

Державна установа
«ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ЗУБАЧИК Орися Володимирівна

УДК 616.314-009.621-08-084

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ
ДО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ**

14.01.22 — стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Одеса – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Державній установі «Інститут стоматології НАМН України», м. Одеса.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Терешина Тетяна Петрівна**,
Державна установа «Інститут стоматології НАМН України», м. Одеса,
завідувач лабораторії гігієни порожнини рота

Офіційні опоненти:

– доктор медичних наук, професор **Ніколішин Анатолій Карлович**, Вищий навчальний державний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, професор кафедри терапевтичної стоматології

– доктор медичних наук, професор **Любченко Ольга Валеріївна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, професор кафедри стоматології, терапевтичної стоматології

Захист відбудеться 25 квітня 2016 р. о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Державній установі «Інститут стоматології НАМН України» за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська,11.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Інститут стоматології НАМН України» (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська,11).

Автореферат розісланий 24 березня 2016 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

Г.О. Бабеня

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гіперчутливість зубів є актуальною проблемою в стоматології. За даними різних авторів больові відчуття в області зубів у відповідь на хімічні, термічні або механічні подразники виникають у дорослого населення від 3 % до 60 % випадків і ця цифра, за даними ВООЗ, неухильно зростає (Белоклицкая Г.Ф., 2007; Іваницький І.О., Ніколішин А.К., 2007; Bekes K. 2013; Bergamini M.R. et al., 2014; Zondeson R.A., 2014).

Хвороблива реакція зубів може бути обумовлена різними факторами загального і місцевого характеру, ендогенного і екзогенного походження (Vamise C.T., 2008; West N., 2014).

За етіологічним факторам розрізняють гіперестезію, пов'язану з втратою твердих тканин зуба і не пов'язану з втратою твердих тканин зуба. При цьому кожен з цих варіантів може проявлятися обмеженою або генералізованою системною формою.

Говорячи про гіперчутливість твердих тканин зубів доцільно розглянути деякі аспекти виникнення болю (Branström M., 1966). Фізіологія чутливості дентину заснована на тому, що його пронизують мільйони дентинних каналців, всередині яких знаходиться рідина, відростки одонтобластів, колаген, немієліновані нервові волокна. Підвищена чутливість (різкий біль) є результатом швидкого переміщення рідини в дентинних трубочках.

Підвищена чутливість емалі пов'язана з її дефектами. Одним з таких дефектів є ламелли – тонкі листи, багатші органічними речовинами. У молодому віці вони виглядають як пігментація, при дорослішанні і старінні організму людини вони перетворюються в тріщини. Останні являють собою ініціальні шляхи для проникнення рідини через емаль в пульпу і дентинні каналці, в результаті чого виникає підвищена чутливість емалі. Іншими дефектами емалі є емалеві пучки, що представляють собою білкові утворення, які не в повному обсязі мінералізуються при розвитку і мінералізації емалі. Є ще емалеві веретена, які є органічними залишками відростків одонтобластів, які проникають в емаль (Branström M., 1966; Shiau H.J., 2012; Trushkowsky R.D., 2014). Як вважають вчені, які займаються цією проблемою, емалеві ламелли, пучки і веретена відповідальні за утворення тріщин, що призводять до підвищеної чутливості емалі.

Принцип лікування гіперчутливості зубів заснований на припиненні роздратування нервових закінчень, що знаходяться в дентинних каналцях або пульпі зуба. Найбільш адекватним і фізіологічним методом слід вважати закупорювання тріщин емалі (ламелл) і відкритих трубочок (дентинних каналців) мінералами – фізіологічна або штучна мінералізація (Коваленко И.П., 2013, West N., 2014).

Інший напрямок лікування пов'язаний з хімічними механізмами зниження підвищеної чутливості зубів, які або перешкоджають руху зубного ліквору, або безпосередньо блокують нервові закінчення (Кузьміна Э.М., 2011; Величко Л.С., 2012; Zondeson R.A., 2014).

Незважаючи на те, що існує багато різних думок механізму походження поверхневої болі зубів (нервова теорія, теорія одонтобластної провідності, гідродинамічна теорія та ін.), швидше за все вони пов'язані з роздратуванням нервових закінчень відкритих дентинних каналців.

При лікуванні гіперестезії виділяють 3 напрямки: вплив на центральну нервову систему (ЦНС) (седативні препарати, анальгетики, психотерапія), ослаблення нервової провідності (місцевоанестезуючі засоби) і місцевий вплив на зуб. Принцип місцевого лікування заснований, по-перше, на посиленні ремінералізації твердих тканин зуба (Коваленко И.П., 2013; Davari A. et al., 2013), однак це тривалий процес. Швидкий же ефект можливий за рахунок припинення доступу подразників до нервових закінчень, в основному – закупорці дентинних каналців, а також анестезуючого впливу на нервові закінчення (Козьменко А.Н., 2013; Davari A. et al., 2013).

На жаль, практично немає робіт, які обґрунтовують і конкретизують методи лікування при різній вираженості прояви больових відчуттів, поширеності, етіологічних чинників розвитку гіперестезії, реакції на різні подразники. Усе зазначене зумовило проведення досліджень, при цьому в якості робочої концепції прийнято наступне: лікування гіперестезії зубів, незважаючи на те, що воно має загальні принципи, що ґрунтуються на десенситайзерній і ремінералізуючій дії застосовуваних засобів, повинно бути індивідуалізоване.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану 2-х науково-дослідних робіт ДУ «Інститут стоматології НАМН України»: «Розробити комплекс заходів для корекції слиновиділення при зниженій функції слинних залоз» (ДР № 0111U000512); «Розробити методи корекції мінеральної, мікробної та імунної систем гомеостазу порожнини рота для індивідуальної профілактики стоматологічної патології» (№ ДР 0114U000380). Здобувач був співвиконавцем окремих фрагментів зазначених тем.

Мета дослідження – підвищення ефективності профілактики і лікування гіперестезії зубів шляхом розробки патогенетично обґрунтованих лікувально-профілактичних комплексів і обґрунтування їх диференційованого застосування в залежності від етіологічних чинників виникнення гіперчутливості, поширеності та локалізації процесу.

Задачі дослідження:

1. Вивчити частоту зустрічаємості гіперестезії зубів на амбулаторному

стоматологічному прийомі і деякі соціологічні аспекти проблеми, що відбиваються на якості життя.

2. Вивчити стоматологічний і соматичний статус осіб з гіперчутливістю зубів для з'ясування можливих причин розвитку гіперестезії зубів.

3. Провести комплекс досліджень для вивчення вираженості і характеру гіперчутливості зубів, специфічності локалізації гіперестезії при різних дефектах зуба, а також селективності реакції на різні подразники.

