

УДК: 616.314-002

ОСОБЕННОСТИ КАРИЕСОГЕННОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ДИНАМИКЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Проходная В.А.

ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, e-mail: alald@inbox.ru

В статье отражены современные особенности течения кариеса зубов у беременных женщин в течение гестационного периода. У 207 беременных женщин с кариесом зубов последовательно во все три триместра беременности изучали распространенность и интенсивность кариеса зубов, активности кариеса. Установлено, что кариесогенный статус беременных изменялся по мере течения гестационного процесса. Ко 2 триместру беременности по сравнению с начальным периодом беременности ввиду активных стоматологических вмешательств кариесогенный статус улучшается, но в 3 триместре интенсивность течения кариеса повышается за счет рецидивирования заболевания.

Ключевые слова: кариес зубов, беременность, гестационный период

FEATURES OF CARIES STATUS OF PREGNANT WOMEN IN GESTATIONAL PERIOD

Prohodnaja V.A.

Rostov State Medical University, Krasnodar e-mail: alald@inbox.ru

The article reflects the modern features of tooth decay among pregnant women during the gestational period. 207 pregnant women have tooth decay your teeth consistently to all three trimestra pregnancy studied prevalence, intensity of caries and activity of caries. The caries status of pregnant women has been changed as of the gestational process. Co 2 trimester of pregnancy, compared with the initial period of pregnancy in view of active dental treatment caries status is improving, but the 3 trimester intensity of caries are enhanced by the recurrence of the disease.

Keywords: dental caries, pregnancy, gestational period

В условиях социально-экономических реформ, перестройки управления системой здравоохранения, ухудшения демографической ситуации в стране, которая характеризуется низкой рождаемостью, высоким уровнем заболеваемости населения, в том числе стоматологической, возросло внимание к поиску решений проблем, изложенных в федеральной программе "Материнство и детство" и связанных с охраной здоровья беременных, кормящих матерей и детей [3]. Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний [1,5]. По данным ряда авторов при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов

составляет 91,4%, заболевания тканей пародонта встречаются в 90% случаев, поражение ранее интактных зубов с преимущественным острым течением кариозного процесса - у 38% беременных пациенток [2,4]. Получение информации о кариесогенном статусе беременных женщин в течение гестационного периода важно для организации мониторинга, профилактики и прогнозирования заболеваний полости рта беременных и стоматологической помощи им в современных условиях, что определяет актуальность проведения исследования в этом направлении.

Целью работы явилось выявить современные особенности течения кариеса

зубов у беременных женщин в течение гестационного периода.

Материалы и методы исследования

В клинической группе у 207 беременных женщин с кариесом зубов последовательно во все три триместра беременности (первый - 8-12 недель, второй - 13-27 недель, третий - 28-40 недель беременности) изучали особенности течения кариеса зубов. Диагностику и классификацию кариеса зубов осуществляли согласно протоколу ведения больных "Кариес зубов" (2006) и Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (коды K02.0-K02.3). Распространенность и интенсивность кариеса зубов оценивали общепринятыми методами (ВОЗ, 2005). Интенсивность кариеса определяли с помощью индекса КПУз. В структуре КПУ компонент К отмечали в случае обнаружения кариозного поражения зуба или рецидива кариеса после лечения, П - при наличии пломбы без признаков рецидива кариеса, У - количество удаленных или подлежащих удалению зубов (кроме 8-го зуба) вследствие осложнений кариеса. Оценка интенсивности кариеса по индексу КПУз - это качественная оценка кариеса в определенный один момент времени по индексу КПУз. Например, для группы лиц, когда находится средняя величина индекса КПУз необходимо учитывать следующее: 0,2 - 1,5 баллов - очень низкая интенсивность; 1,6 - 6,2 низкая; 6,3 - 12,7 средняя; 12,8 - 16,2 высокая; более 16,2 - очень высокая интенсивность кариеса. Динамику кариесогенной ситуации в ротовой полости в период беременности оценивали по приросту индекса КПУз и приросту интенсивности кариеса. Прирост индекса КПУз - это абсолютная величина прироста индекса КПУз в разные отрезки времени: $\Delta = \text{КПУз}_2 - \text{КПУз}_1$. Прирост интенсивности кариеса - это изменение качественных оценок кариеса: например на начальном этапе обследования кариес был низким по интенсивности, а

при втором осмотре женщины - стал высоким. Активность кариеса по классификации G.Nikiforuk (1985) определяли по признаку локализации кариозных поражений.

