

© 2013 Л.В. Балашова, Е.Б. Балашов, М.Б. Хайкин

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИНГИВИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Известно, что беременные женщины составляют группу риска по развитию стоматологических заболеваний. Развитие стоматологических заболеваний связано с участием иммунной системы. В большинстве случаев, патологические процессы на фоне беременности протекают с выраженными гипертрофическими явлениями. В данной статье приведены методы обследования и определения стоматологического статуса беременных женщин, а также результаты исследования более высокой эффективности медикаментозного лечения с применением озонотерапии по сравнению с традиционным лечением гипертрофического гингивита у беременных.

Ключевые слова: состояние тканей пародонта, беременные женщины, гипертрофический гингивит, озонотерапия, профилактика стоматологических заболеваний.

Введение. Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется увеличением интенсивности кариеса, заболеваний пародонта, обострением течения уже существующих воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Так, если интенсивность очагов деминерализации у небеременных женщин оставляет 0,22, то в первом триместре беременности она увеличивается до 0,43, во втором до – 0,96 и до 0,58 – в третьем триместре [1,4]. По данным А.А. Аксамей (1979), с каждым триместром беременности количество меловидных пятен увеличивается в арифметической прогрессии. Индекс гингивита (РМА) увеличивается в третий триместр с 0,6 до 10,63, причем характерны гингивиты, имеющие гиперпластический характер. Во время беременности патологические проявления в полости рта могут носить различный характер. Наиболее часто встречающимся заболеванием тканей пародонта во время беременности является гипертрофический гингивит.

Все вышесказанное указывает на необходимость новых способов лечения и профилактики заболеваний зубов, слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, которые способствовали бы увеличению продолжительности ремиссии заболевания, повышению функциональной выносливости пародонта и предупреждали бы возникновение данных заболеваний.

Таким образом, **целью исследования** явилась оптимизация лечения гипертрофических гингивитов у беременных женщин с использованием озонотерапии.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проведено в Самаре на базе «Самарской стоматологической поликлиники №3» Советского района с 2010 по 2012 гг.

Обследовано 90 беременных женщин с диагнозом гипертрофический гингивит в возрасте от 18 до 32 лет во втором триместре гестации по направлению из женской консультации, которые затем посещали стоматолога не менее 3 раз. План обследования включал регистрацию стоматологического статуса по индексу КПУ зубов и поверхностей, диагностику очагов деминерализации по 10-бальной шкале синего цвета (А.А. Аксамей, 1979), определение кровоточивости десневых сосочков РВІ (Mulleman), определение гигиенического индекса по Грину-Вермильону (1964), РМА, КПИ. Степень гипертрофии десны определяли по соотношению к поверхности коронки на 1/3, 2/3 и более соответственно высоты коронки. Все пациентки имели отчетную форму [2,3].

В исследовании все беременные женщины были распределены на три группы:

- 1) с гипертрофическим гингивитом, которым проводилось традиционное медикаментозное лечение, включающее мотивацию к гигиене полости рта и дополнительное обуче-

ние методике эффективной гигиены рта с использованием помимо зубной пасты с содержанием фтора менее 1450 ppm и зубной щетки дополнительных средств – флосов, ершиков, ополаскивателей. Последние назначались на 7-10 дней с антисептиками на время обострения. Всем женщинам проводилась профессиональная гигиена полости рта;

- 2) с гипертрофическим гингивитом, которым проводилось традиционное лечение в сочетании с озонотерапией (5-6 сеансов), для чего использовали аппарат ирригатор «Oral-B» фирмы Braun (Германия);
- 3) ранее saniрованные (контрольная группа).

Все группы наблюдаемых женщин обучались правилам гигиены полости рта с использованием фторсодержащих зубных паст («Aquafresh», «Colgate»). Состояние гигиены полости рта оценивалось по данным гигиенического индекса Грина-Вермиллиона – ИГР-У (J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964) и упрощенного индекса зубного налета апроксимальных поверхностей – API (D.E.Lange, 1990).

