

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ДЕНТИНУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТУ

**О.В. Копчак**

*Кафедра терапевтичної стоматології, інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна*

**Резюме.** Аналіз літератури свідчить, що дані про розповсюдженість гіперестезії дентину (ГД) та її клінічні особливості потребують уточнення.

**Мета:** вивчити розповсюдженість і клінічні особливості перебігу ГД при захворюваннях пародонту.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено планове стоматологічне обстеження 152-х пацієнтів із захворюваннями пародонту. Також обстежено 105 пацієнтів, які звернулись на кафедру терапевтичної стоматології із приводу ГД на тлі наявних захворювань пародонту.

**Результати.** Аналіз результатів свідчить, що ГД обтяжувала перебіг захворювань пародонту в 68,4 % випадків. I ступінь інтенсивності ГД спостерігався у 31 % хворих, II ступінь – у 26,4 %, III ступінь – у 42,6 %. Серед хворих із супутньою соматичною патологією генералізовані форми ГД зустрічались на 24,4 % частіше, ніж у соматично здорових осіб ( $p < 0,001$ ). Подібна тенденція відзначалась і в пацієнок під час вагітності. Значні стреси також збільшували інтенсивність ГД ( $p < 0,05$ ). Спеціалізовану стоматологічну допомогу до обстеження отримали всього 12,4 % хворих.

**Висновки.** ГД була виявлена в 68,4 % пацієнтів із захворюваннями пародонту. Основними чинниками, які визначали особливості клінічного перебігу ГД у хворих цієї групи, були супутні соматичні захворювання, вагітність, стрес, перевтома.

**Ключові слова:** гіперестезія дентину, катаральний гінгівіт, генералізований пародонтит, розповсюдженість, клінічні особливості.

За останні роки інтерес науковців і клініцистів до проблеми гіперестезії дентину (ГД) суттєво підвищився. Це зумовлено чіткою тенденцією зростання серед населення кількості некаріозних уражень і зокрема ГД, яка відзначається в більшості епідеміологічних досліджень останніх двох десятиліть і на сьогодні зустрічається у 3,8–57 % осіб у популяції [8, 3]. Прояви гіперестезії наявні в 48,9–92,8 % хворих з некаріозними ураженнями зубів і 64,4 – у 92,8 % пацієнтів із захворюваннями пародонту [1, 5, 7]. Аналіз літературних джерел з різних країн світу дозволяє стверджувати, що ГД є пандемічною, локалізація уражених зубів і характер клінічних проявів є однотипними серед популяцій, що досліджувались [8]. Однак дані про розповсюдженість процесу суттєво відрізняються в різних серіях [1, 7, 8]. Більшість науковців погоджуються, що епідеміологічні дані потребують уточнення. Причиною розбіжностей є ряд об'єктивних і суб'єктивних чинників. Серед них – відсутність чіткого розуміння природи захворювання, загальнонезначених класифікацій та об'єктивні складності діагностики, що призводять до невідповідності даних окремих авторів, особливо в разі дослідження різних контингентів населення [4, 6, 9, 10, 11].

**Мета роботи** – вивчити розповсюдженість і клінічні особливості перебігу гіперестезії дентину при захворюваннях пародонту.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилися 152 пацієнти із захворюваннями тканин пародонту віком від 16 до 73-х років, які були довільно вибрані з пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділеннях неврології № 1 і № 2

КМКЛ № 8 у ході планового стоматологічного обстеження. У дослідження включали лише пацієнтів з локальними ураженнями периферійних нервів, що характеризуються відсутністю або мінімальним впливом на захворювання пародонту та гіперестезію дентину (ГД) (остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, травматичне ураження периферійних нервів, гострі неврити на етапі реабілітації тощо).

Крім того, були обстежені 105 пацієнтів, які звернулись на кафедру терапевтичної стоматології НМАПО із приводу гіперестезії дентину, що виникла на тлі наявних захворювань пародонту.

