

УДК 616.314.14-009.611+616.314.16

С.П. Ярова, О.С. Гензицька, І.І. Заболотна
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ДЕНТИНУ
ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА**

Подано результати апробації нових десенситайзерних засобів («Белгель Са/Р», «Фторкальцит Е») протягом року у пацієнтів з гіперестезією дентину при захворюваннях тканин пародонта. Доведена їхня ефективність у найближчий та віддалений терміни лікування, що дозволяє використовувати запропоновані засоби у пацієнтів з пародонтологічною патологією.

Ключові слова: гіперестезія дентину, захворювання пародонта, лікування.

Гіперестезія дентину належить до стоматологічних захворювань, поширеність яких, згідно з даними ВООЗ, постійно зростає. Незважаючи на значні досягнення стоматології, проблема лікування даної нозології залишається досить актуальною [1, 2]. Особливу увагу дослідників привертає гіперестезія дентину, що розвивається у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта [3]. Складні етіологія та патогенез даної патології при пародонтологічних захворюваннях вимагають більш широкого розуміння комплексного підходу до її лікування і розробки нових методів, які б поєднували вплив на зазначені патологічні стани [4]. Але існуюча значна розповсюдженість, незадовільні або короткочасні результати лікування вимагають подальшого наукового пошуку і досліджень, у тому числі й апробацію нових десенситайзерних засобів.

Мета дослідження — оптимізувати лікування гіперестезії дентину при захворюваннях тканин пародонта за допомогою нових ремінералізуючих засобів.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження були 128 хворих 18–71 року (40 чоловіків, 88 жінок) із захворюваннями тканин пародонта. Серед досліджених абсолютну більшість (81,3 %) склали хворі на хронічний генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості (у 30,5 % верифіковано І ступінь, у 33,6 % — ІІ, у 17,2 % — ІІІ). В інших обстежених (у 18,7 %) були діагностовані: хронічний катаральний гінгівіт (у 16,7 %) і пародонтоз (у 2,3 %). Гіперестезія дентину різного ступеня тяжкості реєструвалася у 102 пацієнтів (79,7 %) — 32 чолові-

ків, 70 жінок: І ступінь — у 14,7 %, ІІ — у 49,0 %, ІІІ — у 36,3 %. Ступінь тяжкості захворювання встановлювали за даними індексу інтенсивності гіперестезії зубів (ІПГЗ), значення якого знаходились у межах від 1 до 3 балів. При цифрових показниках індексу 1,0–1,5 бала діагностували гіперестезію І ступеня, 1,6–2,2 бала — ІІ ступеня, 2,3–3,0 бала — ІІІ ступеня тяжкості [5].

За даними індексу розповсюдженості гіперестезії дентину (ІРГЗ) локалізовану форму визначали у 37 пацієнтів (36,3 %), генералізовану — у 82 пацієнтів (63,7 %). Генералізованою вважали дану патологію в тому випадку, якщо значення індексу перевищували 25 %. При показниках від 3,1 до 25,0 % діагностували локалізовану форму гіперестезії дентину.

Електрозбудливість пульпи зубів (ЕОД) визначали за допомогою електроодонтотестера «ОСП1,0 МОДІС» фірми «Аверон» (Росія).

В залежності від призначеного лікування всі хворі на гіперестезію дентину були розподілені на дві групи: основну (52 особи) і контрольну (50 осіб). В основній групі пацієнтам призначали внутрішньо таблетки для розсмоктування «Вітафтор» (по 1 таблетці 2 рази на добу протягом місяця). Місцево для фронтальної групи зубів використовували «Белгель Са/Р», для бокової — «Фторкальцит Е», враховуючи отримані результати попередньо проведеного експериментального дослідження [6]. Гігієнічний догляд за зубами пацієнтів основної групи проводили з використанням неабразивної зубної пасти.