Для определения локализации воспалительного процесса десневого края использовался папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – РМА (С. Parma, 1960). Для определения степени кровоточивости десен использовался индекс кровоточивости десневых сосочков – РВІ (Н.Р. Muhlemann, Saxer, 1975). Общее состояние тканей пародонта определялось по комплексному пародонтальному индексу – КПИ (П.А. Леус, 1988). Статистическое различие между полученными показателями рассчитывали по t-критерию Стьюдента.

В первой группе беременным женщинам было проведено лечение: снятие над- и поддесневых зубных отложений, санация полости рта (лечение зубов), профилактическая работа с применением фторсодержащих препаратов (гели, зубные пасты содержащие до 1450 PPM фторида, ополаскиватели, аппликации), а также санитарно-просветительская работа. По показаниям применяли реминерализующую терапию для лечения кариеса в стадии пятна. Для лечения гипертрофического гингивита в первой группе беременных женщин использовали традиционные медикаментозные средства для противовоспалительной терапии в виде растворов, мазей, паст, эмульсий.

Во второй группе беременных женщин было проведено лечение: снятие над- и поддесневых зубных отложений, санация полости рта (лечение зубов), профилактическая работа с применением фторсодержащих препаратов (гели, зубные пасты, ополаскиватели, аппликации). По показаниям применяли реминерализующую терапию для лечения кариеса в стадии пятна. Лечение гипертрофического гингивита проводилось противовоспалительной терапией и немедикаментозным методом озонотерапии. Для проведения озонотерапии нами использовалась установка озонаторная терапевтическая автоматическая УОТА-60-01 «Медозон» (Россия). С помощью озонаторной установки насыщали дистиллированную воду озонкислородной смесью, концентрация озона в которой составила 112-123 мг/л. Время насыщения воды озоном составляло пять минут. Концентрация растворенного в воде озона колебалась в пределах 8,8-9,6 мг/л. Объем озонированной воды, используемой для одной процедуры озонотерапии, составлял 250 мл. У пациентов исследуемой группы для орошения ложных зубодесневых карманов и аппликаций в течение 5 минут использовали дистиллированную воду, насыщенную озоном. Орошение проводилось с помощью стоматологического ирригатора «Oral-B» фирмы Braun (Германия). Ирригатор использовали в режиме работы – «моноструя», мощность подаваемой струи выбирали из положений от 1 до 5 на ручке регулятора давления, в зависимости от чувствительности пациентов.

В третьей группе беременным женщинам были проведены по показаниям снятие над- и поддесневых зубных отложений, профилактическая работа с применением фторсодержащих

препаратов (зубные пасты содержащие до 1450 РРМ фторида, ополаскиватели, аппликации), санитарно-просветительская работа.

Профилактическое наблюдение всех беременных женщин проводилось через 3 месяца с определением ИГ (табл.1), КПУ, ПИ.

Таблица 1

**Динамика индекса гигиены по Грину-Вермильону в течение беременности
(2, 3 триместр и через 12 месяцев после родов)**

Группа беременных женщин	Первичное посещение	Повторное посещение	Через 12 месяцев после родов
Первая группа Беременные женщины, проходящие этап лечения (I)	2,25 ± 0,07	1,3 ± 0,06	0,6 ± 0,05
Вторая группа Беременные женщины, с применением озонотерапии (II)	2,20 ± 0,05	1,1 ± 0,04	0,3 ± 0,03
Третья группа Беременные, ранее санированные (контрольная группа) (III)	2,10 ± 0,06	1,5 ± 0,05	1,15 ± 0,04

Результаты и обсуждения. Из данных таблицы 1 видно, что при первичном изучении состояние гигиены полости рта во всех наблюдаемых группах было в неудовлетворительном состоянии. Данное положение касается в равной степени как беременных женщин с патологией тканей пародонта, которым проводилось медикаментозное лечение, так и беременных, с патологией тканей пародонта, которым проводилось медикаментозное лечение с применением озонотерапии, и ранее санированных беременных женщин контрольной группы. Во всех трех группах при первом осмотре средний показатель ИГ составлял 2,10-2,20. Эти закономерности выявлены и в отношении пародонтальных индексов, РМА (рис.1).