Клінічний стан тканин пародонту оцінювали за допомогою об'єктивних пародонтальних індексів і функціональних проб, модифікованих у відповідності з рекомендаціями Г.Ф. Білоклицької [2]. Для діагностики захворювань пародонту використовували класифікацію Н.Ф. Данилевського (1994), для діагностики ГД – класифікацію Ю.А. Федорова [5]. З метою об'єктивізації даних про ступені тяжкості ГД використовували словесний рейтинг зі шкалою, який відображає суб'єктивні больові відчуття хворого в умовних одиницях (Г.Ф. Білоклицька, 1996). Відсутність реакції на подразник – 0, слабка реакція – 1, помірна реакція – 2, сильна реакція – 3. Електрозбудливість твердих тканин зубів (ТТЗ) оцінювали за загальноприйнятою методикою.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених клінічних досліджень установлено, що в 68,4 % (104 особи) пацієнтів із захворюваннями пародонту були наявні ознаки ГД (при

Частота проявів гіперестезії дентину в залежності від віку

Вік хворих	Загальна кількість хворих	Кількість хворих з ознаками ГД	Частота ГД
До 20-ти років	6	2	33,3 %
20–29 років	18	8	44,4 %
30–39 років	23	18	78,2 %
40–49 років	38	32	84,2 %
50–59 років	51	33	64,7 %
60 років і більше	16	11	68,76 %
Усього	152	104	68,4 %

визначенні частоти ГД була врахована лише рандомізована група хворих (загальна кількість – 152), що була відібрана при проведенні планових стоматологічних оглядів). ГД частіше зустрічалась у жінок, які становили 64,6 % від загальної кількості осіб з ознаками ураження, чоловіки відповідно склали 35,4 %. Частота гіперестезії дентину при захворюваннях пародонту зростала з віком, сягаючи максимуму (84,2 %) у віковій групі 40–49 років. У старших вікових групах її частота помітно зменшувалась (табл. 1).

Пацієнти з ГД висували скарги на біль у зубах, який виникав від уживання холодної, гарячої, кислої, рідше солодкої їжі та припинявся після усунення дії подразника. Біль також з'являвся при вдиханні холодного повітря, чистці зубів, іноді при переживанні жорсткої їжі.

Інтенсивність больових проявів умовно ділилась на слабку реакцію (73 %), яка вносила незначний дискомфорт, але не заважала нормальній функції жування та чистці зубів, помірну реакцію (19 %), яка мала більш тяжкі прояви та супроводжувалась ускладненням нормальної гігієни порожнини рота та звичайного харчування, та сильну реакцію (8 %), прояви якої не тільки заважали пацієнтам нормально споживати їжу та підтримувати гігієну порожнини рота, а і впливали на їх психоемоційний стан і призводили до певного зниження працездатності.

При об'єктивному дослідженні найчастіше відзначали ураження ГД нижніх фронтальних зубів (32, 31, 41, 42, 43-й зуби) і верхніх перших молярів і премолярів (16, 15, 14, 24, 25, 26-й зуби), рідше – нижніх премолярів і молярів (37, 36, 35, 34, 45, 46, 47-й зуби) а також верхніх різців (12, 11, 21, 22-й зуби). Ураження локалізувались майже виключно у пришийковій ділянці й верхній третині кореня зуба. Вестибулярна поверхня зубів реагувала на подразнення більш інтенсивно порівняно з оральною та апроксимальними поверхнями зубів.

Інтенсивність ГД за Ю.А. Федоровим [5] серед пацієнтів із захворюваннями пародонту була такою: I ступінь ГД було діагностовано в 65 хворих (31 %), II ступінь – у 55 хворих (26,4 %), III ступінь – у 89-ти хворих (42,6 %). Одночасно сила больових відчуттів вирізнялась у залежності від характеру подразнення.

Найбільш інтенсивно зуби з ознаками ГД реагували на температурний подразник. Сила больових відчуттів на холодову пробу в середньому становила 2,36 умовні одиниці, реакція на гаряче була менш виразною й у середньому мала показник 0,56. Біль, що виникав під дією хімічних подразників, хворі в цілому характеризували як слабкий.

