

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «ТОНЗИЛГОНА» И «СЕПТОЛЕТЕ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У СТУДЕНТОВ

Крайнов С.В., Попова А.Н., Михальченко В.Ф., Фирсова И.В., Чаплиева Е.М.,
Македонова Ю.А., Патрушева М.С.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, Россия, e-mail: krajnosergej@yandex.ru

Целью исследования явилась оптимизация лечения хронического катарального гингивита у студентов путем включения в схему терапии местных антисептических и противовоспалительных средств Септолете и Тонзилгон. Было проведено обследование и лечение 34 студентов различных вузов Волгограда в возрасте 18–27 лет с хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Динамическое наблюдение осуществлялось до, через 3, 5, 7, а также 14 дней после начала терапии. Авторами было установлено, что включение в схему лечения катарального гингивита препаратов Септолете и Тонзилгон не только ускоряет процесс выздоровления, но также пролонгирует полученные в ходе лечения результаты. Простота использования, удобные лекарственные формы (капли, таблетки, драже), относительно небольшая стоимость дают возможность рассматривать данные лекарственные средства в качестве препаратов выбора при оптимизации терапии воспалительных заболеваний пародонта у студентов.

Ключевые слова: стоматология, гингивит, гигиена полости рта, Септолете, Тонзилгон.

APPRAISAL THE EFFECTIVENESS OF "TONZILGON" AND "SEPTOLETE" FOR THE TREATMENT CATARRHALGINGIVITIS BY STUDENTS

Krainov S.V., Popova A.N., Mihalchenko V.F., Firsova I.V., Chaplieva E.M.,
Makedonova Y.A., Patrushewa M.S.

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, e-mail: krajnosergej@yandex.ru

The purpose of this study was to optimize the treatment of chronic catarrhal gingivitis by students by inclusion in the schema of local therapy of antiseptic and anti-inflammatory drugs Septolette and Tonsilgon. We examined and treated 34 students from different universities of the Volgograd aged 18-27 years with chronic generalized catarrhal gingivitis. Dynamic observation carried out before, across 3, 5, 7 and 14 days after beginning treatment. The authors had found that the inclusion in a schema of local treatment of catarrhal gingivitis Tonsilgon and Septolette not only accelerates the healing process, but also prolongs the obtained results during treatment. Easy to use, convenient medicinal forms (drops, lozenges, pills), relatively low cost make it possible to consider these drugs as the drugs of choice for optimizing the treatment of inflammatory diseases among students.

Keywords: dentistry, gingivitis, oral hygiene, Tonsilgon, Septolette.

Заболевания пародонта являются актуальнейшей проблемой современной стоматологии. Во многом это связано с высокой их распространенностью (которая стремится к 100 %), сложностью этиопатогенеза и, несомненно, лечения. Именно пародонтопатии являются ведущей причиной инвалидизации жевательного аппарата, связанной с ранней потерей зубов и возникающими в этой связи осложнениями [1, 3, 7].

Безусловно, деструктивные воспалительные процессы свойственны в большей степени представителям старших возрастных групп. Тем не менее, в молодом возрасте, пародонтологическая проблема не менее насущна. Каким бы необратимым не был пародонтит у «взрослых», следует помнить, что начинается он с банального гингивита в молодом возрасте [2]. Тонкая грань, которая отделяет два этих процесса, едва уловима. Ее детерминируют отчасти меняющаяся (на более агрессивную) микрофлора биопленки,

отчасти иммунная система самого организма и возникающие каскадные процессы, а также множество иных факторов, как общих, так и местных [1, 6]. Таким образом, ранняя диагностика, лечение и, несомненно, профилактика гингивита у молодых лиц – это, по сути, ключ к сохранению зубов и повышению качества жизни в пожилом возрасте.

Студенты – это «своеобразная» социальная группа, жизнедеятельность которой подчинена определенному графику и ритму. Зачастую данный период жизни человека (посвященный обучению) оставляет его без должного внимания врача-стоматолога [8]. Причин этому множество: отсутствие времени, желания, финансовые затруднения и т.д. В то же время студент не всегда обучен правилам гигиены полости рта [4, 5]. Добавьте сюда злоупотребление «фастфудом», газированными напитками, вредные привычки, наконец, стрессы – и вы получите серьезные предрасполагающие факторы к снижению уровня здоровья молодого человека в целом, и стоматологического – в частности. Возникшие начальные патологические процессы, вовремя не обнаруженные, переходят через точку «не возврата» и становятся необратимыми.

