2. **Марова Е. И**. Классификация остеопороза / Е. И. Марова // Остеопороз и остеопатии. — 1998. — № 1. — С. 8—12.

3. **П.Беневоленская Л. И.** Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение (клинические рекомендации) / П.Беневоленская Л.И., Лесняк О.М.: - М., «ГЭОТАР-Медиа», 2007.- 176 с.

4. **Дедов И. И.** Остеопороз. Патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения: методическое пособие для врачей / Дедов И. И., Рожинская Л. Я., Марова Е. Н. - М., 2002 - 60 с.

5. **Марченкова Л. А.** Остеопороз: достижения и перспективы (материалы Всемирного конгресса по остеопорозу, 15-18 июня2000, Чикаго, США) / Л. А. Марченкова // Остеопороз и остеопатии 2000 - № 3 — С. 2-5.

6. **Цепов Л. М.** Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев // Пародонтология. — 2001. — Т. 2, № 1. — С. 28—31.

7. **Мащенко И. С.** Механизмы формирования различной активности остеопороза в костных структурах пародонта больных генерализованным пародонтитом / И. Мащенко, А. Гударьян // Вісн. стоматології. — 2005. — № 2. — С. 41—44.

8. **Мащенко І. С.** Запальні та дистрофічні захворювання пародонта : навч. посібник / І. С. Мащенко. — Дніпропетровськ : АРТ–ПРЕС, 2003. — 244 с.

9. Леус П. А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследований болезней пародонта / П. А. Леус // Стоматология - 1990. - ч.69. - №1. - С. 80-83.

Поступила 26.04.12.

УДК: 616.314-002-08

В. Ф. Куцевляк, д. мед. н., М. Р. Сурміна

Харківська медична академія післядипломної освіти

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКУВАЛЬНИХ ПРОКЛАДОК НА ОСНОВІ ГІДРОКСИДУ КАЛЬЦІЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ

Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування глибокого карієсу за допомогою вітчизняної прокладки «Calcisol» та російської прокладки "Кальцевит" була проведена за наступними параметрами: наявність скарг, морфологічні ознаки дна каріозної порожнини, термічна реакція, бактеріальна інвазія дна каріозної порожнини, електропровідність дентину (ЄПД). Перевірка клінічних ознак відбувалась через два тижні та шість місяців. Проведені дослідження підтвердили ефективність лікування глибокого карієсу розробленою нами прокладкою та підтверджують можливість її широкого використання в практиці особливо завдяки її більш вигідній ціні.

***Ключові слова**: лікувальна прокладка на основі гідроксиду кальцію, лікування глибокого карієсу, клінічні ознаки.*

В. Ф. Куцевляк, М. Р. Сурмина

Харьковская медицинская академия последипломного образования

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК НА ОСНОВЕ ГИДРООКИСИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

Сравнительная оценка клинической эффективности лечения глубокого кариеса отечественной прокладкой «Calcisol» и российской прокладки «Кальцевит» была проведена по следующим параметрам: наличие жалоб, морфологические признаки дна кариозной полости, термическая реакция, бактериальная обсеменённость дна кариозной полости, электропроводность дентина. Контроль клинических признаков проводился через две недели и шесть месяцев. Проведенные исследования подтвердили эфективность лечения глубокого кариеса разработанной нами прокладкой «Calcisol» и подтвердили возможность её широкого использования в практике особенно благодаря её более низкой цене.

***Ключевые слова**: лечебная прокладка на основе гидроксида кальция, лечения глубокого кариеса, клинические признаки.*

V. F. Kucevlyak, M. R. Surmina

Kharkiv Medical Academy of Postgraduational Education

COMPARATIVE DESCRIPTIN OF DOMESTIC MEDICAL PADS BASED ON CALCIUM HYDROXIDE IN THE DEEP CARIES TREATMENT

Comparative evaluation of the clinical effectiveness of treatment of deep caries Patriotic-governmental seal «Calcisol» and Russian seal «Kalcevit» was held on the following parameters: the presence of complaints, morphological characteristics of the bottom of the cavity, thermal reaction, bacterial invasion of bottom of carious cavity and the electrical conductivity of dentin. Control of clinical signs was carried out in two weeks and six months. Studies have confirmed the most effective treatment of deep caries medical pads «Calcisol» and confirmed the possibility of its widespread use in practice especially due to its more low price.

