

УДК 616.314.17-055.26-08

Островська Л.Й., Петрушанко Т.О., Пурденко Т.Й.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ У ТКАНИНАХ ЯСЕН

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проаналізовано у взаємозв'язку динаміку змін клініко-лабораторних показників психологічного, стоматологічного та лабораторного обстеження вагітних у різні триместри та обґрунтовано ефективність індивідуалізованого комплексного лікування хвороб пародонта у вагітних.

Ключові слова: хвороби пародонта, вагітні, лікування

Вступ

На сьогодні дискусійними залишаються питання лікування захворювань пародонта під час вагітності, оскільки зберігається тенденція до збільшення ризику розвитку запальних змін у тканинах пародонта [1-3]. Клінічні прояви патологічних змін тканин пародонта у вагітних різні автори діагностують у 60-80% [3]. Особлива роль у розвитку захворювань пародонта відводиться мікробному фактору та гігієнічному режиму порожнини рота [3-5].

Вагітність являє собою фізіологічний процес, що вимагає від організму перебудови багатьох видів обміну і в наступному приводить до змін середовищ організму, зокрема, слини [6-8], тому розробка ефективних способів лікування запальних змін тканин пародонта у жінок під час вагітності є актуальною.

На сьогодні відомі лікувально-профілактичні схеми, що застосовують для покращення стоматологічного стану порожнини рота вагітних [8,9-11], які направлені на зменшення утворення зубної бляшки, пригнічення життєдіяльності мікрофлори ротової порожнини [9,12]. Але, враховуючи специфічність дикретованої групи, вибір ефективних підходів до лікування залишається досить складним завданням.

Мета роботи

Вивчення ефективності індивідуалізованої вторинної профілактики запальних хвороб пародонта у жінок у різні терміни вагітності.

Об'єкти і методи дослідження

Під постійним спостереженням перебувало 54 вагітних, у яких при первинному обстеженні стоматологом у I триместрі були виявлені клінічні зміни тканин пародонта. Жінки знаходились на обліку в 4-й міській жіночій консультації м.Полтави, проходили стоматологічний огляд в I, II, III триместрах із визначенням поширеності хвороб тканин пародонта за загальноприйнятими критеріями. Проаналізовано динаміку змін клініко-лабораторних показників психологічного, клінічного, стоматологічного та лабораторного обстеження, які реєструвались у спеціально розроблених картах індивідуального спостереження за вагітними. Гігієнічний індекс (ГІ) розраховували за J.C.Green, J.R.Wermillion (ОHI-S, 1964), об'єктивізували стан тканин пародонта на

основі аналізу папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (PMA) у модифікації С.Parma (1960), індексу CPITN, кровоточивості за Muhlemann-Sax.

Стан вегетативної нервової системи оцінювали враховуючи три її основні характеристики: вегетативний тонус, вегетативну реактивність та вегетативне забезпечення діяльності. Для обчислення вегетативного індексу (ВІ) Кердо використовували формулу – $ВІ = (1 - АТд / ЧСС) \times 100$. Позитивні значення індексу вказували на перевагу симпатичного впливу, негативні - парасимпатичного, при повній рівновазі вегетативної нервової системи (ВНС) – $ВІ=0$ [13]. Синдром вегетативної дистонії (СВД) констатували з урахуванням результатів анкет двох типів: «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін», на яку відповідає вагітна жінка, та «Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів», яку заповнює лікар [13].

Проводили дослідження біофізичних властивостей ротової рідини та визначення вмісту кальцію в крові у жінок в I - III триместрах вагітності. З метою розрахунку швидкості саливації слини проводили її забір натщесерце в градуйовану пробірку шляхом спльовування [14]. В'язкість змішаної слини визначали за допомогою віскозиметра Освальда ВК-4 [14].

