

## ОБОСНОВАНИЕ ЭТАПОВ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ У СТОМАТОЛОГА

**И.К.Луцкая, Е.А.Демьяненко, И.Д.Ермакова**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

*До настоящего времени отсутствуют четкая тактика диспансерного наблюдения и обоснованные практические рекомендации по профилактике и лечению стоматологических заболеваний у беременных. Проведено исследование с целью оценить стоматологический статус женщин при беременности и разработать рекомендации по срокам диспансерного наблюдения для проведения основных профилактических и лечебных мероприятий. Установлено, что аппликации противовоспалительных препаратов снижают индекс налета в 2 раза и в 1,7 раза уменьшают интенсивность воспаления. Индивидуальная гигиена полости рта улучшается в 2,1 раза, а воспаление в десне снижается в 1,2 раза после однократного обучения и мотивации. Индекс налета снижается в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза при сочетанном воздействии противовоспалительных препаратов и обучении индивидуальной гигиене полости рта. Полученные данные позволили предложить в случае с выраженной кровоточивостью из десны следующую этапность в проведении профессиональной гигиены полости рта и обучении индивидуальной гигиене: в первое посещение лучше использовать местно на слизистую оболочку десны противовоспалительные препараты и рекомендовать их применение в домашних условиях 1–3 раза в день в течение 2–3 дней. Во второй визит – повторно применять местное противовоспалительное лечение и проводить инструктаж и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Профессиональную гигиену полости рта и контроль за персональной гигиеной лучше осуществлять со второго-третьего посещения, когда значительно меньше отек и кровоточивость из десны. Разработаны рекомендации по проведению основных профилактических и лечебных мероприятий в первом, втором и третьем триместре беременности.*

*Ключевые слова:* беременные; стоматологические заболевания; врач-стоматолог; диспансерное наблюдение; профилактические мероприятия; лечебные мероприятия; рекомендации.

Современная стоматологическая наука достаточно основательно определила этиопатогенетические механизмы развития кариеса зубов и болезни пародонта. Однако, распространенность и интенсивность этих заболеваний остается высокой, поэтому вопросы профилактики и лечения продолжают быть актуальными.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых доказали существенное влияние общего состояния организма человека на возникновение, течение и клинические проявления патологий в полости рта. Особую группу для врачей представляют женщины в период беременности. До настоящего времени отсутствуют четкая тактика диспансерного наблюдения и обоснованные практические рекомендации по профилактике и лечению стоматологических заболеваний. Известно, что новые условия, связанные с развитием плода, носят динамический характер и вызывают сложные адаптационно-мобилизующие

изменения во всем организме. Наибольшая перемена происходит в детородных органах, а также в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и выделительной системах. Гестационный цикл условно разделяют на три триместра: с первой по 13-ю неделю, с 14-й недели по 27-ю и с 28-й недели до появления младенца. Кроме того, акушерами-гинекологами отмечаются периоды, когда система «мать и плод» достаточно уязвима из-за активизации клеточных и тканевых процессов, что может угрожать сохранению беременности. Наиболее значимыми критическими периодами считаются 2–3-я недели гестации, 8–12-я; 18–22-я и 28–32-я недели. Это может быть фактором риска для общего состояния здоровья как матери, так и плода, дать толчок в развитии каких-либо патологических процессов или способствовать утяжелению уже имеющихся заболеваний и требует внимания при выборе тех или иных методов диагностики, профилактики и лечения.

В результате исследований установлено, что при беременности увеличиваются распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний, а также изменяется их структура [1].

Распространенность кариеса зубов при беременности достигает 94,6%, причем у 38% наблюдается рецидив кариозного процесса [2]. Нейрогуморальные сдвиги вызывают некоторое снижение рН слюны и другие изменения биохимических показателей ротовой жидкости. Имеются данные о снижении резистентности зубов к кариозному процессу. Исследователи наблюдали появление начального кариеса в пришеечной области в виде меловидных пятен, которые быстро прогрессировали в плоские дефекты с резкой болезненностью на механические, термические и химические раздражители.

