

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.В. Савченко

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. В статье на основании данных объективного клинического обследования доказана высокая терапевтическая эффективность комплексного подхода к лечению гиперестезии твердых тканей зубов,отягощающей течение некариозных поражений и генерализованного пародонтита у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Комплексный подход к лечению предполагает три последовательных этапа и включает модифицированную методику применения профессиональной и зубной десенситайзерной паст «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

Ключевые слова: гиперестезия твердых тканей зуба, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, некариозные поражения, генерализованный пародонтит, профессиональная и зубная десенситайзерная паста «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Н.В. Савченко

Резюме

У статті на підставі даних об'єктивного клінічного обстеження доведена висока терапевтична ефективність комплексного підходу до лікування гіперестезії твердих тканин зубів, яка є обтяжливим перебігом некариозних уражень і генералізованого пародонтиту у хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу. Комплексний підхід до лікування передбачає три послідовні етапи і включає модифіковану методику застосування професійної та зубної десенситайзерної паст «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

Ключові слова: гіперестезія твердих тканин зуба, гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, некариозні ураження, генералізований пародонтит, професійна та зубна десенситайзерна паста «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

INTEGRATED APPROACH TO TREATMENT HYPERESTHESIA OF HARD DENTAL TISSUES IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

N. Savchenko

Summary

In the article on the basis of objective clinical assessment proved the high therapeutic efficacy of a comprehensive approach to the treatment of hyperesthesia of hard tissue of teeth, aggravates the course of non-carious lesions and generalized periodontitis in patients with gastroesophageal reflux disease. Comprehensive approach to treatment involves three successive stages and includes a modification of the application of professional and dental pastes desensitizer «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

Key words: hyperesthesia hard tissues, gastroesophageal reflux disease, non-cariou lesions, generalized periodontitis, professional and tooth paste desensitizer «Sensitive Pro Relief» (Colgate).

В последние годы все больше внимания уделяется развитию стоматологических заболеваний: генерализованного пародонтита (ГП), некариозных поражений (НП) твердых тканей зубов (эрозии эмали, патологическая истираемость, клиновидные дефекты) и наличию сопутствующих общесоматических заболеваний [1, 2]. Среди них особое место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта и, в частности, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) [3, 4]. Проведенное ранее объективное клиническое обследование больных ГЭРБ показало, что течение вышеуказанной стоматологической патологии отягощает гиперестезия твердых тканей зубов, которая возникает в ответ на действие температурных, химических и тактильных раздражителей [5, 6]. Болевая реакция зубов значительно снижает качество жизни больных ГЭРБ, так как затрудняет процесс питания, связанный с приемом кислых и твердых продуктов, гигиеническую чистку зубов, пребывание на улице при низких температурах воздуха.

Как известно, механизм развития гиперестезии твердых тканей зубов тесно связан с наличием открытых дентинных канальцев [7]. Эффективное терапевтическое влияние может оказать использование активных агентов, которые, проникая в дентинные канальцы, способны obturировать их просвет и, таким образом, прекратить доступ внешних раздражителей к отросткам одонтобластов в канальцах, что влечет за собой снижение или полное устранение болевых ощущений. В связи с этим вызывают интерес профессиональная и зубная десенситайзерная пасты «Sensitive Pro Relief» (Colgate), механизм действия которых одинаков и основан на полной герметизации открытых дентинных канальцев кальцием.

Проведенная ранее клиническая апробация [5, 6] у больных ГЭРБ с некариозными поражениями зубов и генерализованным пародонтитом профессиональной десенситайзерной пасты «Sensitive Pro Relief» (Colgate), рабочий диапазон pH которой составляет от 6,5 до 8,9, показала неэффективность ее применения в условиях закисления полости рта у данного контингента пациентов вследствие смещения pH ротовой жидкости в кислую сторону. Это явилось основанием для внесения изменений в методику применения десенситайзерной пасты «Sensitive Pro Relief» (Colgate) у больных ГЭРБ. Модификация заключалась во втирании профессиональной и ежедневном использовании зубной десенситайзерной пасты после предварительного полоскания полости рта раствором с антиадигодитическими свойствами [патент № 64530 от 10.11.2011 г.].