***Key words:** medical laying on the basis of calcium hydroxide, treatment deep caries, clinical signs.*

Вступ. Питання лікування карієсу і профілактики його ускладнень є досить актуальним сьогодні, як в дорослій, так і в дитячій терапевтичній стоматології. Найчастіше та найбільш широко для лікування глибокого карієсу використовуються матеріали на основі гідроксиду кальцію [1, 2]. На думку багатьох авторів вони зарекомендували себе як найбільш ефективні матеріали, що стимулюють утворення замісного дентину, перешкоджають проникненню патогенних мікроорганізмів в пульпу зуба, мають протизапальну дію за рахунок високого значення pH [3-5].

Метою нашого дослідження стало визначення клінічної ефективності та порівняльний аналіз вітчизняної лікувальної прокладки на основі гідроксиду кальцію, з різко вираженою лужною реакцією середовища, в рамках лікування гострого глибокого карієсу у порівнянні з його закордонним аналогом.

Матеріали та методи дослідження. Наші дослідження були спрямовані на встановлення і підтвердження таких терапевтичних ефектів як зменшення або відсутність клінічних проявів, нормалізації значень ЕПД та зменшення або відсутність бактеріальної інвазії каріозної порожнини. Нами була розроблена та досліджена вітчизняна лікувальна прокладка на основі гідроксиду кальцію, сумісно з Харківським підприємством «Стома-технологія» - «Calcisol», що не твердіє, на водній основі, з високими показниками pH до 11,8. В якості контрольного зразка для порівняння ми взяли близьку за складом та механізмом дії лікувальну прокладку «Кальцевит» російської фірми «ВладМиВа».

Ефективність лікування гострого глибокого карієсу з використанням кальційвмісної прокладки була вивчена в 55 зубах у 49 пацієнтів. Жінки склали 59,3 %, чоловіки 40,7 %. Середній вік хворих був 31 рік (від 18 до 40 років).

Пацієнти були поділені на дві групи, обстежені та проліковані. Перша група склала 24 пацієнта, у яких було проліковано 27 зубів за допомогою вітчизняної лікувальної прокладки «Calcisol». Друга група склала 25 пацієнтів, у яких було проліковано 28 зубів з використанням російської лікувальної прокладки «Кальцевит».

При встановленні діагнозу і проведенні лікування глибокого карієсу ми дотримувалися стандартних методик. В якості додаткового методу дослідження при диференціальній діагностиці ми проводили вимір електропровідності твердих тканин зубів. Для цього ми використовували апарат російської фірми «Геософт-Дент» «Дент-Ест» (рис.).

Рис. Прибор «Дент-Ест» (зовнішній вигляд).

Після постановки діагнозу ми проводили часткову препаровку каріозної порожнини гострими стерильними борами з достатнім водяним охолодженням для видалення нависаючих країв емалі і поверхневого шару розм'якшеного дентину. Потім стерильним інструментом знімали з дна каріозної порожнини частину розм'якшеного дентину і поміщували в стерильну пробірку з транспортним середовищем, яке впродовж обмеженої кількості часу доставляли в лабораторію для подальшого висіву і дослідження нативного препарату.

На дно каріозної порожнини накладали одну з досліджуваних лікувальних прокладок і закривали зуб тимчасовим світотвердіючим матеріалом «Tempolat» або СІЦ. За два тижні проводили повторний огляд пацієнта, перевіряли досліджувані нами клінічні параметри, показники ЕПД. Видаляли тимчасову пломбу і залишки лікувальної прокладки. Використовуючи стерильний інструмент і стерильну ватну кульку, брали мазок з дна каріозної порожнини та поміщували в транспортне середовище, після чого доставляли в лабораторію для подальших досліджень.

Повторно на дно каріозної порожнини накладали лікувальну прокладку та закривали зуб постійною пломбою з СІЦ строком на шість місяців.

У табл. 1 представлені характеристики скарг хворих в групах після лікування.

