

УДК 616.311/002.153.2:616.31:613-084

© А. В. Островский, 2009.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

А. В. Островский

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав.кафедрой, к.м.н, доц. Дурягина Л.Х.),
Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь.*

OPTIMIZATION PROFESSIONAL INDIVIDUAL ORAL HYGIENE OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERELIZED CATARRHAL GINGIVITIS

A. V. Ostrovsky

SUMMARY

Conducted clinic-microbiological inspection at 154 patients exposed catarrhal gingivitis, that the state of hygiene depended on microflora of gingival furrow. The anaerobic types of microorganisms and mushrooms of sort of *Candida* are instrumental in worsening of the hygienical state.

It is set that for achieving a maximal effect during conducting of professional hygiene of cavity of mouth, the differentiated use of antibacterial means is needed, at prevailing of - «Acva Paragele», at the mixed aerobic and anaerobic flora – «Stomatidine», at joining of mushrooms of sort of *Candida* – « Stomatidine » and locally gel of «Lomexine».

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ

А. В. Островський

РЕЗЮМЕ

Проведене клініко-мікробіологічне обстеження у 154 хворих генералізованим катаральним гінгівітом виявило, що стан інтрадентальної гігієни залежить від мікробіоценозу зубоясеневі борозни. Погіршенню гігієнічного стану сприяють анаеробні види мікроорганізмів і гриби роду *Candida*.

Встановлено, що для досягнення максимального ефекту при проведенні професійної гігієни порожнини рота, необхідне диференційоване використання антибактеріальних обполіскувачів, при домінуванні аеробів - обполіскувача «Аква Парагель», при змішаній флорі аероба і анаеробної – «Стоматідін», при приєднанні грибів роду *Candida* – «Стоматідін» і місцево гель «Ломексин».

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, профессиональная гигиена полости рта, микробиоценоз десневых тканей, средства гигиены.

Гигиена полости рта играет важную роль в профилактике стоматологических заболеваний. Учитывая высокую распространенность заболеваний пародонта, вполне понятно стремление современных стоматологов использовать все существующие методы профилактики для предупреждения и снижения интенсивности их течения. Правильный и эффективный уход за зубами и полостью рта является одним из наиболее эффективных и вместе с тем наиболее простых и доступных мер профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

Профилактическое значение ухода за полостью рта не вызывает никакого сомнения, об этом убедительно свидетельствуют данные специального изучения стоматологического статуса в зависимости от уровня гигиены полости рта [1,2]. Известно, что

своевременное и полноценное проведение профессиональной и индивидуальной гигиены является важнейшим элементом как комплексного лечения, так и профилактики хронического катарального гингивита [3]. Однако на сегодняшний день только профессиональные и индивидуальные гигиенические мероприятия далеко не во всех случаях дают положительный и долгосрочный эффект. Поэтому оптимизация профессиональной гигиены у конкретного больного, страдающего хроническим катаральным гингивитом, с учетом микробных факторов [4], обуславливающих негигиеническое состояние полости рта, представляется весьма актуальной задачей. Это и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: повышение эффективности и качества профессиональной и индивидуальной

гигиены у больных хроническим катаральным гингивитом в зависимости от состояния микрофлоры содержимого зубодесневой борозды.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ходе проведенного исследования были обследованы 154 пациента с хроническим катаральным гингивитом в возрасте от 18 до 22 лет, из них 96 женщин и 58 мужчин.

Состояние тканей пародонта оценивали на основании объективных данных. Результаты выражали количественно с помощью десневого индекса (GI). Гигиену полости рта оценивали по методике упрощенного индекса гигиены (ОНИ-S) и индекса зубного налета (PI). Кровоточивость десны оценивали по Мюлеману и Зону [5]. В работе придерживались классификации болезней пародонта Н.Ф.Данилевского [6].

Лабораторные исследования проводились с применением современных микробиологических методов исследования [7]. Выделение

микроорганизмов из их естественной среды осуществлялось путем посева содержимого зубодесневой борозды на искусственные питательные среды.