Только ленивый, в наши дни, не пишет о повальном «студенческом» гастрите. То же самое можно сказать и о воспалении десен – гингивите, который начинается с катаральных явлений. Лечение катарального гингивита, как правило, не вызывает больших затруднений, его прогноз всегда благоприятный, что еще раз доказывает необходимость ранней диагностики. Терапия включает в себя антисептическую обработку полости рта в виде ротовых ванночек, полосканий, или же аппликаций на десны. Далее следует этап снятия зубных отложений. Как правило, такое лечение укладывается в 1–2 посещения. Главной задачей стоматолога в этот период – обучить пациента ПРАВИЛЬНОЙ гигиене полости рта, именно ОБУЧИТЬ и мотивировать, давая рекомендации по предметам и средствам гигиены, проводя контролируемую чистку, демонстрационное окрашивание и т.д. [9]. При гингивите средней/ тяжелой степеней тяжести к вышеперечисленному добавляются местные противовоспалительные и антибактериальные препараты.

Иными словами, при лечении катарального гингивита чаще используют местные препараты. Они хорошо известны каждому стоматологу: хлоргексидин, метрогил-дента, ромазулан, ротокан, стоматофит и т.д. Между тем, следует помнить о таких явлениях, как чувствительность и «приспосабливаемость» пародонтопатогенных микроорганизмов к препаратам, что диктует необходимость поиска новых решений, в том числе из смежных со стоматологией дисциплин, например оториноларингологии.

Существуют препараты, обладающие и антисептическим, и противовоспалительным эффектами, такие, как Септолете и Тонзилгон [3].

СЕПТОЛЕТЕ – препарат с противомикробным и противовоспалительным действием для местного применения в ЛОР-практике и стоматологии. Выпускается в виде круглых, выпуклых пастилок. В состав каждой пастилки входят: бензалкония хлорид 1 мг, левоментол 1,2 мг, масло мяты перечной 1 мг, масло эвкалиптовое 0,6 мг, тимол 0,6 мг. Содержащиеся в препарате бензалкония хлорид и тимол обладают антисептическими свойствами, активны в отношении грамположительных бактерий, оказывают фунгицидное действие на *Candida albicans* и некоторые липофильные вирусы. Ментол и эфирное масло мяты перечной оказывают умеренное обезболивающее и дезодорирующее действие. Режим дозирования: медленно рассасывать (до полного растворения) в полости рта по 1 пастилке каждые 2–3 часа, до 8 пастилок в сутки. Среди показаний к препарату: воспаление десен и слизистой оболочки полости рта (гингивит, стоматит).

ТОНЗИЛГОН – антисептическое средство растительного происхождения, в состав которого входят активные ингредиенты: алтея корни – 0,4 г; ромашки цветки – 0,3 г; хвоща трава – 0,5 г; грецкого ореха листья – 0,4 г; тысячелистника трава – 0,4 г; дуба кора – 0,2 г; одуванчика лекарственного трава – 0,4 г. Выпускается в виде капель для приема внутрь, во флаконах объемом 50/100 мл с дозирующим капельным устройством. Существует также в виде драже. Фармакологические свойства обусловлены биологически активными веществами, входящими в состав препарата. Тонзилгон обладает противовоспалительным и антисептическим действием. Компоненты входящих в состав препарата (ромашка, алтей и хвощ) способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и тысячелистника, танины коры дуба оказывают противовоспалительное действие и способствуют уменьшению отека слизистой оболочки. Режим дозирования: капли для приема внутрь принимают в неразбавленном виде, некоторое время, подержав во рту, перед проглатыванием: по 25 капель 5–6 раз в день. Среди показаний к препарату: также воспаление десен и слизистой оболочки полости рта.

Учитывая фармакологические свойства Септолете и Тонзилгона, показания, удобство лекарственной формы и применения – целесообразно рассматривать данные средства в качестве препаратов выбора при лечении хронического катарального гингивита.

