

*Г.Ф. Белоклицкая,
О.В. Лузина, О.Ф. Толочина,
О.В. Копчак*

Институт стоматологии КМАПО им. П. Л. Шупика

Резюме. В работе представлены результаты лечения синдрома гиперестезии у 32 больных генерализованным пародонтитом и пародонтозом с использованием некогерентного красного спектра фотополимеризатора «UFL-122» (Lux Dent).

Ключевые слова: некогерентный красный спектр, «UFL-122», «Lux Dent», синдром гиперестезии, пародонтит, пародонтоз, цервикальная гиперестезия, патологическая стираемость.

**КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД
ЗАСТОСУВАННЯ
ЧЕРВОНОГО СПЕКТРА
ФОТОПОЛІМЕРІЗАТОРІВ
СЕРІЇ UFL (Lux Dent)
У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ
ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН
ЗУБІВ**

*Г.Ф. Білоклицька, О.В. Лузіна, О.Ф.
Толочин, О.В. Копчак*

Резюме

У роботі наведені результати лікування синдрому гіперестезії у 32 хворих на генералізований пародонтит і пародонтоз із використанням некогерентного червоного спектра фотополімеризатора «UFL-122» (Lux Dent).

Ключові слова: некогерентний червоний спектр, «UFL-122», «Lux Dent», синдром гіперестезії, пародонтит, пародонтоз, цервікальна гіперестезія, патологічне стирання.

**CLINICAL EXPERIENCE
OF RED SPECTRUM APPLICATION
IN PHOTOPOLYMERISERS OF UFL
(LUX DENT) SERIES FOR COMPLEX
TREATMENT OF PATIENTS WITH
HARD TOOTH TISSUE
HYPERAESTHESIA SYNDROME**

*G.F. Beloklitskaya, O.V. Lusina,
O.F. Tolochina, O.V. Kopchak*

Summary

The work present outcomes of hyperaesthesia treatment in 32 patients with generalised parodontitis and paradontosis with non-coherent red light photopolymeriser «UFL-122» (Lux Dent).

Key words: non-coherent red line, «UFL-122», (Lux Dent). Hyperaesthesia, parodontitis, paradontosis, cervical hyperaesthesia, pathological erasability.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
ПРИМЕНЕНИЯ
КРАСНОГО СПЕКТРА
ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРОВ
СЕРИИ UFL (LUX DENT)
В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
СИНДРОМОМ
ГИПЕРЕСТЕЗИИ
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ**

В последние годы существенно возросло количество поражений твердых тканей зубов некариозного происхождения [1]. Среди них патологическая стираемость, цервикальная гиперестезия, которые сопровождаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям. Отсюда следует необходимость поиска более эффективных методов устранения этого синдрома.

Из данных литературы известны терапевтические свойства некогерентного красного спектра (квасилазера), обладающего высокой проникающей способностью (до 3,5-4 см). Это стимулирование образования заместительного дентина, противороспалительное и обезболивающее действие на пульпу и отростки одонтобластов [2]. Однако сведений об использовании данного спектра при лечении гиперестезии твердых тканей зубов мы не встречали.

В этой связи представляло интерес оценить терапевтическую эффективность красного спектра отечественного аппарата «UFL-122» (Lux Dent) в комплексном лечении больных с синдромом гиперестезии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 32 пациента с синдромом гиперестезии в возрасте от 38 до 65 лет. Из них у 15 человек диагностирована гиперестезия вследствие патологической стираемости (рис. 1) при пародонтозе II степени (1-я группа), у 17 человек - цервикальная гиперестезия (рис. 2), сопровождающая генерализованный пародонтит I – II степени, хронического течения (2-я группа).

Оценку интенсивности гиперестезии давали, основываясь на классификации Ю.А. Федорова (1997) [1], согласно которой выделяют три степени тяжести повышенной чувствительности. Для этого у всех обследуемых проверяли реакцию твердых тканей зубов на осмотические (сладкое, кислое), термические (холодное, горячее) и тактильные раздражители. С целью объективизации полученных данных был использован словесный рейтинг и, соответственно, предложена шкала, позволяющая выразить субъективные ощущения больного в условных единицах. Отсутствие реакции на раздражитель - 0, слабая реакция - I, умеренная реакция - 2, сильная реакция - 3.

Определение электровозбудимости твердых тканей зубов проводили с помощью электроодонтометра типа ЭОМ-3 согласно общепринятой схеме: в классической точке и точке дефекта (Л.Р. Рубин, 1976). Точкой дефекта при патологической стираемости избрана область, расположенная в наибольшей близости к пульповой камере; при цервикальной гиперестезии – пришеечная область.

