

УДК 618.2-055.2..616.314-08-039.71

**В.А. Кузьміна, І.І. Якубова**

## Ефективність профілактики основних стоматологічних захворювань у вагітних в умовах великого міста

ПВНЗ «Київський медичний університет», Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.6(86):61-66; doi 10.15574/SP.2017.86.61

Профілактика основних стоматологічних захворювань під час вагітності є важливою ланкою у збереженні стоматологічного здоров'я вагітних та в антенатальній профілактиці карієсу тимчасових зубів у дітей.

**Мета:** вивчення ефективності схеми профілактики стоматологічних захворювань у вагітних в умовах великого міста.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилися 67 вагітних віком 18–34 років. Усіх жінок було розділено на основну (ОГВ) та контрольну групу вагітних (КГВ). Після стоматологічного обстеження та заповнення документації жінки були розподілені на стоматологічні диспансерні групи (СДГ). Ефективність впровадженої лікувально-профілактичної схеми оцінювалася за динамікою індексів КПВз, КПВп, РМА на початку I триместру та наприкінці III триместру вагітності (протягом 6 місяців спостереження).

**Результати.** Ефективність запропонованої лікувально-профілактичної схеми для вагітних підтверджувалася нижчим у 4,67 рази значенням показника приросту карієсу зубів у вагітних ОГВ порівняно з КГВ (0,30±0,06 зуба і 1,4±0,13 зуба відповідно). У жінок ОГВ наприкінці дослідження показник РМА мав тенденцію до зниження і склав 11,67±1,87%, натомість у КГВ, навпаки, спостерігалася тенденція до зростання, відповідно до 26,81±2,90%.

**Висновки.** Ускладнення вагітності та екстрагенітальна патологія значно збільшують ризик розвитку виникнення каріозного ураження зубів та запальних захворювань пародонта у вагітних. Доведена необхідність регулярних профілактично-лікувальних оглядів у жінок під час вагітності у стоматолога.

**Ключові слова:** вагітність, інтенсивність карієсу зубів, стоматологічна диспансерна група, запалення тканин пародонта.

### Prevention efficacy of main dental diseases in pregnant women in condition of a big city

**VA. Kuzmina, I.I. Yakubova**

Private Higher Educational Institution «Kyiv Medical University», Ukraine

Prophylaxis of the main dental diseases across pregnancy is an important link in preserving the dental health of pregnant women and antenatal caries prophylaxis of temporary and permanent teeth in children.

**Objective:** to study the efficacy of dental diseases prevention regimen in pregnant women in a large city.

**Material and methods.** In total 67 pregnant women aged from 18 to 34 years were followed-up. All pregnant women were divided into the main group (MG) and control group (CG). After the dental screening and filling in the documentation, women were divided into the dental dispensary groups (DDGs). The efficiency of the implemented treatment-and-prophylactic regimen was estimated by the DMFT, DMFS, PMA index dynamics at the beginning of the first trimester and at the end of the third trimester of pregnancy (within 6 months of observation).

**Results.** The efficiency of the proposed treatment-and-prophylactic regimen for pregnant women was proved by a 4.67 times lower caries index in pregnant women of MG as compared to those of CG (0.30±0.06 tooth and 1.4±0.13 tooth, respectively). In women of MG at the end of the study, PMI had a tendency to decrease and amounted to 11.67±1.87%, whereas in CG, on the contrary, it tended to increase and made up 26.81±2.90%.

**Conclusions.** Complications of pregnancy and extragenital pathology significantly increase the risk of caries lesions and inflammatory periodontal diseases in pregnant women. The necessity of regular prophylactic and medical examinations of pregnant women by dentist is proved.

**Key words:** pregnancy, dental caries intensity, dental dispensary group, inflammation of periodontal tissues.

### Эффективность профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных в условиях большого города

**В.А. Кузьмина, И.И. Якубова**

ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», Украина

Профилактика основных стоматологических заболеваний во время беременности является важным звеном в сохранении стоматологического здоровья беременных и в антенатальной профилактике кариеса временных зубов у детей.

