

УДК 616.31-039.71:616.34-05

ВЛИЯНИЕ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА АГРЕССИВНО-ПРОТЕКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ СРЕДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.В. Мосеева, О.П. Попова, К.В. Гасников, П.Ю. Садилова,

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», ГОУ ВПО «Ижевский государственный технический университет»

Мосеева Марина Владимировна – e-mail: marinamoseeva@mail.ru

При изучении влияния контролируемой гигиены полости рта у 236 пациентов с язвенной болезнью, гастритами и дуоденитами установлено ее положительное влияние на антимикробную активность слюны и желудочного сока, что свидетельствует о целесообразности включения контролируемой гигиены полости рта в комплекс лечения пациентов с эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны.

Ключевые слова: контролируемая гигиена полости рта, эрозивно-язвенные поражения гастро-дуоденальной зоны, агрессивно-протективный потенциал интрагастральной среды и полости рта.

When studying the influence of controlled oral hygiene in 236 patients with peptic ulcer, gastritis and duodenitis established its positive influence on the antimicrobial activity of saliva and gastric juice, indicating the feasibility of introducing a controlled oral hygiene in the complex treatment of patients with erosive and ulcerative lesions of the gastro-duodenal zone.

Key words: controlled oral hygiene, oral erosive and ulcerative lesions of the gastro-duodenal zone aggressively protective potential of the intragastric environment and the mouth.

Возникновение кариеса зубов и воспалительных заболеваний тканей пародонта связано с мягким зубным налетом, поэтому логично, что рациональный гигиенический уход за полостью рта рассматривается как обязательный компонент этиотропной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта [1, 2]. Общеизвестно, что среди лиц с хронической соматической патологией, в частности с патологией системы пищеварения, выше распространенность основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта [3].

Но в настоящее время отсутствуют работы, посвященные оценке влияния стоматологических профилактических мероприятий на показатели, характеризующие течение соматического заболевания.

Целью настоящей работы стало определение эффективности контролируемой гигиены полости рта у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны в условиях стационара и влияние ее на состояние саногенетически-патогенетического потенциала полости рта и интрагастральной среды.

Материалы и методы

В клинических условиях проведено углубленное обследование 236 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет с язвенной болезнью, эрозивными гастритами и эрозивными дуоденитами.

Контрольную группу составили 143 человека (45 женщин и 98 мужчин), средний возраст составил $29,85 \pm 1,1$ года, средний возраст женщин $41,27 \pm 1,84$ года, средний возраст мужчин $24,61 \pm 1$ год.

Группа пациентов с назначением курсов контролируемой гигиены полости рта была сформирована по методу копий-пары. Ее составили 93 человека (28 женщин и 65 мужчин), средний возраст $34,38 \pm 1,3$ года, средний возраст женщин $40,29 \pm 2,42$ года, средний возраст мужчин $31,83 \pm 1,44$ года.

Для оценки гигиены полости рта у больных эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) были использованы индексы: индекс зубного налета Loe-Silness (PI) (1963), индекс эффективности гигиены полости рта Podshadley-Halley (PHP) (1968), упрощенный индекс зубного налета на аппроксимальных поверхностях API [4].

Индекс Silness-Loe (1963) (PI): этот индекс учитывает толщину бляшки каждого из 4 десневых районов зуба и назначается величина от 0 до 3, что и является индексом бляшки для определенного района

0 – эта величина назначается, когда десневой район поверхности зуба действительно свободен от бляшки. Скопление налета определяют, проводя кончиком зонда по поверхности зуба у десневой бороздки после того, как зуб тщательно высушен: если мягкое вещество не прилипает к кончику зонда, район считается чистым;

1 – когда простым глазом нельзя обнаружить бляшку in situ, но бляшка становится видимой на кончике зонда после проведения им по поверхности зуба у десневой бороздки;

2 – десневой участок покрыт слоем бляшки от тонкого до умеренно толстого. Бляшка видна невооруженным глазом;

3 – интенсивные отложения налета, охватывающее также межзубное пространство.

Индекс используется для 16,36; 11,41; 24,44 зубов.

Индекс рассчитывали по формуле:

$ИГ = \frac{\text{кодов для всех зубов}}{\text{число обследованных зубов}}$

Индекс эффективности гигиены полости рта Podshadley, Halley (1968) (PHP). Для оценки этого индекса окрашивали вестибулярные поверхности 16, 11, 26, 31 зубов и язычные поверхности 36 и 46 зубов. Обследуемую поверхность зуба условно делили на 5 участков:

- медиальный,
- дистальный,
- срединно-окклюзионный,

- центральный,
- срединно-пришеечный.

В каждом из участков использовали следующие коды:

0 баллов – отсутствие окрашивания,

1 балл – окрашивание любой интенсивности.