Обстежено у динаміці триместрів вагітності 22 жінки віком 20-34 років, які склали контрольну групу, та 32 вагітні у віці 17-37 років, які увійшли до основної групи дослідження. Весь комплекс діагностичних та лікувально-профілактичних заходів узгоджувався із акушер-гінекологом та при необхідності із терапевтом. В обох групах спостережень після професійної гігієни порожнини рота проведена її санація, надані рекомендації по індивідуальній гігієні порожнини рота. У контрольній групі вагітним акушер-гінекологи рекомендували прийом внутрішньо комплексного препарату Елевіт (по 1 т на добу протягом 2 місяців у першому триместрі та 1 місяця у третьому), в II триместрі при наявності соматичних змін – медикаментозне лікування призначали лікарі-інтерністи, а також надавали рекомендації з особливостей харчування, способу життя. Жінкам основної групи з метою підвищення індивідуальної мотивації до виконання рекомендацій лікарів була видана «Стоматологічна абетка вагітної», на яку нами отримано авторське право на

твір [15]. Стоматологічна абетка кожної вагітної, окрім об'єктивізації клінічної ситуації у порожнині рота, містила повний індивідуальний перелік лікарських призначень та рекомендацій у відповідності до результатів індивідуального комплексного клініко-психологічного, лабораторного обстеження, рекомендації стосовно роботи, відпочинку, сну, харчування, прийому препаратів, алгоритму індивідуальної гігієни порожнини рота, підібраних засобів індивідуальної гігієни, а також динаміки змін стоматологічного статусу при повторних обстеженнях та змін індивідуальних рекомендацій у стоматолога. Індивідуально підібраний алгоритм гігієни порожнини рота включав наступні гігієнічні заходи: превозинг, фло-сінг, мідлвошинг, лінгвалбрашинг, власне брашинг зубів, термозагартування судин порожнини рота, пальцевий масаж ясен, ірігейшен, файналвошинг з індивідуально рекомендованими засобами гігієни.

З метою попередження виникнення каріозних уражень зубів, змін у тканинах пародонта, зниження ризику розвитку фетоплацентарної недостатності, остеопенічних ускладнень вагітним призначали "Кальцій Д₃ Нікомед" з 12-13 тижня вагітності – по 1 таб. під час сніданку та вечері (1 місяць), а у III триместрі з 24-25 тижня – за аналогічною схемою прийом препарату протягом двох місяців. При нормальному перебігу вагітності у III триместрі призначали форми препарату "Кальцій Д₃ Нікомед Форте" за вищезгаданою схемою, виключенням були літні місяці [16]. Для нормалізації стану вегетативної нервової системи індивідуально призначали препарат "Магне В₆" по 1 т. 3 рази в день протягом 1 міс. після закінчення прийому препаратів кальцію. Обов'язковими були рекомендації щодо збалансованого та повноцінного харчування вагітних та індивідуальне призначення вітамінно-мінерального комплексу "АлфаВит Мамамо здоров'є" [17].

Крім зазначених препаратів та профілактичних заходів у II триместрі вагітності застосовували лікувальний комплекс, до складу якого входять засоби, одержані із продуктів бджільництва і екстрактів лікарських рослин, як для місцевої дії на слизову оболонку порожнини рота (СОПР) і, зокрема ясна, так і для загального впливу на організм вагітної. Курс лікування запального захворювання ясен у вагітних включав призначення препарату "Апілак" по 1 т. під язик 2 рази на добу протягом 7 днів. Беручи до уваги той факт, що СОПР має унікальну властивість до всмоктування, речовини як токсичного так і лікарського характеру дуже швидко проникають глибоко в тканини пародонта, а потім - у загальний кровообіг. Цей факт підтверджує важливе значення пародонта для організму: чим здоровіше ясна, тим здоровіше організм, і - навпаки. Тому вплив на ясна ззовні препаратами у вигляді полоскань, ванночок, аплікацій має виражену дію не тільки на тканини пародонта, а й на організм в цілому

[18]. В якості засобу для місцевого впливу на СОПР призначали препарати "Тонзінал" у вигляді розчину (2,5 г порошку препарату необхідно розчинити в 100 мл теплої води для ротових ванночок та полоскання порожнини рота 3-6 разів на добу протягом 7 днів), "Пропосол" у вигляді аерозольних аплікацій на ясна впродовж 15 хвилин після ранкових гігієнічних заходів порожнини рота, та пластини "ЦМ-2 із кальцієм" [18,19] після вечірніх гігієнічних заходів у порожнині рота на 6 годин протягом 7 днів.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за методом Уїлкоксона та Ману-Уїтні для пов'язаних вибірок [20].