Для повного та чіткішого уявлення про динаміку клінічних ознак ми використали бальну систему оцінювання. У зв'язку з тим, що ефективність використання вітчизняної кальційвмісної прокладки «Calcisol» потім зіставлялася з такою при використанні зарубіжної кальційвмісної прокладки «Кальцевит», для досягнення однорідності порівнюваних груп за основними клінічними показниками при наборі хворих в ту або іншу групу була використана проста рандомізація.

Дані табл. 1 вказують, що під впливом лікувальної дії прокладки «Calcisol» через два тижні повна редукція скарг відмічена в 92,6 % хворих, а при використанні прокладки «Кальцевит» в 89,3 %. Через 6 місяців спостережень у всіх (100 %) обстежених зникли скарги. Достовірних відмінностей по цьому показнику між групами не було (P>0,05), що свідчить про рівноцінність клінічного ефекту порівнюваних прокладок відносно регресії скарг хворих. При порівнянні значень індексів скарг в групах після лікування виявлено, що їх величини не мали достовірних відмінностей (P>0,05) і склали для прокладки «Calcisol» 1,15±0,10 балу і для прокладки «Кальцевит» 1,21±0,10 балу, а після 6 місяців стали ідентичними і склали 1,00±0 балу (P>0,05). Таким чином, багатобічний аналіз ступеня регресії скарг хворих не виявив переваг жодної з порівнюваних прокладок.

Порівняння характеристик дна каріозної порожнини в групах після лікування наведене в табл. 2.

З табл. 2 витікає, що випадків з пігментованим, щільним безболісним дном після лікування прокладкою «Calcisol» (22,2 %) в 1,55 разу було більше, ніж в групі де застосовувалась прокладка «Кальцевит» (14,3 %). Проте ці відмінності носять характер тенденції (P>0,05), оскільки різниця в випадках склала всього 6,9 %. Така ж тенденція встановлена і відносно хворих зі світлим щільним безболісним дном, яке серед хворих, що отримували лікування із застосуванням прокладки «Calcisol» (55,6 %) зустрічалося в 1,1 разу частіше, ніж в групі з «Кальцевит» (50 %; P>0,05). І, навпаки, частота каріозних порожнин з пігментованим, щільним, болісним дном була декілька вище в групі, де був використан «Кальцевит» (17,9 %), чим в альтернативній групі (14,8 %; P>0,05).

Більш виражені відмінності виявлені відносно частоти випадків зі світлим щільним болісним дном. При цьому в групі де завтосовувался «Кальцевит» частина хворих (17,9 %) в 2,4 разу перевищувала таку із застосуванням «Calcisol» (7,4 %; P>0,05). Проте і ці відмінності не були достовірними і носили характер тенденції.

При порівнянні індексів ураження дна каріозної порожнини після проведеного лікування встановлено, що в групі хворих із застосуванням «Кальцевит» (2,71±0,12 балів) ступінь ураження дна каріозної порожнини був вище в 1,12 разу ніж в альтернативній

групі (2,48±0,12 балів, P>0,05). Проте ця різниця носила характер тенденції (P>0,05).

Таким чином, використання прокладки «Calcisol» надає більш виражений одонтотропний ефект в порівнянні з прокладкою «Кальцевит». Проте ця перевага має характер тенденції.

Дані результатів термічної проби в групах представлені в табл. 3.

Таблиця 1

Скарги хворих після лікування з використанням прокладок «Calcisol» і «Кальцевит»

Градація показника	Calcisol; n=27				Кальцевит; n=28				P
	Абс.		%		Абс.		%		
2 тижні/ 6 місяців	2 н.	6 м.	2 н.	6 м.	2 н.	6 м.	2 н.	6 м.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність скарг	25	26	91,6	160	25	26	89,3	100	>0,05
Наявність каріозної порожнини	0	0	20	0	0	0	0	0	>0,05
Причинний, швидкоплинний біль	2	0	7,4	0	3	0	10,7	0	>0,05
Причинний, тривалий	0	0	0	0	0	0	0	0	>0,05
Приступоподібний, самопроізвільний біль	0	0	0	0	0	0	0	0	>0,05

Таблиця 2

Характеристика дна каріозній порожнині після лікування із застосуванням прокладок «Calcisol» і «Кальцевит»

