

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ ПАРОДОНТУ У ВАГІТНИХ

*Т.О. Петрушанко,
Л.І. Островська,
Т.І. Пурденко*

Українська медична стоматологічна академія

Резюме. Проаналізовано у взаємозв'язку динаміку змін 73-х клініко-лабораторних показників психологічного, клінічного, стоматологічного та лабораторного обстеження вагітних у різні триместри та обґрунтовано медичну, організаційну ефективність індивідуалізованої етіотропної первинної профілактики хвороб пародонту.

Ключові слова: хвороби пародонту, вагітні, первинна профілактика.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ

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

Резюме

Проанализирована во взаимосвязи динамика изменений 73-х клинико-лабораторных показателей психологического, клинического, стоматологического и лабораторного обследования беременных в разные триместры и обоснована медицинская, организационная эффективность индивидуализированной этиотропной первичной профилактики болезней пародонта.

Ключевые слова: болезни пародонта, беременные, первичная профилактика.

PECULIARITY OF PRIMARY PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASE OF PREGNANT

T. Petrushanko, L. Ostrovskaya, T. Purdenko

Summary

Analyzed in relationship dynamics change 73 clinical and laboratory indicators of psychological, clinical, dental and laboratory examination of pregnant women in different trimesters and reasonable medical, organizational effectiveness individual primary prevention of periodontal diseases.

Key words: periodontal disease, pregnant women, primary prevention.

ВСТУП

Відомо, що рівень здоров'я вагітної у значній мірі формує соматичне та стоматологічне здоров'я майбутнього малюка, обумовлює фізіологічний перебіг вагітності, поллогів і післяпологового періоду, подальше оптимальне функціонування організму жінки. Незважаючи на численні досягнення вітчизняних і зарубіжних учених, присвячених профілактиці стоматологічних хвороб вагітних, проблема попередження та лікування в них хвороб тканин пародонту, карієсу зубів залишається актуальною [1–4]. Заходи із профілактики стоматологічних захворювань під час вагітності повинні проводитися з моменту першого відвідування жіночої консультації та постановки на облік по вагітності, хоча найоптимальніший строк для початку їх реалізації – період 3–6 місяців планування вагітності. Обґрунтовуючи профілактичні заходи, рекомендують приймати до уваги активність каріозного процесу у вагітних, стан тканин пародонту, загальні та місцеві фактори ризику розвитку стоматологічних захворювань, у тому числі соматичну патологію та повноцінність харчування вагітної, стан гігієни порожнини рота [1]. Згідно з літературними джерелами, найбільший прояв запальних явищ у тканинах пародонту спостерігається у II триместрі вагітності, а критичне наростання карієсогенної ситуації в порожнині рота – у III триместрі, що дозволяє визначити оптимальні періоди стоматологічних оглядів і розробити диференційований підхід до проведення профілактичних заходів [1, 3, 5]. Більшість дослідників дотримуються думки про найвищу профілактичну ефективність раціональної індивідуальної гігієни порожнини рота в поєднанні із професійною протягом усього періоду вагітності та створення мотивації на виконання рекомендацій спеціалістів [3, 4, 6, 7, 8]. Ю.Г. Чумакова додатково пропонує застосовувати заходи, спрямовані на нормалізацію функції слинних залоз і підтримання гомеостазу порожнини рота, проводити корекцію мінерального обміну та місцеву ремінералізуючу терапію [12]. З метою попередження карієсу та хвороб пародонту в якості засобів місцевої дії рекомендують призначати для ополіскування порожнини рота розчини фтористого натрію, глюконату чи гліцерофосфату кальцію, ремоденту, їх поєднання з дією гелій-неонового лазера, використання антигіпоксанту та антиоксиданту мексидолу у складі зубної пасти (Mexidol dent), застосовують також покриті лаки, гелі, герметики для зубів, хемостимулятори. Уважають доцільними також і немедикаментозні засоби – ауто- та гідромасаж, жування щільної їжі. Для патогенетичної вторинної профілактики стоматологічних хвороб у вагітних доведено ефективність прийому внутрішньо препаратів кальцію, фтору, моно- та полівітамінів, екстрактів елеутерококу, ехінацеї, біологічно-активних добавок «Біокальцевіт» і морської капусти [4, 9, 10, 11, 13, 14, 15]. У той же час механізми формування та розвитку каріозного процесу, патології тканин пародонту мають індивідуальні особливості стосовно стану реактивності та резистентності кожної людини та зокрема вагітних.