Был предложен комплексный подход к лечению гиперестезии твердых тканей зубов, направленный как на лечение основного общесоматического заболевания, так и на устранение развившихся локальных изменений метаболических процессов в полости рта.

В связи с этим представляло интерес оценить терапевтическую эффективность нового подхода к лечению гиперестезии, развившейся на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, включающего модифицированный режим применения профессиональной и зубной десенситайзерной паст «Sensitive Pro Relief» (Colgate). Цель работы – на основании объективных клинических показателей оценить терапевтическую эффективность нового подхода к лечению гиперестезии твердых тканей зубов, осложняющей течение ГП и некариозных поражений, у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели были обследованы 68 человек обоего пола, которые находились на стационарном лечении на кафедре гастроэнтерологии и диетологии НМАПО им. П.Л. Шупика (заведующая кафедрой – д-р мед. наук, проф. Н.В. Харченко) с диагнозом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а также на кафедре терапевтической стоматологии – по обращаемости. Больные предъявляли жалобы на повышенную чувствительность зубов от температурных и химических раздражителей. Диагноз ГЭРБ был поставлен гастроэнтерологом на основании полного клинического обследования, анамнеза, результатов эндоскопического исследования и суточного pH-мониторинга в пищеводе.

Все пациенты были разделены на две группы: I группа (36 чел.) – больные ГЭРБ с клиническими признаками гиперестезии, у которых была выявлена потеря твердых тканей зуба, явившаяся следствием развития эрозии эмали, патологической истираемости, клиновидных дефектов; II группа (32 чел.) – больные ГЭРБ с клиническими признаками гиперестезии без видимой потери твердых тканей зуба, явившейся следствием рецессии десны, имеющей место при генерализованном пародонтите.

До начала лечения все больные дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Комплексный подход к лечению гиперестезии твердых тканей зубов у больных ГЭРБ состоит из алгоритма, который включает три этапа: подготовительный, основной и этап поддерживающей терапии. Подготовительный этап состоял из базового системного лечения, которое назначал гастроэнтеролог (курс 10–14 дней). Основной этап включал назначения гастроэнтеролога – общий курс два месяца (продолжение базовой терапии) и стоматологическое лечение Намацитом per os при эрозивной форме ГЭРБ; 5 % раствором Намацита для ротовых ванночек и аппликаций; профессиональную пасту «Sensitive Pro Relief» (Colgate) (SPR) – для двукратного втирания на

протяжении 3 сек (каждое) в чувствительные зоны зубов. Этап поддерживающей терапии состоял из продолжения базовой терапии по показаниям (назначает гастроэнтеролог), соблюдения диетического питания, устранения вредных привычек (курение, алкоголь), контроля гигиенического состояния полости рта, применения 5 % р-ра Намацита для ротовых ванночек и аппликаций перед ежедневным двукратным гигиеническим уходом за полостью рта с применением зубной пасты «Sensitive Pro Relief» (Colgate) в домашних условиях.

При стоматологическом обследовании определяли наличие некариозных поражений (эрозии эмали, патологическая истираемость, клиновидные дефекты), оценивали их активность [2]. При диагностике гиперестезии твердых тканей зуба (ГТТЗ) использовали классификацию Ю.А. Федорова [1] с дополнениями Г.Ф. Белоклицкой [8]. Оценивали пародонтальный статус пациентов по схеме, предложенной Г.Ф. Белоклицкой (модифицированный индекс РМА, проба Шиллера-Писарева, индекс кровоточивости). Диагностику заболеваний пародонта проводили согласно систематике болезней пародонта Г.Ф. Белоклицкой [9].

Объективное клиническое обследование осуществляли до и сразу после втирания профессиональной десенситайзерной пасты SPR и на 30-й день. Условия обследования были стандартные: натощак, без процедур индивидуальной гигиены, в утренние часы (9–10 час.).

