

температурний подразник або відчуття свербіння; 2) безболісна перкусія; 3) дані прицільного рентгенографічного дослідження (відсутність змін у періапикальних тканинах); 4) стан електрозбудливості пульпи зубу за результатами електроодонтометрії (не перевищувала 10-15 мкА). Слід зазначити, що у всіх клінічних спостереженнях 12 хворих зі зворотними формами пульпіту, відмічалась позитивна динаміка.

За додатковою інформацією з даної проблеми звертатись до авторів листа: Українська медична стоматологічна академія (36024, Україна, Полтава, вул. Шевченка 23), кафедра терапевтичної стоматології: к. мед. н., Костиренко Олексій Петрович, тел. моб. 0680708538, e-mail: kostyrenko.oleksij@gmail.com, к. мед. н., Мельник Владислав Леонідович, тел. моб. 0503042716, e-mail: dalve1515@gmail.com., к. мед. н., Шевченко Василь Кирилович, тел. моб. 0671582103, e-mail: shevchenkovass@gmail.com., д. мед. н., Силенко Юрій Іванович, тел. моб. 0671148394; e-mail: silenko@gmail.com.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 22 - 2021

Випуск з проблеми
«Стоматологія»
Підстава: витяг ЕПК
«Стоматологія»
Протокол № 65 від 21.12.20 р.

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕН
СТОМАТОЛОГІЯ

СПОСІБ РЕМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ЕМАЛІ ТА ДЕНТИНУ КОРЕНЯ ЗУБА

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА
АКАДЕМІЯ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

к. мед. н. Костиренко О. П.,
к. мед. н. Мельник В.Л.,
к. мед. н. Шевченко В.К.,
д. мед. н. Силенко Ю.І.

Суть впровадження: удосконалення проміжного етапу процесу лікування запальних захворювань пародонту і усунення гіперестезії при наявних пародонтальних кишнях шляхом самостійної хімічної obturaції дентинних каналців осадом кальцію в товщі внутрішнього поверхневого шару стінки кореневого каналу із його численними відгалуженнями верхівкової ділянки.

Пропонується для впровадження у закладах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) стоматологічного профілю спосіб консервативного методу ремінералізації твердих тканин зуба із застосуванням фосфатного буферу.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії МОЗ України: «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» (державний реєстраційний № 0115U001138. Роки виконання 2015-2020).

Детальне вивчення біології твердих тканин зуба дозволило встановити значні ремінералізуючі можливості. Ці дані стали основою патогенетичної терапії гіперестезії. Незважаючи на доцільність консервативної терапії цього захворювання, особливо на початкових етапах патологічного процесу, при запальних процесах пародонту цей метод не зайняв домінуючу позицію серед інших видів ремінералізуючої терапії.

Для усунення гіперестезії зазвичай рекомендується використовувати розчин кальцію, який має лужну реакцію, запобігає резорбції кісткової тканини, стимулює утворення дентинного містка при аплікації зазначеного розчину на емаль та дентин. Однак, класичні розчини кальційвмісних розчинів мають ряд недоліків: швидке розсмоктування розчину у вологому середовищі, зниження ефективності при контакті з повітрям та ротовою рідиною внаслідок часткової карбонізації. Також, завдяки лужності, негативним впливом розчину кальцію на м'які які тканини пародонту є ризик дистрофії при надмірному застосуванні. Проведене нами

вивчення впливу фосфатів на тверді тканини зуба показало, що в результаті цієї взаємодії утворюється фосфат кальцію. Це погано розчинна у воді субстанція, яка спочатку може з розчиненого стану перейти у нерозчинену кристалічну речовину. Донором іонів кальцію виступають власні резерви твердих тканин зуба. На нашу думку, вказана речовина здатна утворити своєрідну кореневу пломбу, яка має інертне біологічне середовище, що є актуальним на сьогодні антиалергенним фактором. Її щільність залежить від певної концентрації фосфатного буферу, яка повинна бути на постійному рівні. Тому, використання даної речовини вирішує вказану проблему впливу розчину кальцію на м'які тканини пародонту і не змінюється від кислотності середовища при запальних процесах пародонту.

Для удосконалення ремінералізації твердих тканин зуба при лікуванні пацієнтів зі скаргами на гіперестезію нами запропоновано та запатентовано власний спосіб. Методика лікування полягала у наступному: після антисептичної обробки проблемної ділянки (0,06% р-н хлоргексидина біглюконату) консервативне лікування пульпіту і періодонтиту та аплікаційного усунення гіперестезії, що включає при пульпіті покриття рога пульпи власною пломбою, пломбування каналу власною кореневою пломбою при періодонтиті за рахунок утворення нерозчинної солі фосфату кальція. В якості розчину застосовується фосфатний буфер, що готується змішуванням речовин (реагентів):

Фосфат амонію $(\text{NH}_4)_3\text{PO}_4$ 15% – 40 мл

Фосфорна кислота H_3PO_4 37% – 3 мл

Після чого каріозну порожнину закривали склоіономерним цементом.

Критеріями ефективності запропонованого методу лікування пульпіту, періодонтиту та усунення гіперестезії із застосуванням фосфатного буферу на різних етапах клінічного спостереження були: 1) відсутність скарг або наявність незначної, короткочасної реакції на