Цель исследования: оптимизировать лечение хронического катарального гингивита у студентов путем включения в схему терапии местных антисептических и противовоспалительных средств Септолете и Тонзилгон.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами было проведено обследование и лечение 34 студентов различных вузов Волгограда в возрасте 18–27 лет. Из них 19 девушек, 15 юношей. Больные жаловались преимущественно на кровоточивость

десен при чистке зубов. Всем пациентам был верифицирован диагноз: хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести (К 05.1 – «хронический гингивит»). Также были осмотрены 5 учащихся стоматологического факультета с интактным пародонтом, составивших группу контроля. Все обследованные были разделены на 3 клинические группы: I-ой (11 человек) осуществлялось традиционное лечение катарального гингивита, включающее антисептическую обработку (раствор хлоргексидина 0,06 %), снятие зубных отложений (ультразвуком), рекомендации по предметам и средствам гигиены; II-ой (12 человек) помимо традиционного лечения был назначен Септолете в виде пастилок (по 1 пастилке каждые 2 часа, всего 5 пастилок в день в течение 5 дней); III-ей (11 человек) помимо традиционного лечения был назначен Тонзилгон (по 25 капель 5 раз в день, в течение 5 дней).

Для оценки состояния тканей пародонта производился осмотр с применением индексов: упрощённого индекса гигиены полости рта (УИГР), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекса в модификации Рагма (РМА), индекса кровоточивости десневой борозды по Мюлеманну и Коуэллу (ИК), а также Йодного число Свракова (ЙЧ). Динамическое наблюдение осуществлялось до, через 3, 5, 7, а также 14 дней после начала лечения. Значения индексной оценки заносились в таблицу и анализировались (таблица 1).

Результаты и их обсуждение. Как видно из таблицы 1 во всех трех группах лечение катарального гингивита оказалось успешным (данная патология является обратимой и указанных выше мероприятий стандартного лечения оказалось достаточно).

Таблица 1

Динамика пародонтальных индексов обследованных лиц

		Контроль	I группа Стандат. леч.	II группа Септолете	III группа Тонзилгон
До лечения	УИГР	0,82	2,64	2,71	2,68
	ЙЧ	0	1,92	1,87	1,9
	РМА	0	25,2	24,6	25,1
	ИК	0	0,96	0,91	0,94
Через 3 дня	УИГР	0,76	0,92	0,89	0,91
	ЙЧ	0	0,96	0,75	0,71
	РМА	0	14,4	9,8	7,2
	ИК	0	0,81	0,42	0,34
Через 5 дней	УИГР	0,79	0,65	0,63	0,62
	ЙЧ	0	0,67	0,34	0,25
	РМА	0	3,8	2,1	1,5
	ИК	0	0,48	0,21	0,19
Через 7 дней	УИГР	0,81	0,61	0,58	0,6

	ЙЧ	0	0,62	0,31	0,23
	РМА	0	2,7	1,8	1,4
	ИК	0	0,44	0,23	0,18
Через 14 дней	УИГР	0,87	0,56	0,54	0,53
	ЙЧ	0	0,81	0,36	0,28
	РМА	0	5,7	2,6	2,1
	ИК	0	0,54	0,25	0,21

Тем не менее, следует обратить внимание, что во II и III группах нормализация индексных показателей происходила быстрее и интенсивнее, что подтверждалось клиническим осмотром: значительно раньше исчезала гиперемия, отечность десен, признаки венозного застоя (цианоз), а также кровоточивость.

Наиболее выраженная положительная динамика имела место в III группе (рисунки 1, 2, 3). Представляется, что данный факт связан со способностью компонентов Тонзилгона повышать активность неспецифических факторов защиты организма. Что крайне важно, учитывая особенности патогенеза гингивита и требования к этиопатогенетической направленности при лечении пародонтопатий.