Полученные данные обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате осмотра полости рта больных ГЭРБ (I группа) у 38,9 % из них были выявлены множественные эрозии, которые проявлялись в виде дефекта эмали и частично дентина. Эрозии округлой или овальной формы, расположены на более выпуклой части вестибулярной поверхности зуба, с плоским, твердым, желто-коричневого цвета, без типичного блеска дном. Эрозии нередко сочетались с истиранием режущих краев коронок резцов, клыков и бугров моляров. Из анамнеза следовало, что во время обострения ГЭРБ больные отмечали быстрое увеличение размера эрозии, сопровождавшееся более выраженной гиперестезией участков дефекта на внешние раздражители. Среди больных ГЭРБ этой группы была выявлена эрозия эмали у 64,3 % в активной стадии. ГТТЗ у этих больных имела локализованный характер с преимущественными жалобами в 100 % на боли от температурного (холодный воздух) и тактильного в 78,6 % раздражителей, в 35,7 % случаев болевая реакция появлялась на кислый раздражитель. По локализации – коронковая форма ГТТЗ. При осмотре больных ГЭРБ (27,8 %), у которых была диагностирована патологическая истираемость, отмечали изменение формы, размера и прозрачности зубов. Выявленная патологическая истираемость по распространности была генерализованной, по форме горизонтальной, жалобы пациенты преимущественно предъявляли в 91,6 % случаев на боли от температурного (холодный воздух) и тактильного в 83,3 % раздражителей, у 25% больных отмечали реакцию на химический (кислый) раздражитель. По локализации – коронковая форма ГТТЗ. У части больных ГЭРБ (33,3 %) были выявлены дефекты, локализующиеся вблизи эмалево-цементной границы зуба, в форме клина, среднего размера, образованные двумя плоскостями, располагающимися под углом 40–45°С, глубиной до 0,2–0,3 мм и протяженностью 3,5–4 мм, с ровными краями и твердым дном. Цвет дефекта был аналогичен желтоватому цвету нормальной дентина, поверхность дефекта матовая. ГТТЗ у больных ГЭРБ с клиновидными дефектами имела локализованный

характер с жалобами в 90 % случаев на боли от температурного раздражителя (холодный воздух), в 70 % – на тактильный и в 30 % – на кислый раздражители. По локализации – коронковая форма ГТТЗ.

При первичном объективном пародонтологическом осмотре у больных ГЭРБ с ГП (II группа) были выявлены: в 65,6 % случаев – незначительная гиперемия, в 34,4 % – гиперемия с цианотичным оттенком, небольшая отечность с деформацией межзубных десневых сосочков и в отдельных случаях маргинального края десны; индекс РМА 52,6±3,5 %; проба Шиллера-Писарева положительная – 2,9±0,2 балла; интенсивность кровоточивости – 0,83±0,02 балла. Глубина пародонтальных карманов колебалась в пределах от 2,9 до 5,5 мм. Наблюдали отделяемое из пародонтальных карманов серозно-геморрагического характера. Потеря эпителиального прикреплении от 3 до 6 мм. Рецессия десны была равна 1,5–3 мм. Патологическая подвижность зубов I–II степени. Все больные ГЭРБ с ГП жаловались на боль в зубах разной интенсивности, которая возникала при приеме холодной, кислой, реже сладкой пищи и прекращалась после устранения действия раздражителя. Боль также появлялась при вдыхании холодного воздуха, гигиенической чистке зубов. Интенсивность болевых проявлений условно делилась на слабую реакцию (65,6 %), которая вызывала незначительный дискомфорт, но не мешала нормальному функционированию при жевании и чистке зубов; умеренную реакцию (25 %), которая характеризовалась более тяжелым проявлением и сопровождалась затруднением нормальной гигиены полости рта и обычного питания; и сильную реакцию (9,4 %), проявления которой не только мешали пациентам нормально принимать пищу и поддерживать гигиену полости рта, но и влияли на их психоэмоциональное состояние, приводя к некоторому снижению работоспособности.