**Цель:** изучение эффективности схемы профилактики стоматологических заболеваний у беременных в условиях большого города.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 67 беременных в возрасте 18–34 года. Все женщины были разделены на основную (ОГБ) и контрольную группу беременных (КГБ). После стоматологического обследования и заполнения документации женщины были распределены на стоматологические диспансерные группы (СДГ). Эффективность внедренной лечебно-профилактической схемы оценивалась по динамике индексов КПВз, КПВп, РМА в начале I триместра и в конце III триместра беременности (в течение 6 месяцев наблюдения).

**Результаты.** Эффективность предложенной лечебно-профилактической схемы для беременных подтверждалась более низким в 4,67 раза значением показателя прироста кариеса зубов у беременных ОГБ по сравнению с КГБ (0,30±0,06 зуба и 1,4±0,13 зуба соответственно). У женщин ОГБ по окончании исследования показатель РМА имел тенденцию к снижению и составил 11,67±1,87%, между тем в КГБ, наоборот, наблюдалась тенденция к росту, соответственно до 26,81±2,90%.

**Выводы.** Осложнения беременности и экстрагенитальная патология значительно увеличивают риск развития кариозного поражения зубов и воспалительных заболеваний пародонта у беременных. Доказана необходимость регулярных профилактически-лечебных осмотров женщин во время беременности у стоматолога.

**Ключевые слова:** беременность, интенсивность кариеса зубов, стоматологическая диспансерная группа, воспаление тканей пародонта.

### Вступ

Важливою умовою ефективної профілактики стоматологічних захворювань у вагітних є проведення регулярної лікувально-профілактичної допомоги жінкам протягом усього періоду вагітності. В Україні були розроблені комплексні програми профілактики для

вагітних [13] і раціональні підходи до стоматологічної профілактики за триместрами вагітності [9], з різною кількістю відвідувань лікаря. З метою профілактики стоматологічних захворювань як у самої жінки, так і у її майбутньої дитини, доцільним є проведення повторних санітарно-освітніх програм у кожному три-

Таблиця 1

Розподіл вагітних за стоматологічними диспансерними групами

Група вагітних	n	I СДГ		II СДГ		III СДГ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
ОГВ	34	2	5,88	19	55,88	13	38,24
КГВ	33	4	12,12	16	48,49	13	39,39
Загалом	67	6	8,96	35	52,23	26	38,81

местрі вагітності [3]. У ряді економічно розвинутих країн Європи (Нідерланди, Норвегія, Данія, Іспанія, Фінляндія, Мальта), в США та Канаді серед населення проводиться профілактика захворюваності, у тому числі стоматологічної, шляхом оптимізації харчування через прийняття урядами даних країн «політики харчування» [6]. Проведені у США дослідження серед вагітних, довели затримку заселення патогенними мікроорганізмами порожнини рота (ПР) їхніх дітей у середньому на чотири місяці при щоденному полосканні ними ПР розчинами фтористого натрію та хлоргексидину, починаючи із сьомого місяця вагітності [19]. У Білорусії був запропонований метод антенатального прогнозування карієсу тимчасових зубів у дітей шляхом опитування вагітних жінок за спеціально розробленою «Картою стоматологічного обстеження вагітних жінок» [7].

Зважаючи на незаперечну важливість антенатального періоду розвитку дитини, у тому числі й попередження виникнення карієсу тимчасових зубів, нами було розроблено і впроваджено лікувально-профілактичну схему для вагітних у лікаря-стоматолога [15].

**Метою** роботи було вивчення ефективності профілактики стоматологічних захворювань шляхом впровадження лікувально-профілактичної схеми у вагітних в умовах великого міста.

### Матеріал і методи дослідження

Для впровадження профілактично-лікувальної схеми для вагітних у стоматолога нами було взято під спостереження 67 вагітних віком від 18 до 34 років, які надали інформовану згоду на диспансерне спостереження. Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи.

Вибірка була однорідною, в групи не включалися жінки із значною патологією зубощелепної ділянки і важкими соматичними захворюваннями. Усі жінки знаходилися в активному фертильному віці, були ідентичними за освітою, соціальним статусом, характером хар-

чування (витрати на харчування в сім'ї становлять від 1 000 до 5 000 грн на людину).