Метою даної роботи є вивчення ефективності індивідуалізованої патогенетично обґрунтованої первинної профілактики хвороб пародонту в жінок у різні строки вагітності.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під постійним спостереженням перебували 50 вагітних віком 18–36 років, у яких при первинному обстеженні стоматологом у першому триместрі були відсутні клінічні зміни тканин пародонту. Жінки знаходились на обліку в 4-й міській жіночій консультації м. Полтави, проходили стоматологічний огляд у I, II, III триместрах із визначенням поширеності та інтенсивності карієсу,

хвороб тканин пародонту та оцінки стану прикусу за загальноприйнятими критеріями. Проаналізовано динаміку змін 73-х клініко-лабораторних показників психологічного, клінічного, стоматологічного та лабораторного дослідження, які реєструвались у спеціально розроблених картах індивідуального спостереження за вагітними. Визначення ТЕР-тесту (Окушко, 1984) проводили для діагностики функціонального стану емалі та індивідуального прогнозування виникнення карієсу. Гігієнічний індекс (ГІ) розраховували за J.C. Green, J.R. Vermillion (ОНІ-S, 1964), об'єктивізували стан тканин пародонту на основі аналізу папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) у модифікації С. Парма (1960), індексу СРІТН, кровоточивості за Muhlemann-Sax. Для визначення інтенсивності запалення ясен проводили їх фарбування розчином Шиффа. Оцінку здійснювали візуально за інтенсивністю забарвлення в різні відтінки пурпурно-червоного кольору (світло-рожевий, рожевий, темно-рожевий), інтактний пародонт мав блідо-рожевий колір [16]. Виконували також термометрію ясен обох щелеп у передніх і бокових відділах альвеолярних відростків за допомогою цифрового термометра («Microlife») з точністю шкали 0,1 [17].

Стан вегетативної нервової системи (ВНС) оцінювали, ураховуючи три її основні характеристики: вегетативний тонус, вегетативну реактивність і вегетативне забезпечення діяльності. Для обчислення вегетативного індексу (ВІ) Кердо використовували формулу $VI = (1 - ATd/ЧСС) \times 100$. Позитивні значення індексу вказували на перевагу симпатичного впливу, негативні – парасимпатичного при повній рівновазі ВНС – $VI = 0$ [18]. 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», який заповнює лікар [18, 19]. Нейропсихологічне обстеження включало визначення рівня тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна, визначення типу особистості як риси характеру та рівня нейротизму, що корелює з вираженістю психоемоційної напруги за допомогою опитувальника Айзенка [18, 19].

Стан апарату кровообігу, що визначає стратегію адаптації, характеризували на основі індексу Робінсона [20]. Для кількісної експрес-оцінки гемодинаміки застосували загальний гемодинамічний показник (ЗГП) [21]. На основі даних антропометричного обстеження та показників вегетативного тону розраховували в динаміці спостереження адаптаційний потенціал (АП) системи кровообігу вагітних, що характеризував рівень здоров'я в балах [22]. Обов'язковим було врахування віку жінок, кількості вагітностей, Rh-фактору, групи крові, наявності генітальної та екстрагенітальної патології.

Уявлення про адаптаційні реакції організму у значній мірі пов'язане з кількісно-якісними змінами лейкоцитарної формули периферійної крові. Використання математичних інтегральних показників, частина яких змінюється вже в передозологічному періоді, дозволяє оцінити в динаміці стан різних ланок імунної системи [14]. Використовували визначення лейкоцитарного індексу (ЛІ), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), індексу зсуву лейкоцитів (ІСЛ), індексу співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ЛІШОЕ), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ЛГІ), загального індексу (ЗІ), індексу співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), індексу співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ), індексу алергізації (ІА).

Проводили дослідження біофізичних властивостей ротової рідини та визначення вмісту кальцію, фосфору,

заліза у крові в жінок у I–III триместрах вагітності за загальноприйнятими методиками. З метою розрахунку швидкості саливації слини здійснювали її забір натщесерце у градуйовану пробірку шляхом спльовування [23, 24]. В'язкість змішаної слини визначали за допомогою вискозиметра (ВК-4) [23, 24]. Мінералізуючий потенціал слини (МПС) оцінювали за її мікрокристалізацією та визначали показник мікрокристалізації (ПМК) [23, 24]. Для вивчення загальної мікробної заселеності порожнини рота всі вагітні в день проведення лабораторної проби утримувались від чищення зубів і полоскання рота. Відбір проб для бактеріологічного дослідження здійснювали в однакові строки, натщесерце, шляхом забору ротової рідини в об'ємі 1 мл у стерильні ампули (Ependorf). 1 мл ротової рідини, розведеної 1:1000, вносили у стерильні чашки Петрі й заливали 8 мл розтопленого цукрового МПА. Після застигання агару чашки з посівами інкубували протягом доби в термостаті при 37°C. Облік результатів проводили шляхом підрахунку кількості колоній на чашках. Показник загальної мікробної заселеності (кількість колонієутворюючих одиниць (КУО)/мл ротової рідини) розраховували за формулою: $X = n \times 10^{6n}$, де n – кількість колоній на чашці [24].

Обстежені в динаміці триместрів вагітності 29 жінок віком 19–36 років, які склали контрольну групу, та 21 вагітна у віці 18–33 років, які увійшли до основної групи дослідження. Весь комплекс діагностичних і лікувально-профілактичних заходів узгоджувався з акушером-гінекологом і за необхідності з терапевтом. В обох групах спостережень після професійної гігієни порожнини рота проведена її санация, надані рекомендації з індивідуальної гігієни порожнини рота. У контрольній групі вагітним акушери-гінекологи рекомендували прийом внутрішньо комплексного препарату «Елевіт» (по 1 таб. на добу протягом двох місяців у першому триместрі та одного місяця у третьому), за наявності соматичних змін медикаментозне лікування призначали лікарі-інтерністи, а також давали рекомендації про особливості харчування, спосіб життя.