Индекс гигиены рассчитывали по формуле:

ИГ= кодов для всех зубов/число обследованных зубов.

При отличной гигиене индекс равен 0.

Оценки 0,1–0,6 соответствуют хорошей гигиене; 0,7–1,6 – удовлетворительной; более 1,7 – неудовлетворительной.

Упрощенный индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях (API) по Large (Э. Хелевич и соавт., 1999). При определении индекса API окрашивание налета проводится раствором Шиллера-Писарева и оценивается его наличие (в форме да/нет) на апроксимальных поверхностях с оральной стороны первого и третьего квадрантов и вестибулярных поверхностях второго и четвертого квадрантов по формуле:

API=сумма положительных результатов окрашивания зубного налета/сумма определений на апроксимальных участках X 100%,

API<25% – оптимальный уровень гигиены полости рта,

API=25–39% – достаточный уровень гигиены полости рта,

API=40–69% – удовлетворительный уровень гигиены полости рта,

API=70–100% – неудовлетворительный уровень гигиены полости рта.

Значение API менее 35% свидетельствует об активном участии пациента в лечебных мероприятиях.

Также была проведена оценка pH слюны и желудочного сока и активность лизоцима слюны и желудочного сока по методу В.Г. Дорофейчук [5] у пациентов, применявших контролируемую гигиену полости рта в условиях стационарного лечения основного соматического заболевания (ПГ), и у лиц, получавших только стандартную терапию основного заболевания (КГ).

Пациенты профилактической группы (ПГ) были обучены стандартному методу чистки зубов по Пахомову [4].

Для самоконтроля гигиены полости рта пациентам выдавались таблетки эритрозина, либо «Динал», либо специально разработанный А.С. Япеевым, Р.П. Тукаевой состав (масс.%):

Карбонат кальция 2,0 – 3,0

Глюконат кальция 4,0 – 6,0

Жженая магнезия 6,0 – 9,0

Глицерин до 100 мл

Смесь перед употреблением взбалтывают и размешивают до гомогенного состояния. С помощью ватного тампона предлагают нанести смесь на поверхность зубов. При наличии зубного налета кальциево-магниева смесь адсорбируется на нем, образуя шероховатую поверхность на эмали зуба. Участки, свободные от зубных отложений, остаются гладкими. Пациенты имеют возможность самостоятельно оценить качество своих гигиенических мероприятий.

Достоверность различий проверялась по критерию Стьюдента на уровне значимости $\alpha=0,05$.

Исследование гигиены полости рта в стадию обострения и ремиссии у пациентов с ЭЯП ГДЗ профилактической группы и контрольной группы сведено в таблицу 1.

Из представленной таблицы 1 видно, что по парным критериям Вилкоксона и Стьюдента наступило улучшение гигие-

нического состояния полости рта в стадию ремиссии основного заболевания по всем исследуемым индексам по отношению к стадии обострения на уровне значимости $p<0,01$. Исключением стал индекс РНР в КГ, где изменений этого показателя не произошло.

ТАБЛИЦА 1.

Гигиеническое состояние полости рта в стадию обострения и стадию ремиссии основного заболевания

Показатели	Профилактическая группа		Контрольная группа	
	Стадия обострения	Стадия ремиссии	Стадия обострения	Стадия ремиссии
ГИ API, %	41,30±0,532 n = 76	37,68±0,337 n = 76* **	42,45±0,457 n = 143	37,78±0,324 n = 143*
ГИ PI, баллы	0,68±0,087 n = 93	0,25±0,045 n = 93*	0,57±0,051 n = 143	0,21±0,025 n = 143*
ГИ РНР, баллы	1,56±0,070 n = 93	1,03±0,0485 n = 93* **	1,68±0,0861 n = 143	1,65±0,124 n = 143*

*Примечание: n - число наблюдений; * - достоверные изменения по отношению к стадии обострения ($p<0,05$); ** - достоверные изменения по отношению к контрольной группе ($p<0,05$).*

По критерию Стьюдента по индексу РНР отмечено достоверное снижение в ПГ в стадию ремиссии с уровнем значимости $p<0,05$. По критерию Вилкоксона и Стьюдента отмечено снижение индекса эффективности гигиены полости рта (РНР) у пациентов ПГ по отношению к КГ на уровне значимости $p<0,05$.

Нами проведен анализ изменений pH слюны и желудочного сока в исследуемых профилактических группах и в контрольной группе и сведен в таблицу 2.

ТАБЛИЦА 2.

