

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ, ІСТОРІЯ

УДК 616.314-08-039.71:618.2-055.2

О. В. Крижалко, І. І. Якубова

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

**ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО
ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ВАГІТНИХ ЖІНОК**

Розроблена схема диспансеризації вагітних жінок у стоматолога в залежності від стоматологічного статусу, наявності екстрагенітальної патології, раннього токсикозу та гестозу.

Ключові слова. Вагітність, диспансеризація вагітних жінок у стоматолога.

О. В. Крижалко, И. И. Якубова

ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»

**ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Разработана схема диспансеризации беременных женщин у стоматолога в зависимости от стоматологического статуса, наличия экстрагенитальной патологии, раннего токсикоза и гестоза.

Ключевые слова. Беременность, диспансеризация беременных женщин у стоматолога.

O. V. Kryzhalko, I. I. Yakubova

Private higher educational establishment «Kyiv medical university of UAFM»

**REGULAR MONITORING PREGNANT
WOMEN IN DENTISTS CLINIC**

A scheme for regular monitoring of pregnant women with a dentist, depending on the dental status, presence of extragenital pathology, early toxicity and gestosis.

Key words. Pregnancy, regular monitoring Pregnant women in Dentists clinic.

Поширеність стоматологічної захворюваності у вагітних жінок надалі залишається високою, незважаючи на те, що в останні роки широко впроваджуються засоби та методи профілактики [1-9]. Ускладнення вагітності можуть бути викликані патологією зубів і тканин пародонта вагітної, що є хроніосептичним вогнищем, з якого мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності розповсюджуються по всьому організму. Вагітність є також важливим періодом у формуванні стоматологічного здоров'я дитини та його збереження у вагітної жінки, в якому головну роль мають відігравати майбутні батьки, а коректувати та направ-

ляти цей процес – стоматологи. Оптимальним способом організації стоматологічної допомоги, актуальним і в сучасних умовах, є проведення диспансеризації вагітних жінок.

Метою нашої роботи було розробити схему диспансеризації у стоматолога вагітних жінок, ґрунтуючись на аналізі літературних джерел з даного питання та результатах комплексного стоматологічного обстеження вагітних жінок.

Матеріал та методи досліджень. Для досягнення поставленої мети нами були проаналізовані літературні джерела, в яких запропоновані схеми стоматологічного диспансерного нагляду під час вагітності.

З метою виявлення факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань було проведено комплексне стоматологічне обстеження 187 вагітних жінок віком від 19 до 43 років. Визначались стан гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S (Green-Vermillion, 1964), поширеність та інтенсивність карієсу, стан тканин пародонта за індексами РМА, СРІ. Проводилося комплексне пародонтологічне обстеження за допомогою апаратно-програмного комплексу «Florida Probe» (США). Соматичні захворювання та перебіг вагітності жінки вивчалися по «Обмінній карті полового будинку, полового відділення лікарні» (форма № 113/о). Аналіз хвороб вагітних проводився згідно Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, 2007р. (МКХ-10).

Спостереження проводилось в кожному триместрі протягом всієї вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення. На теперішній час в літературі представлені декілька схем диспансерного спостереження у стоматолога під час вагітності.

Розподіл жінок у чотири стоматологічні диспансерні групи (СДГ) було запропоновано Г.С. Чучмай, Н.І. Смоляр [9]. Перша СДГ: практично здорові жінки з фізіологічним перебігом вагітності і з КПВ не більше 5 зубів. Друга: жінки з токсикозом першої половини вагітності, КПВ не більше 5 зубів, з інтактним пародонтом і жінки з фізіологічним перебігом вагітності і з КПВ більше 5 зубів. Третя СДГ: жінки з токсикозом першої половини вагітності, КПВ більше 5 зубів, з патологією пародонта і жінки з токсикозом другої половини вагітності при наявності каріозних зубів і з патологією пародонта. Четверта: жінки з екстрагенітальною патологією, токсикозом другої половини вагітності і з КПВ більше 5 каріозних зубів, з патологією пародонта.

