



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66322 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 5/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ІЗ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ**

1

2

(21) u201108471

(22) 06.07.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл.№ 24, 2011 р.

(72) РЕГУРЕЦЬКА РАЇСА АНАТОЛІЇВНА, КУРЧЕНКО АНДРІЙ ІГОРОВИЧ, НЕСИН ОЛЕКСАНДР ФЕДОРОВИЧ

(73) РЕГУРЕЦЬКА РАЇСА АНАТОЛІЇВНА, КУРЧЕНКО АНДРІЙ ІГОРОВИЧ, НЕСИН ОЛЕКСАНДР ФЕДОРОВИЧ

(57) Спосіб забору матеріалу із кореневих каналів зубів для визначення тактики лікування хронічних періодонтитів, що включає використання набору

металевих порожнистих циліндрів та римерів, який **відрізняється** тим, що після препарування каріозної порожнини, створення доступу до кореневого каналу та його розширення в кореневий канал вводять стерильний металевий порожнистий циліндр потрібного діаметра на довжину, меншу на 1 мм від робочої, а через нього вводять ример на всю робочу довжину, який потім підтягують в циліндр (достатньо на 2-3 мм), фіксують довжину стопером, виводять всю конструкцію із кореневого каналу, виймають ример з матеріалом із циліндра, поміщають в стерильну закорковану пробірку і транспортують до лабораторії.

Корисна модель належить до медицини, а саме до стоматології, і може використовуватися для покращення результатів лікування хронічних періодонтитів та призначена для обґрунтованого вибору методу етіопатогенетичної терапії.

Особливу увагу в наш час привертає наявність періапикальних вогнищ, що викликають одонтогенні запальні процеси (періостит, гайморит, радикальні кісти) (А.С. Рабинович, 2009). За даними літератури, в останнє десятиріччя кількість хворих на запальні одонтогенні захворювання щелепно-лицьової ділянки, госпіталізованих в стаціонари, зросла на 60 % (І.Д. Давидовський, 2009) і серед них переважають молоді люди. Також відмічається тенденція зростання вогнищезалежних та вогнищобумовлених захворювань. За даними Н. Neuser (2000) нараховується більше 50 захворювань, пов'язаних з вогнищевою інфекцією.

Важливість даної проблеми обумовлена ще й тим, що хронічні верхівкові періодонтити із-за тривалого безсимптомного перебігу залишаються не своєчасно діагностованими, прихованими вогнищами інфекції.

Підходи до вибору методів лікування хронічного періодонтиту потребують постійного удосконалення на основі вивчення загальноклінічного стану хворих, рентгенологічних розмірів періапикальної деструкції, складу мікрофлори кореневих каналів, особливо апікальної частини та вивчення її влас-

тивостей з метою обґрунтованого адекватного впливу на неї, що безумовно покращить результат лікування. Не вирішеною залишається проблема профілактики розвитку періапикальних ускладнень.

При аналізі формули крові хворих на хронічний періодонтит в залежності від рентгенологічних розмірів періапикальної деструкції були виявлені досить неоднорідні зміни показників, які часто мали протилежний характер при схожій клінічній картині. Це спонукало до розробки методу забору матеріалу із кореневих каналів зубів, які можуть бути вогнищами хронічної інфекції. Існуючі методи взяття матеріалу із кореневих каналів не дають можливість отримати матеріал для визначення мікрофлори із будь-якої ділянки кореневих каналів, зокрема апікальної частини для виділення істинної мікрофлори саме цієї локалізації, і оцінити пригнічення чи активність окремих показників лейкограми, не дозволяють цілеспрямовано призначати лікування.

Найбільш близьким до запропонованої корисної моделі є спосіб взяття матеріалу із кореневого каналу за допомогою кореневих голок та стерильних ватних турунд [1]. Спосіб визначає лише сукупний склад мікрофлори, в тому числі і з каріозної порожнини, що не дає можливості визначити конкретний набір мікроорганізмів у певній ділянці кореневих каналів та мінімізувати можливість ускладнень, а значить і строків лікування.

(19) UA (11) 66322 (13) U

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу отримання повної та інформативної оцінки мікробного пейзажу будь-якої ділянки кореневих каналів, в тому числі і апікальної, для визначення "збудника" вогнища періапікальної деструкції та удосконалення лікування.

Технічний результат, який можна досягти при вирішенні задачі, дає можливість обґрунтованого призначення етіопатогенетичної терапії та підвищення ефективності лікування хронічних періодонтитів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі взяття матеріалу із апікальної частини кореневого каналу забір проводиться стерильною ватною турундою на кореневій голці, яку вводять в кореневий канал через каріозну порожнину без ізоляції. Взятий у такий спосіб матеріал складно визнати виділеним із апікальної частини, адже він буде забруднений мікроорганізмами каріозної порожнини, устьової частини та інших ділянок кореневого каналу.

Переваги способу, що заявляється: дозволяє отримати матеріал для мікробіологічного дослідження саме із апікальної частини чи будь-якої іншої частини кореневого каналу, щоб вивчити склад мікрофлори, її властивості та призначити спрямоване етіопатогенетичне лікування і прогнозувати подальший перебіг захворювання, мінімізувати можливі ускладнення.

Спосіб здійснюється таким чином:

Для вибору оптимального методу лікування хронічних періодонтитів як вогнищ одонтогенної інфекції нами розроблений спосіб отримання матеріалу для мікробіологічного дослідження із апікальної частини кореневого каналу. Для цього ви-

користують набір металевих порожнистих циліндрів діаметром від 0,3 мм до 0,6 мм та римерів №10-25 по ISO. Після препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба і створення доступу до кореневого каналу та його розширення в кореневий канал вводять стерильний металевий порожнистий циліндр потрібного діаметра на довжину, меншу на 1 мм від робочої, а через нього вводять ример № 10-25 по ISO на всю робочу довжину (таким чином, стерильний кінчик римера потрапляє в апікальну зону, не торкаючись жодного інфікованої частини каріозної порожнини чи кореневого каналу) і роблять 1-2 оберти інструмента, щоб матеріал потрапив у звивини римера. Після взяття матеріалу ример підтягують в циліндр (достатньо на 2-3 мм), зафіксувавши довжину стопером, і тільки потім виводять всю конструкцію із кореневого каналу. Потім виймають ример з матеріалом із циліндра, поміщають в стерильну закорковану пробірку і транспортують до лабораторії. Даний спосіб дозволяє отримати матеріал для мікробіологічного дослідження з будь-якої ділянки кореневого каналу.

Джерела інформації:

1. Терапевтическая стоматология: в 4 т. - Т2. Кариес. Пульпит. Периодонтит. Ротовой сепсис / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун и др.; под ред. проф. А.В. Борисенко. - К.: Медицина, 2010. - 544 с.

2. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. - М.: Медицина, 1993. - 144 с.

3. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия. Пер. с англ. / Под ред. Т. Ф. Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 288 с.