

# ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ВРАЧОМ-СТОМАТОЛОГОМ

УДК 614.25:616.31:618.2/.3

Поступила 16.09.2010 г.



С.М. Толмачева, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

С учетом современных достижений рассмотрены особенности оказания стоматологической помощи беременным: указаны оптимальные сроки наблюдения, отмечены «критические» периоды беременности, определены критерии и тактика ведения беременных стоматологом-терапевтом. Приведенные данные позволяют с минимальным риском и более эффективно осуществлять необходимый объем стоматологических вмешательств.

**Ключевые слова:** стоматологическая помощь беременным, «критические» периоды беременности.

## English

### Peculiarities of the pregnant female dispensary observation by a stomatologist

S.M. Tolmachyova, c.m.s., assistant professor of a therapeutic stomatology chair

Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

The peculiarities of a stomatologic care to pregnant females are regarded considering the modern achievements: the optimal dates of observation are pointed, the «critical» periods of pregnancy are marked, the criteria and tactics of the pregnant female treatment by a stomatologist-therapist are defined. The presented data permits to render a necessary volume of stomatologic interventions with a minimum risk and more effectively.

**Key words:** stomatologic care to pregnant females, «critical» periods of pregnancy.

Уровень стоматологического здоровья женщины изменяется с развитием беременности и во многом определяется ее течением. Согласно данным российского здравоохранения, потребность в стоматологической терапевтической помощи возникает у 94,7% беременных [1]. Это связано, во-первых, с отсутствием профилактической санации полости рта до начала беременности и, во-вторых, с изменениями стоматологического статуса с развитием беременности: возникновением патологических процессов в полости рта, характерных для периода беременности, а также обострением существующих ранее хронических одонтогенных очагов инфекции, что обусловлено деятельностью нейроэндокринной системы и формированием вторичного иммунодефицитного состояния.

С момента постановки на учет в женской консультации беременная получает направление на осмотр к врачу-стоматологу, поскольку состояние здоровья полости рта пациенток является залогом будущего здоровья ребенка. Стоматологическое обследование женщины рекомендуется проводить в 6—8, 16—18, 26—28,

36—38 нед беременности; лечение и удаление разрушенных зубов — до беременности, если же этого не произошло, то в срок 3—6 мес.

Проводимое обследование не должно занимать много времени, вместе с тем должно быть емким и объективно оценивать клиническую картину полости рта, включая состояние твердых тканей зубов и пародонта. Обязательными критериями оценки стоматологического уровня здоровья являются гигиеническое состояние полости рта и интенсивность кариеса зубов, определяемая индексом КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб). Для определения гигиенического состояния полости рта с целью объективизации присутствия и интенсивности зубного налета предлагается множество специальных индексов, среди них предпочтение следует отдавать индексу зубного налета Silness-Loe (1964), основанному на определении толщины зубного налета в придесневой области. Отдельно следует отметить очаговую деминерализацию, включающую кариес в стадии белого или пигментированного пятна — ранние формы кариеса, позволяющие судить об активности

Для контактов: Толмачева Светлана Марковна, тел. раб. 8(831)419-78-52, тел. моб. +7 903-602-38-28; e-mail: smarso@rbcmail.ru.

кариозного процесса, — и некариозные поражения, поскольку зуб с какой-либо формой некариозного поражения не является интактным, но и не учитывается при определении индекса КПУ, хотя требует специального подхода к выбору метода лечения и профилактических мероприятий.

Для оценки интенсивности и распространенности воспалительных заболеваний пародонта мы рекомендуем использовать комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по Леусу (1988), индекс кровоточивости I. Cowell (1975) и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА по С. Парма (1960). КПИ характеризует не только признаки болезней пародонта (кровоточивость, поддесневой зубной камень, десневой и пародонтальный карманы, патологическую подвижность зубов), но и фактор риска (зубной налет). Выбор КПИ обоснован простотой применения (технически и методически), хорошей воспроизводимостью, информативностью, возможностью использования обычного стоматологического инструментария. По сравнению с ним применяющийся индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (SPITN, 1982) требует пародонтального зонти. Кроме того, у беременных, как правило, отсутствуют пародонтальные карманы, в связи с чем отпадает необходимость их измерения.

Индекс кровоточивости I. Cowell (1975) — «зондовая проба» — является одним из самых показательных и чувствительных методов определения степени воспаления десны при гингивитах и пародонтитах. Повышенная кровоточивость при клинически здоровом пародонте определяется приблизительно в 30—40% случаев [2], что и позволяет использовать «зондовую пробу» для раннего выявления начальных воспалительных изменений.

При проведении лечебно-профилактических мероприятий у беременной должны учитываться кариогенная ситуация в полости рта (активность кариеса зубов), общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. В частности, следует обращать внимание на неудовлетворительную гигиену полости рта, пломбы, не восстанавливающие анатомию и функцию зуба (нависающие края пломб, нарушенное краевое прилегание, отсутствие контактных пунктов между зубами), тесное положение зубов в зубном ряду, нерациональные ортопедические и ортодонтические конструкции, хронические соматические заболевания. Кроме того, сама беременность является фактором риска развития заболеваний твердых тканей зубов и пародонта.