Результати досліджень та їх обговорення

Клінічне обстеження вагітних у стоматолога виявило, що основними скаргами були кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота, біль у яснах при чищенні зубів. Більшість жінок (18 осіб) відмічали появу зазначених скарг під час вагітності, але деякі обстежені (14 жінок) вказували на їх наявність ще до появи вагітності.

У I триместрі у жінок контрольної групи із запальними змінами у тканинах ясен структура захворюваності була наступною - хронічний катаральний гінгівіт – 13 вагітних (59,1±10,5%), гіпертрофічний гінгівіт – у 7 осіб (31,8±9,9%), папіліт – у 2 жінок (0,9±2%), а вже в III триместрі при незмінній поширеності хвороб ясен (100 %) змінився їх ступінь тяжкості та структура - у 5 осіб (22,7±8,9%) діагностовано хронічний катаральний гінгівіт, у 10 (45,5±10,6%) – загострення хронічного катарального гінгівіту та гіпертрофічний гінгівіт у 7 вагітних (31,8±9,9%). Дещо іншою була динаміка клінічного стану тканин ясен вагітних основної групи. Так в I триместрі хронічний катаральний гінгівіт виявлений у 15 осіб (46,9±8,8%), загострення хронічного катарального гінгівіту – у 8 осіб (25,0±7,65%), папіліт – у 5 вагітних (15,6±6,41%), гіпертрофічний гінгівіт – у 3 жінок (9,4±5,16%), пародонтит – у 1 особи (3,1±3,06%), але при застосуванні в II триместрі запропонованого комплексного лікування у III триместрі зовсім зникли клінічні прояви хвороб пародонта у 15 осіб (46,9±8,8%), а структура змінилася наступним чином – хронічний катаральний гінгівіт діагностували у 13 осіб (40,6±8,68%), гіпертрофічний гінгівіт у 3 (9,4±5,16%), пародонтит – у 1 вагітної (3,1±3,06%), при цьому зменшився ступінь тяжкості вказаних змін.

У вагітних контрольної групи під час динамічного спостереження в I та III триместрах суттєвих змін зазнали індексні показники стану пародонта. Так, в III триместрі відмічається статистично достовірний ріст значень індексу РМА майже у два рази, вірогідне підвищення в 1,4 рази індексу Muhlemann-Sax. В основній групі також спостерігали динаміку показників, але, навпаки, відмічено вірогідне зниження показника РМА в III триместрі в порівнянні з I триместром в 2,9 рази,

а індексу Muhlemann-Sax в 2,3 рази.

Необхідно відмітити, що середні показники рівня гієни порожнини рота жінок як контрольної так і основної груп достовірно змінювалися під час всього терміну вагітності. Так, в контрольній групі спостерігалось погіршення гієни від I до III триместру вагітності до показників, що відповідали незадовільному гігієнічному стану порожнини рота. У жінок основної групи відбулося покращення гігієнічних навичок і показник індексу гієни у них відповідав переважно рівню доброго стану гієни порожнини рота.

