

В.Р. Гайфуллина, А.В. Бутвиловский, Т.Н. Манак

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»**V. R. Gayfullina, A. V. Butvilovski, T. N. Manak*

JUSTIFICATION OF NEED OF PREVENTION OF STOMATOLOGIC DISEASES AT PREGNANT WOMEN

По данным ВОЗ, самыми распространенными болезнями полости рта являются: кариес зубов, маргинальный периодонтит, рак полости рта, инфекционные болезни полости рта, травмы и врожденные патологии [25].

В связи с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса во всех странах мира, в том числе и в Республики Беларусь, а также в связи с медико-социальной значимостью его последствий (потеря зубов, нарушение жевательной функции, патология прикуса, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, возникновение очагов хронического сепсиса) остается актуальным совершенствование его лечения и особенно профилактики [2, 11, 15].

При этом особого внимания требуют группы лиц повышенного риска возникновения стоматологических заболеваний, к которым в первую очередь относятся беременные женщины. Во время беременности во всех системах органов проявляются признаки функциональной перестройки, направленные на поддержание соответствия возможностей адаптивных систем организма женщины и потребностей развивающегося плода [7, 21]. Именно поэтому так важно наблюдение беременной у стоматолога, ее обследование на предмет предрасположенности к кариесу, раннее выявление и лечение кариеса, а также заболеваний периодонта с учетом клинического статуса, социальных и психологических особенностей [19].

Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется приростом кариеса, появлением различных форм гингивита или обострением течения уже существующих воспалительных заболеваний периодонта [17].

Анализ наблюдений О.А. Успенской (2008) показал значительную распространенность кариеса (КО2) зубов у беременных женщин (92,2±0,57%). Кариес, возникший до беременности, характеризуется преимущественно хроническим течением во время беременности, за исключением токсикозов, когда его течение обостряется. При токсикозах часто отмечаются множественные кариозные поражения зубов, быстрое прогрессирование процесса и переход кариеса из одной стадии в другую, а также развитие осложненного кариеса [17, 18].

Отмечена тенденция к росту поражаемости кариесом с увеличением числа беременностей в пределах одной возрастной группы женщин [2, 6, 17]. Так, например, Б.П. Павлик (1970) отмечает увеличение индекса КПУ у женщин с первой беременностью за период наблюдения с 6,41 до 7,08 и с 9,18 до 9,96 у женщин со второй беременностью.

Поражаемость зубов кариозным процессом также зависит от течения беременности [17, 18, 21]. Поэтому важным мероприятием в предупреждении прогрессирования кариозного процесса, а также его осложнений является своевременная санация ротовой полости, еще до появления выраженных токсикозов. В ходе изучения стоматологического статуса при физиологическом и патологическом течении беременности (Успенская О.А., 2008) отмечен более высокий показатель распространенности кариеса зубов при токсикозах беременности (97,1%), чем у женщин с физиологическим течением беременности (95,7%) и в группе небеременных женщин (90,0%).

Известно, что прирост кариеса происходит главным образом во второй половине беременности. По данным И.Д. Ермаковой (1993) прирост кариеса (по индексу КПУ) при физиологическом течении беременности составляет 1,33±0,11; при легкой форме

раннего гестоза – 1,53±0,13; после искусственного прерывания беременности – 0,88±0,13. Для небеременных женщин данный показатель составляет 0,43±0,09 [17].

Возникший во время беременности кариес протекает остро с обширным поражением твердых тканей зубов. Наиболее часто поражается пришеечная область нижних фронтальных зубов, а также верхних премоляров и моляров. Также наблюдается быстрое прогрессирование кариозного процесса как в глубину, так и в плоскостном направлении, что в скором времени приводит к осложненному кариесу. По данным Ю.Г. Чумаковой с соавт. (1995) при беременности интенсивность очагов деминерализации составила 0,25 ко II триместру и 0,32 – к III триместру. Интенсивность меловидных пятен у небеременных женщин составляет 0,22 очага, а у беременных женщин – 0,96 во II триместре и 0,58 в III триместре.

По результатам исследований М.Ю. Покровского (2002) меловидные пятна отмечались уже при первом осмотре у 23,7% женщин при среднем количестве пораженных зубов 5,8±1,0. В течение наблюдения эти показатели возросли: во II триместре до 28,9% и 5,6±0,9, в III триместре – до 32,0% и 5,9±0,9.

Клинические наблюдения показали, что возникшие во время беременности кариозные очаги в области моляров и премоляров чаще всего встречаются на проксимальных поверхностях [17, 18].

При локализации кариозных полостей в пришеечной области нижних фронтальных зубов, а также на боковых зубах обнаруживаются плоскостные дефекты эмали с обширным размягчением твердых тканей зубов. Образованию пришеечных дефектов предшествует появление на зубах меловидных пятен. К концу беременности в центре меловидных пятен появляются очаги размягчения с очень твердым и гладким дном. При такой локализации отмечается выраженная болезненность от различных раздражителей, что затрудняет чистку зубов, и в свою очередь, способствует возникновению и усугублению течения воспалительных процессов краевого периодонта.