Планирование времени приема у врача-стоматолога необходимо проводить, избегая «критических» периодов беременности — моментов повышенной опасности: возможности выкидыша или преждевременных родов. В это время даже самые незначительные по силе раздражители, как внутренние, так и внешние, могут изменить состояние тонуса беременной матки, обусловить ее сокращения, а в конечном итоге привести к наступлению выкидыша или преждевременных родов. Одни авторы [3] выделяют два периода на протяжении беременности, в течение которых изменяются нормальные физиологические соотношения между деятельнос-

тью мозга и матки: I период — начало беременности (12—14 нед); II период — конец беременности (последняя неделя до ожидаемых родов). Другие авторы [4] отмечают три критических периода эмбриогенеза, во время которых воздействие внешнего неблагоприятного фактора наиболее опасно: I период — первые три недели (предимплантационный период эмбриогенеза) — может возникнуть гибель зародыша либо при продолжении своего развития беременность может закончиться рождением ребенка с тяжелыми, нередко множественными пороками; II период — с 4-й недели до 12—16-й недели (дифференцировка тканей эмбриона), наиболее чувствительным является период между 3-й и 8-й неделями гестации; III период — между 18-й и 22-й неделями гестации (период окончательного формирования плаценты).

Неудачный выбор стоматологического лечения создает риск для данной категории пациентов. Частота невынашивания повышается и может составлять 10—25% к числу беременностей. Проведение стоматологических вмешательств почти в 2 раза увеличивает количество выкидышей: в I триместре беременности — до 6—9%, во II — до 2—6% [1].

На основании приведенных данных врачу-стоматологу для плановой санации ротовой полости беременной необходимо выбрать период минимального негативного воздействия на мать и плод при стоматологическом вмешательстве. Таким оптимальным периодом является срок между 13-й и 32-й неделями беременности. В это время уже закончен органогенез плода, сформировалась плацента, функционирует фетоплацентарное кровообращение, в определенной степени стабилизирована гемодинамика, улучшились показатели иммунологического статуса у матери.

Другим фактором, определяющим особо внимательное отношение к беременным, является наличие сопутствующей общесоматической патологии, которая встречается у них в 60—80% случаев [1]. Как правило, сопутствующие общесоматические заболевания при ведении беременных пациенток на стоматологическом приеме не учитываются, что приводит к возникновению противоречивых мнений о влиянии беременности на развитие заболеваний пародонта и твердых тканей зуба. В настоящее время установлено, что общесоматическая патология создает фон, нередко является причиной осложнений течения беременности и предрасполагает к неадекватному ответу на стоматологическое вмешательство [3, 5].

Особое внимание следует обратить на положение беременной в стоматологическом кресле во время приема. При сроке 30—32 нед у 10% женщин в горизонтальном положении на жестком основании развивается синдром сдавления нижней полой вены. Увеличенная матка, сдавливая нижнюю полую вену, уменьшает приток крови к сердцу, что приводит к повышению периферического сопротивления, развитию гипотонического криза (падение артериального давления, тошнота, ощущение нехватки воздуха, потливость) и ухудшению маточно-плацентарного кровотока, создающему опасность внутриутробной гипоксии плода. Поэтому

все манипуляции следует проводить в сидячем или полуположенном положении пациентки. Если, несмотря на все предосторожности, указанные явления возникают, следует уложить пациентку на левый бок. В последние три месяца беременности необходимо отказаться от продолжительных процедур, а время ожидания приема лечения должно быть сведено к минимуму.

Экстренная стоматологическая помощь беременным женщинам должна оказываться в любые сроки с учетом сопутствующей патологии и аллергического статуса пациентки. Однако в любом периоде беременности лечение должно проводиться абсолютно безболезненно.

Местноанестезирующие средства действуют главным образом на нервные волокна и концевые аппараты чувствительных нервов, предотвращая генерирование импульсов и/или блокируя их проведение по нервным волокнам. При резорбтивном действии все местные анестетики способны достигать плода как в ранние, так и в поздние сроки беременности. Однако биологическое значение их действия на плод и новорожденного обычно весьма незначительно. Местноанестезирующие вещества, относящиеся к группе сложных эфиров, быстро биотрансформируются в крови матери и плаценте, так что к плоду переносится небольшое их количество. Средства, относящиеся к группе амидов, метаболизируются медленнее. На их перенос через плаценту влияют степень связывания с белками, степень ионизации и жирорастворимость. Так как для переноса доступна только свободная часть препарата, то вещества с высокой способностью к связыванию с белками с меньшей вероятностью будут достигать плода.