Щодо кратності відвідування стоматолога під час вагітності запропоновані різні терміни. Так, Г.С. Чучмай, Н.І. Смоляр [9] рекомендують жінок першої СДГ стоматологу оглядати два рази (в I і II триместрах); жінок другої СДГ – три рази (в I, II, III триместрах); жінок третьої СДГ – чотири рази (в I триместрі – один раз, в II – два рази, в III- один раз) і вагітних четвертої СДГ – шість разів на рік (по два рази в кожному триместрі). Х.М. Сайфулліна [7], М.К. Добровольська та співавт. [2], О.В. Удовицька та співавт. [1] рекомендують жінкам до 20 тижня вагітності відвідувати стоматолога один раз на місяць, від 20 до 32 тижня – два рази на місяць, після 32 тижня – три-чотири рази на місяць. К.А. Парпалей, Е.І. Парпалей [5] пропонують відвідування вагітними стоматолога протягом I триместру – два рази (один раз в 1,5 місяця), II триместру – три рази (один раз на місяць), протягом III триместру – два рази на місяць. М. Ньюман, А. Винкельхофф [10] рекомендують візити до стоматолога проводити не рідше, ніж кожні 3 місяця, та інтервал між ними має визначатись в залежності від індивідуальних потреб пацієнтки. Н.С. Орехова [4] пропонує диспансеризацію вагітних жінок з кратністю відвідування по триместрам, не менше трьох разів протягом вагітності, за показами - індивідуально. С.М. Разумова [6] вважає, що обов'язковій стоматологічній диспансеризації підлягають усі жінки, що в анамнезі мають двос та більше пологів, з фізіологічною вагітністю із гінгівітом та пародонтитом. В термінах і кратності обов'язкових оглядів при диспансерному спостереженні у стоматолога враховують наявність у вагітної анемії, гестозу, загрози переривання вагітності, сукупності патологій. С.М.Толмачева [8] пропонує проводити диспансерні огляди у кожному триместрі вагітності, особливу увагу слід приділяти вагітним з обтяженою екстрагенітальною патологією та враховувати кислотність ротової рідини порожнини рота при визначенні кратності диспансерних оглядів.

Аналіз закордонної літератури свідчить про відсутність диспансерного спостереження вагітних жінок у стоматолога в багатьох розвинених країнах. Планові регулярні профілактичні огляди передбачені лише у лікаря загальної практики (сімейного лікаря, акушера), який, в свою чергу, може рекомендувати майбутній матері звернутися до стоматолога з метою лікування. Обмеження у отриманні планової стоматологічної допомоги під час вагітності обумовлені низкою причин, зокрема, нерозумінням необхідності стоматологічної санації та профілактики, фінансовими бар'єрами, відсутністю декларованої стоматологічної допомоги для вагітних [11], відсутністю

тетністю стоматологічної допомоги [12]. Регулярну стоматологічну допомогу забезпечують лише програми стоматологічного страхування.

Аналіз анамнестичних даних проводився у 187 вагітних жінок за даними «Обмінних карт пологового будинку, пологового відділення лікарні». Із загальної кількості жінок 135 були вагітними вперше (72,19%), 52 жінки – повторно (27,81%).

Обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез був виявлений у 164 (87,70%) матерів. У 28 майбутніх мам (14,97%) відзначалися явища раннього гестозу. Поняття «ранні гестози» існує тільки в практиці акушерів - гінекологів країн СНД. В акушерській практиці зарубіжних країн такого поняття не існує, там ці стани розцінюються як «малі» ускладнення вагітності, або «неприємні симптоми при вагітності». Але в МКХ-10, розділ XV, рубрика O21 включає бловоту різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики O26 та O28 передбачують інші стани, пов'язані з вагітністю. Українськими вченими вважається доцільним розглядати ці особливі стани вагітності під рубрикою «ранні гестози» [13].

Перебіг вагітності у 17 пацієток (9,09 %) ускладнився пізнім гестозом. Гострі та хронічні захворювання під час вагітності мали місце у 112 (59,89 %) матерів: хвороби сечостатевої системи у 157 (83,96 %), ендокринної у 4 (2,14 %), дихальної системи у 34 (18,18 %), органів травлення – у 9 (4,81 %), системи кровообігу у 14 (7,49 %). У 37 жінок (19,79 %) діагностували анемію. У 66,8% матерів мали місце одночасно два і більше класів захворювань (за МКХ-10). Отримані результати наведені в табл. 1.

Звертає на себе увагу висока поширеність стоматологічних захворювань вагітних жінок. Незадовільний та поганий рівень гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S виявлений у 149 (79,68 %) жінок. Поширеність карієсу зубів у вагітних складала 93,05 % при інтенсивності 11,4. Компонент «К» індексу «КПВ» складав 32,70 %. При наявності запалення в тканинах пародонта середнє значення індексу РМА склало 31,80 %. У жінок виявлений високий рівень розповсюдженості патологічних змін в тканинах пародонта (85,03 %). Оцінка стану тканин пародонту за допомогою апаратно-програмного комплексу «Florida Probe» (США) дозволила більш точно діагностувати ступінь деструктивних уражень тканин пародонта. За допомогою лазерної доплерівської флоуметрії виявлено порушення стану мікроциркуляції тканин пародонта у 93,59 % жінок, серед яких 16 (8,56 %) жінок ще не мали клінічних змін.

