

Особенности стоматологической патологии и организации стоматологической помощи беременным женщинам

С.Н. Тихонова

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва

Резюме

Особенности планирования и оказания стоматологической помощи в период беременности обусловлены рядом обстоятельств, в том числе: необходимостью создания наиболее благоприятных условий для развития плода; повышенной предрасположенностью организма женщины к развитию патологических изменений со стороны полости рта и риском обострения очагов хронической одонтогенной инфекции, ограничениями, связанными с технологией стоматологического лечения. Требуется использование индивидуальных лечебных и профилактических программ, созданных на основе оценки уровня риска, и предусматривающих щадящий режим оказания стоматологической помощи.

Ключевые слова: беременность, заболевания зубов, заболевания пародонта, диагностика, профилактика, планирование лечения.

Specific features of oral pathology and oral care management during pregnancy

S.N. Tychonova

Academic Scientific Medical Center, Department of Affairs Management of President of Russian Federation, Moscow

Summary

Special needs in planning and providing oral in the period of pregnancy are related to the number of factors, including negative role of oral pathology as a risk factor of pregnancy complications, the increased risk of oral pathology progression during pregnancy, the restrictions bound to the methods of dental treatment in pregnant woman. Individually planned preventive and treatment programs based on risk estimation are indicated, as well as special care to guarantee safety of dental treatment during pregnancy.

Key words: pregnancy, dental pathology, periodontal pathology, diagnostic, prevention, treatment planning.

Координаты для связи с автором: lanatih-mail.ru@mail.ru

С наступлением беременности в организме женщины возникают комплексные изменения, создающие условия для внутриутробного развития плода и подготовки организма к родам. В связи с этим беременность сопровождается физиологическими системными и органными изменениями, большая часть которых носит временный характер и исчезает после родов, однако требует учета при планировании и реализации медицинской помощи в этот период жизни женщины. Изменения психо-физиологического статуса, различных видов гомеостаза (имунного, гормонального, метаболического, водно-солевого обмена и проч.) в период развития беременности, а также в раннем послеродовом периоде делают женщину более уязвимой к внешним повреждающим факторам.

Планирование стоматологической помощи женщине в период беременности имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, физиологическое и, тем более, патологическое течение беременности повышает предрасположенность женщины к развитию и отягощенному течению ряда стоматологических заболеваний. В свою очередь, стоматологическая патология потенциально может являться фактором риска в течении беременности: в последние годы появляется все больше данных о роли заболеваний твердых тканей зубов и пародонта как одонтогенных хроническо-инфекционных очагов, из которых микроорганизмы и продукты жизнедеятельности распространяются по всему организму, вызывая осложнения течения беременности, родов и послеродового периода. Поэтому стоматологическая помощь на всех этапах подготовки к материнству — это важное и обязательное мероприятие. С другой стороны, следует учитывать определенные, подчас, существенные, ограничения в выполнении ключевых стоматологических процедур и применении ряда стоматологических технологий, сопряженные с беременностью в ее различные периоды.

Особенности стоматологической заболеваемости в период беременности

Потребность в стоматологической помощи при беременности обусловлена рядом обстоятельств:

- необходимостью плановой санации полости рта с целью поддержания здоровья матери и создания наиболее благоприятных условий для развития плода;
- повышенной предрасположенностью к патологическим изменениям со стороны полости рта, характерным для периода беременности и кормления;
- повышенным риском обострения имевшихся ранее хронических одонтогенных очагов инфекции и связанного с этим негативного влияния на организм не только матери, но и будущего ребенка.

Ряд клинических исследований, проведенных в разные годы отечественными авторами, свидетельствует о высоком уровне распространенности основных стоматологических заболеваний даже у женщин с физиологическим характером течения беременности. Так, показано, что среди женщин с неосложненным течением беременности частота выявления кариеса зубов составила 91,4%, заболеваний тканей пародонта — 90%. При этом в период развития беременности поражение ранее интактных зубов (с преимущественным острым течением кариозного процесса) отмечено у 38% беременных, прирост интенсивности кариеса в период беременности составил 0,24. Частота выявления очаговой цервикальной деминерализации эмали возросла с 29% на ранних сроках беременности (1-й триместр) до 64% в конце беременности. Среднее число зубов с очаговой деминерализацией эмали возросло с 1,81 до 5,23. Очаговая деминерализация зубов плохо поддавалась традиционным методам консер-

вативного лечения и в большинстве случаев приводила к образованию кариозного дефекта.

С увеличением сроков беременности обычно отмечается также ухудшение гигиенического состояния полости рта и состояния пародонта. Не менее чем в 50% случаев так называемый гингивит беременных развивается даже при нормальном течении уже на 2-3 месяце беременности. Со второго триместра беременности патологический процесс становится более выраженным и чаще протекает по типу гипертрофического гингивита, нередко появляются полипозные разрастания десны, эпюлиды. По мере развития беременности пародонтиты прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина улучшается. Однако заболеваний пародонта, впервые развившиеся во время беременности, могут приобретать хроническое течение при неадекватной терапии.