Жінкам основної групи з метою підвищення індивідуальної мотивації на виконання рекомендацій лікарів була розроблена та видана «Стоматологічна абетка вагітної», на яку ми отримали авторське право на твір [25]. Стоматологічна абетка кожної вагітної, окрім об'єктивізації клінічної ситуації в порожнині рота, містила повний індивідуальний перелік лікарських призначень і рекомендацій у відповідності з результатами 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 і змін індивідуальних рекомендацій стоматолога. Індивідуально підібраний алгоритм гігієни порожнини рота включав такі гігієнічні заходи: превозинг, флосінг, мідлвошинг, лінгвалбрашинг, власне брашинг зубів, термозагартування судин порожнини рота, пальцевий масаж ясен, іригація, файнелвошинг з індивідуально рекомендованими засобами гігієни.

З метою попередження виникнення каріозних уражень зубів, змін у тканинах пародонту, зниження ризику розвитку фетоплацентарної недостатності, остеопенічних ускладнень вагітним призначали «Кальцій D₃ Нікомед» із 12–13 тижня вагітності – по 1 таб. під час сніданку та вечері (один місяць), а у III триместрі із 24–25 тижня – за аналогічною схемою прийом препарату протягом двох місяців. При нормальному перебігу вагітності у III триместрі призначали форму препарату «Кальцій D₃ Нікомед Форте» за вищезгадану схемою, винятком були літні місяці [26].

Обов'язковими були письмові рекомендації про збалансоване та повноцінне харчування вагітних у відповідності зі строком вагітності та індивідуальне призначення вітамінно-мінерального комплексу «АлфаВіт Мамине здоров'я». При виявленні генітальної та екстрагенітальної патології специфічне лікування проводили відповідні спеціалісти.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за методом Уїлкоксона для пов'язаних вибірок. Для аналізу взаємозв'язків кількісних параметрів визначали коефіцієнт парної кореляції Кенделла [27].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Детальне клінічне обстеження показало, що в жінок контрольної групи в I триместрі всього 16 осіб (55,2±9,23 %) не мали каріозних уражень зубів, тоді як уже у III триместрі їх кількість зменшилась до 9-ти осіб (31,0±8,59 %). В основній групі 7 осіб (33,3±10,3 %) не мали карієсу, а до III триместру їх кількість збільшилась до 12-ти осіб (57,1±10,8 %). Аналізуючи поширеність карієсу та його ускладнень, слід відмітити, що в контрольній групі протягом II–III триместрів вагітності відбувся ріст кількості каріозних порожнин на 24,2 % а в основній групі відбулося зменшення поширеності карієсу у III триместрі порівняно з першим на 23,8 % (табл. 1). Слід зазначити, що в контрольній групі спостерігали достовірне підвищення показника КППВ на 9,4 % у III триместрі в порівнянні з аналогічним показником I триместру в основному за рахунок збільшення частоти каріозних порожнин. В основній групі індекс КППВ також мав достовірні зміни в бік зростання на 19,5 % у III триместрі в порівнянні з I, але, на відміну від контрольної групи, за рахунок запломбованих і видалених зубів.

При первинному огляді вагітних виявлено патологію прикусу, наявність зубошелпних деформацій та аномалій м'яких тканин порожнини рота у 37,9±9 % (11 осіб) контрольної групи та в 4-х осіб (19±8,56 %) основної групи. Зміни некаріозних уражень зубів діагностовано у 13 вагітних контрольної та в 9-ти осіб основної групи (переважно флюороз різного ступеня тяжкості та клиноподібні дефекти), поширеність яких була незмінною до пологів. Відсутність динаміки вищезгаданих факторів не дозволяє виділяти їх як головні при розвитку запальних змін у тканинах пародонту в жінок під час вагітності.

Контрольна група жінок у I триместрі характеризувалася клінічно незмінним пародонтом, але до III триместру в 16-ти осіб (55,2±9,23 %) осіб був виявлений хронічний катаральний гінгівіт. Отримані дані підтверджують виникнення запальних змін ясен зі збільшенням строку вагітності за відсутності проведення відповідних профілактичних заходів. Так, в основній групі за умов клінічно незміненого пародонту на початку вагітності при застосуванні комплексу індивідуальних профілактичних заходів і створення або ж мотивації жінок на підвищення стану здоров'я в цей період, у III триместрі діагностовано хронічний катаральний гінгівіт тільки в одній вагітній (4,8±4,7 %), що свідчить про високу медичну ефективність первинної профілактики хвороб пародонту.