4. Розробити та обґрунтувати схеми лікувально-профілактичних комплексів при гіперестезії в залежності від встановлених етіологічних чинників, поширеності та локалізації процесу.

5. Провести клінічну апробацію розроблених лікувально-профілактичних комплексів у хворих з гіперестезією зубів і її оцінити віддалені результати.

Об'єкт дослідження – гіперчутливість твердих тканин зубів.

Предмет дослідження – диференційований підхід до застосування лікувально-профілактичних комплексів при гіперестезії зубів в залежності від встановлених етіологічних чинників, поширеності та локалізації процесу.

Методи дослідження: соціологічні (анкетування) – для вивчення впливу гіперестезії зубів на якість життя; клінічні – для оцінки стану твердих тканин зубів і пародонту; холодова проба Schiff і тактильна проба – для оцінки чутливості зубів; функціональні (вивчення швидкості саливації) – для оцінки функціональної активності слинних залоз; біофізичні – для оцінки рівня кислотності і буферної ємності ротової рідини, біохімічні – для оцінки мінералізуючого потенціалу ротової рідини; оптичні – для вивчення кристалоутворення слини; статистичні – для підтвердження достовірності отриманих даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше проведено дослідження з вивчення соціологічних аспектів проблеми, що стосується гіперестезії твердих тканин зубів, та встановлено, що тільки 28 % осіб з підвищеною чутливістю зубів відвідували стоматолога для усунення болю і 25 % з них отримували професійне лікування. 81 % опитаних вказали, що гіперестезія зубів доставляє їм серйозні незручності, але, разом з тим, не завжди є мотивацією для відвідування стоматолога.

Проведено комплексні дослідження по вивченню основних характеристик гіперчутливості твердих тканин зубів, а саме, переважної реакції зубів на різні подразники, переважної локалізації чутливих ділянок зубів і груп зубів, поширеності патологічного процесу, специфічності прояву чутливості при різних дефектах емалі та дентину, характеру і тривалості болю при дії різних подразників. У 80,9 % пацієнтів спостерігалася реакція відразу на кілька подразників, в більшості випадків (48,4 %) чутливими були ділянки в пришийковій ділянці зуба.

Вивчено соматичний і стоматологічний статус пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів і встановлено, що в 100 % осіб спостерігається карієс зубів, на 2-му місці – гіпосалівація, потім пародонтит з рецесією ясен і некаріозні ураження зубів. Виявлено 21 % осіб, що регулярно відбілюють зуби, а також випадки рецесії ясен, не пов'язані із захворюваннями пародонту. В структурі соматичних захворювань найчастіше зустрічалися захворюваннями алергічного характеру, потім захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, а також були присутні випадки розвитку гіперестезії при психоемоційному напруженні.

Розроблено принцип підходу до лікування гіперестезії зубів, що враховує причини і механізм розвитку гіперчутливості, а також локалізацію і поширеність процесу. Лікування локалізованої форми засновано на наданні подвійного ефекту: десенситалізація і запечатування дентинних каналців, що передбачає застосування десенситивних і ремінералізуючих засобів. При генералізованій гіперестезії основою лікування є нормалізація мінерального обміну на рівні всього організму.

Результати клінічної апробації показали, що диференційоване застосування лікувально-профілактичних комплексів протягом 6 місяців, що враховує як поширеність гіперестезії, так і локалізацію процесу, оказує ефективний вплив, що полягає в десенситивній дії (100 % відсутність больової чутливості зубів) і ремінералізуючому ефекті (збільшення вмісту кальцію в слині на 26 %).

Практичне значення отриманих результатів. На підставі проведених досліджень було зроблено висновок, що в Україні проблема гіперестезії зубів існує, проте їй приділяється недостатньо уваги.

Позначено різний підхід до лікування гіперестезії коронкової частини зуба і кореневого дентину, а також до поширеності процесу: генералізований процес доцільно розглядати як порушення мінерального обміну на рівні всього організму.

При локалізованій гіперестезії лікувально-профілактичний комплекс включає препарати місцевої контактної дії, які оказують як десенситивну, так і ремінералізуючу дію. Особам з генералізованою формою гіперестезії зубів, на відміну від локалізованої, доцільно призначати кальційвмісні препарати для нормалізації мінерального обміну на місцевому та загальному рівні, курс місцевої десенситайзерної терапії повинен бути пролонгованим. При цьому призначені засоби місцевої та загальної дії відрізняються в залежності від локалізації процесу.

В процесі проведення досліджень були виявлені деякі особливості, відсутність збігу суб'єктивної оцінки такого явища як гіперестезія твердих тканин зубів і об'єктивного вивчення відповідної больової реакції на

подразники при тестуванні: в одних випадках скарги на наявність чутливості зубів об'єктивно не підтверджувалися результатами тестування, і навпаки, при відсутності скарг показники тестів були позитивні, у зв'язку з чим зроблено висновок, що не виключені психологічні прояви неадекватності оцінки ситуації.

Результати досліджень впроваджені в клінічну практику відділу епідеміології і профілактики основних стоматологічних захворювань ДУ «Інститут стоматології НАМН України», кафедри терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, КУ «Львівська обласна стоматологічна поліклініка», міської та районних стоматологічних поліклінік м. Львова та м. Одеси.

Матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі кафедри терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Особистий вклад здобувача. Автором особисто проведено пошук, зібрана і проаналізована наукова література по темі дисертації, самостійно проведені всі клінічні дослідження. Узагальнені та проаналізовані отримані результати, проведена їх статистична обробка. Написана і оформлена дисертація. Спільно з керівником сформульовані мета, завдання дослідження, основні висновки і практичні рекомендації.

Клінічні дослідження проводилися на базі кафедри терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (зав. каф. – д.мед.н., проф. Зубачик В.М.)¹. Лабораторні дослідження проведені в ДУ «Інститут стоматології НАМН України» при безпосередній участі автора: в лабораторії біохімії (зав. лаб. – д.біол.н. Макаренко О.А.)¹ і в лабораторії гігієни порожнини рота (зав. лаб. – д.мед.н., проф. Терешина Т.П.)¹.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації повідомлені і обговорені на 2-ій загальноуніверситетській науково-практичній конференції молодих вчених і спеціалістів (Львів, 2013); науково-практичній конференції «Досягнення науки і практики в стоматології» (Одеса, 2014).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 7 робіт, з яких 4 статті у наукових фахових виданнях України, 1 стаття у науковому виданні Білорусії, 2 тез в матеріалах науково-практичних конференцій.