По данным ряда авторов, распространенность воспалительных процессов в пародонте у беременных составляет 60–93%, но только в 19,9% случаев – это первичная патология. Под влиянием гормональных сдвигов в полости рта могут наблюдаться уменьшение слюноотделения и ускорение образования налета. Эстрогены усиливают пролиферацию клеток кровеносных сосудов, а прогестерон способствует их расширению и повышенной проницаемости. В клинике мы наблюдаем изменение рельефа десневого края, разрастание сосочков вплоть до образования псевдоэпулидов. При наличии местных травмирующих факторов эти явления сопровождаются яркими воспалительными проявлениями [3].

Многие исследователи подтверждают взаимосвязь стоматологического здоровья беременной с количеством беременностей и возрастом пациенток, а также с патологией протекания гестационного периода и наличием заболеваний в других органах и системах [4–6].

Перспективным направлением в стоматологии является выделение групп повышенного риска. Среди параметров, характеризующих устойчивость зубов к кариесу, известен тест кислотоустойчивости эмали (ТЭР), основанный на оценке интенсивности окрашивания поверхности эмали метиленовым синим после дозированной кислотной травмы. Методика проведения теста проста и безопасна. С высокой достоверностью данный тест реагирует на изменения в общей резистентности организма и коррелирует с последующим приростом кариеса.

В целях коррекции общей резистентности возможно использование биологически активных веществ и адаптогенов. Широко освещено влияние экстракта элеутерококка на повышение сопротивляемости организма к самым различным вред-

ным воздействиям: охлаждению, перегреванию, перегрузкам, интоксикации наркотиками, инфицированию микроорганизмами и вирусами. Нормализующий эффект препарата наиболее выражен в условиях значительных изменений показателей, причем препарат действует неспецифически, то есть независимо от причины, снижающей резистентность. За счет сложного состава (около 10 гликозидов, витамины С и Е, смолы, эфирные масла, липиды, крахмал и т.д.) элеутерококк активизирует энергетическое обеспечение защитных реакций организма путем ускорения действия ключевых ферментных систем и процессов биосинтеза ферментов, белков и нуклеиновых кислот, переводя, таким образом, организм на более высокий уровень физиологической адаптации. Экстракт элеутерококка применяется как средство фармакосанации в любое время года. Он широко используется с лечебной целью в педиатрии, кардиологии, офтальмологии, онкологии и т.д. В акушерско-гинекологической практике этот препарат применяется как с лечебной, так и с профилактической целью в критические периоды беременности для предотвращения развития осложнений и гипотрофии плода. В целях повышения общей резистентности организма к различным патогенным факторам наиболее широкие показания имеет использование малых доз препарата [7].

Многие акушеры-гинекологи используют витамин Е. Недостаток этого витамина вызывает произвольное прерывание беременности или может быть причиной бесплодия. При лечении рвоты беременных и токсикозах второй половины беременности используют  $\alpha$ -токоферола ацетат. Некоторые авторы указывают на адаптогенные свойства витамина Е. Интересно, что под его влиянием наряду с ликвидацией угрожающего аборта отмечается также общий тонизирующий эффект (исчезают слабость и головокружение, нормализуется артериальное давление). Выявлено, что  $\alpha$ -токоферол способствует усилению иммунологического ответа, повышает устойчивость организма к инфекционным агентам, токсическому действию ряда веществ, положительно влияет на вегетативную нервную систему. Через гипофиз им осуществляется регуляция функции половых желез, коры надпочечников, щитовидной железы. В эксперименте на животных показано, что под влиянием витамина Е повышается уровень кислотоустойчивости эмали [8].

**Цель** настоящего исследования – оценить стоматологический статус женщин при беременности и разработать рекомендации по срокам диспансерного наблюдения для проведения основных профилактических и лечебных мероприятий.