После назначения гастроэнтерологом базовой терапии на 14-й день все больные ГЭРБ I и II групп отметили значительное улучшение общего самочувствия и прежде всего они указывали на уменьшение частоты возникновения отрыжки кислым и изжоги. Наиболее распространенные жалобы у больных ГЭРБ на ощущение сухости в полости рта, сухости губ, кислый привкус во рту, чувство жжения, «ошпаренности» языка оставались у 19,1 % больных.

У больных ГЭРБ I группы двукратное втирание профессиональной десенситаizerной пасты SPR в чувствительные участки по модифицированной методике привело в области большинства зубов (84,6 %) к полному исчезновению болевой реакции на холодный и тактильный раздражители. Также было выявлено, что сразу после

втирания профессиональной пасты SPR объективный показатель интенсивности реакции на холод достоверно снизился: до втирания пасты – 1,9±0,5 у. е.; динамика показателя после двукратного втирания пасты – 1,45±0,23 у. е.; $p < 0,001$. Анализ полученных результатов также показал достоверное снижение объективного показателя интенсивности болевой реакции на тактильный раздражитель: до втирания пасты – 1,53±0,3 у. е.; динамика показателя после двукратного втирания пасты – 1,41±0,2 у. е.; $p < 0,001$ и на химический раздражитель (кислое): до втирания пасты – 1,48±0,21 у. е.; динамика показателя после двукратного втирания пасты – 1,39±0,16 у. е.; $p < 0,001$. Однако в области отдельных зубов (26 %) оставалась следовая болевая реакция. Объективные показатели интенсивности реакции на температурный (холод), тактильный и химический раздражители достоверно снизились на 30-й день поддерживающей терапии, которая включала комбинацию ротовых ванночек антиацидотическим раствором и чистку зубной пастой SPR ($p < 0,001$), что указывает на необходимость их использования.

Подтверждением высокой терапевтической эффективности всех этапов разработанного алгоритма лечения больных ГТТЗ на фоне ГЭРБ (I группа) явилось достоверное снижение индекса интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ): в начале обследования – 2,33±0,16 балла; динамика показателя после двукратного втирания профессиональной пасты SPR – 1,74±0,1 балла; $p < 0,001$; динамика показателя на 30-й день чистки зубной пастой SPR – 2,13±0,19 балла; $p < 0,001$ и индекса распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ): в начале обследования – 16,1±1,53 %; динамика показателя после двукратного втирания профессиональной пасты – 12,54±1,6 %; $p < 0,001$; динамика показателя на 30-й день чистки зубной пастой – 15,9±1,03 %; $p < 0,001$ (рис. 1).

У больных ГЭРБ II группы при проведении холодной пробы все зубы (100 %) в области рецессии десны отвечали значительной болевой реакцией. На другие раздражители больные реагировали по-разному, чаще всего в 65,6 % наблюдаемый боль отмечали в ответ на тактильный раздражитель.

Результаты клинического обследования показали, что у больных ГЭРБ II группы после предварительного применения ротовых ванночек, аппликаций 5 % раствором Намацита и втирания в чувствительные участки зубов профессиональной пасты SPR достоверно ($p < 0,001$) снизились объективные показатели интенсивности болевой реакции на температурный раздражитель: до втирания пасты – 1,67±0,25 у. е.; динамика показателя после двукратного втирания пасты – 1,59±0,12 у. е.; $p < 0,001$, тактильный: до втирания пасты – 1,56±0,13 у. е.; дина-