Результаты исследований и их обсуждение

На начальном этапе характеристику интенсивности кариеса в клинической группе проводили с учетом индекса КПУз. Динамика индекса КПУз в течение беременности у больных 1 группы отражена в таблице 1. В 1 триместре индекс КПУз составил в среднем $9,28 \pm 0,49$, во 2 триместре показатель практически не изменился и был равен $9,35 \pm 0,63$, а в 3 триместре повышался до $12,63 \pm 0,77$. В 3 триместре индекс КПУз по сравнению с 1 и 2 триместром был, соответственно, выше на 36,1% ($p < 0,05$) и 32,5% ($p < 0,05$). Медиана индекса КПУз имела близкое к средней величине значение, что косвенно указывало на нормальность распределения величин. 50% показателей между 25% и 75%-ным квартилем, то есть половина величин около медианы в 1,2 и 3 триместре колебались в диапазоне 6-10, 6-11 и 8-14. Прирост индекса КПУз в 3 триместре явился результатом увеличения числа зубов, подверженных кариозного процессу.

Структура индекса КПУз у беременных женщин 1 группы в разные триместры гестационного периода представлена в таблице 2.

Таблица 1

Динамика индекса КПУз в течение беременности у беременных женщин, страдающих кариесом зубов (n=207)

Статистическая величина	Триместры беременности		
	1	2	3
М±m	9,28±0,49	9,35±0,63*	12,63±0,77*°
Медиана	8	9	12
Межквартильный размах	6-10	6-11	8-14

Примечание: * - достоверные отличия по сравнению с 1 триместром при $p < 0,05$; ° - достоверные отличия по сравнению со 2 триместром при $p < 0,05$.

Таблица 2

Структура индекса КПУз у беременных женщин 1 группы в разные триместры гестационного периода (абс., %)

Триместр беременности	Число кариозных зубов К	Число пломбированных зубов П	Число удаленных зубов У	Всего
1	1120 (58,2%)	562 (29,2%)	241 (12,6%)	1923 (100%)
2	642 (33,2%)	996 (51,4%)	298 (15,4%)	1936 (100%)
3	1287 (49,2%)	1026 (39,2%)	302 (11,6%)	2615 (100%)

Во 2 триместре по сравнению с первым триместром число зубов с кариозными полостями снижалось с 58,2% до 33,2% за счет повышения числа запломбированных зубов с 29,2% до 51,4%.

В 3 триместре по сравнению со 2 триместром доля зубов с кариозным процессом возросла с 33,2% до 49,2%. Таким образом, структура индекса КПУз в различные периоды беременности имеет свои особенности: наибольшее число зубов с

кариозным поражением выявлено в 1 триместре беременности, самая благоприятная ситуация установлена во 2 триместре беременности, а в 3 триместре число зубов с кариозными полостями вновь начинает увеличиваться.

Среди беременных женщин, обратившихся за стоматологической помощью по поводу кариеса, первичный кариозный процесс наблюдался чаще всего в 1 триместре (73,9%) (табл. 3).

Таблица 3

Особенности течения кариозного поражения зубов у беременных женщин (n=207)

Течение кариеса	Триместр беременности		
	1	2	3
Первичный кариес	153 (73,9%)	94 (45,4%)	74 (35,7%)
Глубокий кариес	81 (39,1%)	94 (45,4%)	105 (50,7%)
Рецидивный кариес	29 (14%)	76 (36,7%)	89 (43%)
Вторичный кариес	25 (12,1%)	37 (17,9%)	44 (21,3%)
Осложненный кариес	54 (26,1%)	64 (30,9%)	71 (34,3%)

При диагностике рецидивного и вторичного кариеса были использованы критерии Хидирбегишвили О.Э. (2006), изложенные им в монографии "Современная кариесология" и несколько отличающиеся от классической интерпретации этих понятий в монографии Е.В. Боровского "Кариес зубов: препарирование и пломбирование" (2001). Согласно мнению О.Э. Хидирбегишвили о рецидивном кариесе можно говорить в случае возобновления кариозного процесса на границе поставленной пломбы. Причинами рецидивного кариеса являются дефекты при обработке и пломбировании полости ввиду некачественной препаровки зубов, усадки пломбировочного материала и т.д. По мнению автора вторичным кариесом

следует считать возникновение кариозного процесса вне границ ранее поставленной пломбы (Хидирбегишвили О.Э., 2006). Число рецидивного и вторичного кариеса от 1 к 3 триместру у беременных женщин последовательно повышалось: рецидивного – от 14% до 43%, а вторичного – от 12,1% до 21,3%.

Диагноз "глубокий кариес" определялся не столько абсолютной глубиной кариозной полости (расстоянием от поверхности зуба до дна кариозной полости), сколько расстоянием от дна кариозной полости до пульпы, что клинически определялось по интенсивности болевых ощущений (Боровский Е.В., 2001). Частота глубокого кариеса в 1, 2 и 3 триместрах беременности у

женщин 1 группы составила, соответственно, 39,1%, 45,4% и 50,7% (табл.4.3).