**Материалы и методы исследования**

Нами осмотрено 270 беременных в возрасте от 19 до 32 лет (в среднем, 24,1±1,3 года), которые были распределены по группам в зависимости от состояния здоровья, протекания беременности, срока гестации и целей исследования. Группа контроля была сформирована из 90 практически здоровых небеременных нерожавших женщин этого же возраста (табл. 1).

Состояние полости рта оценивали по следующим показателям: индекс интенсивности кариеса (КПУ), кариесрезистентность эмали (ТЭР-тест), упрощенный индекс гигиены Грина-Вермильона (ОНИ-S) и его составляющие (DI-S и CI-S); индекс гингивита (GI); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); комплексный периодонтальный индекс (КПИ).

Интенсивность кариеса оценивали с помощью индекса КПУ, равного сумме кариозных, запломбированных и удаленных зубов. При регистрации индекса в категорию К (кариозные зубы) относили зубы, имеющие одну или несколько кариозных полостей любой глубины, включая осложненный кариес, а также сочетание постоянной пломбы и кариозной полости. В категорию П (пломбированные постоянные зубы) регистрировали зубы, имеющие одну или несколько пломб без кариеса, а также покрытые коронками. В раздел У (удаленные) относили постоянные зубы, удаленные по любому поводу, в том числе, и «зубы мудрости».

Кислотоустойчивость эмали оценивали ТЭР-тестом (И.К.Луцкая, 1984). На эмаль резца по центру микропипеткой наносили однонормальный раствор соляной кислоты диаметром до 1 мм. Через 5 секунд кислоту стирали сухим ватным тампоном, на место протравливания наносили 1%-ный водный раствор метиленового синего, вытирали сухим ватным тампоном и оценивали интенсивность окрашивания. Индекс ТЭР определяли по 10-балльной шкале цветов.

Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс ОНИ-S (Green-Vermillion, 1964). Визуально с помощью зубо-врачебного зонда определяли наличие зубных отло-

жений в области следующих зубов: 16, 11, 26, 36, 31, 46.

$$ОНИ-S = DI-S \pm CI-S$$

Оценивали упрощенный гигиенический индекс по следующим значениям:

0–0,6 – хорошая гигиена полости рта;

0,7–1,6 – удовлетворительная гигиена полости рта;

1,7–2,5 – неудовлетворительная гигиена полости рта;

более 2,6 – плохая гигиена полости рта.

Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индекса РМА (Scour, Massler, 1948) в модификации G.Parma (1960):

воспаление десневого сосочка (Р) – 1 балл;

воспаление маргинального края десны (М) – 2 балла;

воспаление альвеолярной десны (А) – 3 балла.

Для оценки интенсивности воспаления в десне применяли индекс GI (Loe, Silness, 1963). Оценка индекса GI проводили по параметрам:

0,1–1,0 — легкий гингивит;

1,1–2,0 — гингивит средней тяжести;

2,1–3,0 — тяжелый гингивит.

Нуждаемость в лечении и профилактике заболеваний пародонта оценивали по индексу КПИ (П.А.Леус, 1988). Исследование проводили в области следующих зубов: 17/16, 11, 26/27, 37/36, 31, 46/47. Оценивали индекс КПИ по значениям:

0,1–1,0 – риск к заболеванию;

1,1–2,0 – легкая степень поражения тканей пародонта;

2,1–3,5 – средняя степень поражения;

3,6–5,0 – тяжелая степень поражения.

**Методы профилактики и лечения.** Всем участницам исследования были даны рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта: использовать щетки с округлыми формами головки и мягкой щетиной (soft) для бережного ухода за зубами и деснами. При повышенном рвотном рефлексе женщины применяли зубные пасты с пониженным пенообразованием. Для укрепления твердых тканей зубов назначали лечебно-профилактические пасты и гели с кальцием и фтором.