Значения pH смешанной слюны и интрагастрального содержимого у больных ЭЯП ГДЗ в стадию обострения и в стадию ремиссии

Исследуемые Группы	pH слюны		pH желудочного сока	
	Стадия обострения	Стадия ремиссии	Стадия обострения	Стадия ремиссии
ПГ	6,85±0,063 n=38	6,16±0,062* n=38	1,43±0,187 n=45	1,19±0,031 n=45
КГ	6,91±0,035 n=143	6,07±0,039* n=143	1,59±0,17 n=77	1,20±0,024* n=77
ГИ РНР, баллы	1,56±0,070 n = 93	1,03±0,0485 n = 93* **	1,68±0,0861 n = 143	1,65±0,124 n = 143*

*Примечание: n - число наблюдений, * - достоверные изменения по отношению к стадии обострения ($p<0,05$).*

В стадию ремиссии заболевания наблюдается достоверный сдвиг pH слюны в сторону ацидоза. В ПГ pH снизился на 10,07%.

По парным критериям Вилкоксона и Стьюдента отмечено достоверное ($p<0,01$) снижение pH слюны в стадию ремиссии по отношению к стадии обострения. Сдвиг pH слюны в кислую сторону в стадию ремиссии основного соматического заболевания у исследуемой группы пациентов служит дополнительным фактором риска развития кариеса, так как по данным [6], при pH кислее 6,2 слюна из перенасыщенной гидроксиапатитом становится недонасыщенной, следовательно, превращается из минерализующей в деминерализующую.

На фоне этих изменений кислотно-щелочного потенциала слюны в стадию ремиссии наблюдается возвращение

показателей кислотной продукции желудка к цифрам, аналогичным стадии обострения.

Активность лизоцима слюны и желудочного сока различных стадий заболевания сведена в таблицу 3.

ТАБЛИЦА 3.

Активность лизоцима слюны и желудочного сока в стадии обострения и в стадию ремиссии

Показатели	Активность лизоцима слюны		Активность лизоцима желудочного сока	
	Стадия обострения	Стадия заживления	Стадия обострения	Стадия заживления
ПГ	29,21±0,744	29,94±0,571 **	17,53±0,985	23,65±1,025 *
	n = 39	n = 39	n = 18	n = 18
КГ	23,27±0,565	10,07±0,570 *	17,66±0,764	21,36±0,652 *
	(n = 31)	n = 31	n = 41	n = 41
ГИ РНР, баллы	1,56±0,070	1,03±0,0485	1,68±0,0861	1,65±0,124
	n = 93	n = 93* **	n = 143	n = 143*

Примечание: n - число наблюдений; * - достоверные изменения по отношению к стадии обострения ($p < 0,05$); ** - достоверные изменения по отношению к контрольной группе ($p < 0,05$).

Из представленной таблицы 3 видно, что по парным критериям Вилкоксона и Стьюдента нет достоверного изменения активности лизоцима слюны. Однако в КГ отмечено снижение активности лизоцима слюны в 2,31 раза.

При анализе активности лизоцима желудочного сока по парным критериям Вилкоксона и Стьюдента достоверное повышение на уровне значимости $p < 0,01$ произошли в КГ и в ПГ.

По критериям Вилкоксона и Стьюдента изменения активности лизоцима желудочного сока в стадию ремиссии в ПГ по отношению к КГ не являются достоверными.

Таким образом, можно сделать следующие **выводы:**

1. Предлагаемые профилактические мероприятия – контролируемая гигиена полости рта – в профилактической группе стабилизируют уровень кислотопродуцирующей функции желудка.

2. Контролируемая гигиена полости рта не влияет на изменения кислотно-щелочного потенциала полости рта.

3. Контролируемая гигиена полости рта оказывает стабилизирующее действие на активность лизоцима слюны, которая в стадию ремиссии основного заболевания снижается. Одновременно отмечено повышение активности лизоцима желудочного сока.

Подводя итоги проделанной работе, имеются основания утверждать о целесообразности включения контролируемой гигиены полости рта в комплекс лечения пациентов с эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны.



ЛИТЕРАТУРА

1. Березина Н.В., Келина Т.И. Обоснование методов дифференцированной профилактики стоматологических заболеваний у детей школьного возраста с соматической патологией. Бюллетень стоматологии. Казань. 1995. С. 18-19.
2. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта при заболеваниях десен. Маэстро стоматологии. 2006. № 3. С. 27-33.
3. Хитров В.Ю., Мосеева М.В., Белова Е.В. Состояние полости рта при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны и его коррекция. Ижевск: Удмуртия, 2010. 126 с.
4. Гунчев В.В. и др. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. Ижевск. 2008. 324 с.
5. Дорофейчук В.Г. Определение активности лизоцима нефелометрическим методом. Лабораторное дело. 1968. № 1. С. 28-30.
6. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М. 2006. 416 с.