Крім стоматологічних скарг щодо вище зазначених хвороб, жінки відмічали також періодичний головний біль, порушення сну, підвищену втомлюваність та зниження працездатності, інколи - дратівливість, відчуття внутрішньої тривоги, нестачі повітря, підвищену пітливість, лабільність АТ. Оцінка об'єктивного стану вагітних засвідчила про зниження величин АТ в обох групах обстеження, а в дослідній групі також і ЧСС у III триместрі в порівнянні з I-м (табл.1). Наявність СВД підтверджувалась кількістю балів згідно карти-опитника: в контрольній групі середній бал становив $31,05 \pm 4,08$ у I триместрі та

$36,45 \pm 4,41$ в III триместрі, $p < 0,05$. В основній групі, навпаки, відбувалося зменшення кількості балів згідно карти-опитника до терміну пологів. Стан вегетативної реактивності оцінювали за допомогою окосерцевого рефлекса Дан'їні-Ашнера. При проведенні даної проби у динаміці вагітності в контрольній групі вагітних зареєстровано нестабільність рефлекса Дан'їні-Ашнера (показник в середньому в I триместрі - $-3,91 \pm 0,76$ уд/хв та - $-2,82 \pm 1,06$ уд/хв в III триместрі, $p < 0,05$), що свідчить про підвищення вегетативної реактивності та збільшення явищ симпатикотонії в I та III триместрах. Очевидно, дані зміни підтверджують високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. В основній групі цифрові значення окосерцевого рефлекса Дан'їні-Ашнера склали - $-3,25 \pm 0,65$ в I триместрі та в III триместрі - $-5,88 \pm 0,73$, $p < 0,05$, що є показником нормалізації вегетативної реактивності та зменшення явищ симпатикотонії. При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності серцево-судинної системи в контрольній групі вагітних спостерігали незначне зменшення ЧСС при проведенні ортостатичної проби, що відповідає достатньому рівню (табл.1).

Таблиця 1
Динаміка показників вегетативного статусу вагітних до та після проведення лікувально-профілактичних заходів (M±m)

Показник	Контрольна група (22)		Основна група (32)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
ЧСС, уд/хв	$78,32 \pm 1,33$	$79,77 \pm 1,27$	$73,88 \pm 0,97$	$71,44 \pm 0,64^{\#}$
Вага, кг	$64,64 \pm 2,92$	$71,60 \pm 2,92^{\dagger}$	$63,18 \pm 2,32$	$73,43 \pm 2,19^{\#}$
Ріст, см	$164,32 \pm 0,76$	$164,32 \pm 0,76$	$166,34 \pm 0,99$	$166,34 \pm 0,99$
АТс, мм рт.ст.	$124,09 \pm 1,76$	$116,59 \pm 1,69^{\dagger}$	$120,47 \pm 1,44$	$111,88 \pm 1,28^{\dagger}$
АТд, мм рт.ст.	$80,91 \pm 2,97$	$72,27 \pm 0,91^{\dagger}$	$77,5 \pm 1,44$	$70,63 \pm 1,16^{\dagger}$
ВІ, у.од.	$2,04 \pm 0,77$	$0,63 \pm 0,91^{\dagger}$	$2,37 \pm 0,98$	$0,46 \pm 0,56^{\dagger}$
Ортостатична проба, уд/хв	$16,91 \pm 0,82$	$15,86 \pm 0,74$	$16,13 \pm 0,55$	$14,53 \pm 0,49^{\#}$
Рефлекс Дан'їні-Ашнера, уд/хв	$-3,91 \pm 0,76$	$-2,82 \pm 1,06$	$-3,25 \pm 0,65$	$-5,88 \pm 0,73^{\#}$
СВД, бали	$31,05 \pm 4,08$	$36,45 \pm 4,41^{\dagger}$	$32,13 \pm 3,29$	$26,81 \pm 1,75^{\#}$
Реактивна тривожність	$52,23 \pm 0,84$	$44,95 \pm 1,25^{\dagger}$	$51,63 \pm 0,6$	$40,25 \pm 0,67^{\#}$
Особиста тривожність	$39,77 \pm 1,02$	$39,77 \pm 1,02$	$42,03 \pm 1,26$	$38,75 \pm 0,57^{\#}$