Таблица 1

**Распределение осмотренных женщин по группам**

№ п/п	Группа	Количество обследованных
1	Небеременные, нерожавшие	90
2	Женщины с нормальным течением беременности	57
4	Женщины, страдавшие рвотой беременных легкой степени	36
5	Беременные, страдавшие поздним гестозом средней степени тяжести	127
6	Беременные, имеющие пороки сердца (врожденные, ревматические)	50
Всего		360

При наличии воспалительных явлений в деснах использовались пасты с настоями и отварами трав.

Медикаментозные препараты назначали акушеры-гинекологи в соответствии с клиническими протоколами по рекомендации врача-стоматолога. Женщины, имеющие пороки сердца (врожденные, ревматические), находились под наблюдением кардиолога. При отеках у беременных, анемии, плацентарных нарушениях, недостаточном росте плода, его гипоксии женщины получали витамин Е по 100 мг один раз в день в течение двух недель. При гипотензивном синдроме и нормальном протекании беременности назначали фитоадаптоген – экстракт элеутерококка в микродозе 5–6 капель на четверть стакана воды за полчаса до еды дважды в день утром и днем. При кровоточивости из десен местно использовали Солкосерил Дентальную Адгезивную Пасту (СДАП) 1–3 раза в день на протяжении 3–5 дней.

#### Результаты исследования

На момент осмотра у беременных в 100% случаев диагностировались заболевания зубов и пародонта. Индекс КПУ был в среднем  $8,75 \pm 0,9$ . При этом, количество кариозных полостей составило 48%, удаленных зубов – 8%, а запломбированных – 44%. По пораженности кариесом достоверных различий между группами не выявлено.

Тест кислотоустойчивости эмали в среднем составил  $4,93 \pm 0,29$  балла, что свидетельствует о снижении кариесрезистентности по сравнению с небеременными женщинами такой же возрастной группы ( $3,18 \pm 0,19$  балла). При физиологическом течении беременности данный тест был  $4,18 \pm 0,39$  балла; при легкой рвоте –  $4,34 \pm 0,41$ ; при врожденных и ревматических пороках сердца –  $5,58 \pm 0,31$ ; при поздних гестозах –  $6,15 \pm 0,39$  баллов.

Характерно, что у беременных всех обследованных групп самый высокий показатель ТЭР, то есть самый низкий уровень кислотоустойчивости, наблюдался на 8–10-й и 32–34-й неделях беременности (табл. 2). Так, при нормальной беременности уровень ТЭР на 8–10-й неделях достигал

$5,63 \pm 0,23$  баллов, на 32–34-й неделях –  $5,12 \pm 0,24$  баллов; при рвоте легкой степени –  $5,94 \pm 0,23$  и  $4,83 \pm 0,23$  баллов соответственно. Самый низкий уровень кариесрезистентности в эти периоды отмечен в группах с поздними гестозами и пороками сердца (доходил до  $7,89 \pm 0,46$  баллов).

По данным литературы, наиболее критические моменты с повышенным тонусом матки приходятся примерно на 8–12-ю и на 28–32-ю недели беременности. Данные, полученные при исследовании кислотоустойчивости эмали зубов, показывают, что снижение резистентности совпадает с критическими периодами гестации.

Состояние твердых тканей зуба оценивали при первичном осмотре, через 7 и 12 месяцев с помощью индексов КПУ и ТЭР-теста. Женщины были разделены по подгруппам для оценки эффективности использования адаптогенов в стоматологии при назначении препаратов в разные сроки беременности на протяжении двух недель.

У женщин, принимавших витамин Е с 8-й и 32-й недель беременности, прирост интенсивности кариеса составил за 7 месяцев  $0,55 \pm 0,10$ , за год –  $0,75 \pm 0,08$ ; при назначении экстракта элеутерококка –  $0,62 \pm 0,09$  и  $0,81 \pm 0,12$  за соответствующие промежутки времени. При этом, у беременных контрольной подгруппы прирост интенсивности кариеса –  $1,37 \pm 0,16$ . Следовательно, редукция прироста кариеса под влиянием витамина Е за 7 месяцев составила 59,85%, за год – 55,88%. Назначение экстракта элеутерококка привело к снижению прироста интенсивности кариеса на 54,71% за 7 месяцев беременности и на 52,35% – за один год. Таким образом, применение изучаемых лекарственных средств двумя курсами в критические по ТЭР-тесту периоды оказалось наиболее эффективным.

