

ПОЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

П.В. ПОЛЕВОЙ, С.А. ШНАЙДЕР

Одесский национальный медицинский университет, Украина, г. Одесса

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГИНГИВИТЛАРНИ БОСҚИЧМА-БОСҚИЧ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОСИ

П.В. ПОЛЕВОЙ, С.А. ШНАЙДЕР

Одесса миллий медицина университети, Украина, Одесса

STAGE-RELATED PHARMACEUTICAL PREVENTION AND TREATMENT OF GINGIVITIS IN WOMEN IN THE GESTATION PERIOD

P.V. POLEVOY, S.A. SCHNEIDER

Odessa National Medical University, Ukraine, Odessa

Ҳомиладор аёлларда гингивитнинг клиник кечиши бўйича маълумотлар келтирилган. Ҳомиладорлик ва ҳомиладорликдан кейинги ҳар хил даврларда врач-стоматолог даражасида аёлларда пародонт касаллигини профилактикаси бўйича комплекс чора-тадбирлар алгоритми ишлаб чиқилган.

Калим сўзлар: гингивит, ҳомиладорлик, профилактика, оғиз бўйлиги гигиенаси.

The data of the clinical course of gingivitis in pregnant women are presented. The algorithm of the complex of measures for the prevention of periodontal diseases at the level of a dentist in women at different periods of gestation and in the postpartum period has been developed.

Key words: gingivitis, pregnancy, prevention, oral hygiene.

Вступление. За данными отечественных и зарубежных авторов частота гингивитов у беременных женщин составляет от 45 до 65 %. Гингивит является одним из первых симптомов патологии гестации. У 57–64 % случаев гингивиты беременных (gingitis gravidarum) сопровождаются гиперестезией твердых тканей зубов и в 23–35% – развитием обратной локальной деминерализации эмали [4, 5, 7].

Полиэтиологический генез заболеваний пародонта в беременных, возникновение, характер течения и форма зависят от комплекса общих и местных факторов [1,8]. Степень этих изменений зависит от течения и осложнений беременности в разные периоды, которые обуславливают риск развития гингивита и других заболеваний пародонта [5, 6].

Поэтому стоматолог обязан обеспечить комплекс мероприятий по профилактике развития поражения тканей пародонта в период гестации и в послеродовом периоде [2, 3, 5].

Цель исследования. Повысить уровень профилактики и результаты лечения заболеваний пародонта у женщин в разные сроки гестации.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением пребывали 94 беременных женщин, из них: 34 - в I триместре, 31 - во II триместре и 28 - в III триместре. Среди обследованных женщин: 17 - с физиологическим течением беременности, 76 - с осложненной беременностью (ранние и поздние гестозы, угроза прерывания беременности и т.п.). Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. С целью изучения влияния отдельных социально-бытовых факторов на состоя-

ние ротовой полости в период гестации проведено анкетирование беременных.

Нами предложен алгоритм профилактических мероприятий для женщин в разные периоды беременности. Учитывали уровень общественно-го сознания, общей медицинской информированности, осознание женщиной индивидуального значения профилактики, а также концентрацию внимания беременных на здоровье будущего ребенка, необходимости личностного участия и выбора конкретных профилактических мероприятий, активного участия в системе профилактики заболеваний пародонта (табл. 1).

После устранения зубного камня и налета, экссудата с карманов и других лечебно-профилактических манипуляций, главную роль отводили ИГПР.

В период острых воспалительных явлений и болезненности мы назначали зубную пасту, которая не содержит активных химических раздражителей. Во время каждого посещения определяли, как пациентки придерживаются назначений стоматолога по индивидуальной гигиене полости рта, использованию ими средств индивидуальной гигиены полости рта (ИГПР) (зубных паст, полоскателей, флосов и т.д.) и режима их применения.

Мониторинг ИГПР включал оценку уровня гигиены и проведения обязательной профессиональной гигиены полости рта, а также поддержку в беременных мотивации к профилактике заболеваний пародонта. На протяжении недели после лечения назначали чистку зубов беременным 3–4 раза на день зубной пастой на травах – «Лакалут фитоформула» и супермягкой зубной щеткой «Лакалут Сенситив».

Таблица 1.

Первичный алгоритм индивидуальной гигиены полости рта в I триместре гестации

Утром (после завтрака)	Зубная паста «Лакалут Сенситив» (2-3 мин.) Зубная щетка «Лакалут Сенситив» (с мягкой щетинкой) Полоскатель «Лакалут Сенситив»
Днем (после приема пищи)	Полоскатель «Лакалут Антиплак» (2-3 мин.)
Вечером (после ужина)	Зубная паста «Лакалут Актив» (2-3 мин.) Зубная щетка «Лакалут Сенситив» (с мягкой щетинкой) Полоскатель «Лакалут Сенситив»

Таблица 2.