В контрольній групі була застосована традиційна схема лікування гіперестезії

© С.П. Ярова, О.С. Гензицька, І.І. Заболотна, 2011

дентину за рекомендацією Ю.А. Федорова: внутрішньо таблетки гліцерофосфату кальцію (по 0,5 г 3 рази на добу протягом місяця); місцево — аплікації фосфатвмісної зубної пасти «Новий жемчуг» на всі зуби кожен день на 15 хв протягом 10 діб. Пацієнти в обох групах були рандомізовані.

Результати клінічного дослідження гіперестезії дентину оцінювали за динамікою відчуттів пацієнтів і клінічних індексів (ІРГЗ, ІПГЗ, визначення ЕОД) у перше відвідування — до лікування, через 10 діб та у віддалені терміни (1 і 6 міс, 1 рік).

Статистичну обробку даних проводили методами варіаційної статистики. Там, де це було необхідно, для оцінки відмінностей результатів вимірювань використовували t-критерій Стюдента. Відмінність вважали достовірною при $p < 0,05$ [7].

Результати та їх обговорення. Під час першого відвідування ІРГЗ та ІПГЗ були майже однаковими у обстежених основної і контрольної груп і становили відповідно $(34,7 \pm 1,9) \%$ і $(2,01 \pm 0,04)$ бала і $(33,8 \pm 1,9) \%$ і $(1,99 \pm 0,04)$ бала. Отримані результати лікування гіперестезії дентину за показниками ІПГЗ та ІРГЗ подано в табл. 1.

Таблиця 1. Зміни індексів розповсюдженості та інтенсивності гіперестезії дентину

Група	Термін огляду	ІРГЗ, %	ІПГЗ, бали
Контрольна (n=50)	До лікування	$33,8 \pm 1,9$	$1,99 \pm 0,04$
	Через 10 діб	$6,77 \pm 1,41^*$	$1,24 \pm 0,06^*$
	Через 1 міс	$10,61 \pm 1,04^*$	$1,28 \pm 0,03^*$
	Через 6 міс	$12,47 \pm 1,12^*$	$1,39 \pm 0,04^*$
	Через 1 рік	$15,03 \pm 1,21^*$	$1,43 \pm 0,02^*$
Основна (n=52)	До лікування	$34,7 \pm 1,9$	$2,01 \pm 0,04$
	Через 10 діб	$4,02 \pm 1,03^*$	$1,06 \pm 0,03^*$
	Через 1 міс	$6,98 \pm 1,22^*$	$0,76 \pm 0,01^*$
	Через 6 міс	$8,53 \pm 1,07^*$	$0,84 \pm 0,02^*$
	Через 1 рік	$9,67 \pm 1,07^*$	$1,11 \pm 0,03^*$

* $p < 0,05$, достовірно при порівнянні з показником до лікування.

Через 10 діб після початку лікування дані показники були такими. В основній групі ІРГЗ та ІПГЗ прийняли значення відповідно $(4,02 \pm 1,03) \%$ і $(1,06 \pm 0,03)$ бала (зменшилися у 8,6 рази та на 90 %), в контрольній — $(6,77 \pm 1,41) \%$ і $(1,24 \pm 0,06)$ бала, що у 5,0 разів та на 60 % менше, ніж до початку лікування. Отримані показники індексів пацієнтів, яким призначали внутрішньо таблетки для розсмоктування «Вітафтор» та місцево для фронтальної групи зубів «Белгель Са/Р» і для бокової — «Фторкальцит Е»,

були в 1,7 рази та на 17 % меншими, ніж у контрольній групі, де була застосована традиційна схема лікування ($p < 0,05$).

Через 1 міс дані індекси в основній групі дорівнювали $(6,98 \pm 1,22) \%$ і $(0,76 \pm 0,01)$ бала, що у 5,0 та 2,6 рази менше, ніж до початку лікування, але вони дещо збільшилися в порівнянні з показниками через 10 діб лікування. В контрольній групі ІРГЗ та ІПГЗ теж збільшилися відносно таких у попередній термін обстеження і становили $(10,61 \pm 1,04) \%$ та $(1,28 \pm 0,03)$ бала. Але все ж таки вони були меншими, ніж дані вихідного стану, а саме: відповідно в 3,19 рази та на 55 %. Таким чином, після проведеного лікування гіперестезії дентину показники ІРГЗ та ІПГЗ були кращими в основній групі, де застосовували запропоновану схему лікування, ніж у контрольній ($p < 0,05$): ІРГЗ — на 50 %, ІПГЗ — на 70 %.