При изучении пришеечного кариеса у беременных женщин Л.А. Аксамит (1978) установила повышение распространенности меловидных пятен с 23% на 7-9 неделях беременности до 63% к 9 месяцу, при этом интенсивность увеличилась на 4-5 зубов. И.Я. Бутане (1989) наблюдала высокую распространенность начального кариеса в виде очаговой деминерализации (68,9-76,8%). Среднее число пораженных зубов у беременных варьировало в диапазоне от 4,74±1,14 до 5,17±1,08.

Таким образом, клинические наблюдения и статистические данные обследования женщин во время беременности свидетельствуют о том, что беременность способствует возникновению и обострению кариозного процесса [2, 4, 7, 13, 14, 17-20].

Высоко распространенным стоматологическим заболеванием во время беременности является гингивит (КО5), генерализованный, который встречается у 25-100% обследованных женщин, обычно со 2 по 8 месяцы беременности [22]. Гингивит беременных чаще всего поражает краевую десну и десневые сосочки в области передних зубов и проявляется отеком, нарушением контура десны, выраженной гиперемией и склонностью к кровоточивости.

Реже наблюдаются потеря зубодесневого прикрепления и увеличение глубины карманов при зондировании. Возникновение гингивита связано с накоплением зубного налета и высокой концентрацией эстрогенов, прогестерона и простагландинов

[5,24]. Перечисленные биологически активные вещества нарушают кровоснабжение десны, повреждают клеточное звено иммунитета, ингибируют синтез коллагена и изменяют состав поддесневой микрофлоры. Увеличение концентрации *Bacteroides intermedius* (*Prevotella intermedia*) усугубляет течение гингивита. Отсутствие лечения повышает вероятность перехода гингивита в маргинальный периодонтит даже при слабо выраженном воспалении [16].

Ряд медиаторов воспаления (цитокины, интерлейкин-1, интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли TNF- α) негативно влияют на плаценту и плод. Кроме того, они стимулируют синтез простагландина E2, который, в свою очередь, увеличивает сократительную способность матки и повышает риск преждевременных родов. Доказано, что наличие периодонтита увеличивает вероятность преждевременных родов, а их риск прямо пропорционален тяжести периодонтита [10,22,23].

Гранулема беременных (пиогенная гранулема, K06.8; у беременных) возникает в 9,6% случаев [16]. Ее этиологические факторы схожи с таковыми при гингивите беременных (высокие концентрации эстрогена и прогестерона при неудовлетворительном уровне гигиены полости рта). Гранулема беременных чаще возникает во втором триместре беременности и представляет собой быстрорастущее образование, локализующееся в области межзубных сосочков во фронтальном отделе верхней челюсти. Цвет образований варьирует от ярко-красного до голубого, они легко кровоточат и безболезненны при адекватной гигиене полости рта. Гранулемы, затрудняющие прием пищи и гигиену, следует удалять хирургически. После родов большинство таких образований претерпевают неполное обратное развитие. Резорбция кости в области гранулемы беременных, как правило, не происходит.

Иногда при беременности встречается генерализованная подвижность зубов [16], возникающая вследствие воспалительных изменений десны, минеральных изменений в *lamina dura* и нарушений в периодонте. Подвижность зубов уменьшается после родов.

Не вызывает сомнения тот факт, что лучшим методом выбора врачебной тактики во время беременности является профилактика стоматологических заболеваний; основанная на современных представлениях об их этиопатогенезе и учитывающая срок и течение беременности, а также возраст женщины [4, 15, 20].

Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволяет предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска. Вне всяких сомнений стоматологическая помощь беременным должна быть оказана с учетом безопасности плода [1, 5, 6, 18].

Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта у беременных преследует двоякую цель: сохранить стоматологическое здоровье женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов ребенка. Поэтому мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний у беременной должны начинаться как можно раньше [1, 2, 7, 8, 15, 18, 21].

Программа профилактики для беременных женщин обязательно должна включать в себя следующие разделы:

- а) стоматологическое просвещение;
- б) индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта;
- в) использование медикаментозных препаратов для повышения резистентности эмали зубов и пародонта.

Обучение пациенток следует начинать с планирования или с ранних сроков беременности. Соответствующий инструктаж позволяет проявить личную заинтересованность и ответственность, установить доверительные взаимоотношения и снизить беспокойство, а также увеличивает эффективность профилактических стоматологических заболеваний [3, 14, 17].

При проведении лечебно-профилактических мероприятий должны учитываться активность кариеса зубов у беременной

женщины, общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. Беременным женщинам необходимо назначать профилактические средства системного (эндогенного) и местного (экзогенного) действия. Все назначения системного действия должны согласовываться с акушером-гинекологом и терапевтом.

Стоматологическое обследование женщины рекомендуется проводить в 6-8, 16-18, 26-28 и 36-38 недель беременности; лечение и удаление разрушенных зубов до беременности, если же этого не произошло, то в срок 3-6 месяцев [17].

I. При первом посещении женской консультации 6-8 недель необходимо провести:

- стоматологическое обследование;
- контролируруемую чистку зубов;
- беседу о профилактических мероприятиях для улучшения здоровья полости рта как самой женщины, так и ее будущего ребенка;
- обучение гигиене полости рта.