Для специфического определения инфекционных агентов пародонто-патогенной группы применяли молекулярно-биологический метод путем постановки полимеразной цепной реакции (ПЦР-диагностику).

До проведения профессиональной гигиены пациенты были распределены на III группы в зависимости от установленного микробиоценоза десневой борозды. В I группу включались больные, у которых в десневой борозде было выявлено увеличение количества резидентных бактерий; во II – имеющие ассоциации различных видов стрептококков и анаэробных пародонтогенов; III группу составили пациенты с дисбиотическими изменениями в десневых тканях, включающими грибы рода *Candida*.

Таблица № 1

Динамика изменения интенсивности воспаления десен в зависимости от особенностей проведения профессиональной гигиены

Группы исследуемых	Индексы	Сроки исследования				
		исходное значение	через 15 дней	через 30 дней	через 6 месяцев	через 12 месяцев
I основная группа (n=32)	GI	0,92±0,13	0,23±0,03	0,64±0,12	0,81±0,16	0,88±0,19
	ИК	1,76±0,1	0,31±0,06	0,24±0,03	0,26±0,03	0,48±0,08
I группа сопоставления (n=16)	GI	0,92±0,16	0,68±0,11	0,64±0,14	0,81±0,2	0,88±0,3
	ИК	1,77±0,2	1,02±0,14	1,4±0,23	1,62±0,24	1,72±0,4
II основная группа (n=32)	GI	1,29±0,24	0,35±0,12	0,22±0,06	0,24±0,06	0,38±0,11
	ИК	2,3±0,18	0,27±0,04	0,21±0,04	0,37±0,03	0,43±0,02
II группа сопоставления (n=16)	GI	1,28±0,19	0,82±0,2	0,80±0,19	0,98±0,3	1,16±0,24
	ИК	2,4±0,16	1,6±0,11	1,4±0,22	2,1±0,2	2,3±0,18
III основная группа (n=32)	GI	1,47±0,32	0,34±0,08	0,29±0,1	0,38±0,16	0,41±0,18
	ИК	2,8±0,26	0,37±0,04	0,32±0,05	0,39±0,06	0,39±0,07
III группа сопоставления (n= 16)	GI	1,48±0,33	0,88±0,21	0,29±0,12	0,35±0,16	0,42±0,18
	ИК	2,8±0,27	1,9±0,24	1,7±0,12	2,3±0,38	2,6±0,3

Профессиональная гигиена проводилась в несколько посещений (не менее шести) при помощи ультразвуковых сканеров, после чего поверхности зуба обрабатывались вращающимися щетками с пастой. Все больные были обучены методам проведения индивидуальной гигиены (не только рациональной, но и контролируемой).

Индивидуальная чистка зубов осуществлялась пастой «Colgate Total 12». Перед проведением профессиональной гигиены полости рта наряду с механическими средствами гигиены в каждой основной группе (по 32 чел.) использовались различные антимикробные ополаскиватели. В I группе – «Аква Паргель», во II –ой группе – «Стоматидин», в III –ей

группе – антимикробный комплекс II группы был дополнен гелем «Ломексин», который использовался в виде аппликаций в зубодесневую борозду экспозицией 10-15 мин. и курсом 10-15 дней. Антимикробные средства были использованы на протяжении 20-30 дней в зависимости от состояния тканей пародонта.

В каждой из вышеперечисленных групп были выделены группы сопоставления. В I группе – проводилась только традиционная (механическая) профессиональная гигиена, во II группе дополнительно использовали ополаскиватель I основной группы; в III –ей группе – применялся ополаскиватель «Стоматидин». В начале исследований основные и группы сопоставления были сбалансированы по количеству (по 16 чел.) и по показателям стоматологического статуса.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью стандартной компьютерной программы Microsoft Excel 2000 (по методике Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов пародонтологического обследования до осуществления профессиональных гигиенических мероприятий полости рта показал, что исходная гигиена полости рта у всех больных хроническим катаральным гингивитом оценивалась как неудовлетворительная. Показатели ОНИ-S превышали значения 2,1. Вместе с тем, средний показатель ОНИ-S $1,36 \pm 0,82$ SD был статистически достоверно более низким ($p < 0,05$) у пациентов I группы, чем в остальных группах (соответственно: $2,69 \pm 0,74$ SD и $2,94 \pm 0,81$ SD).

