

# Von Kaustöckchen bis Munddusche: Mundhygiene im Wandel der Zeit

Die Geschichte der Mundpflege und Zahnreinigung ist vermutlich so alt wie der Mensch selbst. Grund genug, eine kleine Reise in die Vergangenheit der Mundhygiene zu unternehmen.

**Autorin:** Andrea Wiedemer

Schon in der Steinzeit wurden spezielle Gegenstände wie etwa zugespitzte Weidenstöckchen zur Entfernung von Speiseresten verwendet. Unsere Vorfahren nutzten zudem zahnpflegende Wirkstoffe wie natürliches Fluorid, Silizium oder Tanninen.<sup>1,2</sup> Hippokrates, der „Vater der modernen Medizin“, sprach sich um 400 v. Chr. für die tägliche Zahnpflege zur Prophylaxe von Zahnschmerzen aus – mit einer Mixtur aus verbrannten Mäuseköpfen, gekochten Hundezähnen, Ziegenknöcheln, zerriebener Minze und Weißwein.<sup>3</sup> Die alten Römer vertrauten neben einem Zahnpulver aus Knochenmehl und Bimsstein ihrem kostenlosen „römischen Mundwasser“ zur Desinfektion des Mundraums: Urin.<sup>4</sup>



Das British Museum in London zeigt die medizinhistorische Sammlung von Henry Wellcome, unter anderem auch die **Zahnbürste von Napoleon Bonaparte**.

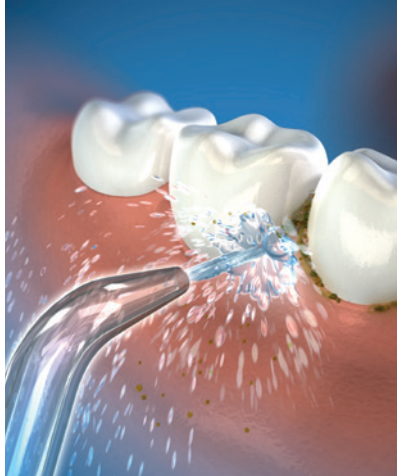
Pferdehaarborsten

Vergoldeter Silbergriff

## Paradigmenwechsel: Von der Restauration zur Prävention

Erst im 18. Jahrhundert kam dann die Zahnbürste von China nach Europa.<sup>5</sup> Der Engländer William Addis gründete um 1780 die erste Firma, die Zahnbürsten aus Kuhknochen und Kuhhaaren herstellte.<sup>6</sup>

Das Spektrum an Geräten und Mitteln für die effiziente Mund- und Zahnhygiene zu Hause ist seitdem enorm gewachsen – vor allem in den letzten Jahrzehnten. Denn der Mundpflege wird inzwischen große wissenschaftliche Bedeutung zugewiesen. Grund: Als Hauptursache von Karies, Parodontitis sowie Perimucositis und Periimplantitis an Zahnimplantaten gilt



**Die wichtigsten Ziele einer Prophylaxe sind deshalb:**

- die Reduktion pathogener Keime im Mundraum
- die Herstellung des physiologischen mikrobiellen Gleichgewichts im Mundraum

**Keine Mundhygiene ohne Interdentalarreinigung**

Vor allem interdental und retromolare Regionen sind von Karies sowie gingivalen und parodontalen Entzündungen betroffen. Sie sind aber mit Zahnbürsten schwer zu erreichen.<sup>12</sup> Methoden der Interdentalraumreinigung sollten die tägliche Mundpflege deshalb ergänzen.<sup>13</sup>

Einfach in der Handhabung bei der Interdentalarreinigung sind Mundduschen. Im Unterschied zur Zahnseide erreicht der Wasserstrahl auch Stellen an sehr engen oder sehr weiten Zahnzwischenräumen oder unter Zahnkronen oder Zahnersatz. Regelmäßig ergänzend zum Zähneputzen angewendet, helfen beispiels-

weise Waterpik®-Mundduschen mit ihren einzigartigen Kombinationen aus Wasserdruck und Pulsierung dabei, Speisereste und pathogene Plaque zu entfernen und dadurch oralen und allgemeinen Erkrankungen vorzubeugen.