На кожен вагітну заповнювали «Карту стоматологічного огляду мати—дитина», розроблену на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань ПВНЗ «Київський медичний університет», що складалася із загальних відомостей, даних про перебіг вагітності у матері, які отримували з даних «Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні» (форма №113/о), результатів дослідження стоматологічного статусу — з «Медичних карт стоматологічного хворого» (форма №043/о). З метою оцінки стоматологічного статусу у вагітних визначали інтенсивність карієсу зубів — за індексом КПВ та інтенсивність карієсу поверхонь — за індексом КПВп. Стан тканин пародонта визначали за індексом РМА. Оцінка ефективності лікувально-профілактичної схеми проводилася за показниками приросту карієсу зубів і поверхонь та динамікою індексу РМА.

Усіх жінок було розділено на основну групу вагітних (ОГВ), n=34, і контрольну групу вагітних (КГВ), n=33. Після стоматологічного обстеження та заповнення документації жінки були розподілені на стоматологічні диспансерні групи (СДГ) згідно з розробленою схемою диспансеризації [15]. До першої СДГ було віднесено 6 (8,98%) вагітних (жінки з фізіологічним перебігом вагітності, КПВ не більше 5 зубів, інтактним пародонтом), до другої СДГ — 35 (52,23%) вагітних (жінки з фізіологічним перебігом вагітності, КПВ більше 5 зубів і/або патологією пародонту), до третьої СДГ — 26 (38,81%) вагітних (жінки з раннім/пізнім гестозом вагітності і/або з екстрагенітальною патологією).

За жінками ОГВ спостереження здійснювалося за наступною схемою: вагітним першої СДГ стоматологічний огляд проводили по одному разу у кожному триместрі, вагітним другої СДГ — по два рази в першому і другому триместрах та один раз у третьому триместрі, вагітним третьої СДГ — двічі в кожному триместрі. За жінками КГВ спостереження відбувалося за стандартною схемою [10].