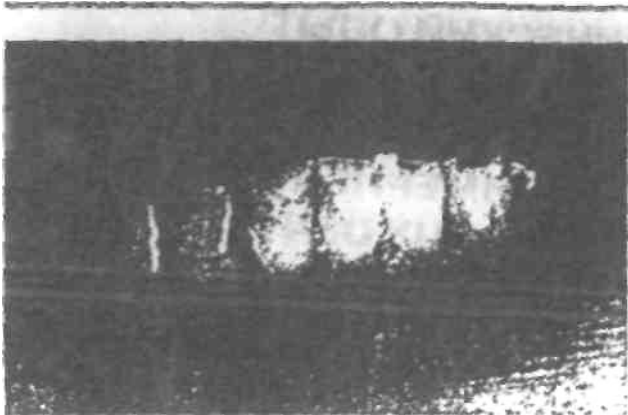


Рис. 1. Больной А. Диагноз: Гиперестезия II ст. на фоне патологической стираемости при пародонтите II ст.



Рис. 2. Больной Б. Диагноз: Цервикальная гиперестезия II ст., сопровождающая генерализованный пародонтит I-II ст.

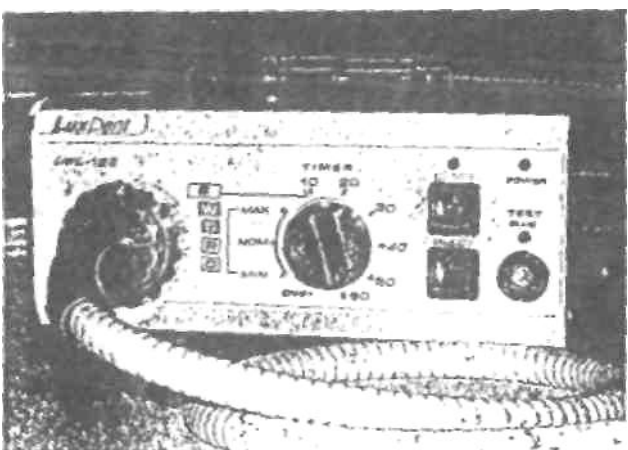


Рис. 3. Фотополимеризатор «UFL-122» (Lux Dent).

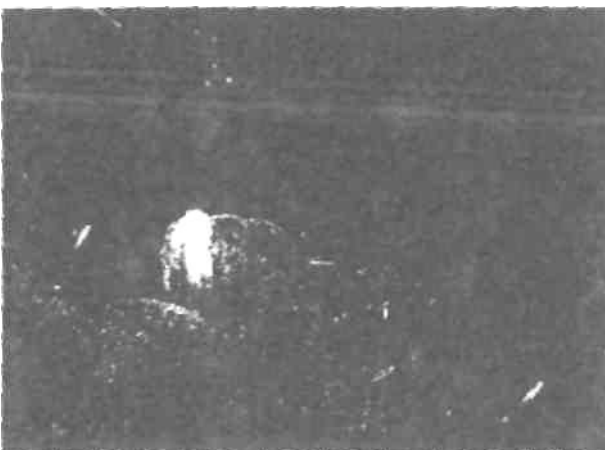


Рис. 4. Больной А. Диагноз: Гиперестезия II ст. на фоне патологической стираемости при пародонтите II ст. Методика лечения.

Кроме того, у больных генерализованным пародонтитом определяли глубину пародонтального кармана и убыль костной ткани (УКТ) [3]. Глубину пародонтального кармана измеряли вдоль вертикальной оси зуба с вестибулярной, оральной и двух аппроксимальных сторон. Всего проводили четыре измерения. УКТ

оценивали в баллах по расстоянию от эмалево-цементной границы до дна пародонтального кармана. При отсутствии пародонтального кармана УКТ = 0, при величине расстояния от эмалево-цементной границы до дна пародонтального кармана не более 2 мм УКТ = 2 балла, при величине этого же расстояния от 2 до 4 мм УКТ = 4 балла, от 4 до 6 мм - УКТ = 6 баллов и от 6 мм и более - УКТ = 8 баллов.

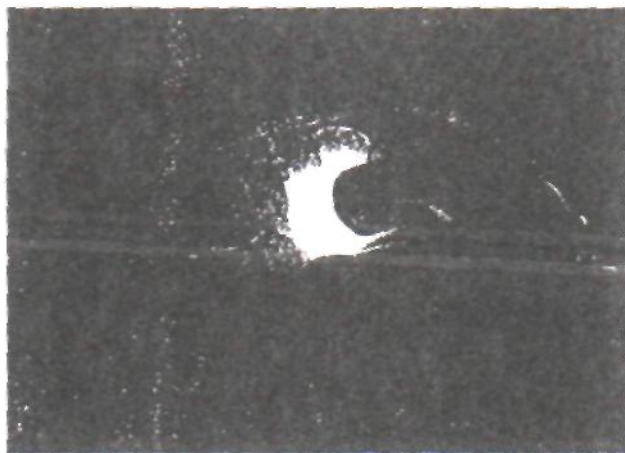


Рис. 5. Больной Б. Диагноз: Цервикальная гиперестезия II ст., сопровождающая генерализованный пародонтит I-II ст. Методика лечения.