Состояние десневых тканей было взаимосвязано с уровнем гигиены полости рта. У всех пациентов I группы средние показатели десневого индекса и индекса кровоточивости свидетельствовали об умеренном воспалении десны (соответственно: $0,92 \pm 0,13$ и $1,76 \pm 0,1$). У больных II группы зарегистрировано воспаление десны средней интенсивности ($GI = 1,29 \pm 0,24$; $ИК = 2,3 \pm 0,18$). Максимальное значение GI и ИК отмечалось у пациентов III группы (соответственно: $1,47 \pm 0,32$ и $2,8 \pm 0,26$).

В дальнейшем был проведен анализ взаимосвязи состояния пародонта с особенностями проведения профессиональных гигиенических мероприятий полости рта. Было установлено, что у больных I группы комплексное использование механических средств гигиены и ополаскивателя «Аква Парагель» способствовало снижению индекса зубного налета через 15 дней на 74,2%, а через 30 дней на 84,5%. При проведении только профессиональных гигиенических мероприятий индекс PI уменьшился лишь на 33,0% через 15 дней и на 53,2% через 30 дней (табл.1). Одновременно с улучшением гигиенического состояния у лиц I основной группы произошло снижение показателя GI. Снижение интенсивности воспалительной реакции в десне через 15 дней от начала гигиенических мероприятий составило 75,5%, а к 30 дню данный показатель не имел статистически достоверных различий с группой сопоставления. ИК к 15 дню снизился на 82,4%, а к 30 – на 86,3%.

Как показали наши исследования, оптимизация профилактических мероприятий у больных II основной группы достигалась на фоне использования ополаскивателя «Стоматидин». Так, уже к 15 дню

Таблица №2

Динамика редукции индекса зубного налета в зависимости от особенностей проведения профессиональной гигиены

Группы исследуемых	Сроки исследования				
	исходные значения	через 15 дней	через 30 дней	через 6 месяцев	через 12 месяцев
I основная группа (n=32)	0,93±0,15	0,24±0,06	0,15±0,62	0,16±0,02	0,24±0,03
I группа сопоставления (n=16)	0,91±0,16	0,61±0,12	0,54±0,14	0,84±0,18	0,92±0,14
II основная группа (n=32)	1,49±0,22	0,38±0,07	0,04±0,08	0,22±0,2	0,26±0,23
II группа сопоставления (n=16)	1,47±0,26	0,94±0,14	0,68±0,2	1,26±0,31	1,33±0,29
III основная группа (n=32)	1,67±0,21	0,41±0,08	0,36±0,06	0,39±0,07	0,42±0,09
III группа сопоставления (n=16)	1,68±0,24	1,04±0,14	1,1±0,18	1,52±0,32	1,59±0,26

лечения показатели гигиены полости рта и воспаления десны снизились (соответственно: PI на 74,4%, а через 30 дней лечения на 97,9%). Во II группе сопоставления в эти сроки осмотра произошло также снижение индекса зубного налета, но менее существенное. Редукция зубного налета по индексу PI составила в среднем на 15 день 36,5% и на 30 день 53,8% и различалась статистической достоверностью с данными полученными у пациентов II основной группы ($p < 0,05$) (табл.2).

Исследования, проведенные у больных II основной группы через 15 дней после лечения, показало уменьшение интенсивности воспаления: показатели GI и индекса кровоточивости снизились на 72,9% и 88,3%, а на 30 день на 82,3% и 90,7% соответственно. У больных II группы сопоставления индексы воспаления после проведенных гигиенических и лечебных мероприятий оставались высокими и имели статистически достоверные различия со средними значениями пациентов основной группы ($p < 0,05$). Так, средние показатели GI и ИК у них на 15 день снизились только на 35,9% и 34,4%, а через 30 дней – на 37,5% и 41,7%.