Об'єм і структура дисертації. Дисертація викладена на 153 сторінках принтерного тексту, складається з вступу, огляду літератури, 4-х розділів власних досліджень, розділу аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури (301 джерело, з яких 138 написано латиницею). Робота ілюстрована 8 рисунками,

¹ Автор щиро вдячний співробітникам вищезгаданих структур за допомогу при виконанні досліджень

містить 23 таблиці.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали та методи досліджень. Для вирішення поставленої мети і реалізації завдань роботи були проведені клінічні і лабораторні дослідження.

Всього було обстежено 525 осіб. В клінічних випробуваннях взяли участь 126 осіб. Схема обстеження кожного пацієнта була наступною:

- візуальна оцінка стану зубів (карієс, некаріозних поразки, сколи та тріщини емалі, гінгівіт, пародонтит, рецесія ясен, наявність препарованих зубів під коронку та ін.);

- оцінка стану зубів за індексами КПВ і РМА;

- опитування та ретельний збір анамнезу для виявлення причин розвитку гіперестезії твердих тканин зубів (наявність соматичних захворювань, відбілювання зубів, регулярність проведення чистки зубів, як давно страждає на пародонтит і спостерігається рецесія ясен, як давно проводилося пломбування зубів, наявність бруксизму та ін.);

- вивчення швидкості салівації;

- забір ротової рідини для біофізичних і біохімічних досліджень;

- вивчення рН і буферної ємності ротової рідини;

- вивчення тестів на чутливість зубів;

- соціологічне опитування про вплив гіперестезії зубів на якість життя.

При оцінці карієсу зубів були використані рекомендації ВООЗ. Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) визначали для оцінки поширеності і тяжкості гінгівіту (Parma С., 1960).

Визначення мінералізуючого потенціалу ротової рідини проводили за методом Леуса П.А. (2004).

Оцінку чутливості зубів проводили за 2 методами: за методом Schiff і за тактильним методом. Згідно з методом Schiff (2009), проводили вплив на зуб холодним повітрям за допомогою стандартного стоматологічного повітряного пустеру протягом 1-ї секунди з відстані 1 см. Реакцію пацієнта підраховували, використовуючи шкалу чутливості зубів до холодного повітря.

Тактильний тест на чутливість зубів запропонований нами, який проводиться за допомогою дотику гладилки до чутливої ділянки зуба. Інтерпретацію отриманих результатів оцінювали в балах: 3 бали (висока чутливість) – відповідна больова реакція на легкий дотик; 2 бали (середня чутливість) – відповідна больова реакція на легке постукування по зубу з інтервалом 2 сек.; 1 бал (слабка чутливість) – відповідна больова реакція на інтенсивне постукування по зубу з інтервалом 0,5-1 сек.; 0 балів – відсутність

реакції на дотик і постукування зуба. Найвищий показник відчуття дотику, якщо больовий відповідь виникає при легкому дотику.

Для вивчення впливу гіперестезії твердих тканин зубів на якість життя був використаний індекс OHRQoL – багатовимірний показник, що відображає вплив стоматологічного статусу на якість життя (Bekes K., Hirsch C., 2013).

Функціональну активність слинних залоз визначали на підставі вивчення швидкості слиновиділення. Вивчали слину спокою натщесерце без стимулювання слиновиділення. рН слини визначали на універсальному іонометри EB-74, а також використовували індикаторний папір рН-Fix у вигляді індикаторних смужок (тест-смужки) фірми Macherey-Nagel® (Німеччина), з широким діапазоном чутливості (до 0,05). Розрахунок буферної ємності ротової рідини проводили, виходячи з того, що за одиницю ємності буферної суміші умовно прийнята ємність такого розчину, для зміни рН якого на одиницю потрібне введення сильної луги або кислоти в кількості 1 г-екв на 1 л розчину. Для контрольного вимірювання використовували 0,1 N соляну кислоту (Леонтьев В.К., Петрович Ю.А., 1976).

Вміст кальцію в ротовій рідині визначали за методом Каракашова А.В. і Вічева Є.П. в модифікації Леонтьєва В.К., Смірної В.Б. (1976), неорганічного фосфору за методом Больца Д.М., Льюка Ч.Г. в модифікації Конвай В.Д., Леонтьєва В.К. (1976).

Обробку цифрових даних проводили варіаційно-статистичним методом Монцевічуте-Ерингене (1964), використовуючи пакети прикладних програм Statistica. Достовірність відмінностей середніх величин (P) оцінювали відповідно до загальноприйнятого статистичного методу, використовуючи t-критерій Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього за 1 рік на амбулаторному стоматологічному прийомі було обстежено 525 осіб у віці від 16 до 67 років, які в більшості випадків з'явилися на прийом для лікування дефектів емалі і захворювань пародонту, а також у зв'язку з гіперестезією зубів.

Дослідження показали, що 24 % пацієнтів, що з'явилися на стоматологічний прийом, страждають гіперчутливістю твердих тканин зубів (з них більшість жінок – 58,7 %). Тільки 9 % з них з'явилися у зв'язку з наявністю больових відчуттів в області зубів, не пов'язаних з ураженням твердих тканин зуба. У решти 91 % осіб гіперестезія твердих тканин зубів була виявлена тільки в результаті ретельного опитування. Майже половині пацієнтів (56 %) не вважали, що наявність гіперчутливості зубів є приводом для відвідування стоматолога.

Прицільне анкетування пацієнтів, в яких була виявлена гіперестезія зубів, показало, що у більшості з них (60 %) ця проблема існує давно (більше 3-х років), і тільки 6 % осіб зазначили, що гіперчутливість твердих тканин зубів

з'явилася лише в останній рік. Більшість хворих (81 %) відповіли, що гіперестезія зубів приносить їм серйозні незручності.

При виявленні подразника було встановлено, що найбільший відсоток больових реакцій на «холодне», потім «кисле», «дотик» і «солодке». Найменше реагують на «гаряче».

Встановлено, що тільки 28 % осіб з гіперестезією зубів раніше лікувалися у стоматолога. При цьому ніхто з них не лікувався регулярно, а 64 % хворих дуже рідко відвідували лікаря по проблемі чутливості зубів. 25 % отримували професійне лікування.

Подальші дослідження були присвячені вивченню тяжкості гіперестезії зубів. Для цього у осіб, які відповіли позитивно на питання про наявність чутливості зубів при анкетуванні, проводилося вивчення реакції зубів на холодову пробу (метод Schiff). Результати досліджень показали, що всі пацієнти в тій чи іншій мірі реагували на подразник. У більшості пацієнтів (49 %) була виявлена гіперестезія середньої тяжкості, і у 15 % - важкий ступінь, який вказує на виражену больову реакцію на подразник.