Таблиця 1

Аналіз захворюваності жінки під час вагітності (n=187)

МКХ -10	Блок	Назва основних класів захворювань	Кількість матерів	
			Абс.	%
A00-B99 Клас I	Деякі інфекційні і паразитарні хвороби			
	B95-B97	Бактеріальні, вірусні та інші інфекційні агенти	25	13,37
D50- D89 Клас III	Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення, окремі порушення, що залучають імунний механізм		37	19,79
	D50.9	Залізодефіцитна анемія неуточнена	37	19,79
E00-E90 Клас IV	Хвороби ендокринної системи, розлади живлення і порушення обміну речовин		4	2,14
I00-I99 Клас IX	Захворювання системи кровообігу		14	7,47
J00-J00 Клас X	Хвороби органів дихання		34	18,18
	J06.9	Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів не уточнена	22	11,77
	J35.0	Хронічні тонзиліти	11	5,88
K00-K93 Клас XI	Хвороби органів травлення		9	4,81
	K02	Карієс зубів	174	93,05
	K05	Гінгівіт і хвороби пародонта	159	85,03
N00- N99 Клас XIV	Хвороби сечостатевої системи		157	83,96
	N11	Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит	22	11,77
	N70	Сальпингіт и оофорит	35	18,72
	N73.9	Запальні захворювання жіночих тазових органів неуточнені	13	6,95
	N76.0	Острый вагинит	76	40,64
	N76.1	Подострый и хронический вагинит		
O00-O99 Клас XV	Вагітність, пологи і післяпологовий період		187	100
	O10-O16	Набряки, протеїнурія і гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та післяпологовому періоді	17	9,09
	O21	Надмірна блювота вагітних	28	14,97
	O23	Інфекція сечостатевої системи при вагітності	20	10,7
	O99.0	Анемія, що ускладнює вагітність, пологи і післяпологовий період	37	19,79

Результати власних спостережень дозволили виявити залежність розвитку запальних захворювань тканин пародонта та твердих тканин зубів у вагітної жінки від терміну вагітності, наявності екстрагенітальної патології, раннього та пізнього гестозу. Тому вважаємо за доцільне диференційований підхід до формування СДГ серед вагітних. Крім того, схема диспансерного спостереження має враховувати стоматологічний статус вагітної жінки.

Після обстеження і заповнення документації рекомендуємо розподіляти вагітних жінок в на-

ступні СДГ. Перша група: жінки з фізіологічним перебігом вагітності (КПВ не більше 5 зубів, інтактний пародонт). Друга: жінки з фізіологічним перебігом вагітності (КПВ більше 5 зубів і/або патологія пародонта). Третя група: жінки з раннім / пізнім гестозом вагітності і/або з екстрагенітальною патологією. Запропонована схема розподілу жінок в СДГ, на нашу думку, є більш зручною для практичних лікарів-стоматологів.

Проведення диспансерного спостереження вагітних жінок у стоматолога по триместрам представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Кратність проведення диспансерного спостереження вагітних жінок у стоматолога

	I триместр	II триместр	III триместр
I СДГ	1	1	1
II СДГ	2	2	1
III СДГ	2	2	2

Ми рекомендуємо в першому триместрі проводити диспансерне спостереження вагітних жінок за наступною схемою - один раз в три місяці для I диспансерної групи, два рази - для II і III

груп. При первинному відвідуванні складається графік диспансеризації вагітної жінки у стоматолога для реалізації індивідуально підібраних програм профілактики стоматологічних захво-

рювань. Для всіх стоматологічних груп рекомендується оцінка рівня гігієнічних знань і навичок вагітної жінки, навчання і мотивація до регулярного догляду за порожниною рота (при необхідності), проведення контрольованого чищення зубів з наступним переходом на самоконтрольоване індивідуальне чищення. Одночасно рекомендується проведення професійного чищення зубів, підбір індивідуальних засобів гігієни, проведення курсу ремінералізуючої терапії, герметизації фісур і сліпих ямок зубів. Також проводиться аналіз харчування майбутньої мами розрахунковим методом по меню-розкладці і, при необхідності, його корекція (сумісно з нутріціологом).