Таблиця 2

**Заходи з профілактики стоматологічних захворювань у вагітних основної групи**

Термін	Мета профілактичних заходів	I СДГ	II СДГ	III СДГ
I триместр (6–8 тиж-день)	Профілактика захворювань тканин пародонта	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оцінка рівня знань та вмінь щодо гігієни порожнини рота.</li> <li>Навчання і мотивація до регулярного догляду за порожниною рота.</li> <li>Проведення професійного чищення зубів.</li> <li>Корекція харчування вагітної разом з нутриціологом, у тому числі рекомендації щодо вживання твердої їжі</li> </ul> <p>Індивідуальна гігієна ПР: зубна паста з комплексом MINERALIN®, до складу якої входять мінеральні сполуки – кальцій, фосфор, магній (зміцнення твердих тканин зубів), ксиліт (пригнічення активності карієсогенних мікроорганізмів, має пребіотичний ефект), бромелайн, (перешкоджає фіксації мікроорганізмів на зубах, має протизапальні властивості)<sup>1</sup></p>	<p>Індивідуальна гігієна ПР: зубна паста, до складу якої входять активні фракції солодки, чебрецю та ламінарії (95,4%), (має протизапальну дію, знижує кровоточивість ясен);<sup>2</sup> або зубна паста, до складу якої входять активні фракції солодки, олія гвоздикового дерева, ламінарія (протизапальна дія) та калію хлорид (зниження симптомів підвищеної чутливості зубів)<sup>3</sup></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Диспансеризація у суміжних спеціалістів (гастроентеролог, терапевт, ендокринолог тощо).</li> <li>Індивідуальна гігієна ПР (зубна паста з комплексом MINERALIN®, що зміцнює тверді тканини зубів, усуває кровоточивість та запалення ясен).</li> <li>Профілактичне покриття інтактних фісур та сліпих ямок зубів.</li> <li>Корекція харчування, в т.ч рекомендації щодо споживання продуктів, які знижують холестерин (чорнослив, горіхи, морква, яблука, вівсяна каша, морська риба тощо).</li> <li>Застосування функціональних кисломолочних напоїв<sup>4</sup>.</li> <li>Застосування ентеросорбента на основі метилкремніевої кислоти у вигляді гелю<sup>5</sup></li> </ol>
II триместр (16–18 тиждень)	Профілактика розвитку карієсу зубів	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лікування стоматологічних захворювань у вагітних (до 28 тижня вагітності)<sup>8</sup>.</li> <li>Проведення професійного чищення зубів.</li> <li>Корекція харчування, у т.ч. рекомендації щодо споживання продуктів, які містять ксиліт (жовта слива, суниця, цвітна капуста, малина, цикорій, чорниця, баклажан, салат-латук, шпинат, цибуля, морква [19])</li> </ul> <p>Індивідуальна гігієна ПР: зубна паста з комплексом MINERALIN®, що зміцнює тверді тканини зубів, усуває кровоточивість та запалення ясен</p>	<p>1. Індивідуальна гігієна ПР: зубна паста з комплексом MINERALIN®, що зміцнює тверді тканини зубів, усуває кровоточивість та запалення ясен.</p> <p>2. В умовах стоматологічного кабінету: контрольоване чищення зубів один раз на тиждень з нанесенням гелю, до складу якого входять кальцій, фосфор та магній (для зміцнення твердих тканин), ксиліт (ремінералізуючий потенціал, пригнічення активності карієсогенних мікроорганізмів), калію нітрат (для зменшення болючих відчуттів)<sup>9</sup> на 15 хвилин.</p> <p>3. У домашніх умовах: самоконтрольоване чищення зубів, з нанесенням ремінералізуючого гелю один раз на 15 хв (5–7 разів)</p>	<p>1. Індивідуальна гігієна ПР: зубна паста із комплексом MINERALIN®, що зміцнює тверді тканини зубів, усуває кровоточивість та запалення ясен.</p> <p>2. В умовах стоматологічного кабінету: контрольоване чищення зубів один раз на тиждень (2–3 сеанси) з нанесенням ремінералізуючого гелю на 15 хвилин.</p> <p>3. У домашніх умовах: самоконтрольоване чищення зубів з нанесенням ремінералізуючого гелю один раз на добу на 15 хв (10–14 сеансів)</p>
II (26–28 тиждень)	Профілактика захворювань тканин пародонта	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведення оцінки ефективності рекомендацій щодо захворювань тканин пародонта (за динамікою індексу РМА).</li> <li>Проведення професійного чищення зубів.</li> <li>Полоскання порожнини рота препаратами, до складу яких входять мікроорганізми роду <i>Lactobacillus spp.</i>, види <i>Lactobacillus plantarum</i> та <i>Lactobacillus fermentum</i><sup>10</sup>, <i>Lactobacillus rhamnosus</i><sup>11</sup>, стійкі до високих показників рН та мають доведену антагоністичну дію щодо <i>Str. mutans</i> [16, 18]</li> </ul>		
III (36–38 тиждень)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Рекомендації із догляду за порожниною рота дитини від народження до прорізування першого зуба.</li> <li>Пропаганда грудного вигодовування</li> </ul>		

*Примітки.* 1. Наприклад, зубні пасти R.O.C.S. «М'ята та лимон», «Тропічна злива», «Карибське літо», «Гілка сакури», «Хмара ніжності», «Енергія ранку». 2. Наприклад, зубна паста R.O.C.S. «Біоніка лікувальні трави». 3. Наприклад, зубна паста R.O.C.S. Bionica Sensitive. 4. Наприклад, «Геролакт» 3,2%. 5. Наприклад, «Ентеросгель» («КРЕОМА-ФАРМ»). 6. Наприклад, зубна щітка R.O.C.S. Medical. 7. Наприклад, ополіскувач R.O.C.S. зі смаком малини, грейпфрута та м'яти. 8. 28–32 тижні вагітності вважаються критичними [7]. 9. Ремінералізуючий гель R.O.C.S. Medical Minerals. 10. Наприклад, «Лактобактерин» («Біофарма») [2]. 11. Наприклад, «Лацидофіл» (Канада).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Нами була вивчена ефективність впровадженої лікувально-профілактичної схеми (табл. 2) вагітним за динамікою індексів КПВз, КПВп, РМА на початку I та наприкінці III триместру вагітності.

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням комп'ютерної програми SPSS Statistica 17,0, Microsoft Excel.

