

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ДЕНТИНА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

О.В. Копчак

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. У беременных женщин происходит одновременное прогрессирование заболеваний тканей пародонта и гиперестезии дентина, характеризующееся однотипной динамикой, заключающейся в существенном ухудшении состояния до третьего триместра беременности с постепенной, но не окончательной стабилизацией после родов, которая может иметь затяжное хроническое течение с частыми периодами обострения. Анализ результатов исследования свидетельствует о необходимости проведения комплексной профилактики развития и прогрессирования заболеваний, направленной на основные звенья патогенеза.

Ключевые слова: гиперестезия дентина, генерализованный пародонтит, хронический катаральный гингивит, беременность, лактация, профилактика.

ЗАХВОРЮВАННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ГІПЕРЕСТЕЗІЯ ДЕНТИНУ В ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ЛАКТАЦІЇ: РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

О.В. Копчак

Резюме

У вагітних жінок відбувається одночасне прогресування захворювань тканин пародонту та гіперестезії дентину, яке характеризується однотипною динамікою, що заключається в суттєвому погіршенні стану до третього триместру вагітності з поступовою, але не постійною стабілізацією після пологів, яка може мати затяжний хронічний перебіг із частими періодами загострення. Аналіз результатів дослідження свідчить про необхідність проведення комплексної профілактики розвитку та прогресування захворювань, яка спрямована на основні ланки патогенезу.

Ключові слова: гіперестезія дентину, генералізований пародонтит, хронічний катаральний гінгівіт, вагітність, лактація, профілактика.

PERIODONTAL DISEASE AND DENTINE HYPERSENSITIVITY IN PREGNANCY AND LACTATION: PECULIARITIES OF THE CLINICAL FLOW

О. Копчак

Summary

The simultaneous progression of the periodontal disease and dentine hypersensitivity in pregnant was found out. It was characterized by the same dynamics with significant progression up to the III trimester with gradual stabilization after the birth. It results in chronicisation of the diseases with frequent periods of acute faze. Results of the present study prove the necessity of the combine prophylactics of the diseases.

Key words: dentine hypersensitivity, generalized periodontitis, chronic catarrhal gingivitis, pregnancy, lactation, prophylactics.

Дополнительная нагрузка, которую испытывает организм женщины во время беременности, нередко является пусковым фактором, приводящим к возникновению или прогрессированию заболеваний тканей пародонта и гиперестезии дентина (ГД) [1, 2, 3, 4, 5]. Некоторые исследователи считают, что даже проявления гингивита, которые могут в различной мере уменьшаться после рождения ребенка, полностью не исчезают [2, 7]. Такие же тенденции авторы отмечают и при наличии у беременных генерализованного пародонтита с сопутствующей гиперестезией дентина [5, 6]. В связи с этим подробное изучение и анализ данных о распространенности и особенностях течения указанных заболеваний в период беременности и лактации являются актуальной проблемой современной стоматологии.

Цель работы – изучить распространенность, особенности течения заболеваний тканей пародонта и гиперестезии дентина у женщин в период беременности и лактации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено исследование 82 беременных женщин в возрасте от 16 до 40-а лет. В исследование включили женщин с физиологической беременностью и компенсированным соматическим состоянием, стоящих на учете в женской консультации поликлиники № 3 Облонского района. Данные, касающиеся анамнеза жизни и общего состояния беременных, получали из гинекологических карт пациенток. Среди обследованных женщин пациентки с первой беременностью составляли 70,7 %, женщины, имеющие в анамнезе одну беременность, закончившуюся родами, составляли 28,1 % и женщины, имеющие в анамнезе две или больше беременностей, которые закончились родами, составляли 1,2 %. Обследование проводили в первом, втором и третьем триместрах беременности и по прошествии первых трех месяцев лактации.