У той же час у 100 % обстежених спостерігався карієс зубів, на 2-му місці – гіпосалівація (43 %), потім пародонтит з рецесією ясен (31 %) і некаріозні ураження твердих тканин зубів (29 %). Серед осіб з гіперестезією зубів було виявлено досить високу кількість пацієнтів, що відбілюють зуби (21 %). Спостерігалися випадки рецесії ясен, не пов'язані із захворюваннями пародонту (6 %).

Далі були проаналізовані результати частоти зустрічаємості серед осіб з гіперестезією зубів ізольованої стоматологічної патології та комплексу стоматологічних захворювань. В останньому випадку за основу було прийнято присутність карієсу в поєднанні з іншою стоматологічною патологією.

Встановлено, що з ізольованих форм найчастіше зустрічався карієс (29 %), потім пародонтит з рецесією ясен (14 %). У 10 % випадків виявлено застосування відбілюючих систем, але без видимих уражень твердих тканин зуба. Більшість пацієнтів мали поєднану стоматологічну патологію, що характеризується ураженням твердих структур зубів. Найбільш часто карієс супроводжувався гвпосалівацією (38 %), у 36 % пацієнтів спостерігався карієс і рецесія ясен.

Одночасно карієс і некаріозні ураження зубів зафіксовані в 27 % випадків. Карієс у поєднанні з регулярними процедурами відбілювання зубів зустрічався у 23 % пацієнтів.

При оцінці соматичного статусу враховували лише переважаюче (основне) захворювання. Встановлено, що практично здорових серед пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів було всього 15 %. З соматичної патології найбільше зустрічалися захворювання алергічного характеру (33 %), потім

захворювання шлунково-кишкового тракту (20 %) і ендокринної системи (17 %). При цьому 11 осіб (9 %) вказали на наявність у них частих випадків психоемоційної напруги, аж до неврозів і депресії.

Більш ретельне дослідження в кожному індивідуальному випадку дозволило нам виділити основні причини розвитку гіперестезії зубів у обстежених пацієнтів. Так, гіперестезія твердих тканин зубів у 54,3 % випадків зустрічалася при пошкодженні емалі і в 45,2 % – при оголенні кореневого дентину. У першому випадку найбільш часто – при демінералізації емалі після відбілювання зубів (15,1 %), карієсі (12,7 %) і клиноподібних дефектах (10,3 %), у другому – при генералізованому пародонтиті (27,8 %).

При цьому досить високий показник спостережень розвитку гіперестезії після препарування зубів (4 %), при недотриманні регламенту догляду за порожниною рота (10,3 %), при травмуванні ясен коронками або при неправильній маніпуляції відбілювання зубів (6,3 % і 4,8 % відповідно).

Проведено вивчення впливу гіперчутливості зубів на якість життя кожного пацієнта. Оцінку 0 (не впливає) поставили кілька чоловіків у віці від 37 до 55 років і жодна з обстежуваних жінок у віці від 22 до 65 років. Найвищий середній бал $3,3 \pm 0,5$, що свідчить про досить високий негативний вплив на якість життя, був поставлений жінками у віці від 37 до 65 років.

З представлених даних зроблено висновок, що наявність гіперестезії твердих тканин зубів впливає на якість життя, але не є достатньою мотивацією для відвідування стоматолога. Дослідження показали, що лише 28 % осіб відвідували стоматолога з приводу лікування гіперчутливості зубів.

Ми порівняли ставлення до проблеми гіперестезії зубів у жителів України і Німеччини. Дослідження в Німеччині проводилися в 2010 році (Bekes K. et al., 2010). Більшість осіб, які взяли участь в анкетуванні в Німеччині, в 3,3 частіше зверталися до стоматолога для вирішення проблеми чутливості зубів, ніж в Україні.

Для оцінки основних характеристик гіперчутливості зубів були вивчені ряд показників, а саме переважна реакція зубів на різні подразники, переважна локалізація чутливих ділянок зубів і груп зубів, поширеність патологічного процесу, специфічність прояву чутливості при різних дефектах емалі та дентину, характер і тривалість болю при дії різних подразників.

У дослідженнях взяли участь 126 пацієнтів з гіперчутливістю зубів у віці від 22 до 67 років. Першою була вивчена переважна реакція на конкретний подразник. Був використаний метод опитування кожного з пацієнтів. Опитування пацієнтів показало, що у більшості пацієнтів переважна реакція була на 2 подразника – холодний (40,5 %) і тактильний (31,7 %). При цьому у 80,9 % пацієнтів спостерігалася реакція відразу на кілька подразників.

При вивченні локалізації чутливих ділянок зубів і виявлення ступеня поширеності процесу проводили прицільне обстеження кожного зуба із застосуванням поєднаного впливу холоду і дотику. Частіше гіперестезія виявлялася на фронтальній групі зубів (35,7 %), ніж на жувальній групі (30,2 %). Але при цьому в 34,1 % випадків чутливими були як жувальна, так і фронтальна група зубів. У більшості випадків (48,4 %) гіперчутливими були ділянки, розташовані в пришийковій частині зуба, незалежно від групи зубів. На 2-му місці по виявленню чутливості був оголений дентин (30,9 %) і потім коронкова частина зуба (20,7 %). В останньому випадку найменше страждала коронкова частина жувальної групи зубів (3,2 %).

Вивчення поширеності гіперестезії зубів показало, що частіше зустрічалася локалізована форма, причому в процес були залучені від 1 до 8 зубів – поспіль або окремо стоячі зуби на кожній щелепі. Генералізований процес зафіксований у 39,7 % випадків і спостерігалася чутливість більш половини присутніх в порожнині рота зубів.

При рецесії ясен співвідношення локалізованих і генералізованих форм гіперестезії було однаково. Чутливість коронкової частини зуба в більшості випадків була локалізованою. В пришийковій частині зуба дещо частіше виявлялася локалізована форма.

При травмуванні зуба, викликаному різними причинами (гостра травма, препарування зубів, агресивна чистка зубів), переважна локалізація болю спостерігалася в коронковій частині зуба, і значно менше в кореневій частині. Клиноподібні дефекти в більшості випадків характеризувалися появою больових відчуттів в пришийковій частині зуба, хоча деякі пацієнти (23,1 %) вказали на поширення болю по всій коронковій частині зуба.

Всі пацієнти з ерозією емалі вказували на те, що біль поширюється на всю коронку зуба, включаючи і прийийкову область. При підвищеній стертості больові відчуття від дії подразників спостерігаються в коронковій частині зуба, особливо на оклюзійних поверхнях, і ніхто з пацієнтів не вказав на хворобливу реакцію в пришийковій частині зуба, навіть при наявності рецесії ясен.