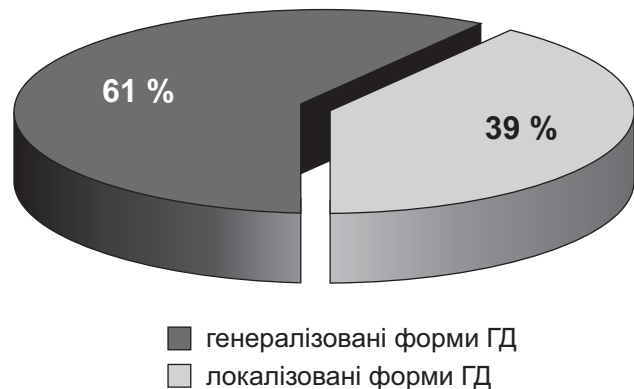


Рис. 1. Розподіл хворих залежно від наявності локалізованої або генералізованої форми ГД.

Найбільш інтенсивна реакція спостерігалась на дію кислоти, у середньому 1,2 умовних одиниці, мінімальна на солодке – 0,37. Інтенсивність болю на тактильне подразнення в середньому становила 0,9 бала.

При проведенні електроодонтометрії ТТЗ виявлено, що у пацієнтів з ГД поріг електростимуляції зуба у класичній точці знаходився в межах норми і становив  $4,8 \pm 0,1$  мкА проти  $5,3 \pm 0,1$  мкА ( $p > 0,05$ ) в інтактних зубах пацієнтів контрольної групи. Одночасно у пришийковій ділянці він був вірогідно нижче порівняно з результатами вимірів у класичних точках і становив у середньому  $2,2 \pm 0,1$  мкА ( $p < 0,05$ ). Цікаво, що в зубах без ознак ГД порогові електростимуляції у класичній точці та пришийковій ділянці вірогідно не відрізнялись.

У 64,1 % пацієнтів була виявлена генералізована форма ГД (рис. 1). Значна частина хворих цієї групи зазначала, що больові відчуття в зубах при дії хімічних і термічних чинників були основною причиною страждання, у той час як кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, рухливість зубів та інші прояви власне пародонтальної патології турбували їх менше.

У 35,9 % хворих гіперестезія мала обмежений характер, кількість уражених зубів не перевищувала восьми (див. рис. 1). Пацієнти здебільшого вказували, що больові відчуття суттєво не заважають жуванню й мові. Одночасно при об'єктивному дослідженні у 38,7 % було виявлено ознаки зміни жувального стереотипу, що дозволяло зменшити навантаження на уражені секстанти (пацієнти жували переважно на інший бік щелепи

тощо). Інтенсивність ГД була вище при генералізованих формах, переважно відзначали II і III ступені важкості процесу.

Серед усіх пацієнтів з ГД та захворюваннями пародонту 52 особи (24,9 %) повідомили, що гіперчутливість у них триває менше року, 84 (40,2 %) – від 1 до 5 років і 47 (22,5 %) зазначали, що відчуття гіперчутливості триває більше п'яти років, 26 (12,4 %) не могли точно вказати давність існування хвороби. Більшість обстежених – 139 осіб (66,5 %) – відзначали, що больові відчуття в зубах не мають постійного характеру, а виникають або підсилюються періодично.

Загострення гіперестезії дентину 122 (58,4 %) хворих пов'язували з погіршенням загального стану здоров'я, перевтомою, нервовим і фізичним напруженням, вагітністю, 23 (11 %) хворих пов'язували його із сезонними змінами (частіше весняно-осінній період), інші хворі – 64 (30,6 %) – не усвідомлювали причини загострення патологічного стану. При цьому 74 (35,4 %) хворих зазначали, що тривалість періодів ремісії в них сягала від одного до трьох місяців, 56 (26,8 %) указували на тривалість до шести місяців і лише 19 (9,1 %) пригадували, що ремісія сягала більше шести місяців, 60 (28,7 %) пацієнтів указували, що тривалість періодів ремісії непостійна, або не могли точно її визначити.

Установлено, що тільки 8,1 % пацієнтів з ГД при захворюваннях тканин пародонту (17 осіб) пригадують, що хтось із їх ближніх родичів (батько, мати, сестра, брат) страждав від підвищеної чутливості зубів.

Детальний медико-статистичний аналіз дозволив установити, що більш тяжкий перебіг ГД був вірогідно пов'язаний з певними факторами ризику, що виявляли в досліджених хворих (табл. 2).