При первинному стоматологічному обстеженні ОГВ, яке проводилося у I триместрі

(5–10 тижні вагітності) встановлено, що інтенсивність карієсу у них склала  $9,67 \pm 0,45$  зуба та  $16,12 \pm 0,77$  поверхні. Інтенсивність карієсу у КГВ склала  $9,54 \pm 0,51$  зуба та  $16,27 \pm 0,79$  поверхні. Наприкінці вагітності у жінок ОГВ відбулося збільшення показників індексу КПВз та КПВп до  $9,97 \pm 0,51$  зуба та  $17,76 \pm 0,79$  поверхні відповідно, у КГВ також спостерігалася динаміка змін значення даних індексів – їх збільшення до  $10,94 \pm 0,64$  зуба при  $18,97 \pm 1,07$  поверхні. Приріст карієсу зубів у жінок ОГВ

Таблиця 3

Динаміка показників ураження твердих тканин зубів у вагітних жінок

Група	Показник	Огляд*	Вагітні жінки	Стоматологічна диспансерна група		
				I	II	III
ОГВ (n=34)	Індекс КПВз	1	9,67±0,45	4,50±0,5	9,10±0,43	11,31±0,97
		2	9,97±0,51	4,50±0,5	9,21±0,45	11,92±0,86
	Приріст		0,30±0,06	0	0,11±0,02	0,61±0,13
КГВ (n=33)	Індекс КПВз	1	9,54±0,51	4,75±0,25	9,37±0,60	11,23±0,62
		2	10,94±0,64	5,25±0,47	10,38±0,58	13,38±0,98
	Приріст		1,4±0,13	0,50±0,22	1,01±0,02	2,15±0,36
ОГВ (n=34)	Індекс КПВп	1	16,12±0,77	9,00±2,00	15,21±1,00	18,54±0,94
		2	17,76±0,79	10,00±3,00	16,84±1,04	20,31±0,89
	Приріст		1,64±0,02	1,00±1,00	1,63±0,04	1,77±0,05
КГВ (n=33)	Індекс КПВп	1	16,27±0,79	9,25±1,02	16,56±0,93	18,08±1,20
		2	18,97±1,07	10,25±0,63	18,56±1,24	22,15±1,83
	Приріст		2,70±0,28	1,0±0,39	2,00±0,31	3,61±0,63

Примітка: 1 – на початку дослідження, 2 – наприкінці дослідження.

склав у середньому  $0,30 \pm 0,06$  зуба, що у 4,67 разів нижче, ніж у жінок КГВ ( $1,4 \pm 0,13$  зуба).

Нами був проведений аналіз показників приросту інтенсивності карієсу зубів та поверхонь у жінок залежно від стоматологічної диспансерної групи (табл. 3). З'ясовано, що у ОГВ, які були віднесені до першої СДГ на початку дослідження, індекс КПВз становив  $4,50 \pm 0,50$  зуба, за КПВп –  $9,0 \pm 2,0$  поверхні. Наприкінці дослідження (через 6 міс.) показник інтенсивності карієсу зубів залишився на тому самому рівні ( $4,50 \pm 0,50$  зуба), при незначному збільшенні індексу КПВп, що склав  $10,0 \pm 3,0$  поверхні. Тобто приросту каріозного ураження зубів в ОГВ від I до III триместру вагітності не відбулося. Натомість у КГВ, що також належали до першої СДГ, при первинному огляді індекс КПВз дорівнював  $4,75 \pm 0,25$  зуба, а КПВп –  $9,25 \pm 1,02$  поверхні. Наприкінці III триместру індекси КПВз та КПВп мали тенденцію до збільшення –  $5,25 \pm 0,47$  зуба та  $10,25 \pm 0,63$  поверхні відповідно, що вказує на вдвічі більшу кількість уражених поверхонь зуба. Таким чином, приріст інтенсивності карієсу у жінок КГВ, що належали до першої СДГ, становив у середньому  $0,5 \pm 0,22$  зуба та  $1,0 \pm 0,39$  поверхні за умови відсутності проведення санації.