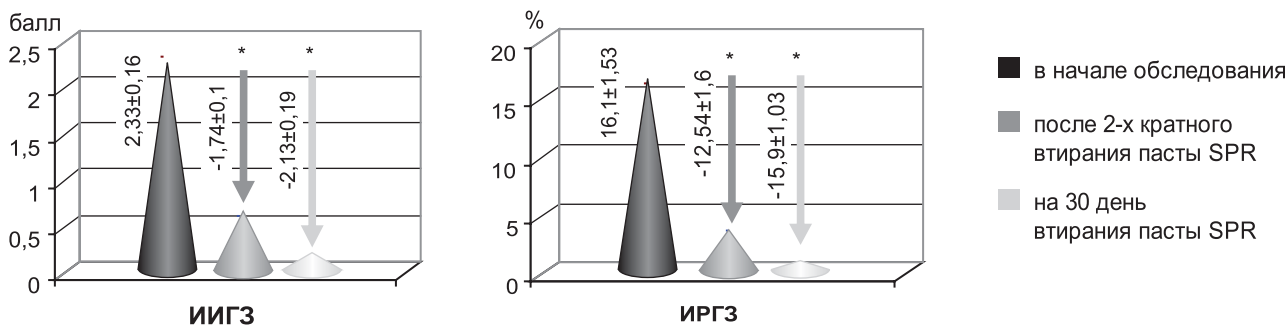


Рис. 1. Показатели ИИГЗ и ИРГЗ в баллах у больных ГЭРБ с ГТТЗ I группы.

Примечание: * – достоверность отличий ($p < 0,001$) до и после лечения.

Группы:

1-я – ГЭРБ + НП + ГТТЗ;

2-я – ГЭРБ + ГП + ГТТЗ.

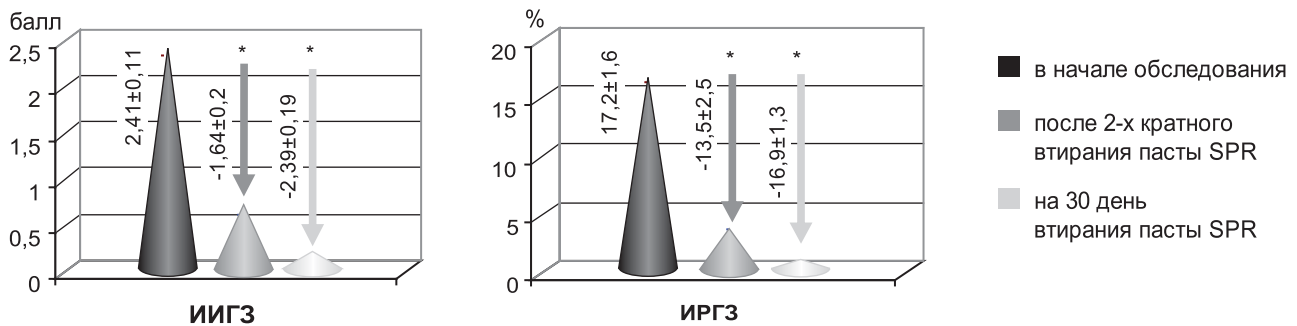


Рис. 2. Показатели ИИГЗ и ИРГЗ в баллах у больных ГЭРБ с ГТТЗ II группы.

Примечание: * – достоверность ($p < 0,001$) отличий до и после лечения.

Группы:

1-я – ГЭРБ + НП + ГТТЗ;

2-я – ГЭРБ + ПП + ГТТЗ.

мика показателя после двукратного втирания пасты – $1,48 \pm 0,21$ у.е.; $p < 0,001$ и химический раздражители: до втирания пасты – $1,47 \pm 0,15$ у.е.; динамика показателя после двукратного втирания пасты – $1,32 \pm 0,14$ у.е.); $p < 0,01$.

Следовая болевая реакция, которая оставалась у больных ГЭРБ II группы в области отдельных зубов (37,5 %), была полностью устранена к 30-у дню. Кроме того, данные клинического обследования показали достоверное снижение ИИГЗ: в начале обследования – $2,41 \pm 0,11$ балла; динамика показателя после двукратного втирания профессиональной пасты SPR по модифицированной методике – $1,64 \pm 0,2$ балла; $p < 0,001$; динамика показателя на 30-й день чистки зубной пастой – $2,39 \pm 0,19$ балла; $p < 0,001$ и ИРГЗ в начале обследования $17,2 \pm 1,6$ %; динамика показателя после двукратного втирания профессиональной пасты $13,5 \pm 2,5$ %; $p < 0,001$; динамика показателя на 30-й день чистки зубной пастой SPR $16,9 \pm 1,3$ %; $p < 0,001$ (рис. 2).