Значительно более тяжело протекает стоматологическая патология при токсикозах беременности. Так, на фоне позднего токсикоза беременности показана тенденция к повышению распространенности кариеса (до 94%), прироста интенсивности кариеса до 0,83. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних токсикозах беременности, является острое течение, быстрое распространение очага деструкции по периферии и в глубину, к пульпе зуба, что приводит к сокращению сроков развития осложненных форм кариеса. При ранних и поздних токсикозах нарастает частота повышенной чувствительности интактных зубов к химическим, термическим, механическим раздражителям, а также развитие и прогрессирование некариозных поражений в виде клиновидных дефектов и вертикальной патологической стираемости зубов. Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия зубов были отмечены у 79% беременных.

Распространенность патологии тканей пародонта при поздних токсикозах достигает 100%, значительно чаще выявляются тяжелые формы гипертрофического гингивита. Хирургическое удаление разрастаний десны в период беременности не дает стойкого эффекта. Слизистая оболочка полости рта легко ранима, легко кровоточит, что затрудняет некоторые этапы протезирования.

У беременной женщины на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма очаги хронической одонтогенной инфекции могут привести к серьезным осложнениям в результате обострения воспалительного процесса. Состояние здоровья беременной оказывает влияние на антенатальные процессы минерализации эмали зачатков зубов.

Риск развития стоматологической патологии связан с периодами развития беременности. Наиболее высокий уровень прироста воспалительных явлений в тканях пародонта отмечается во 2 триместре беременности, а критическое нарастание кариесогенной ситуации — в 3 триместре. К числу прочих факторов, связанных с показателями стоматологической заболеваемости в период беременности относятся такие как возраст женщины, число предшествовавших беременностей, закончившихся родами.

Состояние полости рта в период беременности в известной мере может определять качество послеродового периода. Так, при изучении причин послеродовых заболеваний было установлено, что у 10% женщин они связаны с заболеваниями зубов и слизистой оболочки полости рта, в то время как у рожениц с интактной и

санированной полостью рта не установлено осложненного течения послеродового периода.

Приведенные выше данные не только определяют оптимальные сроки стоматологических осмотров в течение беременности и послеродового периода, но и позволяют обеспечить дифференцированный подход к программам профилактики и лечения наиболее значимых для данного периода беременности заболеваний ротовой полости.

Особенности оказания стоматологической помощи в период беременности

Потребность в получении стоматологической помощи в период беременности высока. Так, в период развития беременности потребность в терапевтической помощи возникала у 94,7%, в ортопедической — у 56,1% беременных женщин, экстренные хирургические вмешательства выполнялись у 2,2% беременных. Учитывая особенности течения стоматологической патологии и повышенный риск ее прогрессирования и обострения в период беременности, возрастает роль профилактических мероприятий.

При планировании стоматологической помощи в период беременности необходимо ответить на следующие вопросы:

- в какой срок проводить профилактические мероприятия и с какой частотой, на кого направлены профилактические мероприятия (мать, плод);
- в какой срок лечить кариес и его осложнения;
- какими стоматологическими материалами и лекарственными препаратами (антисептиками, анестетиками и проч.) допустимо пользоваться при лечении;
- кратность приема, длительность посещения;
- подготовка к стоматологическому приему;
- необходимые рекомендации;
- назначение медикаментов, физиотерапевтических процедур;
- необходимость согласования лечения с другими специалистами.

При планировании и реализации стоматологического лечения следует учитывать возможность очевидного неблагоприятного влияния связанных со ним процедур на общее состояние беременной женщины. К числу неблагоприятных для беременной пациентки факторов стоматологического вмешательства следует отнести:

- психоэмоциональный стресс, обусловленный визитом к стоматологу, ожиданием боли, вероятностью возникновения боли при стоматологическом заболевании или лечении;
- горизонтальное положение в стоматологическом кресле, особенно на более поздних стадиях беременности;
- длительность проводимой стоматологической процедуры;
- использование медикаментозных средств и факторов физического воздействия в процессе стоматологического лечения.

Особенности стоматологического приема беременной женщины связаны с необходимостью учета, в первую очередь, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, выделительной системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, а также психики.