II. Во время следующего посещения при сроке 16-18 недель рекомендуется:

- определение индекса гигиены;
- контролируемая чистка зубов;
- профессиональная гигиена;
- стоматологическое просвещение.

III. Во время следующего посещения, при сроке 26-28 недель, следует:

- определить индекс гигиены;
- провести контролируруемую чистку зубов;
- провести профессиональную гигиену полости рта;
- повторно мотивировать к поддержанию здоровья полости рта.

IV. Заключительное посещение, при сроке 36-38 недель, включает:

- профессиональную гигиену;
- беседу о предупреждении стоматологических заболеваний у ребенка.

На основании проведенного анализа источников литературы можно резюмировать, что профилактика стоматологических заболеваний является методом выбора тактики врача-стоматолога и направлена на сохранение стоматологического здоровья и антенатальную профилактику кариеса зубов у плода.

Литература

1. Бахмудов, М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б. Нуждаемость беременных в санации полости рта и опыт ее организации в условиях женской консультации // Стоматология №4 – 2008. – с 64.
2. Бахмудов, М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б. Динамика поражаемости кариесом у беременных и оценка уровня стоматологической помощи // Российский стоматологический журнал, № 3, 2009. - С.27-29.
3. Бахмудов, М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б. Изучение информативности беременных женщин о стоматологическом здоровье и методах обеспечения гигиены полости рта // Клиническая стоматология, 2009/1/49. - С. 78-81.
4. Бутане, И.Я. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных женщин Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М. -1989. -22с.
5. Гноевая, Л.В. Клинико- иммунологические особенности заболеваний пародонта у беременных женщин Автореф. дис.... канд.мед. наук. – Москва. -1988. -25 с.
6. Грудянов, А.И. Как предупредить заболевание десен и разрушение кости челюстей в период беременности? // Современная стоматология 2007. - № 1. – С. 63-64.
7. Дорошина, В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста Автореф. дис.... канд.мед. наук. – М. -1997. -28 с.
8. Жаркова, О.А. Профилактика стоматологических заболеваний во время беременности // Вестник ВГМУ, 2008, Том 7, № 4, С 94-101.
9. Луцкая, И.К., Демьяненко Е.А., Буза Т.П. Применение Солкосерил дентальной адгезивной пасты при лечении гингивита у беременных // Стоматологический журнал № 2, 2010. С. 177-179.
10. Можейко, Л.Ф., Третьякович А.Г., Макарова О.В. Анализ влияния стоматологических болезней на течение и исход беременности // Современная стоматология № 4, 2006, - С 45-48.

В помощь практикующему врачу

11. Носова, В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам // Клиническая стоматология - 2001. - №3. - С. 46-49.

12. Орехова, Н.С., Цепов Л.М. Эффективность индивидуальной контролируемой и профессиональной гигиены полости рта у беременных женщин в профилактике и лечении стоматологических больных // Стоматологический журнал №4, 2006, - С.314-316.

13. Павлик, Б.П. Кариес зубов и некоторые биохимические показатели слюны у женщин во время беременности: Автореферат дис.... канд.мед.наук. - Львов,1970.

14. Покровский, М.Ю. Уровень санитарно- гигиенических знаний по уходу за полостью рта у беременных женщин // Нижегородский медицинский журнал. - 2002. - №1. - С. 144.

15. Разумова, С.Н. Оптимизация стоматологической санации беременных женщин в московском мегаполисе Автореф. дис.... канд.мед.наук. - М. - 2003. - 21с.

16. Райкен, С., Тережалми Г. Стоматологическая помощь беременным и кормящим // Quintessenceinternational русское издание 2006, № 3, С.255-269.

17. Толмачева, С.М., Лукиных Л.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика - М.: Медицинская книга, 2005.-149 с.

18. Успенская, О.А. Стоматология беременных: метод. рекомендации/ О.А Успенская, Е.А. Шевченко, Н.В. Казарина. - Н. Новгород: Из-

дательство Нижегородской госмедакадемии, 2008. - 24 с.

19. Чаховская, Л.А., Сушко А.А., Мищенко-Дзержинская Ю.С. Рекомендации по оказанию стоматологической помощи беременным женщинам // Рецепт № 6(56),- 2007,- с 145.

20. Чумакова, Ю.Г. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных // Вестник стоматологии. - 1996. - № 5. - С. 404-408.

21. Ямщикова, Е.Е. Профилактика стоматологических заболеваний у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью Автореф. дис.... канд.мед. наук. - М. - 2010. - 24 с.

22. Offenbacher, S., Kats V., Fertik G, et al. Periodontal infections as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol 1996;67 (suppl 10):1103-1130.

23. MUDr. Michal Straka Пародонтит и преждевременные роды детей с недостаточным весом // Новое в стоматологии № 7/2003 (115). - С 20-23.

24. Zachariasen, RD. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives end pregnancy. WomenHealth 1993;20:21-30.

25. World Health Organization [Electronic resource] / Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27 Switzerland. - Mode of access: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru>.-Date of access: 21.01.2013.

Поступила 17.01.2013 г.