Так, було встановлено, що основними чинниками, які визначали клінічний перебіг ГД у пацієнтів із захворюваннями пародонту, були супутні соматичні захворювання, вагітність, стрес, перевтома.

Серед хворих із супутньою соматичною патологією генералізовані форми ГД зустрічались на 24,4 % частіше, ніж у соматично здорових осіб ( $p < 0,001$ ). При цьому інтенсивність ГД також була вірогідно більшою (рис. 2).

Подібна тенденція відзначалась і в пацієнок під час вагітності. Генералізованих форм у цій групі було на 15,8 % більше, ніж у решти жінок з ГД, а III ступінь ГД відзначали на 18,5 % частіше (рис. 3). Значні стреси та психічні навантаження, пов'язані із професійною діяльністю або особистим життям пацієнта, вірогідно не впливали на розповсюдженість, одночасно суттєво збільшували інтенсивність ГД ( $p < 0,05$ ). Серед таких хворих ГД III ступеня зустрічалась майже на 20 % частіше, ніж в інших.

Таблиця 2

Вплив потенційних факторів ризику на розповсюдженість та інтенсивність ГД, що виникла на тлі захворювань пародонту

Фактор	Значення критерію $\chi^2$ Пірсона	Вірогідність впливу	Значення критерію $\chi^2$ Пірсона	Вірогідність впливу
Вік	0,3	$P > 0,05$	1,7	$P > 0,05$
Стать	1,8	$P > 0,05$	12,7	$P < 0,01$
Соціальний статус	0,001	$P > 0,05$	2,1	$P > 0,05$
Наявність супутньої соматичної патології	11,3	$P < 0,001$	6,3	$P < 0,05$
Часті стреси та перевтома	1,1	$P > 0,05$	9,07	$P < 0,05$
Вагітність	6,4	$P < 0,05$	6,96	$P < 0,05$
Куріння	1,27	$P > 0,05$	2,2	$P > 0,05$
Надмірне вживання кави	4,2	$P < 0,05$	6,13	$P < 0,05$
Надмірне вживання кислотних напоїв	1,2	$P > 0,05$	7,07	$P < 0,05$
Надмірне вживання солодкої їжі	2,19	$P > 0,05$	3,83	$P > 0,05$
Аномалії прикусу й окремих зубів	2,6	$P > 0,05$	2,5	$P > 0,05$
Глибина присінку порожнини рота	2,47	$P > 0,05$	2,48	$P > 0,05$
Інтенсивність карієсу	0,5	$P > 0,05$	0,5	$P > 0,05$
Інтенсивність чищення зубів	4,15	$P < 0,05$	2,2	$P > 0,05$

Більша інтенсивність ГД була вірогідно пов'язана зі статтю (рис. 4).

Серед факторів, що відносяться до шкідливих звичок і дієтичних уподобань, певне значення мали лише надмірне вживання напоїв з підвищеною кислотністю та регулярне вживання міцної кави. З'ясувалося, що вживання кислих напоїв впливає тільки на інтенсивність ГД ( $p < 0,05$ ), причому цей зв'язок більш помітний при локалізованих формах, а надмірне вживання кави було вірогідно пов'язано як з інтенсивністю, так і з розповсюдженням ГД ( $p < 0,05$ ). Цікаво, що пристрасть до кислотомісних напоїв, яку вважають однією з основних етіологічних передумов виникнення ГД, відзначали всього 8,2 % пацієнтів. Не вдалось установити вірогідного зв'язку між наявністю гіперестезії дентину та курінням, пристрастю хворих до солодкої їжі, алкоголю тощо. Також було встановлено статистично вірогідний ( $p < 0,05$ ) зв'язок між інтенсивністю чищення зубів і розповсюдженням ГД.

При аналізі особливостей попередньої медичної допомоги, що надавалась пацієнтам з ГД раніше, встановлено, що значна частина хворих узагалі не підозрювали про наявність у них такого захворювання, як ГД, або вважали, що воно не підлягає лікуванню. У цих пацієнтів гіперестезію було діагностовано під час клінічного обстеження. Лише 26 (12,4 %) хворих на ГД раніше звертались по спеціалізовану стоматологічну допомогу із цього приводу й отримали відповідне лікування. З анамнезу цих хворих стало відомо, що 20 пацієнтам (76,9 %) у ході лікування уражені ділянки зубів покривали фторвмісними препаратами (фторлак, «Біфлуорід 12» тощо), 5 пацієнтам (19,2 %) призначали фізіотерапевтичні процедури (електрофорез із глюконатом кальцію, препарати фтору, світлолікування, тощо), 9 пацієнтам (34,6 %) рекомендували використовувати десенсизуючі зубні пасту, трьом хворим (11,5 %) давали рекомендації про характер харчування та гігієну порожнини рота.