При сборе анамнестических данных на предмет заболеваний пародонта установлено, что 46,7±2,8% осмотренных женщин не предъявляли жалоб на кровоточивость и дискомфорт со стороны тканей десны, 49,3±2,2% – жаловались на кровоточивость из десен при чистке зубов. У восьми беременных от-

Таблица 2

#### Характеристика ТЭР-теста в разные сроки беременности

Срок беременности (недели)	ТЭР у женщин с нормальным течением беременности	ТЭР у беременных с рвотой легкой степени
5–7	$3,70 \pm 0,25$	$4,03 \pm 0,24$
8–10	$5,63 \pm 0,23$	$5,94 \pm 0,28$
11–12	$3,96 \pm 0,26$	$4,58 \pm 0,25$
13–20	$3,56 \pm 0,22$	$3,61 \pm 0,25$
21–31	$3,67 \pm 0,24$	$3,53 \pm 0,24$
32–34	$5,12 \pm 0,24$	$4,83 \pm 0,23$
35–40	$3,58 \pm 0,23$	$3,88 \pm 0,25$

мечалась периодическая кровоточивость при приеме твердой пищи, три женщины жаловались на самопроизвольное выделение крови из десен.

Во время осмотра тканей пародонта установлено, что упрощенный индекс Грина-Вермильона составил в среднем  $2,28 \pm 0,06$ , что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене полости рта, причем 55% в этом показателе приходится на зубной налет (DI-S). По индексу РМА, воспалительным процессом охвачены сосочки и маргинальная десна, в среднем этот показатель составил  $54,2 \pm 3,8\%$ . Интенсивность воспалительного процесса в десне по индексу GI была на нижней границе средней степени тяжести ( $1,1 \pm 0,02$ ).

В результате, у  $20,3 \pm 3,6\%$  женщин диагностирован гингивит легкой степени тяжести, у  $52,6 \pm 3,8\%$  – средней степени и у  $11,8 \pm 2,7\%$  – тяжелой степени.  $15,3 \pm 2,2\%$  беременных был выставлен клинический диагноз маргинальный периодонтит легкой степени тяжести.

Беременные, находящиеся на стационарном лечении по поводу поздних гестозов, были распределены на две подгруппы. Женщин первой подгруппы обучали гигиене полости рта по стандартной методике, а беременным второй подгруппы, кроме обучения стандартным методам ухода за полостью рта, десну покрывали СДАП.

При осмотре женщин в первой подгруппе показатель гигиены полости рта по Грину-Вермильону при индивидуальном анализе распределился следующим образом: 29,0% имели удовлетворительную гигиену полости рта, 32,3% – неудовлетворительную и 38,7% – плохую. После обучения индивидуальной гигиене и мотивации, через двое суток индекс ОНI-S стал в среднем по подгруппе на 26% ниже (разница достоверна). Хорошую гигиену имели 19,4% беременных, удовлетворительную – 25,8%, неудовлетворительную – 29,0% и плохую – 25,8%. К третьему посещению, через 7 дней, этот показатель у 47,0% женщин был хорошим и удовлетворительным, у 17,6% – неудовлетворительным и у 35,3% – плохим. В среднем, по подгруппе ОНI-S составлял  $2,09 \pm 0,1$ . Это на 13% меньше, чем при первичном осмотре, и на

13% больше, чем непосредственно после обучения гигиене полости рта. Параметры ОНI-S изменились за счет его составляющей DI-S, поскольку удаление зубных отложений на данном этапе не проводилось (табл. 3).