Через 6 міс було встановлено подальше, хоча і незначне підвищення ІРГЗ та ІПГЗ у пацієнтів з гіперестезією дентину в обох групах у порівнянні з показниками одразу після проведеного лікування. Так, в основній групі ІРГЗ мав значення $(8,53 \pm 1,07) \%$ та ІПГЗ — $(0,84 \pm 0,02)$ бала, що в 1,2 та 1,1 рази більше,

ніж при попередньому огляді, але все ж таки в 4,0 та 2,4 рази менше в порівнянні з початковим станом. В контрольній групі, де була застосована традиційна схема, ці показники зменшилися (у 2,7 рази та на 43 %) у порівнянні з початковим станом і склали відповідно ІРГЗ — $(12,47 \pm 1,12) \%$, ІПГЗ — $(1,39 \pm 0,04)$ бала. Отримані значення в основній групі були в 1,5 рази та на 65 % меншими за відповідні показники в контрольній групі.

У віддалений термін (через 1 рік) продовжилось підвищення показників ІРГЗ та

ІПГЗ у контрольній та основній групах відносно таких у термін 6 міс. У пацієнтів основної групи збільшились індекси на 13 та 32 %, але все ж таки вони залишилися меншими порівняно з результатами до лікування в 3,6 разу та на 81 %. В контрольній групі ІПГЗ та ІПГЗ через 1 рік були $(15,03 \pm 1,21) \%$ і $(1,43 \pm 0,02)$ бала відповідно, що у 2,25 разу та на 40 % менше, ніж дані до лікування, але в 1,2 та 1,02 разу більше показників через 6 міс. Як і під час раніше проведених оглядів, дані індекси в основній групі були меншими (відповідно на 68 і 17 %), ніж у контролі.

В найближчий термін (10 діб) після лікування пацієнтів основної групи 47 пацієнтів (90,4 %) відмітили повне зникнення або значне зниження інтенсивності симптомів гіперестезії зубів. У 5 хворих (9,6 %) не спостерігалось ніяких змін після проведеного лікування.

Чим більше минало часу після лікування, тим у більшій кількості пацієнтів знов з'являлися симптоми гіперестезії зубів. Так, через 1 міс після лікування їхня кількість зросла на 13,48 %, через 6 міс — на 11,54 %, через 1 рік — на 9,62 %.

Крім динаміки показників ІПГЗ та ІПГЗ визначали зміни ЕОД зубів протягом усіх термінів клінічного спостереження (табл. 2).

чіткого взаємозв'язку між ЕОД та ефективністю запропонованих лікувальних заходів.

Висновки

Найбільш стабільне та істотне поліпшення показників ІПГЗ та ІПГЗ спостерігалось в основній групі, де була застосована запропонована нами схема лікування гіперестезії дентину, що виникла на тлі захворювань тканин пародонта. В результаті дослідження в основній групі показники ІПГЗ та ІПГЗ упродовж термінів клінічного огляду (через 10 діб, 1, 6, 12 міс) зменшувалися вірогідно більше, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Значення ІПГЗ до початку лікування становило $(34,7 \pm 1,9) \%$, що відповідає генералізованій формі гіперестезії дентину. Після лікування запропонованим методом значення ІПГЗ знизилось до $(4,02 \pm 1,03) \%$, що характерно для локалізованої форми даної нозології. Отримані дані вказують на обмеження гіперестезії дентину у найближчі терміни після проведеної терапії та збереження локальності процесу у віддалені терміни.