У вагітних контрольної групи під час динамічного спостереження в I та III триместрах індексні показники стану пародонту мали також достовірні відмінності. Так, у III триместрі відмічається статистично достовірний ріст значень індексу РМА (4,66±1,32 у III триместрі проти РМА = 0 в I триместрі, $p < 0,05$), а динамічне вивчення індексу Muhlemann-Sax виявило вірогідне підвищення показника з настанням III триместру, що вказує на існування взаємозв'язку індексної оцінки із запальними змінами у тканинах пародонту під час гестаційного

періоду (див. табл. 1). В основній групі також спостерігали тенденцію до підвищення показника РМА у III триместрі в порівнянні з I триместром (0,32±0,32 проти РМА = 0, $p > 0,05$ відповідно), але вони були значно меншими, ніж у контрольній групі, що свідчить про зменшення виникнення запальних проявів при впровадженні індивідуальних профілактичних заходів стосовно змін тканин пародонту. Якісна оцінка пародонтального статусу на основі забарвлення ясен розчином Шиффа показала, що в контрольній групі у III триместрі в 11 вагітних ясна забарвлювались у рожевий колір, тільки у 5-ти жінок забарвлення ясен відповідало світло-рожевому кольору. У той же час кореляційний аналіз свідчив про існування у III триместрі прямого кореляційного зв'язку показника П (кількості пломб у вагітної) в осіб основної групи з індексом кровоточивості за Muhlemann-Sax, П та інтенсивністю запалення ясен за реакцією на розчин Шиффа; показника В (кількість видалених зубів) – з П, віком вагітних, гематологічними показниками (ІА, ІЛГ, ІСЛ, ІСНЛ, ІСНМ, ЛП); а також інтенсивності каріозного процесу – з індексом кровоточивості та ІА, показником ТЕР-тесту.

Необхідно відмітити, що середні показники рівня гігієни порожнини рота жінок як контрольної, так і основної групи достовірно змінювались під час усього строку вагітності. Так, у контрольній групі спостерігалось вірогідне зростання даного показника від I до III триместру вагітності (табл. 1). При цьому стан гігієни порожнини рота вагітних у III триместрі мав прямий кореляційний зв'язок з К, ТЕР-тестом, а також з РМА, СРІТН та індексом кровоточивості за Muhlemann-Sax, але зворотний з показником МПС. При застосуванні індивідуальних профілактичних заходів в основній групі спостерігали достовірне зменшення середніх показників рівня гігієни порожнини рота в динаміці вагітності – 0,08±0,03 проти 0,33±0,3 у першому триместрі ($p < 0,05$), що є результатом якісної мотивації вагітної на проведення гігієнічних заходів і перевагою індивідуального алгоритму гігієнічних заходів. При цьому гігієнічний індекс у III триместрі основної групи має кореляційні зв'язки з показником П, індексом кровоточивості за Muhlemann-Sax, показником забарвлення розчином Шиффа, швидкістю саливації.

Слід зазначити, що супутніми скаргами більшості вагітних при їх первинному обстеженні були: періодичний головний біль, підвищена втомлюваність і зниження працездатності, дратівливість, емоційна лабільність, відчуття внутрішньої тривоги, порушення сну, відчуття нестачі повітря, підвищена пітливість, лабільність АТ. Об'єктивне дослідження засвідчило зростання симпатичного тону у вагітних контрольної групи в I триместрі з його достовірним зниженням у III триместрі (табл. 2). В основній групі спостерігали зниження показників систолічного АТ на 6 %, діастолічного АТ на 6,2 %, а ЧСС на 3,9 % (див. табл. 2). Наявність СВД у жінок контрольної групи підтверджувалася кількістю балів згідно з картою-опитувальником: середній бал становив 32,07±3,40 у I триместрі та 42,07±6,12 у III триместрі ($p < 0,05$). Аналізуючи отримані дані, можна говорити про вираженість СВД у III триместрі в порівнянні з I. В основній групі, навпаки, відбувалося зменшення кількості балів згідно з картою-опитувальником до строку пологів (із 31,86±3,7 в I триместрі до 27,14±2,23 у III триместрі, $p < 0,05$). Стан вегетативної реактивності вагітних об'єктивізували за допомогою окосерцевого рефлексу Даньїні-Ашнера. При проведенні даної проби зареєстровано достовірне прискорення ЧСС у жінок контрольної групи в динаміці вагітності, що свідчить про підвищення вегетативної реактивності та збільшення явищ симпатикотонії в I та III триместрах (табл. 2). Очевидно, дані

Основні індексні показники стоматологічного статусу до та після проведення профілактичних заходів у динаміці триместрів вагітності (M±m)

Показник	Контрольна група (29 вагітних)		Основна група (21 вагітна)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
К	0,90±0,27	1,31±0,26*	1,67±0,33	0,43±0,11*
П	3,38±0,51	3,34±0,50	2,19±0,47	4,19±0,55*
В	0,45±0,16	0,59±0,22	0,29±0,17	0,33±0,17
КПВ	4,79±0,57	5,24±0,58*	4,14±0,6	4,95±0,64*
ГІ	0,25±0,03	0,38±0,04*	0,33±0,3	0,08±0,03*
СРІТН	0,07±0,07	0,41±0,12*	0	0,05±0,05
Індекс Muhlemann-Sax	0,06±0,03	0,54±0,15*	0,01±0,01	0,11±0,07
РМА	0	4,66±1,32*	0	0,32±0,32

Примітка: * – вірогідність відмінностей показників I та III триместру за Уїллкосоном, p < 0,05.