Серед тих пацієнтів, які лікувались у лікарів-стоматологів із приводу гіперестезії дентину, у 14 пацієнтів (54 %) симптоми захворювання повністю зникли, але через 1–4 місяці відновлювалися знов, у семи хворих (27 %) відзначалося значне полегшення стану, але повного одужання встановлено не було, у 5-ти пацієнтів (19 %) у ході лікування скарги зберігались і полегшення стану не відзначалося, з них у двох хворих лікування закінчилось депульпацією зубів.

Незадовільні результати в багатьох випадках були пов'язані з неврахуванням стану тканин пародонту в цих хворих та одностороннім підходом до лікування, спрямованим лише на усунення больових відчуттів. Прогресування патології тканин пародонту призводило до оголення нових ділянок цементу й дентину кореня і, як наслідок, рецидиву ГД. Подібна тенденція спостерігалась у переважній більшості досліджених хворих, яким комплексне систематичне лікування захворювань пародонту не проводили взагалі, а вибір методу лікування ГД визначався суб'єктивними перевагами лікаря й технічними можливостями того чи іншого лікарняного закладу.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що ГД обтяжує перебіг захворювань пародонту в 68,4 % випадків. При цьому ГД частіше зустрічається в жінок і вражає переважно працездатну вікову групу населення. До клінічних особливостей перебігу, не притаманних іншим формам ГД, відноситься переважання генералізованих форм (64,1 %) та II–III ступеня інтенсивності (69 %). Причому важкі форми цього патологічного стану здатні суттєво впливати на психоемоційний стан пацієнтів

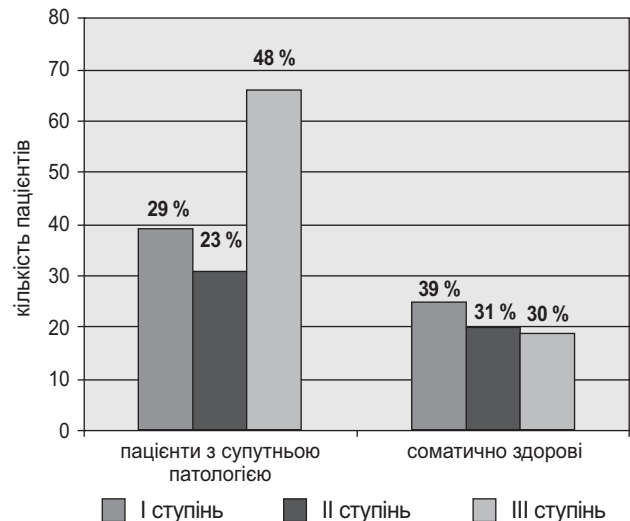


Рис. 2. Інтенсивність ГД в залежності від стану соматичного здоров'я пацієнтів.

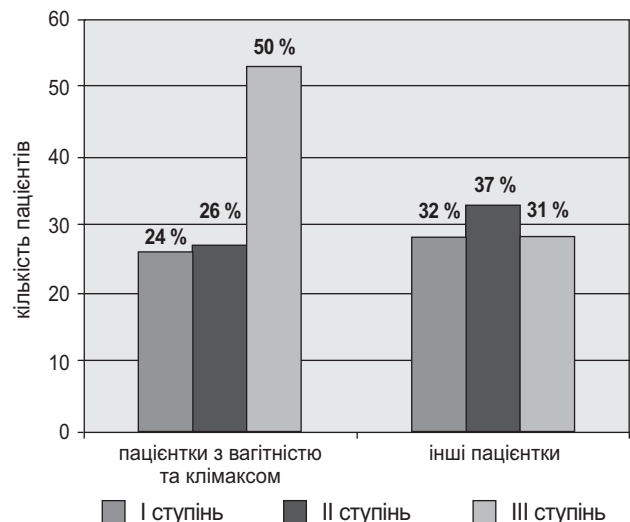


Рис. 2. Інтенсивність ГД в залежності від стану соматичного здоров'я пацієнтів.