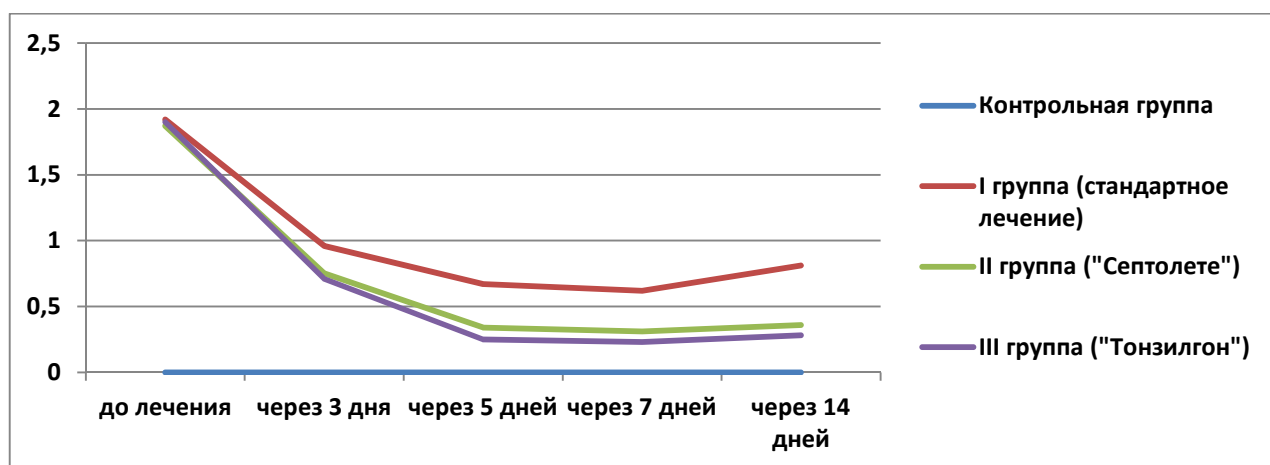


Рис. 1. Динамика показателей Йодного числа Свракова (ЙЧ)

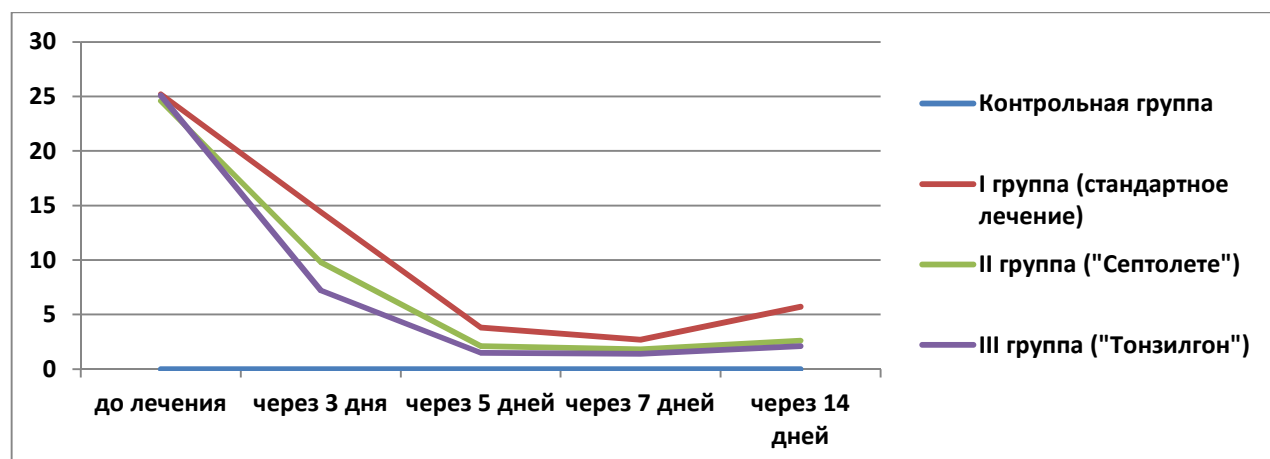


Рис. 2. Динамика показателей индекса РМА (в %)