зміни підтверджують високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму. В основній групі цифрові значення окосерцевого рефлексу Давьїні-Ашнера в I триместрі дорівнювали 3,9±0,8, тоді як у III триместрі – 6,38±0,9 (p < 0,05), що свідчить про нормалізацію вегетативної реактивності та зменшення явищ симпатикотонії. При дослідженні вегетативного забезпечення діяльності організму вагітних контрольної групи спостерігали відносно стабільність ЧСС при проведенні ортостатичної проби (16,03±0,76 уд./хв в I та 16,00±0,77 уд./хв у III-му триместрі, p > 0,05), що є результатом достатнього вегетативного забезпечення організму під час вагітності. В основній групі спостерігається тенденція до зниження приросту ЧСС при проведенні ортостатичної проби (із 73,81±1,38 у I триместрі до 70,95±0,95 у III триместрі, p > 0,05). Даний факт указує на зменшення напруги адаптаційних процесів у серцевосудинній системі обстежених вагітних. Визначення індексу Робінсона показало його достовірне зменшення в обстежених жінок обох досліджуваних груп.

Ураховуючи суттєву роль індивідуальних особливостей нервових процесів, психологічних характеристик людини у виникненні хвороб неінфекційної природи, ми проаналізували рівень тривожності жінок у різні строки вагітності. За шкалою Спілбергера-Ханіна в обстежених жінок контрольної групи виявлено високий рівень реактивної (ситуаційної) тривоги на початку вагітності (51,69±0,63 бала), а у III триместрі середні значення їх реактивної тривожності відповідали 44,1±0,94 бала, p < 0,05. У жінок основної групи показники реактивної тривоги в I триместрі також свідчили про її високий рівень (52,67±0,68 бала), але у III триместрі відбулось їх більш виражене зменшення до 37,76±0,95 бала, p < 0,05 (табл. 2). Отримані дані свідчать про зменшення психоемоційної напруги у вагітних жінок у III триместрі обох груп і вказують на адаптацію організму до вагітності, але в дослідній групі зазначені процеси активніші. Вивчення показників особистої тривожності у вагітних групи контролю показало, що її рівень упродовж усього строку

вагітності зберігався стабільним (39,79±0,43 бала), тоді як в основній групі спостерігали тенденцію до зменшення досліджуваного показника у III триместрі, але загалом рівень тривоги залишався також у межах середнього з тенденцією до високого (табл. 2). Здійснюючи кореляційний аналіз динаміки показників КПВ, стану вегетативної нервової системи, показників рівня тривожності та взаємозв'язків кількісних параметрів методом парної кореляції за Кенделлом, відзначаємо наявність кореляційних зв'язків між показником реактивної тривожності та гематологічними показниками (ІЛШОЕ, ІСЛ), показником СВД зі швидкістю саливації та ІСЛМ.

Оцінка показників центральної гемодинаміки вагітних групи контролю у III триместрі в порівнянні з даними I триместру свідчить про достовірне зниження АТс на 6,2 %, тенденцію до підвищення ХО, УО та ЧСС відповідно на 8,3, 5,6 і 2,4 %. У вагітних основної групи виявлено також зменшення АТ (АТс на 5,98 %, АТд – на 6,6 %), ЗГП на 5,12 % у III триместрі в порівнянні з аналогічними показниками першого, що, на нашу думку, обумовлено зменшенням активації симпатичного відділу нервової системи та вазодилатацією судин, а показники УО та ХО залишалися стабільно незмінними.

Необхідно зазначити, що в основній групі виявлений достовірний прямиий кореляційний зв'язок у III триместрі за Кенделлом показника ХО з АТс, УО. У свою чергу УО має пряму залежність із ТЕР-тестом і TORCH-інфекцією, адаптаційний потенціал – з АТд, вагою жінок, TORCH-інфекцією, екстрагенітальною патологією, індексом Робінсона та ОГП, останній – з МПС. Виконані попередні дослідження у вагітних довели важливість системних гемодинамічних змін під час гестаційного періоду як складових ключових ланок патогенетичних змін тканин пародонту, що підтверджується результатами факторного аналізу [28].

Проведений аналіз даних додаткового обстеження вагітних контрольної групи показав вірогідне зниження показника швидкості секретії в них ротової рідини зі збільшенням строку вагітності (див. табл. 3), що співпа-

Динаміка показників антропометричного, вегетативного статусу та гемодинамічного стану вагітних до та після проведення профілактичних заходів (M±m)