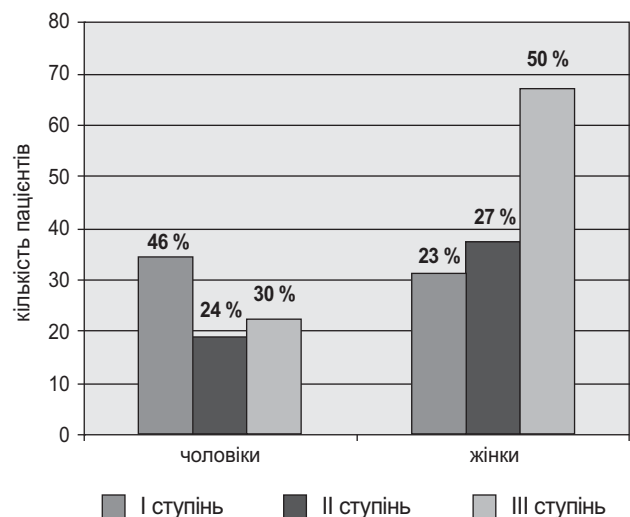


Рис. 2. Інтенсивність ГД в залежності від стану соматичного здоров'я пацієнтів.

і призводити до певного зниження працездатності, що встановлено у 8 % спостережень. А ще у 38,7 % хворих відзначали зміну жуваального стереотипу, ускладнення гігієни порожнини рота та звичайного прийому їжі.

Серед факторів ризику найбільш очевидний виразний вплив на перебіг ГД справляли чинники, пов'язані із загально соматичним станом здоров'я пацієнтів, їх психоемоційним станом, вагітністю тощо.

Ретроспективний аналіз медичної допомоги пацієнтам з ГД виявив, що зазначений стан до проведення обстеження часто залишався нерозпізнаним, а спеціалізована стоматологічна допомога надавалася усього 12,4 % хворих. У більшості випадків лікування ГД проводилось без урахування наявних захворювань пародонту, що здебільшого не дозволяло досягти бажаного клінічного ефекту, зокрема частота рецидивів залишалася значною.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоклицкая Г.Ф. Возможность устранения цервикальной гиперестезии при использовании зубной пасты «Sensodyne-F» // Современная стоматология. – 2002. – № 4. – С. 31–34.
2. Белоклицкая Г.Ф., Пети А.А., Сандыга Л.Г. Значение объективных клинических индексов в пародонтальной диагностике // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К. – 1999. – Вип. 8, книга 1. – С. 484–492.
3. Радван-Очко М. Гиперчувствительность шийок зубов: етіологія та лікування // Новини стоматології. – 2003. – № 4 (37). – С. 41–43.
4. Фадиева О.В. Клиника, диагностика и лечение повышенной чувствительности твердых тканей зубов // Научные труды «Актуальные аспекты стоматологии». – Н. Новгород. – 1998. – С. 139–142.
5. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов. Новые данные о распространенности, клинике и особенностях лечения некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. – 1997. – № 10 (специальный выпуск). – 145 с.
6. Шустова Е.Н. Значение функции щитовидной железы в развитии некоторых некариозных поражений зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1989. – 19 с.
7. Addy M. Dentine hypersensitivity: new perspectives on an old problem // International Dental J. – 2002. – Vol. 52, № 5. – P. 367–375.
8. Drisko C.H. Dentine hypersensitivity – dental hygiene and periodontal considerations // International Dental J. – 2002. – Vol. 52, № 5. – P. 385–393.
9. Kielbassa A.M. Dentine hypersensitivity: Simple steps for everyday diagnosis and management // International Dental J. – 2002. – Vol. 52, № 5. – P. 394–396.
10. Fischer C., Fischer R.G., Wennberg A. Prevalence and distribution of cervical dentine hypersensitivity in a population in Rio de Janeiro, Brazil // J. Dent. – 1992. – Vol. 20. – P. 272–276.
11. Liu H.C., Lan W.H., Hsien C.C. Prevalence and distribution of cervical dentin hypersensitivity in a population in Taipei, Taiwan // J. Endod. – 1998. – Vol. 24. – P. 45–47.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ДЕНТИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

*О.В. Копчак*

**Резюме.** Анализ литературы свидетельствует, что данные о распространенности гиперестезии дентина (ГД) и ее клинических особенностях требуют уточнения.

