

Марченко І.Я., Шундрик М.А., Ткаченко І.М.

*Українська медична стоматологічна академія
Кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології
м. Полтава*

ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІЗНИХ ТЕХНІК МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНОГО ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКІАНИН ЗУБІВ

Актуальність роботи. Мінімально-інвазивне препарування все ширше впроваджується у практику лікарів-стоматологів при лікуванні уражень твердих тканин зубів. Такий вид препарування є основою M.I.-therapy (від англ. Minimal Intervention Treatment – мінімально інвазивне лікування) та передбачає використання нових щадних способів та технік препарування. Даний підхід в стоматології в Україні використовуються нещодавно, не має чітких рекомендацій щодо технічного забезпечення його проведення [1, 2].

Метою даної роботи було встановлення необхідного технічного забезпечення різних способів та етапів виконання мінімально інвазивних технік препарування твердих тканин зубів.

Матеріал та методи дослідження: аналітичний огляд літератури, аналіз оригінальних літературних джерел та моніторинг ринку України щодо наявних технічних пристроїв, мікроборів та аксесуарів для проведення доступу та безпосередньо етапів виконання технік M.I.-препарування, відпрацювання основних технік на фантомних зубах і в клініці терапевтичної стоматології.

При класичному препаруванні найчастіше використовують механічний спосіб з застосуванням традиційних алмазних та твердосплавних борів, екскаватора. Мінімально інвазивне препарування потребує інших більш щадних способів: механічний з використання борів для мікропрепарування, ультразвуковий, повітряно (водно)-абразивний, лазерний [3, 4].

Інструменти для мінімально інвазивного препарування мають значні відмінності від класичних борів. Це бори з маленькою робочою частиною різної

абразивності і тонкою шийкою для більш точного висічення твердих тканин, створення мінімальних порожнин і максимального збереження здорової тканини зуба, покращення візуалізація під час препарування.

Традиційна номенклатура борів своєму розпорядженні має лише кілька прийнятних для даної мети інструментів - це кулясті твердосплавні та алмазні бори розміру 008 та 010, діаметр яких складає 0,8 та 1мм відповідно. Мінімальний розмір порожнини, яку можна створити даними борами, буде становити 1-3 мм і більше. На сьогоднішній день це суттєво перевищує мінімально можливий і необхідний обсяг препарування. Ширина щілиноподібної фісури (тип 3), наприклад, становить близько 0,1 – 0,3 мм. Глибоке застосування в процесі препарування кулястого бору 010 призведе до перерозширення і втрати здорових тканин зуба [2].

Передбачувані результати можна отримати лише при використанні борів розмірами 000, 003, 007, 008, 009. Як правило вони входять до наборів різних за формою та розмірами борів для мікропрепарування: Set 4337 укомплектований борами 830M.314.012, 830RM.314.009, 838M.314.007, 889M.314.007, 953AM.314.014, 953M.314.014; Set 4337F з борами 8830M.314.012, 8830RM.314.009, 8838M.314.007, 8889M.314.007, 8953AM.314.014, 8953M.314.014); набір Федерико Феррариса (Federico Ferraris LD1373) укомплектований борами 10839.314.014, 5862.314.012, 830.314.007, 8801.314.018, 8858.314.010, 9401.204.030, 9402.204.030, 9933L3.000, H1.314.003, H1SEM.204.010, H1SEM.204.016; набір Dr. A. Sapelyuk K59.314.010, 8838M.314.007, 8830RM.314.009, 8953M.314.014, H1.205.008, H1SM.205.010; "Micro Prep Set" фірми "Busch" (Німеччина), твердосплавні бори Fissurotomy Original (0,4×1,1×2,6 мм) (діаметр вузької, широкої частини конуса і довжина відповідно), Micro NTF (0,4×0,7×2,6 мм) і Micro STF (0,3×0,7×1,5мм) фірми "SSWhite". Останній призначений для енамелопластики, препарування фісур тимчасових зубів, пігментованих фісур постійних премолярів і молярів без наявності ознак каріозного процесу.

Мікроінвазивне препарування крім обов'язкового застосування мікроборів передбачає використання додаткового обладнання: застосування ультразвукового апарату зі спеціальними насадками для розширення вхідного отвору та обробки країв каріозної порожнини: E8, E9, P3D, P4D, E3D, E4D, E5D, SB1, SB2, SBL, SBR. Так, для технік Slot-препарування та горизонтального тунелю доцільно використовувати насадку SBL – насадка с алмазним напиленням з кінчиком у вигляді напівсфери, повернутим на 45° вліво для обробки каріозної порожнини зуба без ризику пошкодження сусіднього зуба, для препарування емалі на проксимальних контактах, а також направленої препарування при створенні ендодоступу.

Використання стоматологічного мікроскопа (збільшення 3,5-25) або біноккулярних лінз із збільшенням від 3.5 до 5.5 полегшує роботу лікаря та сприяє більшій точності препарування [5].

Висновок. Таким чином, на сьогоднішній день концепція мінімально інвазивного лікування карієсу зубів стає стандартом сучасної стоматології. Диференційований підхід до вибору борів, ультразвукових насадок для різних технік М.І.-терапії дасть змогу уникнути ускладнень і збільшити ефективність надання стоматологічних послуг.

Використана література:

1. Л. М. Ломиашвили, Д. В. Погадаев, М. Б. Елендо, С. Г. Михайловский
Минимально-инвазивные методы лечения кариеса зубов. Клиническая стоматология. 2010. №1. С.30-33.
2. Марченко І.Я, Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України. ВДНЗУ «УМСА» Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016 р. 439 с.
3. M. J. Tyas, K. J. Anusavice, J. E. Frencken [et. al.] Minimal intervention dentistry: a review. FDI Commission Project 1-97. International Journal of Dentistry. 2000. Vol. 50, № 1. P. 1-12.

4. Unterbrink G. Применение ультразвука при реставрации зубов с проксимальными дефектами. Новое в стоматологии. 2001. № 2. С. 28-36.
5. Радлинский С. В. Техника минимального вмешательства. Новости Dentsply. 2003. № 9. С. 16-23.

Махлинець Н.П., Красій М.В., Плав'юк Л.Ю.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Івано-Франківськ

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРИСІНКА РОТА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Актуальність: генералізований пародонтит (ГП) залишається актуальною проблемою стоматології через його поширеність і труднощі в лікуванні. Одним із етапів комплексного лікування ГП є вестибулопластика задля усунення механічної травми крайового пародонта.

Мета роботи: вивчити патогістологічну картину слизової оболонки ясен у хворих на ГП із мілким присінком рота до операції і результати лікування при виконанні вестибулопластики при підтримуючій терапії солкосерилом і кверцетином.

Матеріал і методи дослідження: з метою патогістологічного дослідження у 15 хворих виконана біопсія ділянки присінка рота ясен із наступним виготовленням гістологічних зрізів і забарвлення їх гематоксиліном і еозином. Паралельно біопсійний матеріал підготували для електронномікроскопічного дослідження, згідно загальноприйнятих методів. Тонкі зрізи вивчали в електронному мікроскопі ПЕМ-125К із наступним фотографуванням при збільшенні від 4800 до 12000 разів.