Осложненный пульпитом кариес встречался в трети наблюдений: 26,1%, 30,9% и 34,3%, соответственно, в 1,2 и 3 триместры беременности (табл. 3).

На рисунке 1 представлена величина прироста индекса КПУз во 2 и 3 триместрах беременности по сравнению с предыдущими этапами наблюдения.

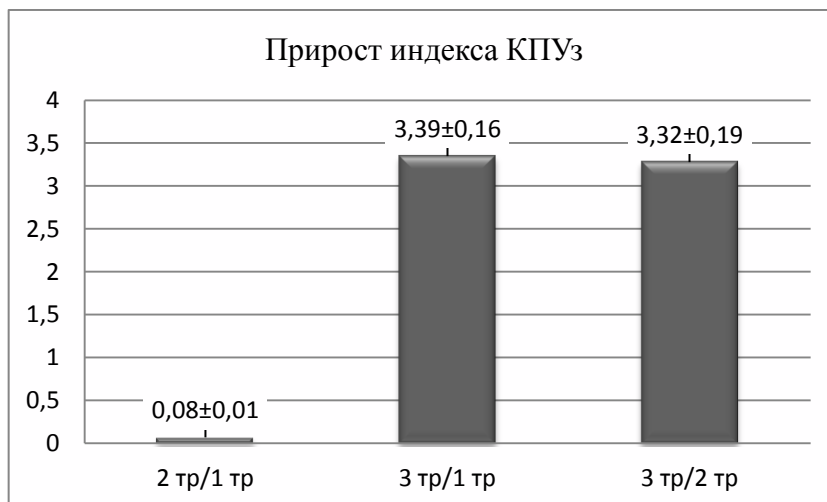


Рис. 1. Прирост индекса КПУз у беременных женщин 1 группы на разных этапах гестационного периода

Повышения индекса КПУз во 2 триместре беременности по сравнению с 1 триместром практически не происходило, поскольку у одних и тех же больных за короткий период наблюдения меняется в основном внутренняя структура индекса или соотношение между кариозными, запломбированными и удаленными зубами.

В 3 триместре прирост индекса КПУз по сравнению с 1 триместром составил $3,39 \pm 0,16$, а по сравнению со 2 триместром – $3,32 \pm 0,19$.

Распределение больных 1 группы в зависимости от интенсивности кариеса в 1,2 и 3 триместры беременности представлено на рисунке 2.

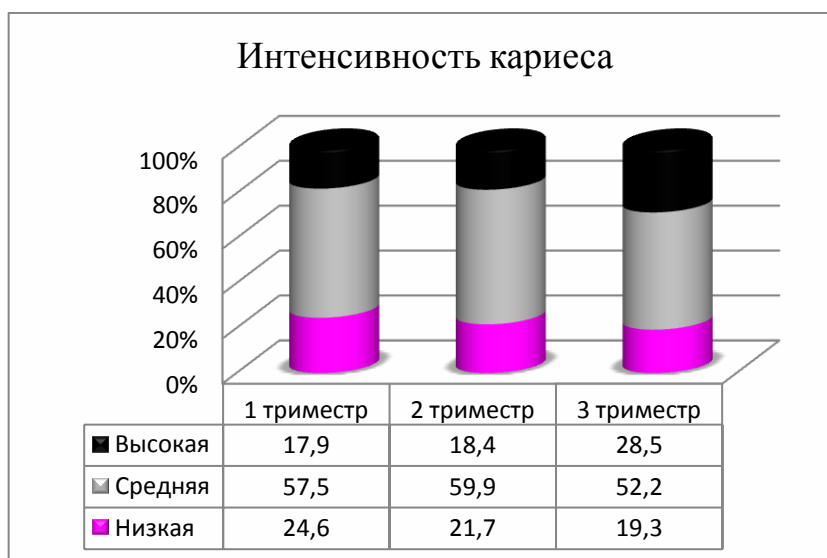


Рис. 2. Распределение больных 1 группы в зависимости от интенсивности кариеса в 1,2 и 3 триместры беременности

Во все три триместра беременности у большинства пациентов (57,5%, 59,9% и 52,2%) наблюдалась средняя интенсивность кариеса. В 3 триместре по сравнению с 1 и 2 триместрами число беременных женщин с высокой интенсивностью кариеса возрастало за счет снижения встречаемости низкой интенсивности кариеса.

Во 3 триместре повышение интенсивности кариеса происходило за счет

увеличения числа больных с высокой интенсивностью кариозного процесса. Увеличение интенсивности кариеса с низкой до средней от 1 к 3 триместру беременности наблюдалось у 2 (1%), с низкой до высокой – у 9 (4,3%) и со средней до высокой – у 10 (4,8%) больных.