Улучшение профессиональной гигиены у больных III основной группы было обусловлено комбинацией применения ополаскивателей «Стоматидин» и «Ломексин». Редукция налета по индексу PI проксимальных поверхностей зубов через 15 дней составляла 75,5%, через 30 дней – 78,5%. При использовании только ополаскивателя полости рта «Стоматидин» соответственно 38,6% и 34,6% (табл.2).

После коррекции гигиенического состояния полости рта отмечалось снижение интенсивности воспаления десны. Нормализация или значительное улучшение показателей десневого индекса и индекса кровоточивости имело место у больных III основной группы. У названных пациентов GI и ИК через 15 дней снизились на 76,9% и 86,8%, через 30 дней соответственно на 80,3% и 90,6%.

Проведенные гигиенические мероприятия у пациентов III группы сопоставления способствовали уменьшению интенсивности воспалительной реакции в десневых тканях в меньшей степени, чем у предыдущих пациентов: через 15 дней средние значения GI и ИК понизились на 40,6% и на 32,2%, а через 30 дней на 40,6% и на 39,3%.

При обследовании больных генерализованным катаральным гингивитом через шесть месяцев после проведения гигиенических и лечебных мероприятий, только у 5 пациентов основных групп было выявлено ухудшение гигиенического состояния полости рта и возникновение рецидивов воспалительного процесса в десневых тканях: в I группе – у 31,1%; во II группе у 6,2%; в III группе – у 6,2% случаев. Причем, только у этих пациентов отмечено ухудшение микробиоценоза зубодесневой борозды. В то же время, через шесть месяцев возобновление негигиенического состояния полости рта, зубодесневой борозды, рецидивы воспаления и возрастание микробного обсеменения констатированы у подавляющего числа лиц III группы сопоставления (у

75% случаев). Учитывая изложенное, легко понять, что традиционные методы профессиональной и индивидуальной гигиены у больных генерализованным хроническим катаральным гингивитом не всегда могут быть успешными, так как механическая очищаемость зубов от зубного налета и зубного камня недостаточна для элиминации возбудителей болезни.

Следовательно, только проведение гигиенических мероприятий в комплексе с прицельной антибактериальной терапией может кардинально улучшить гигиену полости рта и тем самым предотвратить рецидивы заболевания в отдаленные сроки.

ВЫВОДЫ

Показатели индексов зубного налета (PI), интенсивности гингивита (GI), кровоточивости (ИК) у больных генерализованным катаральным гингивитом зависят от состояния микробиоценоза зубодесневой борозды. При доминировании в десневых тканях индигентных микроорганизмов показатели гигиены и воспаления лишь умеренно возрастают; при наличии пародонтогенов и особенно грибов рода *Candida* – значительно повышаются.

1. Эффективность профессиональных и индивидуальных гигиенических мероприятий повышается при сочетании их с целенаправленной антимикробной терапией. При наличии в зубодесневой борозде микроорганизмов аэробного спектра целесообразно использование ополаскивателя «Аква Парагель», аэробных и анаэробных бактерий – ополаскивателя «Стоматидин», при грибковой микрофлоре – целесообразно дополнительное применение геля «Ломексин».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леус П.А., Латышева С.В., Лейко С.С. Эпидемиология и профилактика болезней пародонта: Методические рекомендации. – Минск: БГМУ, 2002. – 39с.
2. Мащенко И.С. Болезни пародонта. Днепропетровск «КОЛО», 2003. – 272 с.
3. Губина В.П., Куралесина В.П. Влияние профессиональной гигиены полости рта на динамику хронических гингивитов в молодом возрасте // Материалы V Росс., науч. форума «Стоматология-2003», Москва, 2003. – С.24-25.
4. Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современное представление о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2004. – №1. – С.8-15.
5. Леус П.А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследованиях болезней пародонта // Стоматология. – 1990, т.69. – №1. – С.80-83.
6. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта // Вісник стоматології. – 1994. – №1. – С.17-21.
7. Определитель бактерий Берджи (в 2-х т.) Перевод с англ. / 9-е изд. – М.: Мир, 1997. – 80с.