У другій СДГ в ОГВ на початку дослідження показники індексу КПВз склали  $9,10 \pm 0,43$  зуба та  $15,21 \pm 1,00$  поверхні. У III триместрі приріст інтенсивності карієсу склав  $0,11 \pm 0,02$  зуба та  $1,63 \pm 0,04$  поверхні, що відповідало  $9,21 \pm 0,45$  зуба та  $16,84 \pm 1,04$  поверхні. Проте приріст карієсу в I та III триместрах у жінок КГВ, які були віднесені до тієї самої СДГ, на початку дослідження були  $9,37 \pm 0,60$  зуба та  $16,56 \pm 0,93$  поверхні, наприкінці вагітності дані показники мали тен-

денцію до збільшення і становили  $10,38 \pm 0,58$  зуба та  $18,56 \pm 1,24$  поверхні. Тобто приріст карієсу у КГВ становив  $1,01 \pm 0,1$  зуба та  $2,00 \pm 0,31$  поверхні, що в 9,18 разів більше за аналогічний показник в ОГВ.

У ОГВ, які належали до третьої СДГ, на початку дослідження індекс КПВз становив  $11,31 \pm 0,97$  зуба, а КПВп –  $18,54 \pm 0,94$  поверхні. Наприкінці вагітності показники індексу КПВз в ОГВ дорівнювали  $11,92 \pm 0,86$  зуба та  $20,31 \pm 0,89$  поверхні. Таким чином, приріст карієсу зубів у жінок ОГВ протягом вагітності становив у середньому  $0,61 \pm 0,11$  зуба. У КГВ із третьої СДГ у першому триместрі вагітності індекс КПВз склав  $11,23 \pm 0,62$  зуба та КПВп –  $18,08 \pm 1,20$  поверхні. У третьому триместрі аналогічні показники становили –  $13,38 \pm 0,98$  зуба та  $22,15 \pm 1,83$  поверхні. Тобто приріст карієсу зубів КГВ третьої СДГ за індексом КПВз склав  $2,15 \pm 0,36$  зуба, що у 3,52 разу вище, ніж у жінок ОГВ.

Таким чином, є підстави говорити про негативний вплив ускладненої вагітності (жінки третьої СДГ) на поширеність ураження каріозним процесом зубів [4,8,12]. Це підтверджується і даними інших авторів [1,14] стосовно необхідності раннього диспансерного нагляду даної категорії вагітних з метою проведення антенатальної профілактики карієсу зубів у дітей, проте підхід до термінів проведення профілактично-лікувальних оглядів повинен обов'язково залежати від соматичного статусу жінки та перебігу вагітності [2].

Разом із приростом карієсу зубів нас також цікавили зміни стану тканин пародонта у жінок протягом вагітності. Динаміку змін стану тканин пародонта у вагітних оцінювали за зміною



Таблиця 4

Динаміка показників стану тканин пародонта у вагітних жінок

Група	Показник	Огляд	Вагітні жінки	Стоматологічна диспансерна група		
				I	II	III
ОГВ (n=34)	РМА	1	20,45±2,91	0	15,96±3,83	30,16±3,86
		2	11,67±1,87	0	6,80±1,72	20,58±2,88
КГВ (n=33)	РМА	1	19,61±2,91	0	18,14±4,04	27,45±4,34
		2	26,81±2,90	9,91±5	24,51±4,11	34,85±4,32

Примітка: \*1 – на початку дослідження, 2 – наприкінці дослідження.

значень індексу РМА. В ОГВ на початку дослідження показник індексу РМА склав  $20,45 \pm 2,91\%$ , у КГВ –  $19,61 \pm 2,91\%$ . У  $26,86\%$  усіх вагітних показник РМА дорівнював нулю, з них інтактний пародонт мали  $23,52\%$  жінок ОГВ та  $30,30\%$  жінок КГВ, що свідчило про відсутність запальної реакції у тканинах пародонта та було підтверджено при клінічному обстеженні. У  $37,31\%$  вагітних обох груп значення індексу РМА було нижче  $25\%$ . Серед жінок ОГВ такі показники були у  $44,11\%$ , а у КГВ – у  $30,30\%$ . Під час збирання анамнестичних даних жінки скаржилися на періодичну кровоточивість ясен під час чищення зубів. При стоматологічному обстеженні спостерігалися набряк та застійна гіперемія в ділянці міжясенних зубних сосочків і точкова кровоточивість зубо-ясенної борозни, що вказувало на наявність гінгівіту легкого ступеня. У  $35,82\%$  вагітних показник індексу РМА були вище  $25\%$ : в ОГВ даний показник склав  $32,35\%$ , у КГВ –  $39,39\%$ . Основною скаргою під час збору анамнезу була регулярна кровоточивість ясен щоразу під час чищення зубів та вживанні жорсткої їжі. При об'єктивному огляді відзначалися набряк та гіперемія не лише в ділянці ясенних сосочків, але й маргінального краю ясен, при інструментальному дослідженні спостерігалася лінійна кровоточивість міжзубного ясенного трикутника, що свідчило про наявність гінгівіту середнього ступеня. У III триместрі вагітності у жінок ОГВ показник індексу РМА мав тенденцію до зниження і склав  $11,67 \pm 1,87\%$ , натомість у КГВ, навпаки, мав тенденцію до зростання та становив  $26,81 \pm 2,90\%$ .