Градація показника	Calcisol; n=27		Кальцевит; n=28		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Пігментоване, щільне, безболісне	6	22,2	4	14,3	>0,05
Пігментоване, щільне, болісне	4	14,8	5	17,9	>0,05
Світле, щільне, безболісне	15	55,6	14	50	>0,05
Світлое, щільне, болісне	2	7,4	5	17,9	>0,05

Таблиця 3

Показники термічної проби після лікування з використанням прокладок «Calcisol» і «Кальцевит»

Градація показників	2 тижні				6 місяців				P
	Calcisol n=27		Кальцевит n=28		Calcisol n=27		Кальцевит n=28		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Безболісна реакція	13	48,1	13	46,4	24	82,3	22	84,6	P>0,05
Помірний, швидкоплинний біль	4	14,8	7	25	2	7,7	4	15,4	P>0,05
Сильний, швидкоплинний біль	0	0	0	0	0	0	0	0	P>0,05

Як показує табл. 3 безболісна реакція відмічена декілька частіше в групі «Calcisol» (37 % проти 28,6 %; P>0,05). Частина випадків з помірним, швидкоплинним болем була приблизно рівною в групах і склала 48,1% в групі хворих, пролікованих «Calcisol» і 46,4% в групі порівняння (P>0,05).

Що стосується сильного, швидкоплинного болю, то він частіше в 1,7 раз визначився серед хворих, пролікованих «Кальцевіт» (склав 25 % і 14,8 %; P>0,05). Проте ці відмінності мали характер тенденції.

Через 6 місяців вищезгадана тенденція залишилася незмінною.

При порівнянні в групах індексу термічної проби після лікування ясно, що його значення при лікуванні «Кальцевит» (1,96±0,10) в 1,1 разу було вище ніж в групі хворих, пролікованих прокладкою «Calcisol» (1,78±0,10; P>0,05). Ці дані свідчать про те, що під впливом прокладки «Calcisol» відбувається більш виражена нормалізація показників термічної реакції ніж при використанні прокладки «Кальцевит», проте вона не має достовірного характеру і виявляється у вигляді тенденції.

Через 6 місяців у хворих, пролікованих прокладкою «Calcisol» значення індексу (1,08±0,03 балу) практично були ідентичниі тим що і при використанні прокладки «Кальцевит» (1,00±0 балу).

Ефективність антибактеріальної дії прокладок приведена в табл. 4.

Таблиця 4

Ступінь бактерійної інвазії дна каріозної порожнини після лікування із застосуванням прокладок «Кальцевит» і «Calcisol»

Ступінь бактеріальної інвазії	Calcisol				Кальцевит			
	(2 тиж) n=30		(6 міс.) n=30		(2 тиж) n=30		(6 міс.) n=30	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10^{2-3}	0	0	0	0	8	26,7 P<0,05	0	0 P<0,05
Одиничній ріст	24	66,7	9	25,0	20	66,7 P<0,05	8	26,7 P<0,05
Відсутність росту	3	8,3	21	75	2	6,7 P>0,05	22	73,7 P>0,05

Таблиця 5

Значення показника ЕПД після лікування з використанням прокладок «Кальцевит» і «Calcisol»

Градації показника, мкА	«Calcisol», n=27				«Кальцевит», n=28			
	2 тиж		6 міс		2 тиж		6 міс	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс	%
7 - 6	9	33,3	0	0	13	46,4 P>0,05	0	0 P>0,05
6 - 5	13	48,1	0	0	11	39,3 P>0,05	0	0 P>0,05
5 - 4	5	18,5	0	0	4	14,3 P>0,05	0	0 P>0,05
4 - 3	0	0	5	18,5	0	0 P>0,05	8	28,6 P>0,05
3 - 2	0	0	15	55,6	0	0 P>0,05	17	60,7 P>0,05
2 - 1	0	0	7	25,9	0	0 P>0,05	3	10,7 P>0,05

Як видно з табл. 4 через 2 тижні після лікування інвазія дна каріозної порожнини 10^{2-3} була зареєстрована в 1/3 хворих (26,7 %), пролікованих «Кальцевит» і не була зареєстрована серед групи «Calcisol» (0 %; P<0,05). І, навпаки, частина хворих з одиничним зростанням або повною санацією каріозної порожнини достовірно частіше визначалася в групі «Calcisol» (100%) ніж у групі, пролікованих «Кальцевит» (74 %; P<0,05).