**KONTAKT**

**CHURCH & DWIGHT  
DEUTSCHLAND GmbH**  
Hanauer Landstraße 291B  
60314 Frankfurt am Main  
www.waterpik.de

der dentale Biofilm, wenn er aus seinem gesunden Gleichgewicht gebracht wurde.<sup>7,8</sup>

**Der Biofilm: Kontrolle ist besser**

Die Biofilmbildung kann und sollte nicht verhindert, muss aber kontrolliert werden. Die Grundlage eines nachhaltigen Biofilmanagements besteht in einer effizienten Plaquereduktion.<sup>9,10</sup> Die klinischen Symptome von Karies, Gingivitis, Parodontitis, Periimplantitis oder endodontalen Infektionen mögen unterschiedlich sein – ihre Ursache liegt jedoch meist in den pathogenen Bakterien der dentalen Plaque.<sup>11</sup>

ANZEIGE

Anzeige

**Probiotika – wichtige Unterstützung für eine intakte Mundflora**

**Probiotika werden in der Behandlung gastro-intestinaler Infektionen häufig eingesetzt, ihre Wirkung ist gut dokumentiert. Neuere Studien zeigen, dass der probiotisch wirksame Keim Lactobacillus reuteri Prodentis® (GUM® PerioBalance®) auch bei Vorliegen parodontaler Entzündungen eine sinnvolle Therapieergänzung darstellt. Von einer prophylaktischen Anwendung profitieren insbesondere Risikopatienten.**

**Überzeugende und übereinstimmende Studienergebnisse**

In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass L. reuteri Prodentis® in der Lage ist, das Wachstum parodontalpathogener Keime effizient zu hemmen. Teughels et al. sowie Vicario et al. konnten nachweisen, dass GUM® PerioBalance® als Therapieergänzung zu SRP (Scaling u. Root Planing) die klinischen Parameter Sondierungstiefe, Blutungs-Index und Plaque-Index erheblich verbessert.<sup>[1,2]</sup> Eine Meta-Analyse hat gezeigt, dass SRP plus probiotische Behandlung im Vergleich zu SRP alleine einen signifikanten CAL-Gewinn (clinical attachment level) sowie eine signifikante Reduktion der Blutung bei Sondie-

rung nach sich zieht.<sup>[3]</sup> Bei Schwangeren konnte drei Monate nach Beginn der Einnahme des Probiotikums im Vergleich zur Placebo-Gruppe ebenfalls eine signifikante Senkung des Gingiva-Index und des Plaque-Index beobachtet werden.<sup>[4]</sup> Auch bei einer periimplantären Mukositis konnte die Anwendung deutliche Verbesserungen erzielen.<sup>[5]</sup>

**Supplementation bei chronischer Parodontitis und rezidivierender Gingivitis**

Das Milchsäurebakterium kann sich im Speichel und an der Mundschleimhaut festsetzen und sowohl in der Mundhöhle als auch im Verdauungstrakt des Menschen überleben. Jede Lutschtablette enthält mindestens 200 Millionen aktive Keime. GUM® PerioBalance® sollte 1-2 x täglich über mind. 30 Tage eingenommen werden, sobald erste Zahnfleischprobleme auftauchen. Risikopatienten ist eine prophylaktische Anwendung anzuraten. Dazu zählen neben Schwangeren auch Senioren und körperlich / geistig eingeschränkte oder bettlägerige Menschen, Diabetiker, Osteoporose-Patienten, starke Raucher, stressgeplagte Personen sowie Patienten nach einer Parodontalbehandlung.



**Sunstar Deutschland GmbH**  
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau  
service@de.sunstar.com  
www.gum-professionell.de  
blog.gum-professionell.de

[www.GUM-professionell.de](http://www.GUM-professionell.de)



<sup>[1]</sup> Teughels W et al. (2013) J Clin Periodontol 40:1025-35. <sup>[2]</sup> Vicario M et al. (2012) Acta Odont Scand 71(3-4)  
<sup>[3]</sup> Martin-Cabezas R et al. (2016) doi: 10.1111/jcpe.12545. <sup>[4]</sup> Schlagenhauf U et al. (2016) J Clin Periodontol 43:948-954  
<sup>[5]</sup> Fljchy-Fernandez et al. (2015) J Periodont Res