Диагностику заболеваний пародонта проводили в соответствии с классификацией Н.Ф. Данилевского (1994) [4].

Патологическую стираемость оценивали по распространенности, плоскости и степени тяжести [5].

Лечение больных обеих групп проведено, с помощью отечественного аппарата «UFL-122» фирмы «Lux Dent» (рис. 3).

Методика лечения гиперестезии при патологической стираемости (рис. 4):

- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- изоляция области дефекта от ротовой жидкости;
- расположение световода на расстоянии 3 - 5 мм от области дефекта;
- облучение области дефекта красным спектром интенсивностью до 300 мВт/см². Однократная экспозиция составляет 3 мин, количество сеансов - 3-4. Методика лечения синдрома гиперестезии у больных цервикальной гиперестезией (рис. 5):

- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- полное устранение над- и поддесневых минерализованных зубных отложений;
- местная противовоспалительная терапия;
- изоляция области дефекта от ротовой жидкости;
- расположение световода на расстоянии 3-5 мм от области дефекта;
- облучение пришеечной области красным спектром интенсивностью до 300 мВт/см². Однократная экспозиция - 2 мни, количество сеансов - 3-4.

Всех больных обучали индивидуальной гигиене полости рта. На этапах реабилитации рекомендовали двукратную чистку зубов с параллельным втиранием зубной пасты «Sensodyne Fluoride» в ранее чувствительные области.

Переносимость лечебных процедур оценивали на основе субъективных симптомов и ощущений, о которых больной сообщал врачу как во время сеанса облучения квазилазером, так и после его проведения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате клинического обследования у больных 1-й и 2-й групп была диагностирована генерализованная форма гиперестезии твердых тканей зубов II-III степени тяжести.

У больных пародонтозом (1-я группа) была выявлена распространенная горизонтальная форма патологической стираемости I - II степени. Следует отметить, что больные с I степенью патологической стираемости предъявляли жалобы на боли от термических и осмотических, приоритетно кислых раздражителей, что соответствует II степени тяжести гиперестезии (7 человек) (табл.1). Больные со II степенью патологической стираемости предъявляли жалобы на боли от всех видов раздражителей, что соответствует III степени гиперестезии (8 человек).

У больных генерализованным пародонтизом (2-я группа) была выявлена УКТ в диапазоне от 2 до 6 мм, что соответствует 4-6 баллам. Следует отметить, что больные с доминирующей I степенью пародонтита (8 человек) предъявляли жалобы на боли от термических и осмотических раздражителей (табл. 2). причем наиболее выраженная реакция диагностировалась на температурный раздражитель - холод и наименее - на осмотические раздражители, при этом самая минимальная реакция отмечалась на сладкое. В целом такая клиническая симптоматика соответствует II степени гиперестезии. У больных с доминирующей II степенью

пародонтита (9 человек) к вышеуказанному комплексу жалоб присоединялась болевая реакция на зондирование пришеечной области, что соответствует III степени гиперестезии.

Таким образом, в результате проведенных клинических исследований установлено, что у больных пародонтозом гиперестезия, возникает как следствие патологической стираемости, зависит от ее выраженности. У больных генерализованным пародонтизом цервикальная гиперестезия возникает на фоне прогрессирующей УКТ с возрастанием ее интенсивности в непосредственной связи с величиной убыли костной ткани (от 4 до 6 баллов).

При изучении электропроводности твердых тканей зубов у больных пародонтозом установили, что порог электровозбудимости, определяемый в классической точке, в области сохранившейся эмали, был выше, чем в точке наибольшей близости к пульповой камере области открытого дентина, появившейся в результате патологической стираемости (9,1 ± 0.71 мкА; 7,3 ± 0.35 мкА, p < 0,05 соответственно). У больных генерализованным пародонтизом порог электровозбудимости, определяемый в области дефекта, был ниже, чем в классической точке (7,9 ± 0,42 мкА; 10,4 ± 0.5 мкА. p < 0,05 соответственно).

Таким образом, при синдроме гиперестезии, который сопровождает патологическую стираемость у больных пародонтозом и цервикальную гиперестезию у больных генерализованным пародонтизом, установлена обратная зависимость между выраженностью гиперестезии и порогом электровозбудимости, определяемым в области дефекта.