Средства для проведения индивидуальной гигиены полости рта

Утром (после завтрака)	Зубная паста «Лакалут Актив» (2-3 мин.) Зубная щетка «Лакалут «3 в 1» со специальной мультиголовкой, которая содержит щетинки трех типов жесткости: мягкой, средней и твердой. Полоскатель «Лакалут Освежающий»
Днем (после приема пищи)	Полоскатель «Лакалут Антиплак» (2-3 мин.)
Вечером (после ужина)	Зубная паста «Лакалут Актив» (до 3 мин.) Зубная щетка «Лакалут «3 в 1» Полоскатель «Лакалут Освежающий»

После устранения острых воспалительных процессов заменяли индивидуальные гигиенические средства на другие, с более выраженными лечебными свойствами (противокариозным и уплотняющими десну). На протяжении дня применяли полоскатели, в состав которых входит лактат алюминия – средство от кровоточивости десен – «Лакалут Антиплак» или «Лакалут Освежающий» (табл. 2).

Степень воспаления десен в процессе лечения устанавливали с помощью индекса РМА (Parma, 1960).

Оценку гигиенического состояния ротовой полости в беременных проводили с помощью упрощенного индекса гигиены полости по ОНІ-S - индексу Грина-Вермиллиона (1964). Состояние тканей пародонта оценивали на основе анамнеза, осмотра и функциональных данных. Распространенность и интенсивность заболевания определяли с помощью индекса CPITN (J. Ainamo, D. Barmes et al., 1982).

Результаты исследования и их обсуждение. Первые признаки гингивита появлялись на 10–12-ой неделе беременности в виде гиперемии десен, изжоги и зуда десен. В прикорневой зоне фронтальных зубов наблюдалась повышенная чувствительность к химическим и температурным ингредиентам (кислого, сладкого, холодного и др.), что связано с нарушением баланса макро- и микроэлементов (макро- и микродисэлементозы), участвующих в формировании минерального обмена плода и сопровождались клиническими признаками гингивита: кровоточивость десен, неприятный запах изо рта (галитоз), гиперестезия твердых тканей зубов. Самой распространенной кли-

нической формой воспалительного процесса в I триместре беременности наблюдался катаральный гингивит.

Во II триместре беременности - гингивит в виде катарального или гипертрофического воспаления, реже – язвенно-некротического поражения десен. Катаральный гингивит беременных характеризовался генерализованным симметричным поражением фронтальной области верхней и нижней челюстей. Пациентки жаловались на неприятные ощущения в деснах, зуд, галитоз, нарушения вкуса, кровоточивость десен во время приема пищи и чистки зубов. При этом общее состояние женщин не нарушалось, но иногда наблюдалась субфебрильная температура и слабость.

Объективно наблюдалась отечность, гиперемия, цианоз десен, очаги десквамации эпителия, единичные эрозии, преимущественно в области верхушек межзубных сосочков, механическое повреждение которых сопровождалось кровотечением. Вследствие отечности образовались десневые карманы, повышенное наложение мягкого налета, и, как следствие, возникал порочный круг: женщины не чистили зубы в связи с болезненностью и кровоточивостью десен, гигиена полости рта ухудшалась, а патологический процесс распространялся на межальвеолярные стенки альвеолярной кисты.

В III триместре беременности и перед родами процесс активизировался. Клиническая картина гипертрофического гингивита беременных приобретала максимального развития, что способствовало дополнительной травматизации, усилению болевого синдрома и кровоточивости. Характер жалоб пациенток определялся степенью

проявлений заболевания. Вершины гипертрофированных сосочков некротизировались, что клинически проявлялось язвенно-некротическим гингивитом разной степени тяжести.

Через месяц после родов, после адекватного лечения полости рта нами выявлено, что уровень гингивитов в 85% женщин снижался, а в 13 % женщин сохранялись остаточные явления. У 2% пациенток образовался генерализованный пародонтит и множественный пришеечный кариес.

Установлено, что существенную роль в профилактике гингивитов беременных оказывает лечение токсикозов, санация полости рта в ранние сроки гестации (8–12 недель), с последующими контрольными осмотрами на протяжении всего периода беременности.