Примітка: у дужках – кількість обстежених, † - вірогідність відмінностей показників I та III триместру по Уїлкоксоу, $p < 0,05$
 $^{\#}$ - вірогідність відмінностей показників III триместру контрольної та III триместру основної груп по Ману-Уїтні, $p < 0,05$

Таблиця 2
Показники лабораторного обстеження жінок під час вагітності до та після проведення лікувально-профілактичних заходів (M±m)

Показник	Контрольна група (22)		Основна група (32)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
Са, ммоль/л	$2,20 \pm 0,02$	$2,12 \pm 0,04$	$2,26 \pm 0,04$	$2,5 \pm 0,01^{\#}$
V саливації, мл/хв	$0,38 \pm 0,02$	$0,31 \pm 0,02^{\dagger}$	$0,38 \pm 0,02$	$0,49 \pm 0,01^{\#}$
В'язкість сП	$1,85 \pm 0,15$	$2,54 \pm 0,07^{\dagger}$	$1,92 \pm 0,12$	$1,67 \pm 0,09^{\#}$

Примітка: у дужках – кількість обстежених, † - вірогідність відмінностей показників I та III триместру по Уїлкоксоу, $p < 0,05$
 $^{\#}$ - вірогідність відмінностей показників III триместру контрольної та III триместру основної груп по Ману-Уїтні, $p < 0,05$

Лабораторне обстеження вагітних контрольної групи дозволило встановити вірогідне зниження показника швидкості секреції ротової рідини зі збільшенням терміну вагітності за парним методом Стюдента ($p < 0,05$) та методу Уїлкоксона для пов'язаних вибірок (табл. 2), а в основній групі, навпаки, спостерігаємо підвищення в III триместрі вищезгаданого показника на 28,9% в порівнянні з аналогічним показником

I триместру. В'язкість слини достовірно зростала у жінок до III триместру в групі контролю, а в основній групі спостерігали достовірне її зниження на 13,1% (від $1,92 \pm 0,12$ в I триместрі до $1,67 \pm 0,09$ в III триместрі, $p < 0,05$).

Беручи до уваги той факт, що сама вагітність є фактором ризику розвитку остеодіфіцитних станів, ми вважали за доцільно проаналізувати динаміку змін вмісту кальцію у крові відносно

триместрів вагітності (табл. 2). З'ясувалося, що при порівнянні даних, які були отримані в I та III триместрах основної групи, встановлено достовірне підвищення за Уїллкоксоном та за методом парних порівнянь Стьюдента вмісту загального кальцію на 10,6% в сироватці крові у жінок основної групи. Необхідно зазначити, що в контрольній групі виявлена тенденція до зменшення вмісту кальцію ($p > 0,05$) в сироватці крові в III триместрі відносно I триместру вагітності.

Висновок

Отримані результати підтверджують позитивний вплив на організм індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів у вагітних із запальними змінами тканин ясен, про що свідчить динаміка індексів РМА та індексу кровоточивості в бік зменшення їх середніх показників, швидкості слиновиділення, зниження в'язкості, покращення гігієни порожнини рота, що в свою чергу сприяє зменшенню та ліквідації запальних змін у тканинах пародонта під час перебігу вагітності, покращує загальне самопочуття вагітних, їх соматичний та психологічний статус.

Література

1. Laine M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol.Scand. – 2002. – V.60. – P.257-264.
2. Покровский М.Ю. Особенности патогенеза и прогнозирования течения стоматологических заболеваний в период беременности : дис. на соискание науч. степени канд.мед.наук. : 14.00.21 / М.Ю. Покровский. – Нижний Новгород, 2002. – 179 с.
3. Орехова Н.С. Клиника, лечение и профилактика гингивита у беременных / Н.С Орехова, Е.А. Михеева // Стоматология детского возраста и профилактика, 2007. – №2. – С. 3-6.
4. Хоменко Л.А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема риска и диагностики / Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко, Е.И. Остапко // Стоматолог. – 2006. – №1. – С. 54-57.
5. Толмачева С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиних. – М. : Медицинская книга, 2005. – 150 с.

