибина пародонтальної кишені - 8 мм, рухливість зубів фронтальної групи в'їщ і н'їщ - II ступінь, П - 1,0, РМА - 28%, невелика кількість зубного каменю на язиковій поверхні фронтальних нижніх зубів, ясенний край відповідає клініці катарального симптоматичного гінгівиту легкого ступеня тяжкості, є травматичні вузли I клас за Дженкельсоном

Діагноз: генералізований пародонтит, II - III ступінь тяжкості, ремісія

Було проведено лікування по запропонованому способі

Протягом тижня проведена підготовка тканин пародонта, що включає навчання ппелі порожнини рота, зняття зубних відкладень, місцеве медикаментозне лікування. Зроблено вибіркоче пришіфування зубів за Дженкельсоном. Для відновлення анатомічної і функціональної цілісності зубного ряду було рекомендовано шинування 43, 42, 41, 31, 32, і 13, 12, 11, 21, 22, 23, реставрація форми 12 з метою закриття тремі і виготовлення нових бюгельних протезів на верхню і нижню щелепу. Зроблено депульпування 42, 41. Шинування верхніх і нижніх зубів проводилося в два різні відвідування, з інтервалом у два дні. Шинування очищення поверхні шинуємих зубів за допомогою абразивної пасти, анестезія необхідної ділянки, виконання циркулярного пропілу у верхній третині клінічної коронки зубів, накладення кофердаму, фіксація його клепами, кондиціонування емалі, нанесення бондингового шару, його фотополімеризація, зв'язування поліамідною ниткою всіх зу-

бів, нанесення другого шару бондинга, фотополімеризація, пошарове нанесення і полімеризація пломбувального матеріалу, що покриває нитку і паз. Полірування і пришіфування шини. Контрольне відвідування протягом тижня для корекції артикуляції та остаточне полірування шини.

Застосування способу лікування захворювань тканин пародонта, що заявляється, дозволяє одночасно об'єднати в єдиний блок фронтальну і бічну групи зубів, стабілізувати рухливі зуби по висі кореня, зв'язуючи їх поліамідною ниткою, зменшити товщину шини на поверхні зубів, поліпшити якість іммобілізації зубів з різним ступенем рухливості, забезпечити відновлення функціональної цілісності зубного ряду до фіксації лігатури пломбувальним матеріалом.

Всі ознаки, що характеризують запропонований спосіб лікування і внесені у формулу винаходу є істотними, тому що при їхній сукупності досягається той технічний ефект, що очікується від застосування технічного рішення.

Таблиця

	Кількість пацієнтів (кількість шинованих зубів)	Кількість пацієнтів (ступінь рухливості блоку шинованих зубів)	Візуальне визначення лігатури на поверхні зуба
Спосіб-прототип	11 пацієнтів		
Зуби фронтальної ділянки	5 пацієнтів (28 зубів)	4 пацієнта I ступінь	5 пацієнтів
Зуби бічної ділянки	6 пацієнтів (24 зуба)	5 пацієнтів II ступінь	6 пацієнтів
Заявлюваний спосіб	14 пацієнтів		
Зуби фронтальної ділянки	7 пацієнтів (40 зубів)	7 пацієнтів - фізіологічна рухливість	Немає
Зуби бічної ділянки	6 пацієнтів (30 зубів)	6 пацієнтів - фізіологічна рухливість	Немає
Зуби фронтальної і бічної ділянок	4 пацієнта (28 зубів)	4 пацієнта - фізіологічна рухливість	Немає