Анкетированием беременных установлено, что большинство из них не имеют удовлетворительных санитарно-гигиенических знаний (40,6%) и навыков (85,9%) ухаживания за ротовой полостью, удовлетворительной мотивации к профилактике и стоматологическому обслуживанию в период гестации (22,8%), что является дополнительным риском, который способствует уровню интенсивности развития гингивитов и кариесов зубов. У беременных с удовлетворительным уровнем знаний по профилактике и гигиене индекс ОНI-S составил - $2,27 \pm 0,15$, РМА - $33,8 \pm 2,7\%$, КПВ - $10,6 \pm 0,9$, а с неудовлетворительным - соответственно: $2,95 \pm 0,14$ ($p < 0,001$), $37,9 \pm 3,5$, $12,3 \pm 1,0$; с удовлетворительными навыками ухода за полостью рта - $0,96 \pm 0,15$ ($p < 0,001$), $21,4 \pm 3,8$ ($p < 0,01$), $8,2 \pm 1,9$. Исследования показали, что при распространенности кариеса зубов в беременных и женщин контрольной группы показатели интенсивности кариеса существенно отличаются: индекс КПВ в беременных достоверно выше и имеет тенденцию к росту и увеличению срока беременности (контроль - $7,76 \pm 0,89$; II триместр - $11,88 \pm 0,59$; III триместр - $12,98 \pm 1,05$). Прирост интенсивности кариеса в период беременности по индексу КПВв составил - 1,10; по индексу КПВв - 1,49. Во время беременности значительно увеличиваются все средние значения составляющих КПВ. Выявлено что большее количество зубов поражено кариесом (К), пломбированных зубов (П) и удаленных по поводу осложненного кариеса (У). Во II триместре беременности в 1,4 раза увеличиваются удельный вес кариозных зубов (21,1%) и в 2,7 раза - удаленных зубов (13,8 %) в сравнении с контрольной группой (соответственно 15,5 % и 5,1 %).

Анализ показателей поражения зубов кариесом в разных возрастных группах беременных женщин показал, что наибольший прирост интенсивности кариеса наблюдался в первобеременных женщин в возрасте 18-20 лет (1,56 зубов и 1,88 полостей), а также у повторно беременных в воз-

расте - 26-35 лет (1,65 и 3,21). При этом в группе женщин 18 - 20 лет прирост кариеса проявляется за счет возникновения полостей в фисурах а проксимальных поверхностях моляров и премоляров, а в группе женщин 26-35 лет - за счет появления пришеечных полостей, а также полостей в зубах, которые раньше уже лечились по поводу кариеса. Во II триместре беременности в женщин 18-20 лет удельный вес кариозных зубов (31,3 % при КПВ 7,22) возрастал в 2 раза, а в женщин 26-35 лет (16,8 % при КПВ 13,88) - в 6 раз по сравнению с контрольной группой (соответственно: 15,1 % при КПВ 5,75 и 2,6% при КПВ 12,75).

У беременных всех возрастных групп наблюдали начальный кариес зубов в виде деминерализации эмали, распространенность которой составила 26,7%, в контрольной группе - 9,5%; высокие показатели распространенности и интенсивности деминерализации эмали выявлено в группе женщин 26-35 лет в III триместре беременности - в 38,9%.

Результаты исследования показали высокий уровень распространенности заболеваний пародонта у всех групп женщин, независимо от срока беременности: в 82,6 % небеременных и в 95,8 % беременных. У женщин в возрасте 18-35 лет наиболее распространенными заболеваниями пародонта наблюдались гингивиты: 69,4% в беременных и 65,2 % женщин контрольной группы, которые протекают в форме катарального гингивита (49,1-55,1% в беременных разных возрастных групп и 65,2% в контрольной группе). У женщин контрольной группы мы не наблюдали гипертрофического гингивита, а в беременных гипертрофический гингивит диагностирован в 17,4%. Высокие показатели заболеваемости (20,7%) отмечались в группе молодых женщин (18-20 лет), что свидетельствует о критичности периода беременности в плане развития гипертрофического гингивита.

В структуре заболеваний пародонта в женщин 18-35 лет весомое место занимал генерализованный пародонтит (ГП) - 26,4% и 17,4% в женщин контрольной группы. Максимальный показатель распространенности ГП (35,1 %) выявлен в возрастной группе 26-35 лет беременных женщин. Наибольший удельный вес среди беременных ГП составляют пациентки с начальной I ст. (18,8 %), меньший - с I - II ст. ГП (7,6 %). Наблюдалась тенденция к усугублению патологического процесса в пародонте с возрастом женщин. У женщин 18-20 лет выявлены больные с начальной - I ст. ГП (20,7 %). В группе беременных 21-25 лет - 15,5 % женщин с начальной I ст. ГП и 5,2 % женщин с I - II ст. ГП. В группе беременных 26-35 лет удельный вес больных с начальной I ст. ГП возрастает до 21,1 %, а I - II ст. - до 14,0 %, что в 1,4 и в 2,7 раза выше, соответственно.