Клиническое состояние тканей пародонта оценивали с помощью объективных пародонтальных индексов и функциональных проб, модифицированных в соответствии с рекомендациями Г.Ф. Белоключицкой (1996, 2007). Для диагностики заболеваний пародонта использовали классификацию Н.Ф. Данилевского (1994), для диагностики ГД – классификацию Ю.А. Федорова (1997).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные клинические исследования выявили значительную распространенность заболеваний тканей пародонта среди беременных. Так, уже в I триместре 59,8 % женщин из всех обследованных имели хронический катаральный гингивит (ХКГ), 2,4 % – гипертрофический гингивит и 24,4 % – генерализованный пародонтит (ГП). Интактный пародонт наблюдался только у 13,4 % беременных. В II триместре количество женщин с катаральным и гипертрофическим гингивитом выросло до 63,4 и 8,5 % соответственно, увеличения количества пациенток с генерализованным пародонтитом не отмечали. В III триместре беременности и в начале лактации новых случаев заболевания тканей пародонта не наблюдали.

Пациентки с ХКГ выдвигали жалобы на кровоточивость, боль в деснах, неприятный запах из ротовой полости, иногда обращали внимание на быстрое образование зубного налета. В I триместре беременности при осмотре полости рта преимущественно выявляли умеренную гиперемию десен, иногда с цианотичным оттенком, отек сосочковой и маргинальной части. Индекс РМА в среднем составлял $32,2 \pm 0,5$ %. При зондировании десневой борозды наблюдалась незначительная или умеренная кровоточивость, среднее значение индекса кровоточивости составляло $1,4 \pm 0,02$ балла. По мере увеличения срока беременности нарастала тяжесть гингивита, происходило обострение заболевания. По сравнению с I триместром отмечали достоверный ($p < 0,05$) рост индекса РМА во II ($40,9 \pm 0,9$ %) и III ($41,3 \pm 1,06$ %) триместрах беременности. Показатели кровоточивости по сравнению с I триместром также достоверно ($p < 0,05$) увеличивались: в II триместре в среднем они составляли $2,2 \pm 0,1$ балла, в III триместре – $2,4 \pm 0,07$ балла. В период лактации тяжесть гингивита снижалась, заболевание получало признаки хронического катарального гингивита легкой или средней степени, среднее значение индекса РМА составляло $35,3 \pm 0,6$ %, средние показатели кровоточивости десен равнялись $0,94 \pm 0,03$ балла.

Гигиеническое состояние полости рта у женщин этой группы характеризовалось как удовлетворительное или неудовлетворительное, причем с увеличением срока беременности происходило ухудшение гигиены полости рта. При оценке по индексу Грина-Вермильона (ONI-S) среднее значение показателя в I триместре соответствовало $1,2 \pm 0,3$ балла, во II триместре – $2,1 \pm 0,2$ балла, в III триместре – $2,3 \pm 0,1$ балла. В период лактации уровень гигиены полости рта улучшался, индекс Грина-Вермильона в среднем равнялся $0,99 \pm 0,02$ балла.

Среди беременных с ГП 40 % пациенток имели I степень и 60 % пациенток – II–III степень тяжести заболевания. Жалобы женщин этой группы были подобны жалобам беременных с гингивитом, иногда они указывали на подвижность зубов. По мере увеличения срока беременности наблюдалось обострение дистрофически-воспалительного процесса в тканях пародонта. С наступлением периода лактации количество пациенток с обострившимся течением ГП снижалось, происходил переход процесса в хроническую форму. Так, в I триместре беременности при объективном обследовании пациенток были выявлены гиперемия и отек сосочкового, маргинального и иногда альвеолярного участков десен, среднее значение индекса РМА равнялось $50 \pm 0,4$ %, что указывало на наличие симптоматического гингивита. При зондировании ПК наблюдали умеренную кровоточивость десен, среднее значение индекса кровоточивости составляло $1,56 \pm 0,02$ балла. Во II и III триместрах при объективном исследовании полости рта беременных было выявлено изменение рельефа слизистой оболочки десен в результате сильного отека, наличие выраженной гиперемии, значительной или спонтанной кровоточивости. Индекс

РМА во II и III триместрах достоверно ($p < 0,01$) увеличивался по сравнению с I триместром и в среднем составлял $56,9 \pm 0,8$ и $58,0 \pm 0,6$ % соответственно, индекс кровоточивости достигал соответственно $2,5 \pm 0,02$ и $2,57 \pm 0,02$ балла. Во время лактации средние показатели индексов РМА и кровоточивости по сравнению с II и III триместрами беременности достоверно снижались ($p < 0,01$) и составляли $52 \pm 0,7$ % и $1,9 \pm 0,04$ балла.

Было установлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение глубины ПК на протяжении беременности. У пациенток с ГП I степени тяжести в I триместре беременности она составляла $2,1 \pm 0,08$ мм, в III триместре – $3,2 \pm 0,06$ мм ($p < 0,05$), а у женщин с ГП I–II степени тяжести во II триместре $3,7 \pm 0,08$ мм, в III триместре – $4,6 \pm 0,06$ мм ($p < 0,05$). Рост глубины ПК происходил главным образом за счет увеличения отечности десен в результате обострения патологического процесса в пародонте. Во время лактации отмечали уменьшение ПК у женщин с ГП I степени в среднем до $2,4 \pm 0,06$ мм, а у пациенток с ГП I–II степени тяжести до $3,9 \pm 0,07$ мм.

Среднее значение индекса потери эпителиального прикрепления (ПЕП) в I триместре у женщин с ГП I степени тяжести равнялось $2,1 \pm 0,04$ балла, у женщин с ГП I–II степени тяжести – $3,93 \pm 0,06$ балла. На протяжении следующих триместров беременности показатель ПЕП у этой группы женщин не изменялся, но уже в период лактации отмечалась тенденция ($p > 0,05$) к увеличению ПЕП по отношению к его исходному уровню в первом триместре беременности. Подвижность зубов у женщин с ГП I степени тяжести не наблюдали, а у женщин с ГП I–II степени тяжести в I триместре она составляла $0,28 \pm 0,04$ балла, в III триместре – $0,38 \pm 0,03$ балла, во время лактации в среднем равнялась $0,3 \pm 0,04$ балла.

Гигиеническое состояние полости рта у беременных женщин с ГП по большей части характеризовалось как неудовлетворительное или плохое. Наихудшее состояние гигиены наблюдали в I и III триместрах беременности, что совпадало с периодом перехода хронического течения ГП в обострившееся. При оценке по индексу Грина-Вермильона (ONI-S) среднее значения показателя в I триместре составляло $1,6 \pm 0,3$ балла, в I и III триместре достоверно увеличивалось ($p < 0,05$) и равнялось $2,4 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,1$ балла соответственно. С наступлением периода лактации уровень гигиены полости рта достоверно ($p < 0,05$) улучшался по сравнению с III триместром беременности, индекс Грина-Вермильона в среднем составлял $1,4 \pm 0,2$ балла.

Распространенность ГД при ХКГ у беременных женщин составляла 68 %, а при ГП она значительно увеличивалась и достигала 94 %. Локализация поражений у беременных была связана с наличием рецессии десен и более выраженной потерей костной ткани при прогрессировании дистрофически-воспалительного процесса в пародонте. Поражению подлежали зубы как в одном, так и в нескольких секстантах зубных рядов. На протяжении беременности отмечали увеличение как количества зубов, пораженных ГД, так и интенсивность болевых ощущений (табл.). Частота генерализованных форм ГД у беременных существенно доминировала над частотой локализованных форм независимо от пародонтального диагноза. В частности, индекс распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ) прогрессивно увеличивался до III триместра беременности, и хотя после родов у большинства пациенток отмечали стабилизацию процесса, количество пораженных зубов оставалось достоверно ($p < 0,05$) большим, чем в I триместре беременности (см. табл.).

Подобная динамика была характерна и для интенсивности ГД (см. табл.). За период беременности индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ) увеличивался в среднем с 1,8 до 2,3 балла ($p < 0,05$) и почти не изменялся

Динамика распространенности и интенсивности ГД у женщин во время беременности и лактации

ГД	Триместры беременности			Лактация
	I	II	III	
ИРГЗ, %	30,6±1,29	34,4±1,47*	36,03±1,39*	35,7±1,4*
ИИГЗ, баллы	1,8±0,05	2,0±0,05*	2,3±0,06*	2,2±0,06*

Примечание: * – достоверность отличий ($p < 0,05$) по сравнению с I триместром беременности.

во время лактации. Сила болевых ощущений за период наблюдения существенно возросла. В I триместре в большинстве случаев ГД проявлялась в виде ощущения незначительного дискомфорта в пришеечной области, на которую пациентки почти не обращали внимания. Диагноз ГД устанавливали только при тщательном клиническом обследовании. Однако уже в III триместре большинство пациенток характеризовали ощущение как боль или сильный дискомфорт, особенно интенсивный при действии температурных и тактильных раздражителей. При лактации наблюдали постепенное снижение болевых ощущений. Однако отдельные пациентки отмечали ухудшение состояния во время лактации, когда субъективные проявления ГД были максимально выраженными.

Таким образом, можно констатировать, что у беременных женщин происходит одновременное прогрессирование заболеваний тканей пародонта и ГД, характеризующееся однотипной динамикой, заключающейся в существенном ухудшении состояния до III триместра беременности с постепенной, но не окончательной стабилизацией

после родов, которая может принимать затяжное хроническое течение с частыми периодами обострения. Одним из возможных механизмов, приводящих к развитию данных заболеваний, является усиление изменений кальций-фосфорного обмена во время беременности, приводящих к снижению минеральной плотности костной ткани скелета, что обуславливает возникновение и прогрессирование ГД и заболеваний тканей пародонта [3].

Анализ результатов исследования свидетельствует о необходимости профилактики развития и прогрессирования заболеваний тканей пародонта и ГД, начиная с первого триместра беременности. При этом профилактика должна быть комплексной, направленной на общие звенья патогенеза данных заболеваний. Полученные данные также констатируют значительное потриместровое ухудшение гигиены полости рта. В связи с этим рекомендуется интенсификация проведения гигиенических мероприятий, начиная с первого триместра беременности, при этом возрастает роль профессиональной гигиены полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилевский Н.Ф., Сидельникова Л.Ф. Гингивиты беременных // Проблемы медицины. – 1998. – № 1. – С. 40–41.
2. Копейкин В.Н., Кушлинский Н.Е., Семенов И.Ю. и др. Рецепторы эстрогенов в тканях маргинального пародонта у больных хроническим генерализованным пародонитом // Стоматология. – 1995. – №4. – С. 13–14.
3. Копчак О.В. Патогенетичне обґрунтування диференційованих підходів до лікування гіперестезії дентину при захворюваннях пародонту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2006. – 21 с.
4. Сандига Л.Г. Клінічні особливості запальних захворювань пародонту у жінок

з ускладненим перебігом вагітності // Збірка наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шуплика. – Вип. 9. – Книга 1. – К. – 2000. – С. 606–609.

5. Скляр В.Е., Чумакова Ю.Г. Каріес зубів і болезни пародонта у беременных и обоснование методов их профилактики // Вісник стоматології. – 1995. – № 1. – С. 58–61.
6. Чумакова Ю.Г. Обґрунтування принципів профілактики карієсу зубів і захворювань пародонту у жінок у різні строки вагітності: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1996. – 22 с.
7. Чумай Г.С., Смоляр Н.І. Стоматологічні захворювання у вагітних. – К.: Здоров'я, 1991. – 104 с.

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ПЕРЕД ОБЩИМ НАРКОЗОМ

Ведущие стоматологи знают о том, что список стоматологических манипуляций, которые следует проводить под общим наркозом, не очень-то и велик. На самом деле, общую анестезию чаще всего применяют тогда, когда челюсти пациента готовят к имплантации, а также тогда, когда серьезно повреждены твердые ткани десны. Кроме того, поводом для общего наркоза могут стать еще несколько не менее сложных ситуаций. Конечно же, лечить пульпит или кариес с помощью общей анестезии неконструктивно, а в некоторых случаях и опасно. Дело в том, что существует немало стоматологических проблем, избавиться от которых за одно посещение стоматолога невозможно. Некоторые проблемы требуют длительного лечения, которое проходит в несколько этапов.

Так или иначе, стоматолог не имеет права отправлять пациента на лечение под общей анестезии без соответствующей предварительной проверки здоровья, в том числе у таких врачей, как лор, терапевт и невролог.

www.medexpert.org.ua

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