Через 6 місяців лікування в обох групах у ¼ хворих визначалося одиничне зростання бактерій і у ¾ повна санація каріозної порожнини. При цьому, відмінностей між групами не встановлено (P<0,05). Отже, в цілому під впливом прокладки «Calcisol» антибактеріальний ефект настає швидше, який з часом нівелюється.

Нами було вивчено електропровідність твердих тканин зубів (ЕПД), значення цих показників вимірюються в мкА та наведені в табл. 5.

З табл. 5 видно, що в групі, «Calcisol», відмічена лише тенденція до більш вираженого зниження ЕПД. Так, через 6 місяців від початку лікування дуже низькі значення ЕПД (2-1 мкА) в групі «Calcisol» визначалися в 2,4 разу частіше, ніж в групі «Кальцевит» (відповідно 25,9 % і 10,7 %). Проте ці відмінності мали характер тенденції (P>0,05).

Проте виявлені тенденції однобічного ефекту прокладки «Calcisol» в порівнянні з прокладкою «Кальцевит» по окремим значення ЕПД проявили свій накопичувальний ефект при порівнянні середньоарифметичних значень ЕПД в групах. Якщо через 2 тижні після лікування середні значення ЕПД в групі «Calcisol» (5,82±0,10) вище, ніж в групі «Кальцевит» (5,64±0,10) мали лише характер тенденції (P>0,05), то через 6 місяців від початку терапії значення ЕПД в групі «Calcisol» (2,69±0,09) достовірно були вище чим в групі «Кальцевит» (2,43±0,08; P>0,05).

Отримані дані свідчать про більш виражений одонтотропном ефект прокладки «Calcisol» в порівнянні з прокладкою «Кальцевит».

Таким чином, проведений аналіз дозволив довести, що вітчизняна прокладка «Calcisol» не лише не поступається по комплексу терапевтичних властивостей зарубіжній прокладці «Кальцевит», але і перевершує такі останньої. Виходячи з викладеного і нижчої вартості вітчизняної прокладки «Calcisol» широке використання її в клінічній практиці є більш вигідним.

Список літератури

1. **Стрелюхина Т. Ф**. Стоматологические пломбировочные материалы : монография / Т.Ф. Стрелюхина. - Л.: Медицина, 1969.- 197 с.

2. **Борисенко А. В.** Секреты лечения кариеса и реставрации зубов : монография / А.В. Борисенко. - М. : Книга плюс, 2003. - 29 с.

3. **Brannstrom M.** Dentine and pulp in restorative dentistry / M.Brannstorm - London: Wolf, 1981.- 126 p.

4. **Салова А. В.** Сравнительное изучение лекарственных композиций при лечении глубокого кариеса зубов с применением метода реодентографии: Автореф. дис. … канд. мед. наук : 14. 00. 21 / А.В. Салова ; СПбМУ. - СПб., 1997. -16 с.

5. **Калинина Н. А.** Новый стоматологический лечебно-изолирующий подкладочный материал - изодент (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. … канд. мед. Наук : 14. 00. 21 / Н.А. Калинина ; СПбМУ. - СПб., 2000. -17 с.

Надійшла 27.04.12

УДК 616.314-08-039.71:618.2; 616.314:618.2“440.4”

І. І. Якубова к. мед. н.

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ ПО НАДАННЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ

Санації порожнини рота потребували 92,06 % вагітних жінок, що свідчить про незадовільний рівень надання стоматологічної допомоги вагітним. За оцінкою якості надання стоматологічної допомоги вагітним жінкам згідно з показником РСД, з’ясовано, що рівень стоматологічної допомоги вагітним у середньому становить 39,46 % і характеризується як недостатній. Проведений аналіз ситуації по наданню стоматологічної допомоги вагітним жінкам свідчить про невідповідність знань з гігієни порожнини рота їх потребам і низьку освіченість з питань профілактики стоматологічних захворювань, що буде сприяти збільшенню ризику виникнення карієсу зубів в сім’ї, й також − у майбутньої дитини.