Исследования показали, что во время беременности у женщин значительно ухудшается гигиеническое состояние полости рта, что особенно проявляется во I триместре: индекс Грина-Вермиллиона (ОHI-S) составлял - $1,65 \pm 0,26$; во II триместре - $2,66 \pm 0,13$ ($p < 0,001$); в III триместре - $2,30 \pm 0,16$ ($p < 0,05$). Ухудшение состояния полости рта сопровождается увеличением уровня воспалительных процессов в пародонте, о чем свидетельствует повышение индекса РМА в беременных; в I триместре - $22,47 \pm 3,18$ %; во II - $36,24 \pm 2,02$ % ($p < 0,001$); в III - $30,78 \pm 2,47$ % ($p < 0,05$). Наивысшие показатели индекса РМА во всех возрастных группах обследованных женщин отмечены во II триместре беременности, что свидетельствует о превышении уровня воспалительных процессов в тканях пародонта в период беременности (4-6 мес.) и считать его периодом высокого риска развития заболеваний пародонта у беременных.

Анализ стоматологической заболеваемости показал высокую потребность проведения лечения кариеса зубов и его осложнений (71,7%), удаления зубного камня (72,4%), комплексного лечения генерализованного пародонтита (10,7%), протезирования зубов (33,3%), что свидетельствует о недостаточной работе врачей-стоматологов с проведения плановой санации ротовой полости и профилактических мероприятий среди беременных женщин. Кроме стандартного стоматологического обследования (формула зубов, состояние слизистой оболочки полости рта), необходима оценка уровня гигиены полости рта беременной; определение объема навыков и знаний с индивидуальной гигиены полости рта и профилактик заболеваний пародонта и зубов; выявление заболеваний тканей пародонта с помощью скрининг-методов, (индекс РМА и т.д.).

Результаты обследования формируют первичный банк данных стоматологического здоровья и гигиены полости рта женщин, мониторинг которых необходимо проводить ежемесячно в течение беременности. Особое внимание необходимо уделить созданию в беременной мотивации до осмысленной индивидуальной гигиены полости рта. С этой целью необходим не только индивидуальный подбор стоматологических гигиенических средств (зубных паст, полоскателей, щеток, флосов) и режима их использования, но и уровня гигиены. Результаты сравнительных исследований эффективности зубных паст «Лакалут» показали целесообразность их последовательного или комплексного использования на разных этапах лечения воспалительных заболеваний пародонта во время беременности.

Выводы. 1. Санитарно-гигиенические знания и навыки на основе полученных данных способствуют снижению показателей стоматологической заболеваемости у беременных женщин. 2.

Общая структура заболеваний пародонта у беременных женщин зависит от возраста, срока и количества беременностей в анамнезе. 3. Дистрофически-воспалительный процесс в тканях пародонта беременных развивается на фоне прогрессирующих явлений метаболического ацидоза, который осложняет его течение.

Литература:

1. Кобилянський А.М. Особливості гігієни ротової порожнини у вагітних жінок /А.М. Кобилянський, П.В. Польовий// Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т.ХІ, № 3 (41), Ч. 2. – С. 161-164.
2. Польовий П.В. Профілактика та діагностика захворювань ротової порожнини у вагітних /П.В. Польовий// Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т.17, №1 (65). – С 90-92.
3. Сидельникова Л.Ф. Методические рекомендации по использованию индивидуальных средств гигиены по уходу за полостью рта в разных клинических ситуациях /Л.Ф. Сидельникова, М.Ю. Антоненко, Е.А. Скибицкая// – Методические рекомендации. – Киев-Тернополь: ООО Натурпродукт – Вега. – 2006. – 29 с.
4. Успенская О.А. Стоматология беременных / О.А. Успенская, Е.А. Шевченко, Н.В. Казарина// – Нижний Новгород, 2008. - 22 с.5
5. Amar S. Influence of hormonal variation on the periodontium in women / S. Amar, K.M. Chung // Periodontol. - 2010. - № 6. - P. 79-87.
6. Bogges K.A. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women / K.A. Bogges, D.M. Urlaub, K.E. Massey, M.K. Moos, M.B. Matheson, C. Lorenz // J. Am. Dent.Assoc. – 2010.-№ 141. – P.553-661.
7. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. – 2013. – Т. 36. – №. 8. – С. 548.
8. Tsai C.C. A study on sex hormones in gingival crevicular fluid and black pigmented bacteria in subgingival plaque of pregnant women / C.C. Tsai, K.S. Chen // Gaoxiong Yi Xue Za Zhi. - 2005. - Vol. 11, N5. - P. 265-273.

ПОЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

П.В. ПОЛЕВОЙ, С.А. ШНАЙДЕР

Приведены данные клинического течения гингивитов у беременных женщин. Разработан алгоритм комплекса мероприятий по профилактике заболеваний пародонта на уровне врача-стоматолога у женщин в разные периоды гестации и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: гингивит, беременность, профилактика, гигиена полости рта.