Демінералізація емалі, обумовлена як відбілюванням зубів, так і іншими чинниками, що перешкоджають природній мінералізації емалі, викликає чутливість коронки зубів, причому з посиленням в пришийковій частині зуба.

При рецесії ясен, викликаній травматичним чинником, біль проявляється в пришийковій частині зуба, іноді поширюючись на кореневий дентин. Для рецесії ясен у хворих на пародонтит характерна больова реакція лише з боку оголеного кореня.

При оцінці специфічності і тривалості болю при дії різних подразників було встановлено, що більшість пацієнтів вказували на чутливість зубів від дії 2-х і більше з 5-ти вивчених подразників. Істотна ж різниця полягала в

тривалості больової відповіді – швидкоперебігаюча (до 5 секунд після закінчення дії подразника) і пролонгована біль (від 10 до 40 секунд відповідно).

Результати досліджень показали, що больова реакція оголеного дентину кореня зуба спостерігалася тільки при дії 2-х подразників – холоду і дотику (тактильний). При цьому на холод частіше була пролонгована больова реакція (у деяких тривала 30-40 секунд) і особливо виявлялася в зимовий період часу при виході з теплого приміщення на холод.

Гіперестезію коронкової частини зуба викликали все 5 подразників, але найбільш часто солодке і кисле, і рідше тактильний подразник. Причому частіше спостерігалася пролонгована больова реакція.

Для пришийкової ділянки специфічним виявився тактильний подразник (вказали всі пацієнти), хоча у деяких осіб спостерігалася чутливість на інші подразники, і найчастіше на холод. При цьому в більшості випадків больова реакція спостерігалася тільки в період дії подразників.

Було здійснено диференційований підхід до лікування гіперестезії. При локалізованій гіперестезії лікувально-профілактичний комплекс включав препарати місцевої контактної дії, які здійснювали як десенситивнк, так і ремінералізуючу дію. Особам з генералізованою формою гіперестезії зубів, на відміну від локалізованої, додатково призначалися кальційвмісні препарати для нормалізації мінерального обміну на місцевому та загальному рівні, а також пролонгувався курс місцевої десенситайзерної терапії (табл. 1, 2).

У дослідженнях взяли участь 76 осіб гіперестезією зубів у віці від 31 до 54 років, з них 28 осіб – з локалізованою гіперестезією, 29 осіб з генералізованою гіперестезією. 19 осіб склали 2 групи порівняння. У 1-й групі порівняння були присутні особи з локалізованою гіперестезією зубів (10 осіб), у 2-й групі 9 осіб з генералізованою гіперестезією зубів, причому в обох випадках незалежно від локалізації.

Для вибору адекватного лікування у них були вивчені локалізація і поширеність чутливих ділянок зубів, а також характер больовий реакції.

Залежно від ступеня вираженості гіперестезії призначалися різні схеми лікування. Однак якщо чутливість зубів з'явилися в результаті їх пошкоджень, то проводили корекцію виявлених пошкоджень, після якої зазвичай зникали неприємні симптоми.

У всіх випадках до початку лікування проводили професійну гігієну порожнини рота та лікування всіх каріозних вогнищ.

У групах порівняння спеціального лікування не проводили, однак пацієнти чистили зуби десенситивною зубною пастою.

Таблиця 1

Призначені лікувально-профілактичні комплекси при локалізованій гіперестезії зубів

Препарат	Лікувально-профілактичний комплекс	
	Призначення	Спосіб застосування
Коронкова частина зуба (демінералізація зубів)		
Лак «Clinpro™ White Varnish» (3M ESPE)	Активна ремінералізація емалі зубів	Нанесення лаку 1 раз в 3 дня протягом 2-х тижнів, 1 місяць
Зубна паста «Colgate Sensitive Enamel Protect»	Пролонгована десенситивна, ремінералізуюча дія	Щоденна 2-х разова чистка зубів протягом 3-х місяців із застосуванням зубної щітки серії «Sensitive»
Пришийкова ділянка зуба (клиноподібні дефекти)		
Захисний лак «Admira Protect» (VOCO)	Закриття неглибоких порожнин, надання сенситивної дії	1 раз в 3 місяці на стоматологічному прийомі
Фторвмісний пломбувальний матеріал «Admira» (VOCO)	Закриття глибоких порожнин, надання сенситивної дії	Пломбування дефектів
Кореневий дентин (рецесія ясен при пародонтиті)		
Професіональна десенситивна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief™»	Закупорення дентинних каналців	Після професійної гігієни порожнини рота одноразова обробка пастою кожного зуба (по 3 сек.) на стоматологічному прийомі
Зубна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief»	Пролонгована ремінералізація емалі і дентину зубів	Щоденна 2-х разова чистка зубів протягом 2-х місяців

Таблиця 2

Призначені лікувально-профілактичні комплекси при генералізованій гіперестезії зубів

Препарат	Лікувально-профілактичний комплекс	
	Призначення	Спосіб застосування
1	2	3
Коронкова частина зуба (демінералізація зубів)		
«Кальцид» (Київ, Україна)	Відновлює дефіцит кальцію, активізує мінеральний обмін	По 1 табл. 3 рази в день протягом 1 місяця
Лак «Clinpro™ White Varnish» (3M ESPE)	Активна ремінералізація емалі зубів	Нанесення лаку 1 раз в 3 дня протягом 2-х тижнів, 1 місяць
Зубна паста «Colgate Sensitive Enamel Protect»	Пролонгована десенситивна, ремінералізуюча дія	Щоденна 2-х разова чистка зубів протягом 6-и місяців із застосуванням зубної щітки серії «Sensitive»
Пришийкова ділянка зуба (клиноподібні дефекти)		
Нанокальцид суспензія (гідроксиапатит кальцію)	Відновлює дефіцит кальцію	Нанесення суспензії на зуби 2 рази на день протягом 2-х тижнів (використовується спеціальна каппа)
Захисний лак «Admira Protect» (VOCO)	Закриття неглибоких порожнин, надання десенситивної дії	1 раз в 3 місяці на стоматологічному прийомі
Фторвмісний пломбувальний матеріал «Admira» (VOCO)	Закриття глибоких порожнин, надання сенситивної дії	Пломбування дефектів
Кореневий дентин (рецесія ясен при пародонтиті)		
Мінерально-вітамінний комплекс «Кальцецин Адванс»	Регулює фосфорно-кальцієвий обмін в організмі	По 1 табл. 3 р. в день протягом 1 місяця

Продовження табл. 2

1	2	3
Ополіскувач «R.O.C.S.»	Насичення ротової рідини іонами кальцію і фтору	По 15 мл 2 рази на день протягом 2-х тижнів
Професіональна десенситивна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief™»	Закупорення дентинних каналців	Після професійної гігієни порожнини рота обробка пастою кожного зуба (по 3 сек.) на стоматологічному прийомі з періодичністю 1 раз на місяць
Зубна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief»	Пролонгована ремінералізація емалі і дентину зубів	Щоденна 2-х разова чистка зубів протягом 6-ти місяців

Всі особи до початку досліджень були проінформовані про необхідність лікування та проінструктовані щодо самого лікування, використаних методах і препаратах. Їм давали спеціально розроблені листки-пам'ятки до інструкцій із застосування призначених препаратів, в тому числі, вказувалися і дати відвідування стоматолога.