Результаты объективного пародонтологического осмотра больных ГЭРБ (II группа) на 30-й день лечения показали, что у 100 % обследованных было диагностировано существенное устранение признаков воспаления в области межзубных сосочков и маргинальной десны, при этом было выявлено достоверное снижение индекса РМА: динамика показателя на 30-й день – $51 \pm 2,14$ %; $p < 0,001$ и пробы Шиллера-Писарева: динамика показателя на 30-й день – $1,83 \pm 0,13$ %; $p < 0,001$.

Таким образом, в результате клинических исследований установлено, что соблюдение всех этапов алгоритма лечения ГТТЗ, отягощающей течение некариозных

поражений твердых тканей зубов и генерализованного пародонтита на фоне ГЭРБ, позволяет к 30-у дню полностью купировать болевые ощущения на внешние раздражители в чувствительных зонах зубов.

ВЫВОДЫ

1. Назначение гастроэнтерологом базовой системной терапии больным с ГЭРБ является неотъемлемой составляющей комплексного подхода к лечению ГТТЗ и направлено на устранение ведущих общих и местных факторов риска развития ГТТЗ, тем самым способствуя полной ликвидации клинических признаков гиперестезии как при некариозных поражениях твердых тканей зубов, так и при генерализованном пародонтите.
2. Предварительное использование ротовых ванночек и аппликаций 5 % раствором Намацита как перед втиранием профессиональной, так и перед ежедневной двукратной гигиенической чисткой зубной десенситайзерной пастой «Sensitive Pro Relief» (Colgate) позволяет у больных ГТТЗ с ГЭРБ устранить болевую реакцию на все виды внешних раздражителей в области большинства зубов за один сеанс (при первом посещении) и устранить при наличии следовую болевую реакцию в области отдельных зубов к 30-у дню лечения.
3. Предложенный комплексный подход к лечению ГТТЗ у больных ГЭРБ, состоящий из трех этапов, позволяет получить выраженный антисенситивный эффект, из чего следует возможность его широкого внедрения в практическое здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методы диагностики и лечения гиперестезии твердых тканей зубов: Метод. рекоменд. / Федоров Ю.А., Чернобыльская П.М., Шторина Г.Б., Заболтина Е.Н. – Л. – 1981. – 15 с.
2. Федоров Ю.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов / Федоров Ю.А. Дрожжина В.А. // Новое в стоматологии – 1997. – Вып. 10. – 145 с.
3. Рощина Т.В. Супраэзофагеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Рощина Т.В. // Клин. перспект. гастроэнтерол. гепатол. – 2003. – № 1. – С. 27–30.
4. Storr M., Meining A. Pathophysiology and pharmacologic treatment of GERD / Storr M., Meining A. – Dig. Dis. Sci. – 2000. – Vol. 18 (2). – P. 93–102.
5. Белоключкая Г.Ф. Новая десенситайзерная паста «Sensitive Pro Relief» при лечении синдрома гиперестезии у больных генерализованным пародонтитом / Бело-

ключкая Г.Ф., Савченко Н.В. // Современная стоматология. – 2010. – № 2. – С. 41–44.

6. Белоключкая Г.Ф. Возможности применения новой десенситайзерной пасты «Sensitive Pro-Relief» при лечении гиперестезии твердых тканей зубов у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Белоключкая Г.Ф., Савченко Н.В. // Современная стоматология. – 2010. – № 4. – С. 28–31.

7. Pashley D.H. Mechanisms of dentin sensitivity // Dental Clinics of North America. – 1990. – Vol. 34. – P. 449–473.

8. Белоключкая Г.Ф., Когчак О.В. Основні аспекти етіології, патогенезу, клініки та лікування цервікальної гіперестезії: Метод. рекомендації. – К., 2008. – 26 с.

9. Белоключкая Г.Ф. Современный взгляд на классификации болезней пародонта // Современная стоматология. – 2007. – № 3 (39). – С. 59–64.