***Ключові слова**: вагітні жінки, інтенсивність карієсу зубів, рівень стоматологічної допомоги*

И. И. Якубова к. мед. н.

ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»,

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

В санации полости рта нуждались 92,06 % беременных женщин, что свидетельствует про неудовлетворительный уровень оказания стоматологической помощи. По оценке качества оказания стоматологической помощи беременным женщинам согласно с показателем УСП, выявлено, что уровень стоматологической помощи беременным в среднем составляет 39,46 % и характеризуется как недостаточный. Проведенный анализ ситуации по оказанию стоматологической помощи беременным женщинам свидетельствует про несоответствие знаний по гигиене полости рта их потребностям и низкую осведомленность по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, что будет способствовать увеличению риска возникновения кариеса зубов в семье, и также − у будущего ребенка.

***Ключевые слова:** беременные женщины, интенсивность кариеса зубов, уровень стоматологической помощи.*

I. I. Yakubova

Private higher educational establishment
«Kyiv medical university of UAFM»

ANALYSIS OF THE SITUATION IN DENTAL CARE PREGNANT WOMEN

Dental health need 92.06 % of pregnant women, reflecting the poor level of dental care for pregnant women. According to the quality of dental care to pregnant women under the RSP measure, found that the level of dental care for pregnant an average of 39.46 % and is characterized as insufficient. The analysis of the situation by providing dental care to pregnant women shows the disparity of knowledge of oral health needs of their low education and the prevention of dental diseases, which will help to increase the risk of dental caries in the family, and also - in the unborn child.

***Key words:** pregnant women, the intensity of dental caries, the level of dental care.*

Вивченню ураженості карієсом зубів у вагітних жінок присвячена значна кількість робіт [3, 7, 9,10, 13-15]. Так, виявлена залежність розповсюдженості карієсу зубів від віку, терміну вагітності, перебігу вагітності, кількості вагітностей, наявності соматичної патології, погіршення гігієни порожнини рота [9, 10, 14]. Протягом вагітності відзначається вірогідне підвищення розчинності емалі на 18,1% [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**], на фоні якого відбувається зниження резистентності твердих тканин зубів [7, 13]. За результатами досліджень спостерігалось збільшення кількості вогнищ демінералізації зубів на 5,2% [9], каріозних зубів - в 1,4 рази [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. За даними С.В.Тармаєвої [13], значний приріст інтенсивності карієсу зубів спостерігався в групах вагітних, які мають низький вихідний показник інтенсивності карієсу (КПВ < 8), не мають ділянок вогнищевої демінералізації емалі й вперше вагітних; у цих жінок адаптація перебігає гостро й адаптаційні механізми недосконалі. Процес каріозного руйнування зубів у жінок в період вагітності має особливості, зокрема, частіше ураження гладких поверхонь зубів, переважно в пришийковій ділянці [3], поява карієсу в групах резистентних зубів - нижніх різців, ікол, премолярів [13].

Численні дослідження довели, що наявність місцевих подразнюючих чинників: поганий гігієнічний догляд, несанована порожнина рота, збільшення терміну і кількості вагітностей, їх патологічний перебіг, вік жінки (після 35 років), психоемоційне напруження призводять до збільшення поширеності запальних захворювань тканин пародонту у вагітних жінок [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**-10, 12, 14]. Особливо негативно впливає на тканини пародонту сумісна дія цих чинників [11]. Протягом вагітності спостерігається збільшення ступеня тяжкості гінгівіту, що реєструється за індексом РМА [3]. Катаральне запалення ясен могло прогресувати в проліферативне запалення [6]. Деякі автори відзначали розвиток гіпертрофічного гінгівіту [19,22]; іноді він розвивався первинно [6]. У жінок з гестозами катаральний гінгівіт в більшості випадків загострюється раптово [16]. У вагітних на фоні патологічного перебігу вагітності (з гестозом і

© Якубова І. І., 2012

анемією) в термінах від 11 до 35 тижнів виявлена 100 % розповсюдженість хвороб пародонта [4].