**Цель:** изучить распространенность и клинические особенности течения ГД при заболеваниях пародонта.

**Материалы и методы исследования.** Проведено плановое стоматологическое обследование 152-х пациентов с заболеваниями пародонта. Также обследованы 105 пациентов, которые обратились на кафедру терапевтической стоматологии по поводу ГД на фоне заболеваний пародонта.

**Результаты.** Анализ результатов свидетельствует, что ГД отягощает течение заболеваний пародонта в 68,4 % случаев. I степень интенсивности ГД диагностировали у 31 % больных, II степень – у 26,4%, III степень – у 42,6 %. Среди больных с сопутствующей соматической патологией генерализованные формы ГД встречались на 24,4 % чаще, чем у соматически здоровых лиц ( $p < 0,001$ ). Подобная тенденция определялась и у пациенток во время беременности. Сильные стрессы также повышали интенсивность ГД ( $p < 0,05$ ). Специализированную стоматологическую помощь до обследования получали только 12,4 % больных.

**Выводы.** ГД была выявлена у 68,4 % пациентов с заболеваниями пародонта. Основными факторами, определяющими особенности клинического течения ГД у больных этой группы, были сопутствующие соматические заболевания, беременность, стресс, переутомление.

**Ключевые слова:** гиперестезия дентина, катаральный гингивит, генерализованный пародонтит, распространенность, клинические особенности.

### PREVALENCE AND CLINICAL PECULIARITIES OF DENTINE HYPERSENSITIVITY IN PERIODONTAL DISEASE

*О. Копчак*

**Summary.** Analysis of the literature shows that dentin hypersensitivity (DH) is a pandemic. However, data on the prevalence and clinical features of the process need to be clarified.

**Purpose:** to examine the prevalence and clinical features of the DH course in periodontal disease.

**Materials and methods.** In carrying out routine dental examinations checkups 152 patients with periodontal disease were examined and 105 patients approached the Department for treatment of DH.

**Results.** Analysis of the results showed that DH in periodontal disease is observed in 68.4 % of cases. First degree of DH intensity was observed in 31 % of patients, the second stage – in 26.4 %, third degree – 42.6 %. Among patients with concomitant somatic pathology generalized form of DH was observed by 24.4 % more than in somatic – healthy individuals ( $p < 0.001$ ). A similar trend was noted in patients during pregnancy. Significant stress increased the intensity of the DH ( $p < 0.05$ ). Specialized medical care was previously provided only 12.4 % of patients with DH.

**Conclusions.** DH is detected in 68.4 % of patients with periodontal disease. The main factors that determine the clinical course of DH in this group of patients were associated somatic pathology, pregnancy, stress, fatigue. Only 12.4 % of patients received specialized care at early stages.

**Key words:** dentine hypersensitivity, catarrhal gingivitis, generalized periodontitis, frequency, clinical features.

*Копчак Оксана Вікторівна – канд. мед. наук,*

*доцент кафедри терапевтичної стоматології інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.*

*Тел.: 234-20-29 – ректоратура, 235-63-94 – кафедра.*



# 2 РУХЛИВІ СТОРОНИ, 1 - СУПЕРЧИЩЕННЯ!\*

ВИДАЛЯЄ БІЛЬШЕ  
НАЛЬОТУ УЗДОВЖ  
ЛІНІЇ ЯСЕН\*



Зубна щітка Oral-B PRO-EXPERT Clinic Line Pro-Flex має неперевершену ефективність\* щодо видалення зубного нальоту, завдяки щетинкам CrissCross®, розташованим під кутом 25°, і технології Pro-Flex, що дає змогу щітці адаптуватися до індивідуальних особливостей будови ротової порожнини.

\* у порівнянні зі звичайною зубною щіткою при регулярному використанні

Справжня турбота про пацієнта не закінчується в кабінеті стоматолога