При первом посещении у 19,4% беременных воспаление локализовалось в пределах сосочков, у 48,4% – захватывало маргинальный край и у 32,3% – имелись участки с воспаленной альвеолярной десной. В среднем, индекс РМА достигал 56,7%. После обучения гигиене полости рта, в среднем, по подгруппе индекс РМА уменьшился на 10%, а через неделю еще на 7% и составил  $47,3 \pm 12,9\%$ . Интенсивность воспалительного процесса по индексу GI в первое посещение у 48,4% женщин была легкой степени тяжести, у 51,6% – средней. На третий день после обучения гигиене полости рта индекс GI уменьшился на 11%, а через неделю еще на 8%. В результате у 64,5% беременных воспаление в десне было легкой степени тяжести и у 35,5% – средней.

Таким образом, у женщин после обучения гигиене полости рта и мотивации индекс налета уменьшился в 2 раза. А интенсивность и распространенность воспалительного процесса в десне в 1,2 раза.

У беременных во второй подгруппе индекс Грина-Вермильона при первичном осмотре составил  $2,1 \pm 0,07$ , на долю налета приходилось 57%. После трехкратной обработки слизистой оболочки десны СДАП индекс ОНI-S уменьшился на 27%, причем составляющая индекса DI-S изменилась в 2 раза. После обучения индивидуальной гигиене полости рта показатель налета уменьшился еще в 2 раза и составил 23% индекса ОНI-S. В последнее посещение 69% женщин этой подгруппы имели хорошую и удовлетворительную гигиену полости рта, что в 2 раза больше, чем при первичном осмотре (табл. 4).

Анализ состояния маргинального пародонта показал, что у 11,4% женщин были воспалены десневые сосочки, у 63,6% – маргинальный край и у 25% имелись участки воспаления прикрепленной десны. Распространенность воспалительного процесса в тканях пародонта после трехкратной обработки СДАП уменьшилась в 1,5 раза. После обучения ги-

Таблица 3

**Изменение стоматологических показателей по посещениям у беременных с гестозами первой подгруппы**

Индексы	Первое посещение	Второе посещение	Третье посещение
ОНI-S	$2,4 \pm 0,06$	$1,78 \pm 0,07$	$2,09 \pm 0,1$
DI-S	$1,16 \pm 0,07$	$0,54 \pm 0,08$	$0,71 \pm 0,11$
CI-S	$1,24 \pm 0,07$	$1,24 \pm 0,07$	$1,38 \pm 0,12$
GI	$1,11 \pm 0,05$	$0,99 \pm 0,06$	$0,9 \pm 0,09$
РМА	$56,7 \pm 8,9\%$	$51,1 \pm 9,0\%$	$47,3 \pm 12,9\%$

**Изменение стоматологических показателей по посещениям у беременных с гестозами второй подгруппы**

Индексы	Первое посещение	Второе посещение	Третье посещение
ОHI-S	2,22±0,08	1,67±0,13	1,22±0,11
DI-S	1,19±0,09	0,61±0,12	0,28±0,07
CI-S	1,03±0,09	1,06±0,13	0,94±0,13
GI	1,08±0,07	0,59±0,05	0,51±0,05
PMA	53,4±9,98%	32,9±12,6%	24,3±10,7%

гигиене полости рта индекс PMA уменьшился еще на 22%. Проведенное лечение позволило изменить картину распространенности воспаления: 81,3% женщин имели воспаленные десневые сосочки и у 18,7% отмечалось поражение маргинальной десны. В среднем по подгруппе показатель PMA составил 24,3±10,7% (при исходном показателе 52,6%). Интенсивность воспалительного процесса по индексу GI составила 1,08±0,06. При этом, 59,1% женщин имели воспаление легкой степени тяжести и 40,9% – средней. После обработки десны СДАП показатель GI уменьшился в 1,8 раза, а после обучения индивидуальной гигиене полости рта – еще на 10%. После проведенного лечения все женщины имели в десне воспаление легкой степени тяжести. В среднем по подгруппе GI оценивался в 0,51±0,05 балла.