Значення ІПГЗ в основній групі у вихідному стані було $(2,01 \pm 0,04)$ бала, що відповідало II ступеню тяжкості гіперестезії дентину, через 1 рік він прийняв значення $(1,11 \pm 0,03)$ бала, що характерно для I сту-

Таблиця 2. Показники електрозбудливості зубів у процесі лікування, мкА

Термін огляду	Контрольна група (n=50)	Основна група (n=52)	
		фронтальна група зубів	бокова група зубів
До лікування	$4,7 \pm 0,1$	$4,7 \pm 0,1$	$4,7 \pm 0,1$
Через 10 діб	$5,0 \pm 0,1$	$5,2 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,1$
Через 1 міс	$4,9 \pm 0,2$	$5,0 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,2$
Через 6 міс	$5,0 \pm 0,2$	$5,3 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,1$
Через 1 рік	$4,9 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,2$

Наведені дані свідчать про те, що вихідні показники порога больової чутливості досліджених зубів були досить високими і в середньому відповідали I–II ступеням гіперестезії дентину — $(4,7 \pm 0,1)$ мкА. Протягом дослідження визначалася позитивна динаміка ЕОД в основній групі, а в контролі істотних змін не було зареєстровано. Однак отримані зміни не мали вірогідних відмінностей. Таким чином, не можна простежити

пення тяжкості. В основній групі протягом року значення ІПГЗ зменшилися в 3,5 разу, в контрольній — у 2,3 разу, а значення ІПГЗ зменшилися відповідно в 1,8 і 1,4 разу.

Таким чином, запропонована нами схема лікування гіперестезії дентину при захворюваннях тканин пародонта є більш ефективною, ніж традиційна ($p < 0,05$), що дозволяє її використовувати у пацієнтів з даною патологією.

Список літератури

1. Ульяницкая Е. С. Клинико-лабораторное исследование эффективности применения десенситайзеров при лечении повышенной чувствительности зубов : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е. С. Ульяницкая. — М., 2007. — 23 с.

2. Іваницький І. О. Порівняльна характеристика ефективності лікування гіперчутливості зубів із використанням сучасних препаратів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І. О. Іваницький. — Полтава, 2010. — 24 с.

3. Drisko C. H. Dentine hypersensitivity — dental hygiene and periodontal considerations / C. H. Drisko // Internat. Dentin J. — 2002. — V. 5. — P. 385–393.

4. Копчак О. В. Патогенетичне обґрунтування диференційованих підходів до лікування гіперестезії дентину при захворюваннях пародонту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. В. Копчак. — К., 2006. — 24 с.

5. Федоров Ю. А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов. Новые данные о распространенности, клинике и особенностях лечения некариозных поражений зубов / Ю. А. Федоров, В. А. Дрожжина // Новое в стоматологии. — 1997. — № 10 (спец. выпуск). — 145 с.

6. Ярова С. П. Особливості розподілу показників мінерального обміну при пародонтиті / С. П. Ярова, І. І. Заболотна, О. С. Гензицька // Питання експериментальної та клінічної медицини : збірник статей. — Донецьк, 2007. — Вип. 11, т. 1. — С. 227–230.

7. Лапач С. Н. Статистика в науке и бизнесе / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К. : Морион, 2002. — 640 с.

С.П. Ярова, Е.С. Гензицькая, И.И. Заболотная

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ДЕНТИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Представлены результаты апробации новых десенситайзерных средств («Белгель Са/Р», «Фторкальцит Е») в течение года у пациентов с гиперестезией дентина при заболеваниях тканей пародонта. Доказана их эффективность в ближайший и отдаленный термины лечения, которые позволяют использовать предложенные средства у пациентов с пародонтологической патологией.

Ключевые слова: гиперестезия дентина, заболевания пародонта, лечение.

S.P. Yarova, E.S. Genzitskaya, I.I. Zabolotnaya

FEATURES OF TREATMENT OF DENTINE HYPERSENSITIVITY IN CASE OF THE DISEASES OF PARODONTIUM TISSUES

The results of approbation of new desensitizing pastes («Belagel Ca/P», «Ftorcaltsit E») in patients with dentine hypersensitivity in case of the diseases of parodontium tissues during the year are presented. The effecacy of these pastes in the nearest and distant terms of treatment is proved. They allow to use the offered methods for patients with parodontological pathology.

Key words: dentin hypersensitivity, diseases of parodontium, treatment.

Поступила 26.01.11