При проведенні оцінки динаміки показника індексу РМА (табл. 4) на початку та наприкінці вагітності у жінок різних СДГ з'ясовано, що у першій СДГ даний показник дорівнював нулю, тобто тенденції його зміни не виявлено. Натомість у жінок КГВ при інтактному пародонті в I триместрі вагітності в III триместрі спостерігалися ознаки запалення в  $9,91 \pm 5\%$ .

У жінок ОГВ другої СДГ на початку дослідження показник індексу РМА становив  $15,96 \pm 3,83\%$  та мав тенденцію до зниження наприкінці вагітності до  $6,80 \pm 1,72\%$ . У жінок КГВ, які також належали до другої СДГ, навпаки, відбувалося зростання показника РМА в середньому з  $18,14 \pm 4,04$  до  $24,51 \pm 4,11\%$ . Слід зазначити, що у  $50,00\%$  жінок значення показника індексу РМА перевищувало  $25\%$  та клінічно спостерігалися прояви гінгівіту середнього ступеня. Аналогічна залежність простежувалася і у жінок, що належали до третьої СДГ. Зокрема, у жінок КГВ була виявлена тенденція до збільшення показника індексу РМА в середньому з  $27,45 \pm 4,34$  до  $34,85 \pm 4,32\%$ . Слід зазначити, що у  $84,61\%$  жінок КГВ значення показника РМА перевищувало  $25\%$  та клінічно були ознаки гінгівіту середнього ступеня. У жінок ОГВ динаміка даного показника, навпаки, мала тенденцію до зниження з  $30,16 \pm 3,86\%$  до  $20,58 \pm 2,88\%$ . Результати у третій СДГ дають можливість стверджувати, що ускладнення вагітності збільшує ризик розвитку запальних захворювань пародонта. Отримані нами результати збігаються з думкою інших авторів [1,14].

### Висновки

Результати дослідження довели ефективність запропонованої нами лікувально-профілактичної схеми для вагітних, що підтверджувалося нижчим у  $4,67$  рази значенням показника приросту карієсу зубів у жінок ОГВ. Значний приріст карієсу зубів (у  $3,52$  разу) у КГВ порівняно з ОГВ, які належали до третьої СДГ, дає підстави говорити про вплив ускладненої вагітності чи наявності екстрагенітальних захворювань на більш високу ураженість зубів карієсом. У жінок ОГВ наприкінці дослідження показник РМА мав тенденцію до зниження і склав  $11,67 \pm 1,87\%$ , натомість у КГВ, навпаки, мав тенденцію до зростання та становив  $26,81 \pm 2,90\%$ . Результати, отримані у третій СДГ, дають підстави стверджувати,

що ускладнення вагітності та екстрагенітальна патологія значно підвищують ризик розвитку запальних захворювань пародонта у вагітної.

Таким чином, регулярні профілактично-лікувальні огляди вагітних у стоматолога є актуальними та необхідними заходами. Особливу увагу, окрім безпосередньо профілактичних заходів, слід приділяти гігієнічному навчанню та вихованню майбутніх матерів, мотивувати

жінок до усвідомленої індивідуальної гігієни ПР та проводити регулярний контроль за її належним рівнем виконання.