Проведенные исследования выявили, что аппликации противовоспалительных препаратов снижают индекс налета в 2 раза и в 1,7 раза уменьшают интенсивность воспаления. Индивидуальная гигиена полости рта улучшается в 2,1 раза, а воспаление в десне снижается в 1,2 раза после однократного обучения и мотивации. Индекс налета снижается в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза при сочетанном воздействии противовоспалительных препаратов и обучении индивидуальной гигиене полости рта. Полученные данные позволили предложить в случае с выраженной кровоточивостью из десны следующую этапность в проведении профессиональной и обучении индивидуальной гигиене полости рта: в первое посещение лучше использовать местно на слизистую оболочку десны противовоспалительные препараты и рекомендовать их применение в домашних условиях 1–3 раза в день в течение 2–3 дней. Во второй визит – повторно применять местное противовоспалительное лечение и проводить инструктаж и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Профессиональную гигиену полости рта и контроль за персональной гигиеной полости рта лучше проводить со второго-третьего посещения, когда значительно меньше отек и кровоточивость из десны.

**Заключение**

Таким образом, нами установлено, что обследованные беременные имели 100%-ю распространенность и высокую интенсивность поражения зубов и тканей пародонта. Наиболее низкая кислотоустойчивость эмали приходилась на 8–10-ю и 32–34-ю недели беременности. В эти периоды необходимо рекомендовать посещение врача-стоматолога для осмотра, диагностики, мотивации, обучения методам ухода за полостью рта, разработки плана профилактики и лечения (при необходимости). Кроме того, в эти периоды следует использовать, в согласовании с акушером-гинекологом, фитоадаптогены в микродозах (экстракт элеутерококка) или метаболическую терапию (витамин E) по схеме. Эти меры позволят получить редукцию прироста кариеса в отдаленные сроки на 52–60%. При наличии воспалительных явлений в тканях пародонта, кроме профилактической чистки зубов (щетками и пастами) с последующим покрытием лаками, целесообразно применение противовоспалительных препаратов. Сочетанное воздействие противовоспалительных препаратов и обучения индивидуальной гигиене полости рта позволяет снизить индекс налета в 4,3 раза, а интенсивность воспаления в краевом пародонте уменьшается в 2,2 раза. Плановые лечебные процедуры нужно проводить не ранее 14-й недели беременности и до 32-й недели с учетом критических периодов.

Нами разработаны следующие **рекомендации**:

1. В первый триместр беременности:
  - тщательно оценить стоматологический статус и разработать план профилактических и лечебных мероприятий;
  - провести мотивацию и коррекцию ухода за полостью рта: чистить зубы два раза в день утром и вечером после еды, использовать щетки с округлыми формами головки и мягкой щетиной (soft) для бережного ухаживания за зубами и деснами. При повышенном рвотном рефлекс применять зубные пасты с пониженным пенообразованием. Для укрепления твердых тканей зубов пользоваться лечебно-профилактическими паста-

ми и гелями с кальцием и фтором. Снизить воспалительные явления в деснах помогут пасты на основе растительных препаратов;

– с целью укрепления неспецифической резистентности организма рекомендовать назначение с 8-й гестационной недели фитоадаптогена в микродозах (экстракта элеутерококка по 5–6 капель на четверть стакана воды за 20 минут до еды утром и днем) в течение двух недель у женщин с нормальным течением беременности и гипотензивным синдромом; при наличии отеков, анемии, плацентарных нарушений, недостаточном росте плода, его гипоксии в согласовании с акушером-гинекологом использовать витамин Е по 100 мг один раз в день в течение двух недель;

– при наличии воспалительных явлений в тканях пародонта следует использовать безопасные для беременных противовоспалительные местные препараты (например, СДАП) с нанесением на слизистую десны 1–3 раза в день в течение 3–5 дней.