В другому триместрі диспансерне спостереження вагітних проводять один раз в три місяці для I диспансерної групи, два рази – для II і III груп. При відсутності стоматологічних захворювань дії стоматолога повинні бути спрямовані на проведення профілактичних заходів щодо розвитку карієсу зубів і запальних захворювань тканин пародонта. Аналіз літератури дозволяє вважати можливим і необхідним проведення лікування стоматологічних захворювань у вагітної жінки в II триместрі до 28 тижня вагітності, оскільки 28-32 тижні вважаються критичними [3, 14].

В третьому триместрі диспансерні огляди проводять один раз в три місяці для I і II диспансерних груп, два рази – для III групи. Дії стоматолога мають носити профілактичний характер щодо розвитку карієсу зубів і запальних захворювань тканин пародонта. Лікування проводиться за наявності показів до невідкладної допомоги. Стоматологу слід пам'ятати, що дана група пацієнтів відноситься до групи ризику розвитку ускладнень і невідкладних станів. Це диктує необхідність правильної організації надання стоматологічної допомоги.

Нами був розроблений вкладиш з рекомендаціями до обмінної карти (форма № 113/О) щодо збереження стоматологічного здоров'я майбутніх мам та їх дітей. Обмінні карти розповсюджені по жіночим консультаціям семи областей України загальним тиражем 37 100 екземплярів.¹

В результаті нашої роботи розроблена схема диспансерного спостереження за вагітними жінками, що передбачає формування трьох диспансерних стоматологічних груп з урахуванням стоматологічного статусу жінки, перебігу вагітності, наявності екстрагенітальної патології. Стоматологічна диспансеризація, що диференційована по кратності відвідувань, надає можливість динамічно спостерігати за станом вагітної, особливо в періоди, коли є високий ризик розвитку основ-

них стоматологічних захворювань, а також дозволяє запобігти порушенням процесів розвитку тканин зуба плода.

Диспансеризація вагітних жінок у стоматолога – перший крок до збереження стоматологічного здоров'я матері і формування його у дитини.

Список літератури

1. **Дитяча стоматологія** / Удовицька О.В., Лепорська Л.Б., Спіридонова Т.М [та ін.]. – К.: Здоров'я, 2000. – 296 с.
2. **Добровольська М. К., Левицька В. І., Романів М. М.** Харчування та гігієнічний догляд за порожниною рота вагітної жінки: Методичні рекомендації.- Хмельницький, 2003. – 17 с.
3. **Марк Моти Попко.** Лечение беременной женщины [Электронный ресурс]: Избранные лекции Иерусалимского университета / Марк Моти Попко – 2003. - Режим доступу: <http://www.100mat.ru/profession/mer.htm>
4. **Орехова Н. С.** Медико-социальные особенности гингивита у беременных: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Н. С. Орехова. - Смоленск, 2007. - 188 с.
5. **Парпалей Е. А.** Рациональные подходы к стоматологической профилактике и лечению женщин в период беременности / Е. Парпалей, Е. Парпалей // Дентальные технологии. – 2004. - №3-4(17). – С. 10-13.
6. **Разумова С. Н.** Оптимизация стоматологической санации беременных женщин в Московском мегаполисе: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / С.Н. Разумова. – М., 2003. - 125 с.
7. **Сайфуллина Х. М.** Кариес зубов и подростков: [Учебное пособие]. – М.: МЕДпресс, 2000. – 96 с.
8. **Толмачева С. М.** Индивидуальные методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у беременных женщин: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Толмачева Светлана Марковна. – Нижний Новгород, 2004. – 184 с.
9. **Чучмай Г. С.** Стоматологичні захворювання у вагітних. / Г. Чучмай, Н. Смоляр. - К.: Здоров'я, 1991. – 104 с
10. **Антимикробные препараты в стоматологической практике** / Под ред. Майкла Ньюмана, Арье ванн Винкельхоффа. – 2-е изд., Пер. с англ., Издательский дом «Азбука», 2004. – 328 с.
11. **Marchi KS , Fisher-Owen SA , Weintraub JA , Yu Z , Braveman PA.** Most pregnant women in California do not receive dental care: findings from a population-based study. Public Health Rep. 2010 Nov-Dec; 125(6):831-42
12. **Detman LA., Cottrell B H., Denis-Luque M. F.** Exploring dental care misconceptions and barriers in pregnancy. Birth. 2010 Dec;37(4):318-24
13. Патологічне акушерство (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»). Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів / [Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко. та ін.] – К.: «Чайка- Всесвіт», 2009.– 380с.