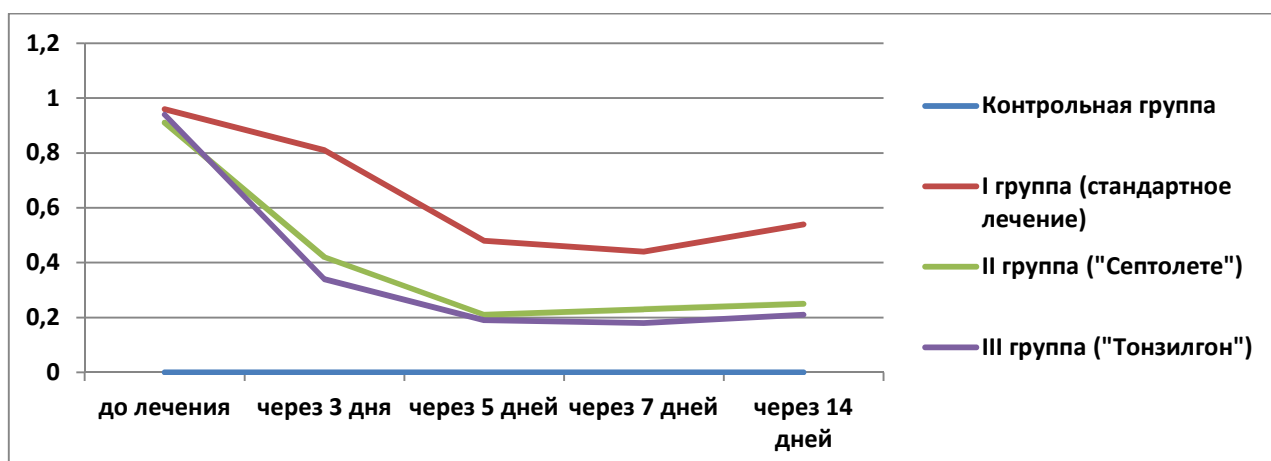


Рис. 3. Динамика показателей индекса кровоточивости (ИК)

В дизайн исследования целенаправленно были включены этапы осмотра через 7 и 14 дней после начала лечения. Через 7 дней (то есть через 2 дня после отмены Септолете и Тонзилгона во II и III группах) во всех 3 клинических группах отмечалась уверенная положительная динамика. Однако через 14 дней ситуация в I группе отличалась от таковой во II и III, хотя гигиенические индексы у пациентов всех трех групп были сопоставимы.

Следовательно, можно сделать вывод, что включение в схему лечения хронического катарального гингивита препаратов Септолете и Тонзилгон не только ускоряет процесс выздоровления, но также пролонгирует полученные в ходе лечения результаты. Представляется, что это связано с выраженными антибактериальными и противовоспалительными действиями указанных препаратов, которые в купе с профессиональной гигиеной и антисептической обработкой повышают эффективность лечения. Кроме того, лекарственная форма препаратов (пастилки и капли), достаточно большая кратность их приема – увеличивают время экспозиции, а, значит – воздействия на микрофлору и очаг воспаления.

Для клинического обоснования применения Септолете и Тонзилгона при лечении катарального гингивита у студентов, нами была использована «формула индекса эффективности лечения Улитовского» (ИЭФЛУ):

$$\text{ИЭФЛУ (\%)} = \frac{100 \times (PMA1 - PMA2)}{PMA1}, \text{ где } PMA1 - \text{значение индекса до лечения}$$

$PMA2$ – значение индекса после отмены

Септолете и Тонзилгона.

В I группе пациентов ИЭФЛУ составил 84,9 %; во II – 91,5 %; в III – 94,0 %. Таким образом, наибольшую эффективность продемонстрировал Тонзилгон (рисунок 4).