Дослідження показали, що до початку лікування 100 % осіб всіх груп з локалізованою гіперестезією, в тому числі і в групі порівняння, пред'являли скарги на гіперчутливість зубів. Через 3 місяці найбільше скарг на наявність чутливості зафіксовано у осіб групи порівняння (60 %). Через 6 місяців ніхто з пацієнтів основних груп не пред'являв скарг, в той же час в групі порівняння кількість осіб зі скаргами на чутливість зубів збільшилася по відношенню до даних, зафіксованих через 3 місяці від початку лікування (до 80 %). Це свідчить про те, що навіть при регулярному застосуванні десенситивної зубної пасти неможливо досягти бажаного ефекту.

Пацієнти всіх груп з генералізованою гіперестезією до початку дослідження скаржилися на гіперестезію зубів, що виникає переважно на холодний і тактильний подразник. Вивчення зазначених тестів вказало на наявність високої чутливості зубів. Більшості осіб було поставлено найвищий бал – 3, і незначній кількості пацієнтів був виставлений 1 бал (слабка чутливість).

У групі порівняння через 3 місяці трохи більше половини пацієнтів (60 %) все ще пред'являли скарги на чутливість при дії подразників. При цьому на підставі тестування встановлено, що в другій половині групи, що не пред'являють скарг, було виявлено наявність больової відповіді на використані подразники, проте на рівні 1-2-х балів. І через 6 місяців ситуація істотно не змінилася.

У 3-х основних групах (генералізована чутливість коронкової частини зуба, пришийкової ділянки і кореневого дентину) через 3 місяці скарги на чутливість зубів пред'являли від 10 до 33 %. При цьому показники тестів не перевищували 1 бал.

При порівнянні скарг пацієнтів з генералізованою гіперестезією через 6 місяців після проведеного курсу лікування встановлено, що тільки у пацієнтів групи порівняння зберігся високий відсоток пред'явлення скарг на чутливість зубів (67 %) і показник тестів у більшості пацієнтів був зафіксований на рівні 2-х балів.

У зв'язку з тим, що генералізована форма гіперестезії твердих тканин зубів передбачає порушення мінералізації зубів, додатково у пацієнтів було вивчено стан мінералізуючого потенціалу ротової рідини в осіб з різною локалізацією чутливих ділянок зубів.

Біофізичні та біохімічні показники ротової рідини показали, що до початку досліджень швидкість салівації була нижчою за норму. У окремих осіб досягала 0,7 мл/хв, однак у більшості була нижче 0,5 мл/хв. рН був знижений, також зафіксовані невисокі показники буферної ємності. Коефіцієнт мінералізуючого потенціалу ротової рідини, яку вивчали за типом кристалоутворення слини, був невисокий. Все це вказувало на створені в порожнині рота умови, сприятливі для демінералізації зубів.

Результати досліджень, проведені через 6 місяців, показали, що швидкість салівації змінилася незначно, проте показники рН і буферна ємність ротової рідини, а також тип кристалізації слини достовірно збільшилися. Все разом свідчило про підвищення мінералізуючого потенціалу ротової рідини, як ми вважаємо, за рахунок збільшення її насичення іонами кальцію, що надходять в порожнину рота ендогенно і екзогенно.

Біохімічні дослідження показали, що до застосування лікувально-профілактичного комплексу співвідношення концентрацій фосфору і кальцію була низькою і свідчило про зрушення в бік демінералізації.

Дослідження ж мінеральних компонентів у ротовій рідині через 6 місяців показало, що вміст кальцію і фосфору мав тенденцію до збільшення, а їх співвідношення – до зменшення, причому за рахунок менших темпів збільшення концентрації фосфору.

На підставі отриманих результатів був зроблений висновок, що мінералізуючий потенціал слини не тільки не знизився, а й мав явну тенденцію до врівноваження процесів де- і ремінералізації: кальцій зайняв більш міцне становище в кристалічній решітці емалі і заміщення його іншими елементами не відбувалося.

Таким чином, на підставі вивчення скарг пацієнтів і тестів на чутливість зубів, а також стану мінералізуючого потенціалу ротової рідини встановлено, що у пацієнтів основних груп в процесі лікування значно знизилися показники, що відображають наявність гіперестезії й ступінь її прояву.

Проведені через 6 місяців дослідження показали, що тільки у 3-х чоловік були присутні скарги на чутливість зубів і у них же визначалася слабка реакція,

яка не перевищує 1 бали, на холодний і тактильний подразник, що не є статично значущим показником.

За результатами досліджень було зроблено висновок, що диференційоване застосування лікувально-профілактичних комплексів, що враховує як поширеність гіперестезії твердих тканин зубів, так і локалізацію процесу, оказує ефективний десенситивний і ремінералізуючий ефект.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення проведених клінічних досліджень і запропоновано нове вирішення актуальної наукової задачі стоматології, спрямованої на оптимізацію профілактики та лікування гіперестезії зубів шляхом диференційованого підходу, що ґрунтується на поширеності та локалізації процесу.

1. Встановлено, що частота зустрічаємості гіперестезії зубів серед пацієнтів стоматологічного прийому становить до 24 % в рік, з них 58,7 % - жінки. Тільки 25 % осіб з гіперестезією зубів періодично отримують професійне лікування. Опитування пацієнтів показало, що наявність гіперестезії зубів впливає на якість життя, при цьому найвищий середній бал склав $3,3 \pm 0,5$ (за індексом OHRQoL), що свідчить про досить високий негативний вплив на якість життя, поставлений жінками віком 37-65 років.

2. У більшості пацієнтів (49 %) була виявлена гіперестезія твердих тканин зубів середньої тяжкості, і у 15 % - важкого ступеню. У 54,3 % випадків гіперестезія зустрічалася при пошкодженні емалі зубів, і в 45,2 % - при оголенні кореневого дентину. У більшості пацієнтів спостерігалася переважна реакція на 2 подразника – холод (40,5 %) і дотик (31,7 %).