Таблица 2

Динамика индексов ПИ, ПМА, РВІ

Группа беременных женщин	Первичный осмотр (M±m)		Повторный осмотр		Осмотр через 12 месяцев после родов		
	ПИ	РВІ	ПИ	РВІ	ПИ	ПМА	РВІ
Первая группа (I)	1,8±0,03	1,7±0,03	0,3 ± 0,08	0,5± 0,04	0,2	9 %	0,3± 0,03
Вторая группа (II)	1,7 ± 0,02	1,6±0,04	0,1 ± 0,01	0,3± 0,05	0, 1	2 %	0,15± 0,04
Третья группа (III)	1,6 ± 0,02	1,7±0,03	0,6 ± 0,03	0,8± 0,03	0,4 ± 0,02	12%	0,6± 0,05

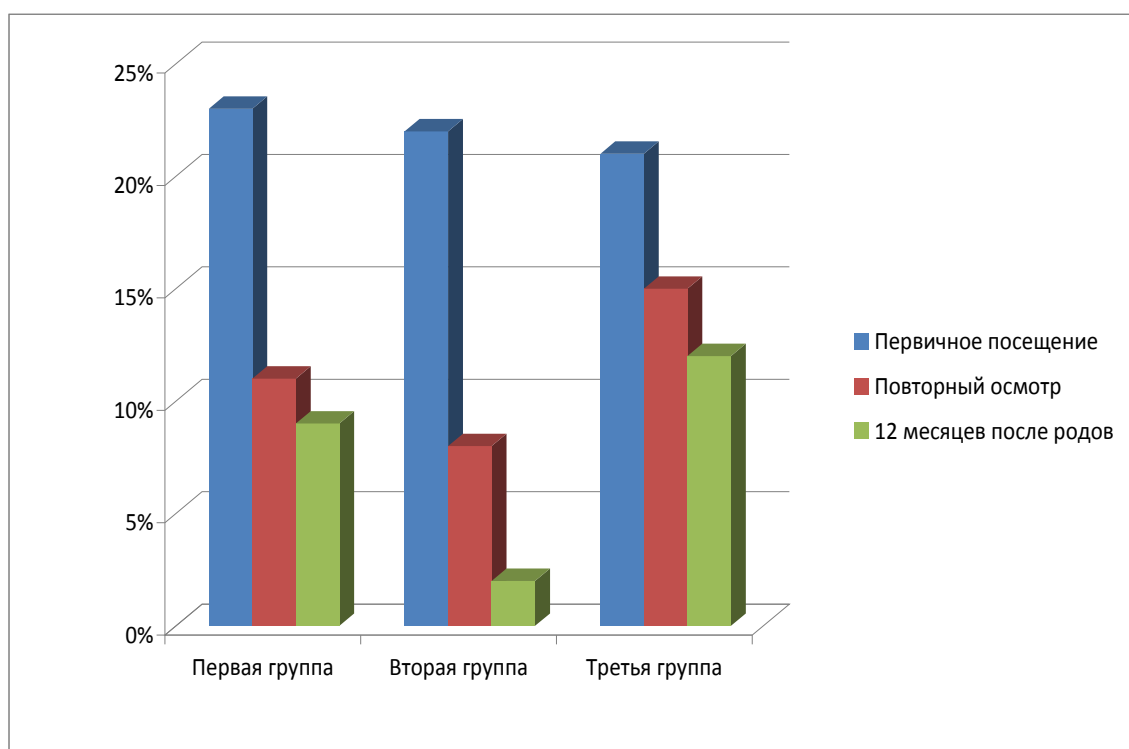


Рис. 1. Динамика индекса РМА при первичном, повторном осмотрах и осмотре через 12 месяцев после родов