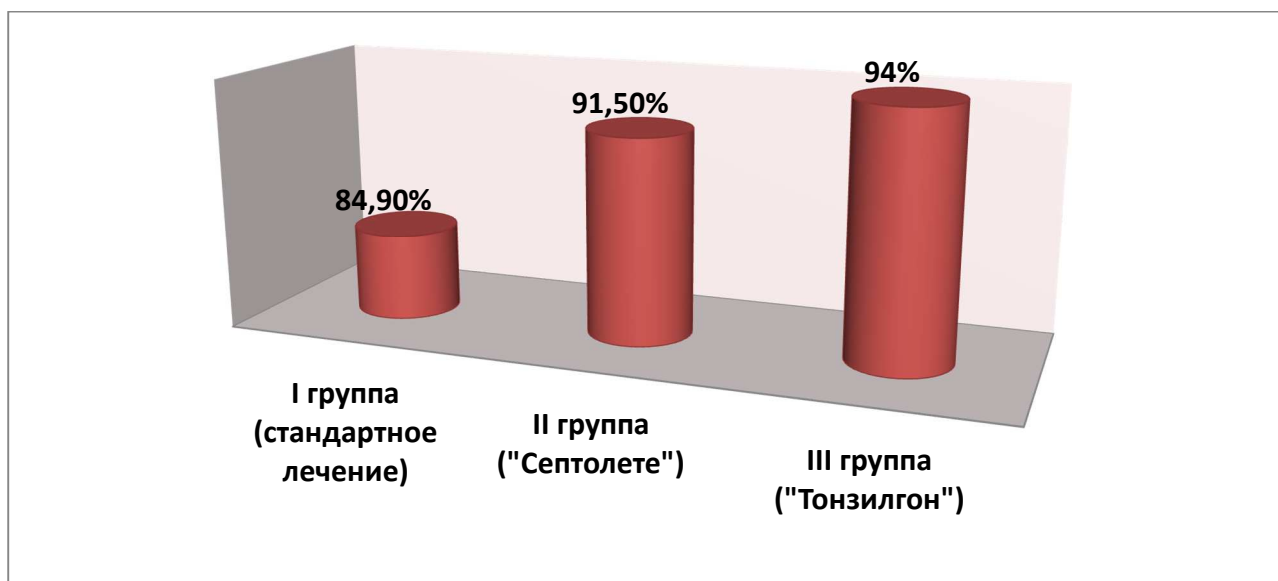


Рис. 4. Динамика показателей ИЭФЛУ

Следует также отметить, что при опросе студентов II и III групп нами было выяснено, что во II группе из 12 человек 11 (91,7 %) остались довольны препаратом Септолете и лишь 1 (8,3 %) высказался о «неудобстве данной лекарственной формы» (пастилка). Зато в III группе из 11 обследованных лишь 6 (54,5 %) «одобрили» капли в качестве лекарственной формы, 5 (45,5 %) оценили ее, как неудобную. Думается, что во многом это может быть связано с «юношеской нетерпимостью»: необходимо отмерять 25 капель, максимально долго удерживать их во рту. Мы целенаправленно выбрали две разные лекарственные формы: пастилки и капли, чтобы в ходе выполнения работы выяснить, какая из них наиболее «близка» студентам. Учитывая результаты опроса пациентов III группы, а также тот факт, что Тонзилгон оказался наиболее эффективным, можно сделать вывод о целесообразности назначения данного препарата лицам молодого возраста в виде драже.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует клиническую эффективность включения Септолете и Тонзилгона в схему лечения хронического катарального гингивита у студентов. Простота использования, удобные лекарственные формы (капли, пастилки, драже), относительно небольшая стоимость дают возможность рассматривать данные лекарственные средства в качестве препаратов выбора при оптимизации терапии воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста.

Список литературы

1. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
2. Михальченко В. Ф., Яковлев А. Т., Патрушева М. С. Обоснование выбора медикаментозного лечебнопрофилактического комплекса при пародонтите легкой степени тяжести // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 42-45.
3. Пародонтология: национальное руководство / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 704 с.
4. Поройский С. В., Фирсова И. В., Македонова Ю. А. Методы удаления зубных отложений в сравнении // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 2 (42). – С. 38-40.
5. Улитовский С. Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте: Учебн. пособие / С. Б. Улитовский. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
6. Фирсова И. В., Македонова Ю. А., Бужорова Т. С., Локоленкова Ю. А. Клинический анализ эффективности методов удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены полости рта // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 5-2. – С. 62-65.
7. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф., Михальченко Д. В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – № 1 (45). – С. 3-6.
8. Фоменко И. В., Касаткина А. Л., Филимонова Е. В. Характеристика травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей, находящихся на стационарном лечении // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов ВолГМУ. – Волгоград, 2009. – С. 107-110.
9. Чаплиева Е. М., Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. Выбор метода оптимизации стоматологической мотивации в зависимости от личностных характеристик пациентов // Стоматология – наука и практика. Перспективы развития Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию стоматологического факультета, Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – С. 222-224.

Рецензенты:

Михальченко Д.В., д.м.н., декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград;

Фоменко И.В., д.м.н., заведующий кафедрой стоматологии детского возраста, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.