



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **104318** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61C 5/00
A61C 5/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|--|--|
| (21) Номер заявки: u 2015 06608 | (72) Винахідник(и): Ярова Світлана Павлівна (UA), Заболотна Ірина Іванівна (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 06.07.2015 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.01.2016 | (73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО, бул. Машинобудівників, 39, м. Краматорськ, Донецька обл., 84313 (UA) |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.01.2016, Бюл.№ 2 | |

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРИШІЙКОВОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ

(57) Реферат:

Спосіб лікування пришийкового карієсу зубів, який полягає в препаруванні твердих тканин зубів з профілактичним розширенням стінок, що утворюють каріозний дефект, причому розширення приясенної стінки пришийкового карієсу проводять при наявності на вестибулярній поверхні зубів мікротріщин емалі, які визначають неозброєним оком при звичайному освітленні, а розширення оклюзійної стінки пришийкового карієсу проводять при визначенні мікротріщин емалі при додатковому освітленні або при використанні фарбуючих речовин.

UA 104318 U

Корисна модель належить до області медицини, зокрема стоматології, може бути використана при лікуванні пришийкового карієсу зубів, якщо порожнина розміщена на коронковій частині зуба та з усіх боків оточена емаллю.

Відомий спосіб лікування пришийкового карієсу зубів з використанням профілактичного розширення порожнини, при якому емалі і дентин на приясенній стінці каріозного дефекту видаляють на глибину не більш ніж 1,5 мм. Додатково формують скіс емалевого краю [1]. Однак цей спосіб спрямований лише на надійну фіксацію пломбувального матеріалу і не враховує морфологічні особливості і зміни в хімічному складі твердих тканин зубів, що характерні для пришийкового карієсу [2, 3].

Відомий спосіб лікування пришийкового карієсу зубів, вибраний як прототип [4]. Спосіб-прототип здійснюють наступним чином. Проводять розширене препарування емалі і дентину в ділянці оклюзійної стінки каріозного дефекту до межі середньої і пришийкової третини вестибулярної поверхні зуба і роблять пологий скіс емалі шириною 2-5 мм, а в ділянці приясенної стінки формують скос (до 1 мм) для збільшення площини стикання тканин зуба з пломбувальним матеріалом.

Цей спосіб передбачає видалення морфо-функціонально неповноцінних емалі і дентину тільки в ділянці оклюзійної стінки каріозного дефекту, не враховує наявності і глибини мікротріщин емалі вестибулярної поверхні зубів, а також морфологічні особливості і зміни в хімічному складі приясенної стінки пришийкового карієсу, що в подальшому є однією з причин рецидування патології, часткового чи повного порушення цілісності виготовленої реставрації, появи симптомів гіперестезії [2, 5].

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу лікування пришийкового карієсу зубів, яким забезпечують підвищення ефективності лікування і стабілізацію каріозної патології за рахунок диференційного підходу до розширеного препарування емалі і дентину в залежності від типу мікротріщин емалі на вестибулярній поверхні. Обґрунтуванням його доцільності є результати визначення мікротвердості, хімічного складу емалі і дентину на стінках каріозного дефекту [6-8].

Поставлену задачу вирішують тим, що профілактичне розширення приясенної стінки пришийкового карієсу проводять при наявності на вестибулярній поверхні зубів мікротріщин емалі, які визначають неозброєним оком при звичайному освітленні, а профілактичне розширення оклюзійної стінки пришийкового карієсу проводять при визначенні мікротріщин емалі при додатковому освітленні або при використанні фарбуючих речовин.

Спосіб здійснюють наступним чином: зуби ретельно очищують від назубних відкладень пастою "Полідент 2", яка в своєму складі не містить фтору, потім всі поверхні промивають водою і висушують. Діагностують тип мікротріщин емалі на вестибулярній поверхні зубів, в залежності від складності їх визначення, згідно з класифікацією С.Б. Іванової (1984) [9]. Проводять препарування пришийкового карієсу зубів згідно з традиційною методикою [1]. При наявності на вестибулярній поверхні зуба мікротріщин емалі, які визначають неозброєним оком при звичайному освітленні (III тип за класифікацією С.Б. Іванової (1984)), профілактичне препарування твердих тканин, яке досягає 1,5-2 мм, проводять на приясенній стінці каріозного дефекту, а на оклюзійній стінці - 0,5-1 мм. При наявності на вестибулярній поверхні зуба мікротріщин емалі, які визначають при додатковому освітленні або збільшенні, або при використанні фарбуючих речовин (I та II типи за класифікацією С.Б. Іванової (1984)), на оклюзійній стінці каріозного дефекту проводять профілактичне препарування твердих тканин, яке досягає 1,5-2 мм, а на приясенній стінці - 0,5-1 мм. Потім зуби ізолюють від впливу слини, проводять медикаментозну та адгезивну обробку сформованої порожнини і відновлюють дефект композиційним матеріалом світлового способу затвердження.

Приводимо конкретні приклади використання пропонованого способу.

Приклад 1.