2. Во второй триместр беременности проводить основной объем плановой санации полости рта (лечение пародонта и зубов).

3. В третий триместр беременности рекомендовать использование экстракта элеутерококка или витамина Е с 32-й гестационной недели в течение 14 дней по вышеописанной схеме (по согласованию с акушером-гинекологом).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева, З.Б. Эффективность внедрения региональной программы профилактики кариеса у беременных во фтордефицитном регионе / З.Б.Алиева, Б.Р.Бахмудова, М.Б.Бахмудов // Клиническая стоматология. – 2016. – №4. – С.77–79.
2. Гринин, В.М. Распространенность и факторы риска развития основных стоматологических заболеваний у беременных / В.М.Гринин, И.М.Ерканян, С.Ю.Иванов // Стоматология. – 2018. – №4. – С.19–22.
3. Луцкая, И.К. Эффективность противовоспалительного лечения гингивита у беременных / И.К.Луцкая, Е.А.Демьяненко, Т.П.Буза // Современная стоматология. – 2003. – №2. – С.43–46.
4. Болезни пародонта и осложненное течение беременности / И.М.Макеева [и др.] // Стоматология. – 2019. – №1. – С.70–73.
5. Пародонтологический статус и особенности местного цитокинового звена иммунитета у беременных женщин с хроническим генерализованным пародонтитом в динамике гестационного периода / С.Ю.Максюков [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т.21, №1. – С.29–33.
6. Особенности состояния твердых тканей зубов и пародонта у женщин с сахарным диабетом в различные триместры беременности / Л.Ю.Орехова [и др.] // Пародонтология. – 2019. – №1. – С.29–33.
7. Демьяненко, Е.А. Оптимизация вторичной профилактики воспалительных заболеваний пародон-

та: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А.Демьяненко. – Минск, 2005. – 21 с.

8. Ермакова, И.Д. Дифференцированная профилактика кариеса зубов у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Д.Ермакова. – Минск, 1993. – 18 с.

#### JUSTIFICATION OF DENTIST DISPENSARY OBSERVATION STAGES OF PREGNANT WOMEN

I.K.Lutskaya, A.A.Dzemyanenko, I.D.Ermakova

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

To date, there is no clear tactics of follow-up and substantiated practical recommendations for the prevention and treatment of dental diseases in pregnant women. The study was conducted to assess the dental status of women during pregnancy and to develop recommendations on the timing of follow-up for the main preventive and therapeutic measures. It was estimated that the application of anti-inflammatory medicines reduces dental plaque index by 2 times and reduces the intensity of inflammation 1.7 times. Individual oral hygiene improves by 2.1 times, and inflammation in gingivae decreases by 1.2 times after a single training and motivation. The dental plaque index decreases by 4.3 times, and the intensity of inflammation in the marginal periodontium decreases by 2.2 times with the combined effects of anti-inflammatory medicines and teaching individual oral hygiene: on the first visit, it is better to use anti-inflammatory medicines locally on the gingival mucosa and recommend their use at home 1–3 times a day for 2–3 days. On the second visit, it is necessary to re-apply locally anti-inflammatory treatment and instruct and teach about individual oral hygiene. It is better to carry out professional oral hygiene and control of personal hygiene from the second or third visit, when edema and bleeding from gingivae are much less. The recommendations on the implementation of basic preventive and therapeutic measures in the first, second and third trimester of pregnancy are developed.

Keywords: pregnant women; dental diseases; dentist; dispensary observation; preventive actions; therapeutic measures; recommendations.

#### Сведения об авторах:

**Луцкая Ирина Константиновна**, д-р мед. наук, профессор; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: (+37529) 6316528; e-mail: lutskaja@mail.ru.

**Демьяненко Елена Анатольевна**, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра терапевтической стоматологии, доцент; тел.: (+37529) 6113279.

**Ермакова Ирина Дмитриевна**, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра терапевтической стоматологии.

Поступила 04.03.2019 г.