Ниже приведены некоторые из наиболее существенных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, требующие учета на стоматологическом приеме:

- после 6 недели беременности тип кровообращения изменен на гипердинамический, что клинически может проявляться увеличением частоты пульса и его наполнения;
- во 2 триместре беременности нередко снижено артериальное давление с увеличенным пульсовым давлением при нормальном течении беременности;
- возможно повышение артериального давления во 2-м и 3-м триместрах, как проявление артериальной гипертензии 2-ой половины беременности
- возможны нарушения сердечного ритма в виде экстрасистолий;

Клинически эти изменения в условиях стоматологического приема могут способствовать:

- появлению сердечно-легочной недостаточности в связи с неадекватным увеличением сердечного выброса, частоты сердечных сокращений, потреблением кислорода и минутного объема дыхания в ответ на психоэмоциональную и физические нагрузки (горизонтальное положение пациентки в кресле с изменением условий гемодинамики и увеличением нагрузки на сердце);
- повышенному риску синкопальных состояний (обмороки как проявление симптоматических ортостатических коллапсов);
- появлению нарушений сердечного ритма в виде экстрасистолий;
- повышенному риску артериальных гипертензий.

Функция почек в период беременности особенно чувствительна к изменениям положения тела. Она усиливается в положениях лежа и на боку. Показано, что при сроке беременности 30–32 недель не менее чем у 10% женщин в горизонтальном положении на жестком основании, например на стоматологическом кресле, развивается синдром сдавления нижней полой вены. Увеличенная матка, сдавливая нижнюю полую вену, уменьшает приток крови к сердцу, что приводит к повышению периферического сопротивления, падению АД и ухудшению маточно-плацентарного кровотока. Особенно выражен этот синдром при осложненных формах беременности и артериальной гипотонии.

Повышение внутрибрюшного давления в сочетании с расслаблением гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта приводит к появлению и усугублению гастро-эзофагально рефлюксной болезни, что клинически проявляется изжогой, тошнотой, рвотой, иногда болями за грудиной. Горизонтальное положение провоцирует проявление этих симптомов.

Учитывая вышеназванные факторы, при оказании стоматологической помощи беременной следует предусмотреть только полусидячее положение пациентки в стоматологическом кресле.

Опыт реализации комплексной программы профилактики и лечения стоматологической патологии в период беременности

Под нашим наблюдением находилось 180 беременных женщин. После проведения традиционного лечения заболеваний пародонта, кариеса и его осложнений нами проводились профилактические мероприятия, направленные на предотвращение обострений ранее имеющихся очагов поражения и возникновений новых. Беременные женщины посещали стоматолога 1 раз в 6–8 недель.

Первоначально, с помощью индикаторной жидкости Plaque Test (IVOCAR VIVADENT™, Швейцария) определяли наличие мягких и твердых зубных отложений. Применение данного препарата для беременных обусловлено быстротой и наглядностью качества ухода за полостью рта.

Для оценки степени активности кариозного процесса и определения ацидогенной микрофлоры (*Streptococcus mutans* и *Lactobacillus*), которые приводят к снижению pH слюны и ротовой жидкости, и являются показателем деминерализации над реминерализацией, нами были использованы тесты “CRT Bacteria”, “CRT buffer” (IVOCAR VIVADENT, Швейцария). На основе полученных данных в комплекс мер профилактики были включены эндогенные профилактические средства, подбор и прием которых носил индивидуальный характер и согласовывалось с врачом-гинекологом.

Для шадящего способа удаления твердых зубных отложений и сокращения времени пребывания беременной женщины в кресле стоматолога предварительно использовался размягчающий гель на основе природного полисахарида. Для непосредственного удаления зубных отложений помимо мануальных инструментов были использованы ультразвуковой аппарат Piezop Master и воздушноабразивный прибор Air-Flow. После удаления зубных отложений и последующего полирования с помощью профессиональной полировочной пасты производилось профилактическое покрытие зубов реминерализующим лаком Fluor Protector. Выбор лака в качестве средства фтор-профилактики обусловлен сочетанием таких преимуществ, как длительное удержание на обработанной поверхности и высокое содержание фтора, что обеспечивает оптимальный профилактический эффект.

По показаниям в связи с высокой степенью активности кариозного процесса у 62% беременных женщин нами проводилась методика запечатывания фиссур материалом Tetric Evo Flow. Данный жидкотекучий композит депонирует и активно выделяет фтор, обеспечивая длительное реминерализующее действие.

Проведение экзогенной профилактики у беременных женщин мы совмещали с обучением и контролем индивидуальной гигиены полости рта. Во время проведения бесед обращалось особое внимание на значимость стоматологического здоровья матери, как основы стоматологического здоровья будущего ребенка.

Общесоматические заболевания были выявлены у 74% беременных, в том числе: анемии – у 57%, патология ЛОР-органов – у 7%, нефропатии – у 8%, сердечно-сосудистая патология – у 4%.