Показник	Контрольна група (29 вагітних)		Основна група (21 вагітна)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
ЧСС, уд./хв	76,79±1,29	78,62±1,03	73,81±1,38	70,95±0,95*
Вага, кг	63,01±1,99	68,60±2,16*	60,67±2,51	70,76±2,43*
Ріст, см	166,48±1,18	166,48±1,18	165,29±0,89	165,29±0,89
АТс, мм рт. ст.	123,45±1,11	115,86±1,57*	119,52±2,49	112,38±1,97*
АТд, мм рт. ст.	78,97±1,73	72,07±1,5*	77,38±1,85	72,62±1,36*
ВІ, у. од.	1,62±0,51	0,93±0,2*	3,0±0,88	0,76±0,23*
Ортостатична проба, уд./хв	16,03±0,76	16,00±0,77	15,9±0,77	14,67±0,65
Показник	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
Рефлекс Даньїні-Ашнера, уд./хв	-4,28±0,57	-3,79±1,06	-3,9±0,8	-6,38±0,9*
СВД, бали	32,07±3,40	42,07±6,12*	31,86±3,7	27,14±2,23
Адаптаційний потенціал, бали	9,97±0,16	10,06±0,14	9,54±0,16	9,18±0,14*
Індекс Робінсона	94,84±1,89	91,26±2,07*	88,16±2,35	79,88±2,10*
Реактивна тривожність	51,69±0,63	44,1±0,94	52,67±0,68	37,76±0,95*
Особиста тривожність	39,79±0,43	39,79±0,43	39,52±1,89	37,86±0,88
ХО, мл/хв	3387,28± 124,65	3667,62± 109,05	3178,83 ±119,08	3040,99 ±110,66
УО/мл	44,34±1,71	46,83±1,44	42,91±1,05	42,95±1,57
ЗГП, од	178,00±1,98	172,59±2,1*	172,26±2,34	163,45±2,13*

Примітка: * – вірогідність відмінностей показників I та III триместру за Уїлкоксоном, $p < 0,05$.

дає з даними Ю.Г. Чумакової [12], тоді як в основній групі, навпаки, відбувалось підвищення у III триместрі вищезгаданого показника на 23,8 % в порівнянні з даними I триместру. В'язкість слини також достовірно зростала в жінок у групі контролю до III триместру, а в основній групі відбувалось її достовірне зниження на 9,4 %. Аналізуючи загальну мікробну заселеність порожнини рота в динаміці триместрів, слід зазначити відносну стабільність даного показника протягом усього строку вагітності. Водночас у контрольній групі було виявлено вірогідне підвищення показника кількості колонієутворюючих одиниць (КУО) у III триместрі ($9,69 \times 10^5 \pm 3,15 \times 10^5$,

$p < 0,05$) порівняно з I триместром ($8,94 \times 10^5 \pm 3,0 \times 10^5$, $p < 0,05$), що свідчить про збільшення КУО в ротовій рідині при погіршенні гігієни порожнини рота. В основній групі спостерігали тенденцію до зниження даного показника у III триместрі відносно I триместру (див. табл. 3), що вказує на зменшення КУО в ротовій рідині при дотриманні режиму гігієни порожнини рота.

Таким чином, більшість досліджуваних показників стоматологічного статусу, загальної мікробної заселеності порожнини рота в жінок під час вагітності не є незмінними. Так, зі збільшенням строку вагітності в контрольній групі жінок зростають кількість каріозних порожнин

Лабораторні показники жінок контрольної та дослідної груп до та після проведення профілактичних заходів у динаміці триместрів вагітності (M±m)

Показник	Контрольна група (29 вагітних)		Основна група (21 вагітна)	
	I триместр	III триместр	I триместр	III триместр
Са, ммоль/л	2,26±0,03	2,09±0,05*	2,29±0,05	2,49±0,01*
P, ммоль/л	1,06±0,02	1,20±0,19	1,11±0,05	1,26±0,02*
Fe, мкмоль/л	11,54±0,26	10,68±0,47*	11,22±0,51	17,56±0,6*
V салівації, мл/хв	0,42±0,02	0,3±0,01*	0,42±0,01	0,52±0,01*
В'язкість, сП	1,64±0,13	2,56±0,05*	1,71±0,12	1,55±0,09*
КУО	8,94±3,00 ×10 ⁵	9,69±3,15 ×10 ⁵ *	7,91±2,60 ×10 ⁵	7,64±2,18 ×10 ⁵

Примітка: * – вірогідність відмінностей показників I та III триместру за Уїлкосоном, $p < 0,05$.

і показник інтенсивності карієсу, погіршуються гігієна порожнини рота та відсоток і тяжкість виявлених змін у тканинах пародонту.

У літературних джерелах цікавими виявилися дані про групу крові як маркера інтенсивності каріозного процесу. Вивчаючи зв'язки між еритроцитарними антигенами та карієсом у контрольній групі, виявили, що мінімальний ризик відмічається в жінок з IV (AB) групою крові, а високий – у жінок із II (A). Отримані нами дані узгоджуються з дослідженнями Коржової В.В. та співавт. [29] і частково зі спостереженнями М.Ю. Покровського [30]. Аналіз клінічної картини порожнини рота в залежності від групи крові показав вищу інтенсивність карієсу та запальних змін тканин пародонту в жінок із II (A) групою крові, що не співпадає з дослідженнями Толмачової С.М. [31] і М.Ю. Покровського [30].