3. Частіше гіперестезія виявлялася у фронтальній групі зубів (35,7 %), ніж в жувальній групі (30,2 %). У 34,1 % випадків чутливими були як жувальна, так і фронтальна група зубів. У 48,4 % випадків гіперчутливими були ділянки, розташовані в пришийковій частини зуба, на 2-му місці по виявленню чутливості був оголений дентин (30,9 %) і потім коронкова частина зуба (20,7 %).

4. Вивчення поширеності гіперестезії твердих тканин зубів показало, що частіше зустрічалася локалізована форма (в процес були залучені від 1 до 8 зубів – поспіль або окремо стоячі зуби на кожній щелепі). Поширена (генералізована) гіперестезія виявлена в 39,7 % випадків, при цьому спостерігалася чутливість більш половини присутніх в порожнині рота зубів.

5. Більшість пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів мали поєднану стоматологічну патологію, що характеризується ураженням твердих тканин зубів: карієс – 100 %, гіпосалівація – 43 %, генералізований пародонтит з рецесією ясен – 31 % і некаріозні ураження зубів в 29 % випадків. Найчастіше

в осіб з гіперестезією зубів спостерігалися захворювання алергічного характеру (33,6 % осіб), в 20 % – захворювання шлунково-кишкового тракту, в 17 % – ендокринної системи і випадки психоемоційної напруги (в 9 хворих).

6. Запропоновано диференційований підхід до лікування гіперестезії зубів, в основу якого покладено 2 основні позиції: ступінь поширеності процесу і локалізація процесу. При локалізованій гіперестезії твердих тканин зубів лікувально-профілактичний комплекс включав препарати десенситивної і ремінералізуючої дії для місцевого застосування, при поширеній (генералізованій) гіперестезії – призначення кальційвмісних препаратів всередину для нормалізації мінерального обміну на місцевому та загальному рівні, а також пролонгування курсу місцевої терапії. Клінічна ефективність від застосування комплексів полягала у відсутності реакції на подразники через 6 місяців після лікування, і ремінералізуючій дії (збільшення Ca/P коефіцієнта на 27 %, збільшення ступеня кристалізації слини на 44 %).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Особам з гіперестезією зубів рекомендовано застосування наступних диференційованих лікувально-профілактичних комплексів (табл. 1, 2):

– *локалізована гіперестезія з проявами в коронковій частині зубів*: лак «Clinpro™ White Varnish», зубна паста «Colgate Sensitive Enamel Protect», зубна щітка серії «Sensitive»;

– *локалізована гіперестезія зубів у осіб з клиноподібними дефектами*: захисний лак «Admira Protect», пломбування глибоких дефектів «Admira»;

– *локалізована гіперестезія з проявами в кореневій частині зубів*: професіональна десенситивна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief™», зубна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief»;

– *генералізована гіперестезія з проявами в коронковій частині зубів*: «Кальцид» (табл.), лак «Clinpro™ White Varnish», Зубна паста «Colgate Sensitive Enamel Protect», зубна щітка серії «Sensitive»;

– *генералізована гіперестезія зубів у осіб з клиноподібними дефектами*: нанокальцид суспензія (місцево), захисний лак «Admira Protect», пломбування глибоких дефектів «Admira»;

– *генералізована гіперестезія з проявами у кореневій частині зубів*: комплекс «Кальцемин Адванс», ополіскувач «R.O.C.S.», професіональна десенситивна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief™», зубна паста «Colgate Sensitive Pro-Relief».

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Терешина Т. П. Социологические аспекты проблемы гиперестезии зубов / Т. П. Терешина, О. В. Зубачик // Вісник проблем біології і медицини. –

2014. – Вип. 4, Том 2 (114). – С. 337-340. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі отриманих даних, написанні статті.*

2. Зубачик О. В. Специфичность проявления гиперчувствительности при разных дефектах зуба / О. В. Зубачик // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Том 4 (116). – С. 333-336.

3. Бабеня А. А. Соматический и стоматологический статус у лиц с гиперестезией зубов / А. А. Бабеня, О. В. Зубачик // Інновації в стоматології. – 2014. – № 3 (5). – С. 37-39. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі отриманих даних, написанні статті.*

4. Зубачик О. В. Клиническая эффективность применения лечебно-профилактических комплексов при генерализованной гиперестезии зубов / О. В. Зубачик, М. В. Лисничук // Вісник стоматології. – 2014. – № 4 (89). – С. 21-24. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі отриманих даних, написанні статті.*

5. Зубачик О. В. Изучение некоторых особенностей проявления гиперчувствительности зубов / О. В. Зубачик // Медицинские новости (Беларусь). – 2014. – № 11. – С. 94-95.

6. Зубачик О. В. Частота поширеності гіперчутливості зубів у стоматологічних хворих на амбулаторному прийомі / О. В. Зубачик // Контroversійні питання сучасної клінічної медицини : 2-га загально-університетська науково-практична конференція молодих вчених і спеціалістів, м. Львів, 15-17 травня 2013 р. : тези допов. – Львів, 2013. – С. 112-113.

7. Зубачик О. В. Состояние минерализующего потенциала ротовой жидкости у лиц с генерализованной гиперестезией зубов / О. В. Зубачик // Інновації в стоматології (Досягнення науки і практики в стоматології : наук.-практ. конф., м. Одеса, 23-24 жовтня 2014 р. : тези допов.). – 2014. – № 3 (5). – С. 156.

АНОТАЦІЯ

Зубачик О.В. Клініко-лабораторне обґрунтування диференційованого підходу до лікування і профілактики гіперестезії зубів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. Державна установа «Інститут стоматології НАМН України», Одеса, 2016.

Вперше проведено дослідження з вивчення соціологічних аспектів проблеми, що стосується гіперестезії твердих тканин зубів, та встановлено, що тільки 28 % осіб з підвищеною чутливістю зубів відвідували стоматолога для усунення болю і 25 % з них отримували професійне лікування. 81 % опитаних вказали, що гіперестезія зубів доставляє їм серйозні незручності, але, разом з тим, не завжди є мотивацією для відвідування стоматолога.

Вивчено соматичний і стоматологічний статус пацієнтів з гіперестезією твердих тканин зубів і встановлено, що в 100 % осіб спостерігається карієс зубів, на 2-му місці – гіпосалівація, потім генералізований пародонтит з рецесією ясен і некаріозні ураження зубів. Виявлено 21 % осіб, що регулярно відбілюють зуби, а також випадки рецесії ясен, не пов'язані із захворюваннями пародонту. В структурі соматичних захворювань найчастіше зустрічалися захворюваннями алергічного характеру, потім захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, а також були присутні випадки розвитку гіперестезії при психоемоційному напруженні.