6. Фанченко Н.Д. Эндокринология физиологической беременности / Н.Д. Фанченко, Е.В. Екимова // Российский медицинский журнал. – 2007. - №5. – С. 43-461.
7. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: автореф. дис. на соискание науч. степени кандидата мед. наук: 14.00.21 / Л.Н.Денисенко. – Волгоград, 2007. – 24 с.
8. Романова Ю.Г. Обоснование применения адаптогена растительного происхождения для повышения защитных и минерализующих свойств в ротовой полости беременных женщин : дис. канд. мед. наук : 14.01.22 / Романова Ю.Г. – Одесса, 2000. – 136 с.
9. Чумакова Ю.Г. Обґрунтування принципів профілактики карієсу зубів і захворювань пародонту у жінок у різні строки вагітності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Ю.Г. Чумакова. – К., 1996. – 22 с.
10. Гаджула Н.Г. Індивідуальна профілактика карієсу зубів у жінок у періоди вагітності та лактації: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / Н.Г. Гаджула. – Львів, 2009. – 18 с.
11. Чумай Г.С. Стоматологічні захворювання у вагітних / Г.С. Чумай, Н.І. Смоляр. – К. : Здоров'я, 1991. – 104 с.
12. Кулыгина В.М. Эффективность профилактики кариеса зубов у женщин в период беременности по показателю минерального обмена ротовой жидкости / В.М Кулыгина, Н.Г. Гаджула // Вісник стоматології. – 2006. – №4. – С. 40-46.
13. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / Под ред. А.М. Вейна. – М. : Медицина, 1998. – 740 с.
14. Курякина Н.В. Стоматология профилактическая / Н.В. Курякина, Н.А Савельева. – Н.Новгород : Издательство НГМА, 2005. – 283 с.
15. А.с. "Стоматологічна абетка вагітної" / Т.О.Петрушанко, Л.И. Островська. №29471; заяв.15.05.09, №29667; дата реєстрації 15.07.2009, №29471.
16. Диференційована профілактика та лікування порушень гомеостазу кальцію при хворобах зубів та тканин пародонта / Петрушанко Т.О., Островська Л.И., Іваницький І.О. // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, №109 – 2008.
17. Сидорова И. Особенности применения витаминно-минеральных комплексов для беременных и кормящих женщин / И. Сидорова, А. Унаян // Врач. – 2007. – №11. – С. 66-67.
18. Мануйлов Б.М. Некоторые особенности фитотерапии в стоматологии. Методические рекомендации / Мануйлов Б.М. – М. : 2005. – 54 с.
19. Михайлова А.Б. Применение препаратов растительного происхождения в комплексном лечении катарального гингивита / А.Б.Михайлова, Т.П. Вавилова, Е.А. Горбатова // Российская стоматология. – 2009. – №3. – С. 37-40.
20. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Гланц С. ; [пер. С. англ]. – М. : Практика, 1998. – 459 с.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ТКАНЯХ ДЕСЕН

Островская Л.И., Петрушанко Т.А, Пурденко Т.И

Ключові слова: болезни пародонта, беременные, вторичная профилактика.

Проведен анализ динамики клинико-лабораторных показателей в взаимосвязи с психологическим, стоматологическим, лабораторным обследованием беременных в разные триместры и обоснована эффективность индивидуализированной вторичной профилактики болезней пародонта у беременных.

Summary

CHARACTERISTICS OF THERAPY FOR PREGNANT WOMEN WITH INFLAMMATORY GANGES IN GINGIVAL TISSUES

Ostrovskaya L.I., Petrushanko T.A., Purdenko T.I.

Key words: periodontal disease, pregnant, secondary prevention.

This article presents the analysis of the dynamics of clinical and laboratory indices in their interconnection with psychological, oral and laboratory examination of pregnant women in different trimesters. The paper also stresses on the effectiveness of individual secondary prevention of periodontal diseases in pregnant women.