Лабораторне обстеження вагітних дозволило виявити в контрольній групі достовірне зменшення Са ($p < 0,05$) у сироватці крові у III триместрі відносно I триместру вагітності, а в основній групі відбулось підвищення вмісту Са в сироватці крові на 8,7 % у динаміці вагітності. Аналіз лейкограм вагітних з розрахунком інтегральних гематологічних індексів показав наявність їх динаміки під час вагітності. Так, відбуваються достовірні зміни лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) в обох групах, що відповідає рівню легкого та середнього ступеня гестозу [32], індексу співвідношення лейкоцитів і швидкості зсідання еритроцитів (ІЛШОЕ) в усіх триместрах вагітності, ІЛГ, ІСЛ, ЛІІ. На нашу думку, підвищення ЛІІ пов'язано зі зменшенням кількості еозинофілів, збільшенням кількості сегментоядерних форм лейкоцитів і зниженням кількості лімфоцитів і моноцитів. Індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ ІЛШОЕ підтверджує наявність своєрідної інтоксикації в організмі вагітної. Аналогічно індексу ЛІІ, ІЛШОЕ зростає у 3,06 разу до III триместру вагітності у групі контролю та у 2,6 разу в основній групі. Імовірно, що такі зміни можуть свідчити про аутоімунний характер патологічних процесів під час гестаційного періоду. Статистично достовірній динаміці підлягають також інші інтегральні індекси. Так, у контрольній групі середні дані лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ІЛГ) достовірно зменшувались від I

до III триместру (4,47±0,19 у I триместрі та 4,20±0,18, $p < 0,05$; у III триместрі відповідно). При цьому в основній групі відмічаємо зростання показника у III триместрі в 1,27 разу. В обох випадках показник ІЛГ значно перевищує його відповідні значення при фізіологічному перебігу вагітності та підтверджує наявність аутоінтоксикації [32]. Аналізуючи динаміку значення індексу зсуву лейкоцитів (ІСЛ) у групі контролю, відзначаємо його незначне зростання з 1,88±0,09 у I триместрі до 2,01±0,09 у III триместрі вагітності, що може вказувати на активність запального процесу та порушення імунологічної реактивності. У вагітних основної групи реєстрували, навпаки, зменшення індексу ІСЛ в 1,26 разу у III триместрі в порівнянні з I. Індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), що відображає співвідношення афекторної та ефекторної ланок імунологічної відповіді, в обох групах є змінним і достовірно зростає зі збільшенням строку вагітності в контрольній групі із 2,32±0,14 у I триместрі до 2,46±0,13 у III триместрі, $p < 0,05$, в основній групі в 1,5 разу. Зазначені гематологічні показники дозволяють орієнтовно оцінити роботу ефекторних механізмів імунної системи, ступінь їх компенсації, що допомагає адекватно оцінити теперішній стан вагітних. Такий патронаж вагітних дозволив зробити індивідуальну профілактичну програму вузькоспрямованою та спеціалізованою й отримати позитивні результати ефективності профілактичних заходів.