Обстежений В., 42 роки. Діагноз: середній карієс 24 зуба. Хронічний перебіг, пришийкова локалізація. На вестибулярній поверхні 24 зуба під час огляду діагностовано поодинокі поздовжні мікротріщини емалі III типу за класифікацією С.Б. Іванової (1984). Під час препарування пришийкового карієсу було проведено профілактичне розширення твердих тканин на приясенній стінці на 1,5-2 мм, на оклюзійній стінці - на 0,5-1 мм. Під час огляду через рік після лікування у пацієнта В. скарг немає. Об'єктивно: в 24 зубі - реставрація з композиційного матеріалу світлового способу затвердження без ознак порушення її цілісності, відсутність рецидиву карієсу зубів.

Приклад 2.

Обстежена Т., 23 років. Діагноз: середній карієс 43, 44 зубів, гострий перебіг, пришийкова локалізація. На вестибулярних поверхнях 43, 44 зубів під час освітлення світильником

стоматологічної установи діагностовано множинні повздовжні мікротріщини емалі II типу за класифікацією С.Б. Іванової (1984)). Під час препарування пришийкового карієсу було проведено профілактичне розширення дентину на оклюзійній стінці на 1,5-2 мм, на приясенній стінці - на 0,5-1 мм. Під час оглядів пацієнтки Т. через 6 місяців і рік після лікування скарг на гіперестезію твердих тканин і порушення цілісності реставрацій немає. Об'єктивно: відкладення м'якого назубного нальоту, збереження в 43, 44 зубах реставрацій з композиційного матеріалу світлового способу затвердження без ознак порушення їх цілісності і забарвлення, відсутність рецидивування каріозного процесу. Було проведено видалення м'яких назубних відкладень, дані рекомендації по оптимізації індивідуальної гігієни порожнини рота.

Апробація способу була проведена у 75 пацієнтів з пришийковим карієсом зубів. Контрольною групою були 60 пацієнтів, яким лікували пришийковий карієс зубів за традиційною методикою [1]. Віддалені результати (через 1 рік) показали, що використання розробленого способу дозволяє досягти стабілізації каріозної патології і підвищення ефективності її лікування, в середньому на 10,66 %, частіше, в порівнянні з препаруванням при шийкового карієсу зубів за традиційною методикою.

Джерела інформації:

1. Терапевт, стомат.: учебник; В 4 т. - Т. 1. Фантомный курс /Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун и др.; под ред. А.П. Борисенко. - К.: Медицина, 2009. - С. 260.

2. Власова М.И. Обоснование выбора пломбировочных материалов и адгезивных систем при лечении пришеечного кариеса зубов (клинико-инструментальное исследование): Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.мед.н. по специальности 14.01.14 Стоматология Екатеринбург. 2012.-23 с.

3. Ипполитов Ю.А. Разработка и оценка эффективности методов нормализации обменных процессов твердых тканей зуба в условиях развития кариозного процесса: Автореф.дисс. на соиск. уч. ст. д.мед.и. по специальности 14.01.14 Стоматология - Воронеж, 2012. - 36с.

4. Николаев А.И. Препарирование кариозных полостей: современные инструменты, методики, критерии качества /А.И. Николаев. М.: МЕДпресс-информ, 2006. - С. 178-185.

5. Луцкая И.К. Физиология зуба /И.К. Луцкая /Современная стоматология. - 2007. - №1. - С. 50-55.

6. Ярова С.П. Анализ показателей микротвердости эмали при различном состоянии твердых тканей и глубины микротрещин /С.П. Ярова, И.И. Заболотная /Запорожский медицинский журнал. - 2013. - №4 (79). С. 117-120.

7. Ярова С.П. Сравнительный анализ микротвердости пришеечной области зубов в зависимости от состояния твердых тканей /С.П. Ярова, И.И. Заболотная /Український стоматологічний альманах. - 2014. - №1. -С 5-7.

8. Заболотная И.И. Химический состав поверхностной эмали зубов с пришеечным кариесом /И.И. Заболотная, Т.С. Осипенкова, Е.С. Гензика /Международное периодическое научное издание "Мир науки и инноваций". -Вып. 1 (1), Т. 14. Химия, медицина, ветеринария и фармацевтика, биология - Иваново "Научный мир". - 2015. - С. 23-28.

9. Петрикас А.Ж. Трещины твердых тканей зубов и их значение в клинической практике /А.Ж. Петрикас, С.Б. Иванова /Стоматология. 1985.-Т.64, №2. -С. 79-82.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування пришийкового карієсу зубів, який полягає в препаруванні твердих тканин зубів з профілактичним розширенням стінок, що утворюють каріозний дефект, який **відрізняється** тим, що розширення приясенної стінки пришийкового карієсу проводять при наявності на вестибулярній поверхні зубів мікротріщин емалі, які визначають неозброєним оком при звичайному освітленні, а розширення оклюзійної стінки пришийкового карієсу проводять при визначенні мікротріщин емалі при додатковому освітленні або при використанні фарбуючих речовин.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601