¹ Виразяємо подяку ТОВ «Еконія» (виробництво води «Малютко» та «Аквуля») за друк вкладишу до обмінної карти

14. Silverstein I. H., Burton C. H. Jr., Garnick J. J., Singh B. B. The late development of oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy: a case report // Compend. Contin. Educ. Dent. - 1996 Feb. - Vol.17;(2). P.192-798; quis 200.

Надійшла 11.04.11



УДК 616.314 – 089.23/477/:614.32/25.008.5

**В. А. Лабунець, д. мед. н., Т. В. Дієва, к. мед. н.,
Е. В. Дієв, к. мед. н.**

ДУ “ Інститут стоматології АМН України

**ВИТРАТИ РОБОЧОГО ЧАСУ ЗУБНИХ
ТЕХНІКІВ НА НИЗКУ
ЩЕ НЕНОРМОВАНИХ ВИДІВ ЗУБНИХ
ПРОТЕЗІВ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ ОБ'ЄМУ
ТА СТРУКТУРИ**

Проведені хронометражні вимірювання і встановлена тривалість виготовлення зубним техніком 23 ще не нормованих видів зубних протезів.

Проведена порівняльна характеристика розподілу величини витрат праці даних стоматологів залежно від їх вигляду, об'єму, структури і встановлено відсутність прямої залежності від даних чинників.

Приведена методика індивідуального розрахунку шуканої величини в повній відповідності з виглядом, об'ємом і структурою зубних протезів.

Ключові слова: зубні протези, хронометражні вимірювання, тривалість вимірювання, зубні техніки.

В. А. Лабунец, Т. В. Дієва, Е. В. Дієв

ГУ “ Институт стоматологии НАМН Украины ”

**ВЕЛИЧИНИ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО
ВРЕМЕНИ ЗУБНЫХ ТЕХНИКОВ
НА РЯД ЕЩЕ НЕНОРМИРОВАННЫХ
ВИДОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ,
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ОБЪЕМА
И СТРУКТУРЫ**

Проведены хронометражные измерения и установлена продолжительность изготовления зубными техниками 23 еще не нормированных видов зубных протезов.

Проведена сравнительная характеристика распределения величины затрат труда данных стоматологов в зависимости от их вида, объема, структуры и установлено отсутствие прямой зависимости от данных факторов.

Приведена методика индивидуального расчета искомой величины в полном соответствии с видом, объемом и структурой зубных протезов.

Ключевые слова: зубные протезы, хронометражные измерения, продолжительность измерения, зубные техники.

V. A. Labunets, T. V. Dieva, E. V. Diev

SE “the Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine”

**THE VALUE OF THE EXPENDITURE OF
WORKING TIME OF DENTAL MECHANICS
ON SOME UNSTANDARDIZED TYPES OF
DENTURES, DEPENDING ON THEIR VOL-
UME AND STRUCTURE**

The chronometric measurements were made, the length of the production of 23 still unstandardized types of dentures by dental mechanics was determined.

The comparative characteristics of the distribution of the value of the expenditure of work of these dentists depending on their type, volume, structure was held. The absence of the direct dependence on these very factors was found. The methods of the individual calculation of the sought quantity in total compliance with the type, volume and structure of dentures is given.

Key words: dentures, chronometric measurements, the length of the measurements, dental mechanics

На сьогоднішня в практичній охороні здоров'я нашої країни з'явилась ціла низка сучасних видів зубних протезів [5, 6].

Проте, однією з основних причин до їх більш поширеного впровадження в клінічну стоматологію і дієвого застосування в масштабах всієї країни є, на жаль, їх юридична невизначеність [3-5, 7].

Більш того, саме остання обставина, приймаючи до уваги правовий статус вітчизняної стоматології [4, 6, 8], не дозволяє проводити достатньо обґрунтований облік праці зубних техніків, визначити величину їх трудового навантаження і розраховувати заробітню платню даним спеціалістам, зважаючи на госпрозрахункові відносини і основи їх працевлаштування [1-3, 7, 9, 10]. Поряд з тим, відсутнє також саме підґрунтя до проведення відповідної обґрунтованої калькуляції на дані види зуботехнічних робіт та визначення кількісних і якісних показників їх роботи [5].

Приймаючи до уваги вищевикладене стає достатньо зрозумілою актуальність проведення спеціальних наукових досліджень по встановленню показників витрат робочого часу зубних техніків на дані види зуботехнічних виробів в залежності від їх виду, структури й об'єму [4-6, 8].