Длительность лечебного курса, направленного на устранение синдрома гиперестезии, с применением квазилазера у каждого больного определялась индивидуально. Основной была оценка конкретной клинической ситуации с учетом сроков прекращения болевой реакции на раздражители. Проведенные наблюдения показали, что у больных с патологической стираемостью жалобы на термические раздражители отсутствовали после 8-10-й процедуры (11 человек) (табл. 1). К этому времени у 4-х человек холоддовая проба по-прежнему вызывала боль в области дефекта, но меньшей интенсивности. К 8-10-й процедуре болевая реакция на осмотические раздражители исчезла у 11 из 15 больных, при зондировании дна дефекта - у 6 из 8 больных.

Больные с цервикальной гиперестезией отмечали выраженное снижение чувствительности на термиче-

Влияние квазилазера на интенсивность гиперестезии у больных с патологической стираемостью (количество больных)

Таблица 1

Интенсивность Болевой реакции	Раздражители					
	термические		осмотические		тактильные	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0		11		11		6
1	2	3	3	2	1	1
2	5	1	7	2	3	1
3	8		5		4	

Влияние квазилазера на интенсивность гиперестезии у больных цервикальной гиперестезией (количество больных)

Интенсивность болевой реакции	Раздражители					
	термические		осмотические		тактильные	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
0		14		12		4
1	2	2	1	3	4	2
2	6	1	6	2	3	
3	9		10		2	

ские раздражители после 4-5 процедур (табл. 2). Полное исчезновение гиперестезии пораженных участков диагностировали после 6-8-й процедуры (14 человек). У отдельных больных (3 человека) сохранялась следовая, незначительно выраженная реакция на холод. Реакция твердых тканей в пришеечной области на сладкое снизилась в 2,0-2,5 раза, однако полностью устранена не была у 5 из 17 больных. Боль при зондировании области дефекта полностью отсутствовала у 4-х больных.

Таким образом, очевидно, что ежедневное проведение облучения области дефекта твердых тканей зубов при патологической стираемости и цервикальной гиперестезии некогерентным красным спектром аппарата «UFL-122» оказывает эффективное лечебное действие, способствует снижению интенсивности гиперестезии и в большинстве клинических случаев приводит к ее полному устранению. Разная структура ткани в области дефекта при пародонтозе и пародонтите существенно влияет на электро- и светопроводимость этих участков и предопределяет зависимость длительности и количества процедур от вида патологии.

Все пациенты во время проведения лечения с помощью аппарата «UFL-122» жалоб на дискомфорт в полости рта и изменение общего самочувствия не предъявляли.

Опыт работы с фотополимеризатором «UFL-122» «Lux Dent» позволяет отметить его положительные конструктивные и технические характеристики, которые определяют безопасность и удобство его использования в клинической практике терапевтической стоматологии:

- длинный световод прибора сводит к минимуму возможный перегрев интактной пульпы, делает маневренным и удобным в работе сам наконечник;
- пятисекундная задержка света позволяет переместить световод к области воздействия;

- возможность применения разных режимов без перерыва на охлаждение имеет диапазон до 120 секунд;
- подача звукового сигнала таймера с дискретностью 10 секунд;
- срок службы лампочки рассчитан на 500 часов эксплуатации.

Однако следует помнить, что при работе с красным спектром фотополимеризатора терапевтической серии «UFL-122» необходимо обеспечить защиту органа зрения врача, его ассистента и пациента, используя лазерные очки.

ВЫВОДЫ

1. У больных пародонтозом установлена прямая связь между выраженностью синдрома гиперестезии и степенью тяжести патологической стираемости.
2. У больных генерализованным пародонтитом выявлена прямая связь между интенсивностью цервикальной гиперестезии и показателем убыли костной ткани.
3. У больных генерализованным пародонтитом и пародонтозом установлена обратная зависимость между выраженностью гиперестезии и порогом электровозбудимости в области дефекта твердых тканей.
4. Некогерентный красный спектр фотополимеризатора «UFL-122» (Lux Dent) способствует устранению проявлений синдрома гиперестезии при цервикальной гиперестезии и патологической стираемости, что указывает на возможность расширения показаний к его клиническому использованию.
5. Разная структура ткани в области дефекта при пародонтозе и пародонтите определяет длительность экспозиции и количество процедур, необходимых для достижения терапевтического эффекта при конкретной форме некариозного поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров Ю.А., Дрожжина В. А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. - 1997. - Вып. 10. - 145 с.
 2. Скрипникова Т.П., Шевченко В.К., Новиков С. А. Использование светолечения в стоматологической практике аппаратом «UFL-122» // Стоматолог. - 2000. - №5. - С. 43-45.
 3. Белолицкая Г.Ф., Пети А.А, Сандыга Л.Г. Значение объективных клинических индексов в пародонтальной диагностике // 36. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. - К. - 1999. - Вип. 8. Книга I. - С. 484-492.
 4. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта // Вісник стома тології. - 1994. - № 1.- С. 17-21.
 5. Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба. - М. Медицина, 1985.- 176 с.