Результаты стоматологического обследования показали, что среди обследованных доля санированных лиц составила всего 3%, нуждающихся в лечении, вследствие отсутствия такового до беременности – 9,2%, нуждающихся в дополнительных лечебных и профилактических мероприятиях, проходивших до беременности стоматологическое лечение – 87%. При этом в лечении твердых тканей зубов нуждалось 90% пациенток, в лечении заболеваний пародонта 95% женщин. Полученные нами данные свидетельствовали о низком уровне гигиены полости рта у обследованных. В среднем гигиенический индекс составил 2. Состояние здоровья беременной оказывает влияние на антенатальные процессы минерализации эмали зачатков зубов.

Определение кариесогенной ситуации в полости рта с применением тестов “CRT bacteria”, “CRT buffer” было проведено у 98 женщин. Получены следующие результа-

ты: во второй половине беременности снижение рН ротовой жидкости до интервала значений 4,5–5,5 отмечено у 94% женщин; до рН = 6 – у 6% женщин. В пробах слюны плотность вырастающих колоний *Lactobacillus* соответствовала II – III степени по шкале КВЕ (*Kolonieendildende Einheiten*), что оценивалось как высокий риск поражения кариесом. Оценка плотности бактериальных колоний *Streptococcus mutans* с помощью образца (*model chart*) в единицах колоний КВЕ соответствовала II классу в 46% случаев, III классу – в 20% случаев.

Проведенный нами комплекс стоматологического лечения, включавший своевременную санацию полости рта, профилактические мероприятия и диспансеризацию в период беременности позволил добиться следующих клинических результатов. В 91% случаев отсутствовал прирост интенсивности кариеса за период наблюдения. Уровень гигиенического индекса сократился до среднего значения 1,9.

В целом, использованный нами комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволил сохранить стоматологическое здоровье беременной женщины и создать наиболее благоприятные условия для развития ребенка.

Литература

1. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. – Киев: Книга плюс, 2001. – 202 с.
2. Шугайлов И. А., Васильченко Н. П., Шульгин Е.

Г., Рабинович С. А., Финадеев А. П., Стош В. А. Выбор и планирование обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах у беременных: Методические рекомендации. МЗ РСФСР. – М., 1989. – 17 с.

3. Гноевая Л.В. «Клинике – иммунологические особенности заболеваний пародонта у беременных женщин» Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 1988. – С. 20–22

4. Касибина А.С. «Распространенность кариеса зубов у женщин при физиологическом течении беременности и поздних токсикозах» Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1973. – 16 с.

5. Особенности организации стоматологической помощи беременным женщинам. Метод рекомендации. – Волгоград, 1976. – 22 с.

6. Романовская Л.Д. Состояние тканей пародонта у беременных с поздним токсикозом. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 1990 г.

7. Чучмай Г.С. Стоматологическая диспансеризация беременных и ее значение в предупреждении пародонтопатий у матерей и кариеса зубов у детей. Автореф. дис. докт., мед. наук. – Львов, 1969. – 35 с.

8. Чумакова Ю.Т. Обоснование принципов профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у женщин в разные сроки беременности. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Киев, 1996.

9. Сайфуллина Х.М. «Кариес зубов у детей и подростков». – М.: МЕДпресс, 2001. – 96 с.

Диагностика, планирование и хирургическое лечение одностороннего анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков

С.А. Ульянов, О.З. Топольницкий, Я.В. Шорстов, Ю.А. Родионова, Ю.П. Симонова

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Резюме

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава является тяжелой патологией, часто встречающейся у детей и подростков. У пациентов с костными заболеваниями ВНЧС происходит резкое ограничение открывания рта, асимметрия лица, нарушение функций жевания, глотания, речи и дыхания. Хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения. На сегодняшний день существует несколько методов хирургического лечения и видов пластических материалов для замещения дефекта нижней челюсти. Требуется выработка определенного алгоритма реабилитации у пациентов с костными заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: анкилоз, височно-нижнечелюстной сустав, хирургическое лечение.

Diagnose, planning, surgical treatment in children and teenagers with one-sided temporomandibular joint ankylosis

S. Uljanov, O. Topolnickiy, Ya. Shorstov, J. Rodionova, J. Simonova

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow

Summary

TMJ ankylosis is one of most complicated surgical pathologies prevalent in children and teenagers. The complications of TMJ ankylosis include limitation of jaw movement and oral function, disorders of the craniofacial growth. The surgical intervention is most effective method of treatment. There are a lot of methods of surgical treatment and types of plastic materials used for mandible defect reconstruction. Clinical practice demands to develop a defined algorithm of surgical rehabilitation in patients with bone diseases.

Key words: ankylosis, temporomandibular joint, surgical treatment.

Координаты для связи с автором: rodionova-julia@mail.ru

Актуальность проблемы

Односторонний анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является сложной патологией, часто встречающейся у детей и подростков. Причиной костных заболеваний являются остеомиелит суставных концов костей на фоне гематогенного сепсиса новорожденного, родовая травма или бытовая травма, приводящая к перелому мышечного отростка после рождения, воспалительные заболевания ЛОР-органов (средний гной-