С возрастом в любом триместре беременности индекс КПУз достоверно повышался (рис. 3).

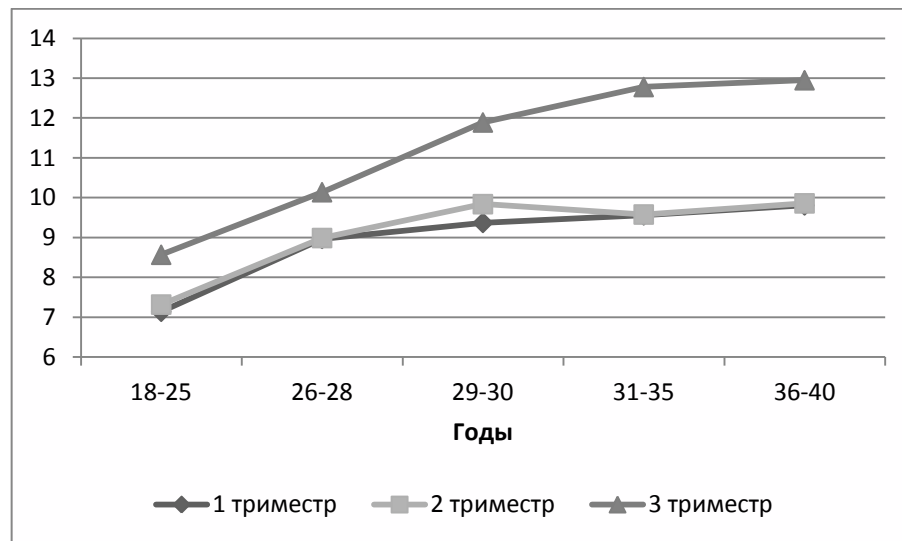


Рис. 3. Динамика индекса КПУз у беременных женщин разных возрастных подгрупп

Самые высокие значения индекса КПУз были в возрастном периоде 36-40 лет. Отличия индекса КПУз сглаживались только между возрастными подгруппами 31-35 и 36-40 лет. Следовательно, возраст беременной женщины необходимо учитывать при прогнозировании течения кариеса в гестационный период.

Распределение беременных женщин 1 группы в зависимости от активности течения кариеса представлено в таблице 4. В 1 триместре чаще встречалась высокая степень активности кариеса (38,2%), а во 2 и 3 триместрах - средняя степень активности (49,8% и 40,6%, соответственно).

Таблица 4

Распределение беременных женщин в зависимости от активности течения кариеса

Степень активности кариеса	Триместр беременности		
	1	2	3
очень низкая	7 (3,4%)	8 (3,9%)	11 (5,3%)
низкая	12 (5,8%)	16 (7,7%)	13 (6,3%)
средняя	75 (36,2%)	103 (49,8%)	84 (40,6%)
высокая	79 (38,2%)	53 (25,6%)	64 (29,0%)
очень высокая	34 (16,4%)	27(13,0%)	35 (16,9%)

Итак, у беременных женщин в динамике гестационного периода интенсивность и активность течения кариеса зубов изменялась в зависимости от стоматологических вмешательств, возраста и триместра беременности. Кариесогенный статус беременных улучшался ко 2 триместру по сравнению с начальным периодом беременности, но в 3 триместре интенсивность течения кариеса повышалась за счет рецидивирования заболевания.

Заключение

Кариесогенный статус беременных изменяется по мере течения гестационного процесса. Ко 2 триместру беременности по сравнению с начальным периодом беременности ввиду активных стоматологических вмешательств кариесогенный статус улучшается, но в 3 триместре интенсивность течения кариеса повышается за счет рецидивирования заболевания.

Список литературы

1. Кисельникова Л.П., Попова Н.С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных. // Институт стоматологии. – 2011. – №1. – С.90-91.
2. Смирнова А.М., Харитоновна М.П. Сравнительная характеристика стоматологического статуса беременных женщин с отягощенным и неотягощенным акушерским анамнезом. // Уральский медицинский журнал. – 2010. – №3. – С.29-32.
3. Тихонова С.Н. Особенности стоматологической патологии и организации стоматологической помощи беременным женщинам. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2010. – № 1. – С. 26 -29.
4. Толмачева С.М. Особенности диспансерного наблюдения беременных врачом-стоматологом. // Стоматологический журнал. – 2010. – №4. – С.138-141.
5. Хидирбегишвили О.Э. Современная кариесология. – М.: Медицинская книга. 2006. – 300с.
6. Ямщикова Е.Е. Показатели состояния полости рта у беременных женщин. // Материалы первой научно- практической конференции молодых ученых "Инновационная наука - эффективная наука". – М., 2010. – С. 75-77.