Виконаний комплекс клініко-психологічних, функціональних і лабораторних досліджень засвідчив необхідність запровадження для первинної профілактики хвороб пародонту у вагітних немедикаментозних заходів і медикаментозних засобів, що повинні бути індивідуалізовані з урахуванням загального стану здоров'я, гінекологічного анамнезу, особливостей нервової регуляції, стоматологічного статусу, умов проживання, наявності шкідливих звичок, рівня освіченості вагітної. Висока мотивація на збереження здоров'я майбутньої мами та малюка, достатній рівень професійності стоматолога, тісний контакт із гінекологом і терапевтом, які патрунують вагітну, дозволяють досягти максимальної медичної, організаційної та економічної ефективності етіотропної профілактики хвороб пародонту.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Сандига Л.Г. Первинная профилактика запальных захворювань пародонту у жінок з фізіологічним та ускладненим перебігом вагітності: дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л.Г. Сандига. – Київ, 2000. – 176 с.
3. Толмачева С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиних. – М.: Медицинская книга, 2005. – 150 с.
4. Гаджула Н.Г. індивідуальна профілактика карієсу зубів у жінок у періоді вагітності та лактації: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.Г. Гаджула. – Львів, 2009. – 18 с.
5. Кравченко О.В. Эффективность применения препарата «Кальций Д₃ Никомед» для профилактики стоматологических заболеваний у беременных / О.В. Кравченко, М.В. Мазуркевич // Dental forum. – 2006. – № 2.
6. Laine M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol. Scand. – 2002, Oct. – Vol. 60; (5). – P. 257–264.
7. Улитовский С.Б. Роль правильного отношения врача-стоматолога в формировании у пациента мотивированного использования средств оральной гигиены / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 167–177.
8. Laine M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health // Acta Odontol. Scand. – 2002. – Vol. 60, № 5. – P. 257–264.
9. Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. – М.: Медицинская книга, 2003. – 196 с.
10. Ермакова И.Д. Дифференцированная профилактика кариеса зубов у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1993. – 18 с.
11. Чумаков А.Д., Романова Ю.Г. Эффективность использования экстракта эхинацеи пурпурной беременным женщинам для повышения минерализующих свойств слюны // Вестник стоматологии. – 1999. – № 2. – С. 22–25.
12. Чумакова Ю.Г. Обґрунтування принципів профілактики карієсу зубів і захворювань пародонту у жінок у різні строки вагітності: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Ю.Г. Чумакова. – Київ, 1996. – 22 с.
13. Дмитриева Л.А. Эффективность применения антиоксидантного препарата «Мексидол» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / Л.А. Дмитриева, Е.П. Просвирава // Стоматология сегодня. – 2004. – № 10 (41). – С. 46–48.
14. 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.
15. Кулыгина В.М. Эффективность профилактики кариеса зубов у женщин в период беременности по показателям минерального обмена ротовой жидкости / В.М. Кулыгина, Н.Г. Гаджула // Вісник стоматології. – 2006. – № 4. – С. 40–46.
16. Пат. 15803 Україна, МПК G 01 N 33/68. Спосіб діагностики запальних захворювань тканин пародонта / Іленко Н.М., Островська Л.І., Гасюк Н.В. – № 200600696; заяв. 26.01.2006; опубл. 17.07.2006. – Бюл. № 7.
17. Струев И.В. Температурная характеристика пародонта в норме и патологии / И.В. Струев, В.Н. Чиняк // Пародонтология. – 2007. – № 4 (45). – С. 13–15.
18. Мызников И.Л. Оценка адаптивного поведения организма по гемодинамическим параметрам / И.Л. Мызников // Гигиена и санитария. – 1993. – № 1. – С. 62–63.
19. Вегетативные расстройства // Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1998. – 740 с.
20. Загородный Г.М. Общий гемодинамический индекс (показатель) как интегральный индекс функционального состояния спортсмена / Г.М. Загородный // Здравоохранение РФ. – 2003. – № 1. – С. 29–33.
21. Крупская С.Г. Методические подходы к оценке уровня здоровья студентов младших курсов / С.Г. Крупская, Л.Д. Олефир // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – № 5. – С. 16–18.
22. Мустафина Ж.Г. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности организма у больных с офтальмопатологией / Ж.Г. Мустафина, Ю.С. Краморенко, В.Ю. Кобцева // Клиническая лабораторная диагностика. – № 5. – 1999. – С. 47–49.
23. Леонтьев В.К. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии / В.К. Леонтьев, Ю.А. Петрович. – Омск, 1976. – 93 с.
24. Лобань Г.А., Ганчо О.В., Черда В.В. Мікробне заселення ясенної рідини як об'єктивний критерій гігієни порожнини рота / Г.А. Лобань, О.В. Ганчо, В.В. Черда // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 2. – С. 13–15.
25. А.с. «Стоматологічна абетка вагітної» / Т.О. Петрушанко, Л.І. Островська. № 29471; заявл. 15.05.09, № 29667; дата реєстрації 15.07.2009, № 29471.
26. Петрушанко Т.О., Островська Л.І., Іваніцький І.О. Диференційована профілактика та лікування порушень гомеостазу кальцію при хворобах зубів та тканин пародонта // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 109. – 2008. – 4 с.
27. С. Гланц. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; [пер. с англ.]. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
28. Островська Л.І. Факторний аналіз клініко-лабораторних показників жінок в динаміці вагітності / Л.І. Островська // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2009. – Т. 9, № 4 (28). – С. 182–187.
29. Коржова В.В. Фосфорно-кальциевый обмен у родильниць при позднем токсикозе и корреляция его с состоянием зубочелюстной системы / В.В. Коржова, А.Д. Ахмерова, Т.Г. Данкова // Стоматология. – 1992. – № 3–6. – С. 28–31.
30. Покровский М.Ю. Особенности патогенеза и прогнозирования течения стоматологических заболеваний в период беременности: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 «Стоматология» / М.Ю. Покровский. – Нижний Новгород, 2002. – 179 с.
31. Толмачева С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика / С.М. Толмачева, Л.М. Лукиних. – М.: Медицинская книга, 2005. – 150 с.
32. Чистякова Г.Н. Использование интегральных гематологических индексов для оценки степени аутоинтоксикации организма при осложненной гестозом беременности // Г.Н. Чистякова, И.А. Газиева, И.И. Ремизова // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – № 12. – С. 35–37.

новости • новости • новости • новости • новости • новости • новости • новости

ГЛУХИЕ СТАНУТ ЗУБНЫМИ ТЕХНИКАМИ

В Екатеринбурге люди с нарушениями слуха имеют возможность получить интересную и необходимую профессию. Областной медицинский колледж создает специальную группу для инвалидов по слуху.

В медицинском колледже люди с нарушениями слуха смогут получить среднее профессиональное образование. Их будущей специальностью станет ортопедическая стоматология. Когда студенты-инвалиды по слуху закончат колледж, им предоставят работу зубных техников. Они будут трудиться в государственных и частных стоматологических клиниках Екатеринбурга.

Директор медицинского колледжа Ирина Левина рассказала о программе обучения. По ее словам, полноценное обучение зубных техников начнется в 2011 году. До этого времени будущие специалисты пройдут специальный подготовительный курс. Он необходим для адаптации инвалидов по слуху к условиям учебы. В этом студентам поможет специально приглашенный сурдопереводчик. Он будет присутствовать на занятиях по русскому языку, химии и профильным предметам. Самым главным из них станет дисциплина «Мануальные навыки». В ходе этих занятий студенты будут учиться вытаскивать зубные протезы.

Это не первый опыт областного медицинского колледжа в обучении инвалидов. Уже много лет люди с проблемами зрения получают здесь профессию медицинской сестры по массажу.

Источник: Medexpert.org.ua

новости • новости • новости • новости • новости • новости • новости • новости