Выраженность действия лекарственного средства на плод определяется скоростью трансплацентарного движения препарата, особенностями его метаболизма в организме беременной, плода и в плаценте. С точки зрения фармакокинетики существенным является «плацентарный барьер». Многие лекарственные препараты проникают через плаценту путем диффузии, и их распределение по обеим сторонам этого барьера не отличается от их распределения в других областях, разделенных друг от друга мембранами. Проницаемость плаценты возрастает до 32—35-й недели беременности и еще более повышается при стрессовых ситуациях и гестозах.

Препараты 4% артикаина с низким содержанием адреналина (1:200 000) являются наиболее безопасными для беременных женщин: ультракаин DS (ф. Aventis), убистезин (ф. 3M ESPE), септанест 4% N (ф. Septodont), артикаин N (ф. INIBSA), альфакаин N (ф. Spad). Среди системных фармакологических эффектов адреналина неблагоприятными для беременной женщины являются: стимуляция тонических сокращений миометрия, ослабление перистальтики желудочно-кишечного тракта с повышением тонуса его сфинктеров, повышение уровня сахара в крови, учащение сердечного ритма, повышение сердечного выброса, повышение артериального давления.

В последние сроки беременности с осторожностью следует назначать препараты, содержащие норадреналин, поскольку он повышает риск сокращения матки.

Нельзя использовать вазопрессин и октапрессин, так как они усиливают сокращения матки. Вследствие этого препаратами выбора могут служить местноанестезирующие средства на основе мепивакаина: скандонест 2% NA (ф. Septodont), мепивастезин (ф. 3M ESPE), мепидонт (ф. L. MOLteni) — 3% раствор мепивакаина гидрохлорида без вазоконстриктора. Мепивакаин по эффективности сравним с лидокаином, малоаллергичен, обладает минимальным вазодилатирующим эффектом. Кроме того, могут использоваться препараты 4% артикаина без адреналина: септанест 4% SVC (ф. Septodont), ультракаин D (ф. Aventis).

При лечении заболеваний твердых тканей зубов беременных также следует учитывать ряд особенностей. Необходимо отказаться от этапа кондиционирования эмали и дентина 37% ортофосфорной кислотой, вызывающей искусственную деминерализацию твердых тканей зуба. Этот факт является определяющим и в выборе пломбировочного материала. Для восстановления анатомической формы зуба могут быть использованы стеклоиономерные цементы, компомеры и композитные пломбировочные материалы, работающие с праймер-адгезивной системой 6-го и 7-го поколений, что позволяет исключить этап протравливания. Кроме того, стеклоиономерные цементы и компомеры являются материалами, используемыми в «сэндвич-технике» пломбирования полостей зубов в качестве лайнерной или базовой прокладок, поскольку обладают свойством аккумулировать фтор из ротовой жидкости и отдавать дентину зуба. Рекомендуется использовать метод глубокого фторирования для обработки дентина препаратами дентин-герметизирующего ликвида (ф. Humanchemie, Германия) и глюфторэда (ф. «ВладМиВа», Россия), снимающими послеоперационную чувствительность зубов. Для лечения кариеса в стадии белого пятна применяют эмаль-герметизирующий ликвид (ф. Humanchemie, Германия), глюфторэд (ф. «ВладМиВа», Россия), R.O.C.S. Medical Minerals Gel (Швейцария).

Особенности лечения осложненного кариеса (пульпита и периодонтита) полностью определяются невозможностью проведения рентгенологического исследования на этапах диагностики и контроля качества проведенных манипуляций. Эндодонтическое лечение должно завершаться пломбированием корневых каналов временными пастами, содержащими йодоформ, — последний обеспечивает длительное нахождение материала в корневом канале (до 9 мес). К таким материалам относятся метапекс (ф. Meta Biomed Co., Ltd, Ю. Корея), виталпекс (ф. Neo Dental Chemical Products, Япония), апексдент с йодоформом (ф. «ВладМиВа», Россия). В качестве временной пломбы целесообразно использовать стеклоиономерные цементы, не уступающие по прочности композитным пломбировочным материалам. До начала лечения беременной необходимо предоставить информацию о планируемых манипуляциях и обозначить явку повторного посещения.

Таким образом, знание особенностей разных периодов беременности позволяет врачам стоматологам-терапевтам обоснованно осуществлять диспансерное

наблюдение данной категории пациентов: согласно установленным срокам и критериям, с минимальным риском оказывать необходимый объем стоматологических вмешательств.

### Литература

1. Рабинович С.А., Московец О.Н., Демина Н.А. Психологическое состояние беременных женщин на стоматологическом приеме. Клиническая стоматология 2000; 4: 35—37.
2. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта. Пародонтология 1998; 3: 8—13.
3. Носова В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть I). Институт стоматологии 2001; 3: 46—49.
4. Носова-Дмитриева В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть II). Институт стоматологии 2003; 4: 72—73.
5. Лукиных Л.М., Толмачева С.М. Особенности этиопатогенеза стоматологических заболеваний в период беременности. В кн.: Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». М; 2004; с. 176—180.