Результаты стоматологического обследования, после применения озонотерапии в комплексе лечебных мероприятий, показали, что у беременных в группах I и II улучшилось гигиеническое состояние полости рта по сравнению с контрольной группой, что подтверждается значительным снижением показателя ИГ при последующих осмотрах (табл. 1). В первое посещение беременных женщин I группы ИГ составил $(1,30 \pm 0,06)$, против $(2,25 \pm 0,07)$ при первичном обследовании; ИГ во II группе беременных женщин с применением озонотерапии составил $(1,10 \pm 0,04)$, а при первичном $(2,20 \pm 0,05)$; в III группе беременных женщин (контрольная группа) ИГ составил $(1,50 \pm 0,05)$, а при первичном $(2,10 \pm 0,06)$. Приведенные данные свидетельствуют о том, что комплексные лечебно-профилактические мероприятия почти в два раза улучшили гигиеническое состояние полости рта беременных женщин. В то же время в контрольной группе беременных женщин, несмотря на обучение методике чистки зубов (чистка фторсодержащими пастами) и отсутствие дополнительных лечебно-профилактических мероприятий, индекс гигиены оставался на высоком уровне и составил $(1,15 \pm 0,04)$ против $(1,50 \pm 0,05)$; $(2,10 \pm 0,06)$. Динамика показателей (табл. 2) показывает, что пародонтальный индекс при вторичном осмотре в I группе женщин составил $(0,3 \pm 0,08)$ против $(1,8 \pm 0,03)$ при первичном обследовании, а индекс ПМА при повторном обследовании через 6 месяцев составил 11 %, а через 1 год 9 % - против 23 % при первичном. Данные показатели также резко снижаются и во II группе – индекс ПИ снижается через 6 месяцев до показателя $0,1 \pm 0,01$, а через год приближается к нулю. Индексные показатели в третьей группе плавно снижаются в течение всего хода исследования и через год уже соответствуют норме.

В ходе исследования у двух пациенток проявилась непереносимость озона, поэтому было принято перевести обследуемых в первую группу, остальные участники второй группы благоприятно переносили озонотерапию. Из вышесказанного следует сделать вывод, что озонотерапия не может быть универсальным средством лечения гипертрофического гингивита, и перед началом лечения необходимо выяснять чувствительность к препарату.

Заключение. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение комплекса лечебно-профилактических мероприятий способствует улучшению гигиены полости рта в отдаленные сроки после начала профилактической работы. Повторные стоматологические осмотры показали, что динамика снижения воспалительных процессов в тканях пародонта значительно активнее во второй группе с применением озонирования, по сравнению с первой группой. Мы считаем, что перечисленные лечебно-профилактические мероприятия, особенно в комплексе с озонотерапией, являются наиболее подходящим для лечения гипертрофического гингивита во время беременности, так как это неинвазивные методы, не влияющие на плод и на общее течение беременности. Несмотря на то, что методика озонирования проста в применении, она обладает выраженным лечебным эффектом, о чем свидетельствует меньший прирост стоматологических заболеваний у беременных женщин, прошедших курс озонотерапии.

Согласно нашим исследованиям, на заключительном этапе состояние гигиены полости рта среди всех групп наблюдаемых было хорошим, а показатели гигиенических индексов приближались к нулю. Показатели индексов ПИ и ПМА свидетельствовали об отсутствии воспалительных процессов в тканях пародонта.

Таким образом, учитывая положительный эффект своевременных лечебно-профилактических мероприятий, особенно в комплексе с озонотерапией, считаем целесообразным проводить лечение гипертрофического гингивита у беременных по описанной нами методике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Носова-Дмитриева В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть II). Институт стоматологии, 2003. С. 72-73.
2. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта. Пародонтология 1998. С. 8-13.
3. Л.Л. Александрова, Н.Н. Пустовойтова, Е.Н. Юрчук Диагностика в терапевтической стоматологии Учебно-методическое пособие. Минск. 2007.
4. Толмачева С.М., Лукиных Л.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика. М.: 2005, 152 с.

REFERENCES

1. Nosova-Dmitrieva V.F., Rabinowitz S.A. Features dental care for pregnant and lactating women (Part II). Institute of Dentistry 2003; 4: 72-73.
2. Grudyanov A.I. Survey of people with periodontal disease. Periodontology 1998; 3: 8-13.
3. L.L. Alexandrov, N.N. Pustovoytova, E.N. Jurchuk Diagnostics therapeutic dentistry A teaching posobie.Minsk. 2007.
4. Tolmacheva S.M., L.M. Lukinykh Dental disease during pregnancy and their prevention. M.: 2005, 152c.

Статья принята в печать 3 декабря 2013 г.

Рецензент Шумский А.В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ».