

В.А. Кузьміна, І.І. Якубова, Т.О. Бучинська

Стоматологічний статус вагітних жінок залежно від особливостей перебігу вагітності

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет УАНМ», м. Київ, Україна

Резюме. Авторами представлений огляд літературних джерел відносно стоматологічного статусу жінок в залежності від особливостей перебігу вагітності.

Метою був пошук літературних джерел щодо поширеності основних стоматологічних захворювань у вагітних жінок.

Матеріал і методи дослідження. Проведено пошук літератури в бібліотечних джерелах та пошуковій системі PubMed за ключовими словами: Pregnancy, dental caries, gingivitis pregnant, cheilitis, stomatitis.

Результати дослідження. У статті освітлені дані розповсюдженості основних стоматологічних захворювань, серед яких карієс зубів зустрічається від 52 до 98%, захворювання тканин пародонту 36–100 % випадків. Ураження слизової оболонки порожнини рота у вагітних жінок найчастіше проявляється у вигляді афтозного стоматиту, ангулярного та екзофіліативного хейлітисів, десквамативного глоситу.

Висновки. Основні стоматологічні захворювання у вагітних мають високі показники поширеності, і потребують розроблення та впровадження лікувально-профілактичних комплексів, що опрацьовані на математичних моделях вивчення захворюваності у вагітних жінок.

Ключові слова: вагітні жінки, карієс, захворювання пародонту, хвороби слизової оболонки порожнини рота.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет УАНМ»: «Оцінка ризику виникнення, визначення особливостей патогенезу, клініки, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей із різними класами хвороб» (Державний реєстраційний номер 0112U008260).

Вступ

Під час вагітності в організмі жінки відбувається функціональна перебудова усіх органів та систем. У цей період виникають адаптаційно-приспосувальні зміни в нервовій, ендокринній, серцево-судинній та інших системах організму, зокрема і в порожнині рота. Незважаючи на те, що в стоматологічній практиці широко впроваджуються засоби та методи профілактики, поширеність стоматологічних захворювань у вагітних жінок надалі залишається високою. Дослідження багатьох авторів показують, що під час вагітності підвищується ризик виникнення нових або загострення вже існуючих стоматологічних захворювань, особливо ураження твердих тканин зубів та тканин пародонту [4, 11, 19, 28]. Потреба у терапевтичній стоматологічній допомозі виникає у 94,7 %, в ортопедичній – у 56,1 %, а невідкладні хірургічні втручання виконуються у 2,2 % випадків від загальної кількості вагітних, що звернулися по стоматологічну допомогу [7]. За даними ВООЗ поширеність каріозного процесу зубів у вагітних зустрічається в 2,9 рази, а запальний процес тканин пародонту у 2,2 рази частіше, ніж у невагітних жінок [36]. Ускладнення вагітності можуть бути викликані патологією твердих тканин зубів і тканин пародонту. Останні в свою чергу утворюють хроніосептичне вогнище, з якого мікроорганізми та продукти їх життєдіяльності розповсюджуються по організму не лише вагітної, а й плода [23].

Метою нашої роботи стало проведення пошуку та аналізу літературних джерел стосовно стоматологічного статусу жінок із різним перебігом вагітності та подальшим обґрунтуванням проведення профілактичних заходів серед вагітних.

Матеріали та методи дослідження

Пошук літератури проводився в бібліотечних джерелах та пошуковій системі PubMed за ключовими словами: Pregnancy, dental caries, gingivitis pregnant, cheilitis, stomatitis.

Результати дослідження

За даними спостереження при фізіологічному перебігу вагітності розповсюдженість карієсу зубів становить 87–91,4 % за інтенсивності ураження 5,4 зуба. При цьому гостре ураження каріозним процесом інтактних зубів спостерігається в 38 % випадків. Вторинний карієс зустрічається у 79 % жінок, за інтенсивністю природою 0,83 зуба. При цьому переважно уражаються зуби верхньої щелепи, а саме моляри та премоляри з локалізацією на апроксимальних поверхнях. Каріозні ураження, що мали місце до початку вагітності, мають хронічний перебіг, інтенсивність ураження зубів збільшується на початку другого триместру [9, 15, 18, 19, 20]. В I триместрі вагітності на виникнення карієсу впливає карієсогенна ситуація в порожнині рота, спричинена змінами харчових смаків, зокрема підвищене бажання до вживання солодких продуктів, що призводить до змін в складі ротової рідини – зсуву рН в кисло сторону. Також можуть відбуватися зміни в мінеральному складі слини, а саме зменшення концентрації кальцію магнію та фосфору і зниження кількості її виділення. В II триместрі вагітності, різко прогресує дефіцит кальцію в організмі жінки, що пов'язано з початком активної мінералізації кісткової тканини плоду, в тому числі і зачатків зубів. Паралельно має місце порушення кальцій-фосфорного обміну в системі мати–плід. В порожнині рота вагітних, такий стан клінічно проявляється активним прогресуванням каріозного процесу, наявністю вторинного карієсу, збільшенням вогнищ демінералізації на 5,2%, а каріозних порожнин – в 1,4 рази [1, 6, 9, 13, 20, 24].

При ранньому гестозі вагітності, який супроводжується блювотою кислим шлунковим вмістом, виникають ерозивні зміни твердих тканин зубів, що переважно локалізуються на піднебінній поверхні фронтальної групи зубів верхньої щелепи. Патологічні зміни також можуть уражати оклюзійну поверхню жувальної групи зубів. При пізньому гестозі – ураженість карієсом зубів зростає

до 94 % за інтенсивності ураження 6,5 зуба та переважною приясенною локалізацією патологічного процесу. За таких умов каріозний процес має гострий, агресивний перебіг з швидким прогресуванням як в глибину, так і по площині. Також виникають некаріозні ураження – клиноподібні дефекти і патологічна вертикальна стертість зубів [20, 21].

Деякі епідеміологічні дослідження показують залежність поширеності та інтенсивності карієсу зубів від віку вагітної жінки та ускладненості перебігу вагітності. У Донецькому національному медичному університеті імені М. Горького було проведено обстеження 162 юних вагітних віком 16–18 років, з преєклампсією, які склали основну групу (ОГ), 25 пацієнток із фізіологічним перебігом вагітності увійшли до порівняльної групи (ПГ), обстежені також 20 здорових невагітних жінок того ж віку (КГ). В ОГ була виявлена висока поширеність карієсу 90,6 % за інтенсивності 6,17 зуба, що вірогідно перевищувала такі показники в ПГ. Поширеність карієсу зубів у здорових КГ склала 88 % за інтенсивності 5,08 зуба. Гострий перебіг карієсу в ОГ відзначено в 60,7 %, у ПГ – в 36,0 % випадків. У 81,1 % ОГ вагітних виявлена низька резистентність зубної емалі за тестом резистентності емалі (7,9 бала) порівняно з ПГ (4,9 бала) [1].

Результати дослідження 63 вагітних жінки проведені у ПВНЗ «Київський медичний університет» довели високу поширеність карієсу зубів (98,41 %). Інтенсивність карієсу в ПГ (34 жінки із фізіологічним перебігом вагітності) за індексом КПВ – 9,86 зуба, а за індексом КПВп – 13,29 поверхні; в ОГ (29 жінок із патологічним перебігом вагітності) – відповідно 9,95 зуба та 18,13 поверхні. Спостереження показали, що у первісток показник КПВп складає 13,5 поверхні, а у жінок із повторною вагітністю – 15,8 поверхні [24].

В медико-стоматологічному університеті (м. Москва, Росія) під спостереженням знаходилися 167 вагітних віком від 19 до 36 років, де ОГ склали 84 жінки з гестозами легкого та середнього ступеня важкості та ПГ – 83 жінки з фізіологічним перебігом вагітності. Результати дослідження показали, що розповсюдженість та інтенсивність карієсу зубів із фізіологічним перебігом вагітності та гестозом легкого ступеня практично не різняться, зокрема в ОГ поширеність 30,2% за інтенсивності 5,74 зуба і 17,21 поверхні, і в ПГ – 26,9 % при КПВ = 5,69 зуба і 11,07 поверхні. При середньому ступені гестозу в ОГ поширеність карієсу зубів збільшується та складає 39,0 % при КПВ 6,11 зуба, при цьому вдвічі збільшується кількість видалених зубів. В ОГ при гестозах середнього ступеня важкості – 21,38 поверхні. Протягом I і II триместрів приріст карієсу в ОГ склав 0,57, в ПГ – 0,36 зуба [25].

Великий вплив на поширеність карієсу під час вагітності має наявність хвороб у вагітних, зокрема анемія. Поширеність залізодефіцитної анемії у вагітних жінок за даними ВООЗ коливається в межах від 21 до 80 %. За даного патологічного стану відбуваються зміни білкового та мінерального обміну, що призводять до функціональних та морфологічних змін у всіх органах та тканинах. У Державному медичному університеті (м. Волгоград, Росія) під спостереженням перебувало 187 жінок віком 18–30 років (81 вагітна з анемією склали ОГ та 106 вагітних без анемії – ПГ). Поширеність карієсу у вагітних ОГ та у вагітних ПГ складає відповідно 99,8 і 97,2 % за інтенсивності карієсу відповідно 14,28 і 10,32 зуба. В ОГ вагітних 18–20 років з першою вагітністю в 1,5 рази частіше спостерігається рецидивуючий карієс і виникнення каріозного процесу в раніше інтактних зубах. В ОГ інтенсивність приросту карієсу значно вища порівняно з ПГ та складає відповідно 2,31 та 0,83 зуба [5].

В Державному медико-стоматологічному університеті (м. Москва, Росія) вивчали 172 вагітних жінок з артеріальною гіпертензією віком 18–40 років (86 жінок склали ОГ та 86 – ПГ). Інтенсивність каріозного процесу не вирізнялася в ОГ та ПГ, зокрема в ОГ коливалася в межах 9,59–17,92, в ПГ – 9,57–17,59 зуба. У вагітних ОГ частіше зустрічалися ерозії твердих тканин (37,2 %) та патологічна стертість (30,2 %), ніж в ПГ – відповідно 19,8 % та 17,4 % [3].

При вагітності, що ускладнена екстрагенітальною патологією, поширеність карієсу складає 97,4 – 98,5 % за інтенсивності – 9,93 – 10,43 зуба [1].

Дослідження проведені серед 1094 вагітних жінок (середній вік 26,5) у Франції показали поширеність карієсу 51,6 % за інтенсивності 3,1 зуба. Зокрема, у вагітних старших 30 років поширеність карієсу менша на 37 %, ніж у вагітних 18 – 24 років. У жінок, які мали середню освіту, поширеність карієсу вища на 40 % [39]. Серед 1152 обстежених вагітних Пакистану середнього віку 26,5 років поширеність карієсу становила 47 % [31]; у 506 вагітних Бразилії середнього віку 27 років – 61 % [27]; у обстежених вагітних Австрії середнього віку 27,5 років – 69 % [35]; у 302 вагітних Танзанії віком 14–44 роки – 55 % [33]; у 94 вагітних Таїланду віком 17–37 років – 74 %, що перевищувало такі показники у 103 невагітних жінок відповідного віку в 2,9 разів [36].

Доведено, що однією з основних причин запалення тканин пародонту під час вагітності є порушення синтезу статевих гормонів, що мають значний вплив на організм в цілому та на судинну і кісткову системи зокрема. Естрогени стимулюють проліферацію фібробластів ясен, прискорюють утворення ендоста в альвеолярній кістці, чинять загальну анаболічну дію. Прогестерон викликає розширення капілярів ясен, набряк і гіперемію [1, 22].

В період вагітності поширеність запалення тканин пародонту коливається в межах від 36 до 100 %, у 90 % випадків спостерігається хронічний катаральний гінгівіт [37]. Гінгівіт вагітних (gingivitis gravidarum) спостерігається у 50,0 % жінок з фізіологічним перебігом вагітності [28]. В першому триместрі вагітності локалізований процес має місце у 31 % випадків, починаючи з другої половини вагітності у 43 % жінок гінгівіт перебігає у вигляді генералізованого, дифузного процесу з переважанням гіпертрофічного процесу у 26 % випадків [8, 18].

В Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця обстежено 101 вагітну жінку з акушерською патологією (ОГ) та 30 вагітних жінок із фізіологічним перебігом вагітності (ПГ) віком від 18 до 42 років. Отримані результати показують чітку залежність поширеності та інтенсивності захворювань пародонта від характеру перебігу вагітності, її терміну та гормонального фону. Так, у вагітних ОГ захворювання пародонта в I триместрі спостерігаються у 88 %, в II триместрі – у 98 %, та в III – у 96 % жінок. В структурі запальних захворювань пародонта у вагітних ОГ виявлена висока частота хронічного катарального гінгівіту (в I триместрі у 82,35 %, в II – у 85,15 %, а в III – у 82,18 %) порівняно з питомою вагою генералізованого пародонтиту (в I триместрі у 5,88 %, а в II та III – у 12,87 %). В жінок ПГ хронічний катаральний гінгівіт спостерігався у 100 % обстежених, при тому у 20 % випадків він є симптоматичним гінгівітом при генералізованому пародонтиті. Клінічно здорові тканини пародонта автором виявлені лише у вагітних ОГ на фоні порушеного гормонального фону в I триместрі у 11,76 %, в II – 1,98 %, а в III триместрі – у 3,96 %. Проведений аналіз структури пародонтологічної захворюваності у вагітних ОГ має певні закономірності, спостерігається тенденція до поглиблення патологічного процесу зі збільшенням терміну вагітності. Так, хронічний катаральний гінгівіт початкового

ступеня у жінок ОГ в I триместрі спостерігається у 28,5 %, в II триместрі – у 24,4 %, а в III триместрі – ця цифра зростає майже у 1,5 рази і складає 38,5 %. Хронічний катаральний гінгівіт III ступеня спостерігається лише у II та III триместрах вагітності: відповідно 5,81 та 1,2 % жінок. Аналогічно зростає і тяжкість пародонтологічного статусу за даними індексу КПП. Так, у пацієнток ОГ в II триместрі спостерігається найбільша кількість з середнім та тяжким ступенем запального процесу в тканинах пародонта 15,84 та 3,96 % відповідно. Це характерно як для вагітних ОГ, так і жінок з ПГ. Індекс РМА становив відповідно 78,57 та 81,98 % [22].

В Українській медичній стоматологічній академії (м. Полтава) досліджено 104 вагітних віком 17 – 37 років із різним психологічним статусом. У першому триместрі вагітності хвороби тканин пародонту спостерігаються лише у 43,1 % вагітних, у II триместрі – 66,7 %, у III триместрі – 74,5 % жінок. Частота хронічного катарального гінгівіту з I до III триместру вірогідно зростає з 25,5 до 41,2 %, натомість гіпертрофічного гінгівіту залишається незмінною та складає – 13,7 %. В результаті спостереження жінок протягом вагітності в групі екстравертів та інтровертів поширеність гінгівіту вища відповідно в 1,6 і 2 рази [10].

В Уральській державній медичній академії (м. Єкатеринбург, Росія) обстежено 132 вагітні, зокрема ОГ склали 87 вагітних з тромбофілією (середній вік 26,7 років) та ПГ 45 жінок без ускладнення вагітності (середній вік 25,7 років). У вагітних ОГ превалювали скарги зі сторони тканин пародонту в 78 % жінок, в 3,1 разів частіше турбувала кровоточивість ясен під час чищення зубів порівняно з ПГ. Також у 4,5 % жінок ОГ були скарги на біль в ділянці ясен та у 2 % блідість слизової оболонки порожнини рота (СОПР), аналогічні скарги були відсутні у жінок ПГ. При огляді 82 % вагітних ОГ автор спостерігала блідість СОПР, та набряк ясенного краю у 89 %, натомість у жінок ПГ СОПР мала блідо-рожевий колір, а набряк ясенного краю спостерігався в 5,5 разів менше (16 % обстежених). Пальпація ясенного краю супроводжувалася больовими відчуттями в 2,2 рази частіше в ОГ ніж в ПГ (відповідно 47 та 22 %). Індекс РМА в ОГ був 24,32 %, що у 1,6 рази перевищував такі показники у ПГ (15,05 %). Індекс кровоточивості ясен Н. R. Muhlemann, в модифікації I. Cowell у вагітних жінок ОГ був в 2 рази вищим ніж у жінок ПГ, відповідно 2,45 та 1,26 [17].

Встановлено високу поширеність запальних захворювань тканин пародонта у юних вагітних з преєклампсією (97,4 %), найчастіше у них діагностується хронічний катаральний гінгівіт. У юних вагітних з фізіологічним перебігом вагітності виявлено хронічний катаральний гінгівіт у 84,0 % випадків [1].

У вагітних з артеріальною гіпертензією та у жінок з фізіологічним перебігом вагітності значних розбіжностей в розповсюдженості захворювань пародонту не виявлено. В ОГ вагітних в 66,7 % випадків зустрічається гіпертрофічний гінгівіт, в ПГ – в 63,9 %. Хронічний пародонтит легкого ступеня зустрічається в однаковій мірі у пацієнток обох груп (11,6 %), пародонтит середнього ступеня у вагітних ОГ спостерігається у 18,6 %, а у ПГ – 6,9 %. Тяжка ступінь хронічного пародонтиту спостерігалася у пацієнток старше 30 років, частіше в III триместрі вагітності та складає в ОГ – 5,8 %, в ПГ – 2,3 % [3].

Результати дослідження проведені у вагітних із залізодефіцитною анемією показали, що частота запальних змін в тканинах пародонта складає 85,5 % проти 74,5 % при фізіологічному перебігу вагітності. У вагітних 18–20 років переважає локалізований катаральний гінгівіт, з віком (21–30 років) збільшується відсоток генералізованого катарального гінгівіту та гіпертрофічного

ного гінгівіту. Показники індексу РМА в ОГ склали – 49,5 %, а в ПГ 38,0 %. Інтенсивність ураження тканин пародонту за індексом СРІ складає відповідно 3,94 та 2,68 [5].

Окрім гормональних порушень, серед причин виникнення захворювань пародонта, має місце відсутність стоматологічної допомоги, низький рівень освіти та зайнятості вагітних, куріння, ВІЛ-інфекція, расова приналежність [32, 38, 41]. Афро-американські жінки під час вагітності частіше мають проблеми з тканинами пародонта [30]. Дослідження 713 вагітних Північної Уганди (середній вік 25,6 років) показали, що захворювання тканин пародонта мали 65,4 % жінок [42]. Серед 1152 жінок Пакистану (середній вік 27 років), серед яких 81 % повторно вагітні, прояви захворювання пародонту зростають від першого до останнього триместру від 56 до 87%. При чому у 76 % виявляються глибокі пародонтальні кишені [18, 31]. Серед обстежених 345 вагітних Нігерії захворювання пародонту виявлено у 98,5 %, із них 48,4 % мали глибокі пародонтальні кишені. При чому 89,3 % вищевказаних жінок вперше оглядав стоматолог [34]. Поширеність запалення ясен серед вагітних Японії констатується у 97 % випадків, натомість серед вагітних Бразилії цей показник становить лише – 47 % [27, 42]. У вагітних жінок Італії в 95 % були захворювання пародонту, серед яких 21,9 % мали важкі їх прояви [40].

В Самарському державному медичному університеті (м. Самара, Росія) досліджено 180 вагітних з мікотичною інфекцією (ОГ – 90 жінок), у яких кандидоз статевих органів поєднувався з кандидозом порожнини рота, та ПГ – 90 осіб без орального кандидозу. При огляді у 78 % жінок ОГ в 6,5 разів частіше зустрічалися пухирцеві висипання на червоній облямівці губ порівняно з жінками ПГ. Тріщини у кутках рота були виявлені виключно у жінок ОГ у 72 %, та в 26,6 % слизова губ була яскраво гіперемованою. У 93,3 % жінок ОГ виявлено сухість СОПР, при чому їх скарги були на печіння та сухість в порожнині рота, що посилювалися під ранок, також у 63,35 % були висипи у вигляді крупинок білого кольору на слизовій оболонці щік, м'якого та твердого піднебіння, після зняття котрих відмічалася значна гіперемія. Відбитки зубів на язичку зустрічалися відповідно у 43,3 % жінок ОГ та 11,1 % жінок ПГ. Наявність сироподібного нальоту на спинці язика мало місце лише у 36,7 % жінок ОГ, також в 16,7 % із них виявлено лакований язик, малиновий та складчастий язик в 6,7 % випадків та папіломи у 3,3 %. Лише у 5,9 % жінок ПГ була присутня гіперемія СОПР [12].

Також нерідко під час вагітності спостерігаються пізні розростання ясен та епуліси [19].

Ураження СОПР у вагітних при артеріальній гіпертензії найчастіше проявляється хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом у 10,5 % та ексфолювативним хейлітом у 18,6 % випадків [3]. При залізодефіцитній анемії у вагітних найчастіше виникає ексфолювативний та ангулярний хейліт у 29,6 % та 19,5 % випадків відповідно, та десквамативний глосит у 13,1 % обстежених жінок [5].

Гранульоми вагітних, що виникають при високих концентраціях естрогену та прогестерону констатуються у 9,6 % випадків. При чому в 17 % випадків вони виникають в I триместрі вагітності, переважно у молодих жінок (віком до 25 років), в II триместрі зустрічаються в 24 % випадків та в III триместрі відповідно у 52 % переважно у пацієнток більш старшого віку (26–35 років). Найчастішою локалізацією таких гранулєм є ясна, як верхньої так і нижньої щелепи (73,17 %), на другому місці – язик (14,63 %), далі губи (7,32 %) та СОПР (4,88 %) [14, 26, 29].

Висновки

За результатами літературних джерел чітко простежується залежність показників стоматологічного статусу вагітних від їх віку, терміну та характеру перебігу вагітності, кількості попередніх вагітностей, а також наявності хронічних захворювань. Проведений нами аналіз даних літератури в котрий раз підтверджує дуже високу поширеність карієсу та запальних захворювань пародонта, які під час вагітності мають особливий клінічний перебіг. Висока розповсюдженість карієсу та його ускладнень, а також запальних захворювань пародонту ще раз засвідчує потребу в запровадженні обов'язкової

диспансеризації вагітних у стоматолога. Основним напрямком роботи лікаря на даному етапі має бути проведення профілактичних заходів, а при потребі і раннє лікування патологічних станів, що дозволить максимально зберегти не лише стоматологічне здоров'я жінки, але і провести антенатальну профілактику карієсу тимчасових зубів у майбутньої дитини.*

Автори висловлюють подяку представництву торгової марки «R.O.C.S.» в Україні ТОВ «ВДС Фарма» за забезпечення засобами гігієни порожнини рота при проведенні клінічних досліджень.

Стоматологический статус беременных женщин в зависимости от особенностей протекания беременности

В.А. Кузьмина, И.И. Якубова, Т.О. Бучинська

Резюме. Авторами представлен обзор литературных источников относительно стоматологического статуса женщин в зависимости от особенностей течения беременности.

Целью был поиск литературных источников по распространенности основных стоматологических заболеваний у беременных женщин.

Материал и методы исследования. Провели поиск литературы происходил в библиотечных источниках и поисковой системе PubMed по ключевым словам: pregnancy, dental caries, gingivitis pregnant, cheilitis, stomatitis.

Результаты исследования. В статье освещены данные распространенности основных стоматологических заболеваний, среди которых кариес зубов встречается от 52 до 98%, заболевания тканей пародонта 36–100 % случаев. Болезни слизистой оболочки полости рта у беременных чаще всего проявляются в виде афтозного стоматита, ангулярного и эксфолиативного хейлитов, десквамативного глоссита.

Выводы. Основные стоматологические заболевания у беременных имеют высокие показатели распространенности, и требуют разработки и внедрения лечебно-профилактических комплексов, которые основываются на математических моделях изучения заболеваемости у беременных женщин.

Ключевые слова: беременные женщины, кариес, заболевания пародонта, болезни слизистой оболочки полости рта.

Dental status of pregnant women depending on the characteristics of the process of pregnancy

V. Kuzmina, I. Yakubova, T. Buchynska

Summary. The authors carried out a review of scientific literature regarding dental status of women, depending on the characteristics of the process of pregnancy. The aim was to search for the literature on the prevalence of the main dental diseases in pregnant women.

Material and methods. The literature search took place by using library sources and the search engine PubMed by keywords: pregnancy, dental caries, gingivitis pregnant, cheilitis, stomatitis.

The results of the research. The article casts light on the prevalence of common dental diseases, including caries with a rate of 52–98%, periodontal diseases 36–100 % of cases. Oral mucosa diseases in pregnant women often manifest as aphthous stomatitis, angular and exfoliative cheilitis, glossitis.

Conclusions. The main dental disease in pregnant women have a higher prevalence, and require the development and implementation of treatment and prevention systems, which are based on mathematical models of study of morbidity in pregnant women.

Key words: pregnant women, caries, periodontal diseases, diseases of the oral mucosa.

В.А. Кузьміна – Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет УАНМ», м. Київ, Україна

Якубова Інесса Ігорівна – д-р мед. наук, професор,

виконувач обов'язків завідувача кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Адреса: м. Київ-004, вул. Л. Толстого, 9.

Бучинська Тетяна Орестівна – канд. мед. наук,

асистент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ».

Адреса: м. Київ-004, вул. Л. Толстого, 9.

*Список літератури знаходиться в редакції.

Medical

НОВИЙ РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

ГОТОВІ РІШЕННЯ

від лікаря Андрія Акуловича



Акулович Андрій Вікторович

лікар-стоматолог вищої категорії,
кандидат медичних наук, доцент

1. При появі симптомів гіперчутливості після проведення професійного чищення зубів.

Схема: гель R.O.C.S.[®] Medical Sensitive наносять на зуби у капі (стандартній або індивідуальній). Рекомендована тривалість процедури — 20–30 хвилин. Після завершення аплікації сплюнути залишки гелю, не ополіскуючи рот. Не ковтати. Утриматись від споживання їжі та напоїв упродовж 40–50 хвилин. У разі збереження симптомів упродовж доби після процедури призначають гель R.O.C.S.[®] Medical Minerals на 15 днів для щоденного одноразового застосування.

2. При появі симптомів гіперчутливості після проведення процедури офісного відбілювання.

Схема: першу аплікацію гелю R.O.C.S.[®] Medical Sensitive виконують у капі (стандартній або індивідуальній) у кабінеті стоматолога. Рекомендована тривалість процедури — 20–30 хвилин. Після завершення аплікації сплюнути залишки гелю, не ополіскуючи рот. Не ковтати. Утриматись від споживання їжі та напоїв упродовж 40–50 хвилин. Наступні дві аплікації пацієнт виконує самостійно вдома упродовж доби після процедури, використовуючи капу, отриману у клініці для першого нанесення. У разі збереження симптомів упродовж доби після процедури призначають гель R.O.C.S.[®] Medical Minerals на 15 днів для щоденного одноразового застосування.

3. При появі симптомів гіперчутливості після проведення мікробразії.

Схема: першу аплікацію гелю R.O.C.S.[®] Medical Sensitive виконують у капі (стандартній або індивідуальній) у кабінеті стоматолога. Рекомендована тривалість процедури — 20–30 хвилин. Після завершення аплікації сплюнути залишки гелю, не ополіскуючи рот. Не ковтати. Утриматись від споживання їжі та напоїв упродовж 40–50 хвилин. Наступні дві аплікації пацієнт виконує самостійно вдома упродовж доби після процедури, використовуючи капу, отриману у клініці для першого нанесення. Після чого призначають гель R.O.C.S.[®] Medical Minerals на 30 днів для щоденного одноразового застосування.

4. При появі симптомів постопераційної чутливості після препарування у разі виконання прямих і непрямих реставрацій.

Схема: аплікацію гелю R.O.C.S.[®] Medical Sensitive виконують у капі (стандартній або індивідуальній) у кабінеті стоматолога. Рекомендована тривалість процедури — 20–30 хвилин. Після завершення аплікації сплюнути залишки гелю, не ополіскуючи рот. Не ковтати. Утриматись від споживання їжі та напоїв упродовж 40–50 хвилин. У разі збереження симптомів упродовж доби після процедури призначають гель R.O.C.S.[®] Medical Minerals на 15 днів для щоденного одноразового застосування.

Товар сертифікований. На правах реклами



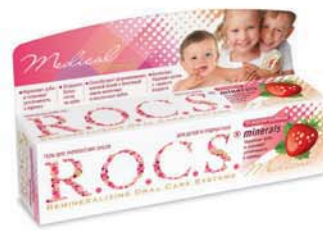
ГЕЛЬ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗУБІВ
R.O.C.S.[®] MEDICAL SENSITIVE
ДЛЯ ЧУТЛИВИХ ЗУБІВ



ГЕЛЬ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗУБІВ
R.O.C.S.[®] MEDICAL MINERALS
ІЗ ФРУКТОВИМ СМАКОМ



ГЕЛЬ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗУБІВ
R.O.C.S.[®] MEDICAL MINERALS



ГЕЛЬ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗУБІВ
R.O.C.S.[®] MEDICAL MINERALS
ДЛЯ ДІТЕЙ

Представництво ТМ «R.O.C.S.» в Україні — ТОВ «ВДС Фарма»: 01054, м. Київ, вул. Ярославів Вал, буд. 33, оф. 43, тел.: +38 044 272 00 70, e-mail: info@rocs.ru