Розроблено принцип підходу до лікування гіперестезії зубів, що враховує причини і механізм розвитку гіперчутливості, а також локалізацію і поширеність процесу. Лікування локалізованої форми засновано на наданні подвійного ефекту: десенситалізація і запечатування дентинних каналців, що передбачає застосування десенсетивних і ремінералізуючих засобів. При генералізованій гіперестезії основою лікування є нормалізація мінерального обміну на рівні всього організму.

Результати клінічної апробації показали, що диференційоване застосування розроблених лікувально-профілактичних комплексів протягом 6 місяців, що враховує як поширеність гіперестезії, так і локалізацію процесу, оказує ефективний вплив, що полягає в десенситивній дії (100 % відсутність больової чутливості зубів) і ремінералізуючому ефекті (збільшення вмісту кальцію в слині на 26 %).

Ключові слова: гіперестезія зубів, лікування, диференційований підхід, лікувально-профілактичний комплекс.

АННОТАЦІЯ

Зубачик О.В. Клинико-лабораторное обоснование дифференцированного подхода к лечению и профилактике гиперестезии зубов. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. Государственное учреждение «Институт стоматологии НАМН Украины», Одесса, 2016.

Впервые проведены исследования по изучению социологических аспектов проблемы, касающихся гиперестезии зубов, и установлено, что только 28% лиц с повышенной чувствительностью зубов посещали стоматолога по прямому назначению и 25% из них - получали профессиональное лечение. 81% опрошенных указали, что гиперестезия зубов доставляет им серьезные неудобства, но, вместе с тем, не всегда является мотивацией для посещения стоматолога.

У большинства пациентов (49 %) была выявлена гиперестезия средней тяжести, и у 15% - тяжелая степень. В 54,3 % случаев гиперестезия встречалась

при повреждении эмали зубов, и в 45,2 % - при оголении корневого дентина. У большинства пациентов наблюдалась преимущественная реакция на 2 раздражителя – холод (40,5%) и прикосновение (31,7%).

Чаще гиперестезия выявлялась во фронтальной группе зубов (35,7 %), нежели в жевательной группе (30,2 %). В 34,1 % случаев чувствительными были как жевательная, так и фронтальная группа зубов. В 48,4% случаев гиперчувствительными являлись участки, расположенные в пришеечной части зуба, на 2-м месте по выявлению чувствительности был оголенный дентин (30,9 %) и затем коронковая часть зуба (20,7 %).

Изучение распространенности гиперестезии зубов показало, что чаще встречалась локализованная форма (в процесс были вовлечены от 1 до 8 зубов – подряд либо отдельно стоящие зубы на каждой челюсти). Генерализованный процесс зафиксирован в 39,7 % случаев и наблюдалась чувствительность более ½ присутствующих в полости рта зубов

Изучен соматический и стоматологический статус пациентов с гиперестезией зубов и установлено, что в 100 % случаев наблюдается кариес зубов, на 2-м месте - гипосаливация, затем пародонтит с рецессией десны и некариозные поражения зубов, выявлен 21 % лиц, регулярно отбеливающих зубы, а также случаи рецессии десны, не связанные с заболеваниями пародонта. Из соматических заболеваний чаще всего встречались заболеваниями аллергического характера, затем – заболевания ЖКТ, эндокринной системы, а также присутствовали случаи развития гиперестезии при психоэмоциональном напряжении.

Разработан принцип подхода к лечению гиперестезии зубов, учитывающий причины и механизм развития гиперчувствительности, а также локализацию и распространенность процесса. Лечение локализованной формы основано на оказании двойного эффекта: десенситализация и запечатывание дентинных канальцев, что предусматривает применение десенситивных и реминерализующих средств. При генерализованной гиперестезии основой лечения является нормализация минерального обмена на уровне всего организма.

Результаты клинической апробации показали, что дифференцированное применение лечебно-профилактических комплексов в течение 6 месяцев, учитывающее как распространенность гиперестезии, так и локализацию процесса, оказало эффективное действие, заключающееся в десенситивном действии (100%-ное отсутствие болевой чувствительности зубов) и реминерализующем эффекте (увеличение содержания кальция в слюне на 26%).

Обозначен разный подход к лечению гиперестезии коронковой части зуба и корневого дентина, а также к распространенности процесса:

генерализованный процесс целесообразно рассматривать как нарушение минерального обмена на уровне всего организма.

Ключевые слова: гиперестезия зубов, лечение, дифференцированный подход, лечебно-профилактический комплекс.

ANNOTATION

Zubachik O.V. Clinical and laboratory substantiation of the differentiated approach to the treatment and prevention of tooth hypersensitivity. - Manuscript.

Dissertation for the candidate of medical sciences degree in speciality 14.01.22 - stomatology. State Establishment "Institute of Stomatology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Odesa, 2016.

For the first time carried out a study on the sociological aspects of the problem of the hyperesthesia of hard dental tissues, and found that only 28% of people with sensitive teeth visit a dentist for pain, 25% of them were receiving professional treatment. 81% of respondents indicated that dentin hypersensitivity gives them serious inconvenience, but at the same time, is not always a reason to visit the dentist.

Studied somatic and dental status of patients with hyperesthesia of hard dental tissues and found that 100% of those observed have dental caries, at the 2nd place - sialoschisis, then generalized periodontitis with gingival recession and non-carious lesions of teeth. Revealed 21% of regular teeth whitening, as well as cases of gingival recession, not associated with periodontal disease. In the structure of somatic diseases often encountered allergic nature of the disease, then the disease of the gastrointestinal tract, endocrine system, as well as cases of hypersensitivity were present at the psycho-emotional stress.

A principle approach to the treatment of hypersensitivity of the teeth, taking into account the causes and mechanism of development of hypersensitivity, as well as localization and prevalence of process. Treatment of localized forms is based on the provision of a double effect: sensitivity and sealing dentinal tubules, providing for the use of sensitive and remineralizing agents. When generalized hypersensitivity mainstay of treatment is the normalization of mineral metabolism at the level of the whole organism.

The results of clinical tests have shown that differentiated application of the developed treatment and prevention facilities, taking into account the prevalence of hypersensitivity, and the localization process for 6 months provides effective action consisting in sensitive action (100% lack of pain sensitivity of teeth) and remineralizing effect (increase of calcium in the saliva of 26%).

Keywords: tooth hypersensitivity, treatment, differential treatment, therapeutic and preventive complex.