**Автор висловлює подяку представництву торгової марки R.O.C.S. в Україні ООО «ВДС Фарма» за забезпечення засобами гігієни порожнини рота при проведенні клінічних досліджень.**

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

## ЛІТЕРАТУРА

1. Александров Е.И. Профилактика и лечение кариеса та запальных заболеваний пародонта у юних вагітних з прееклампсией: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Е.И. Александров. — Київ, 2009. — 16 с.
2. Гаджула Н.Г. Індивідуальна профілактика кариесу зубів у жінок в період вагітності та лактації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «стоматологія» / Гаджула Н.Г. — Львів, 2009.
3. Калинина О.В. Особенности формирования индивидуальной гигиенической программы профилактики стоматологических заболеваний у беременных: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «стоматология» / О.В. Калинина. — Санкт-Петербург, 2013. — 18 с.
4. Кисельникова Л.П. Стоматологический статус и профилактика заболеваний у беременных // Л.П. Кисельникова, Н.С. Полова // Институт стоматологии. — 2011. — №1(50). — С.90—91.
5. Лактобактерин сухой [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.biofarma.ua/ru/lactobacilli/laktobakteryn-sukhoj-lactobacterinum-siccum.html>
6. Матасар І.Т. Харчування як один з найважливіших чинників, що впливає на стан здоров'я населення України в сучасних екологічних умовах / І.Т. Матасар // Проблеми питания и здоровье. — 1997. — №1. — С.22—29.
7. Некоторые методы прогнозирования и индексной диагностики болезней пародонта: метод, рекомендации для студ. / сост. А.П. Леус, А.С. Михайлов, Л.Г. Борисенко. — Минск: Изд. МГМИ, 1992. — 44 с.
8. Островська Л.Й. Характеристика стоматологічного статусу жінок у період вагітності та лактації / Л.Й. Островська // Актуальні проблеми суч. медицини. — 2010. — Т. 10, вип. 1(29). — С.161—164.
9. Парпалей Е.А. Рациональные подходы к стоматологической профилактике и лечению женщин в период беременности / Е.А. Парпалей, Е.И. Парпалей // Дентальные технологии. — 2004. — №3—4(17). — С.10-13.
10. Про організацію амбулаторної акушерсько—гінекологічної допомоги в Україні: наказ МОЗ УКРАЇНИ від 5.07.2011 №417 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
11. Разумова С.Н. Оптимизация стоматологической санации беременных женщин в Московском мегаполисе: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «стоматология» / С.Н. Разумова. — Москва, 2003. — 125 с.
12. Смирнова А.М. Сравнительная характеристика стоматологического статуса беременных женщин с отягощенным и неотягощенным акушерским анамнезом / А.М. Смирнова, М.П. Харитоновна // Уральский мед. журн. — 2010. №3(68). — С.29—32.
13. Чучмай Г.С. Стоматологічні захворювання у вагітних / Г.С. Чучмай, Н.І. Смоляр. — Київ: Здоров'я, 1991. — 104 с.
14. Шекера О.О. Особливості клініки, діагностики, профілактики та лікування захворювань пародонта у вагітних із акушерською патологією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / О.О. Шекера. — Київ, 2008. — 18 с.
15. Якубова І.І. Організація стоматологічного диспансерного спостереження вагітних жінок / І.І. Якубова, О.В. Крижалко // Вісник стоматол. — 2011. — №2(75). — С.111—115.
16. Colonization of Lactobacillus rhamnosus GG in the oral cavity / Yi-Knuutila, Snall J., Kari K. [et al.] // Oral microbiology Immunology. — 2006. — Vol. 21, №2 (Apr). — P.129—131.
17. R.O.C.S. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.rocs.ua/>
18. Simark—Mattsson C. Lactobacillus-mediated interference of mutans streptococci in caries-free vs. caries-active subjects / Simark-Mattsson C., Emilson C.G., Hakansson E.G. [et al.] // Eur. J. Oral Sci. — 2007. — Vol. 115, №4 (Aug). — P. 308—314.
19. Slavkin H. Streptococcus mutans: early childhood caries and new opportunities / H. Slavkin // JADA. — 1999. — Vol. 130, №12. — P.1787—1792.

## Сведения об авторах:

**Кузьмина В.А.** — магистр, ассистент каф. детской терапевтической стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ».

**Якубова И.И.** — д.мед.н., проф., зав. каф. детской терапевтической стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ».

Статья поступила в редакцию 12.04.2017 г.