

УДК 616.314-002-08-035:618.2

Т. А. Глыбовская

**Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения учреждения образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Введение

В период беременности организм женщины подвергается глубоким преобразованиям. Затрагиваются все органы и системы. Эти изменения носят адаптивный характер. Литературные данные доказывают связь уровня стоматологического здоровья и гормональных изменений в организме беременных женщин, а также высокую степень риска стоматологических заболеваний во время беременности [1].

Особое внимание уделяется проблеме лечения кариеса зубов у беременных женщин, имеющий целый ряд аспектов, связанных с физиологией и психоэмоциональным состоянием женщины, неосведомленностью в должной степени с возможностями современной стоматологии. Так, многие беременные женщины совершенно необоснованно считают ненужным лечение зубов во время беременности, а также пренебрегают регулярными профилактическими осмотрами у врача-стоматолога-терапевта. При физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4% поражения ранее интактных зубов (с преобладанием острого течения кариозного процесса) – у 38% беременных пациенток. При гестозах беременности распространенность кариеса увеличивается до 94% [2]. Стресс на организм беременной женщины, усталость, токсикоз, повышенный рвотный рефлекс, изменение рациона питания существенно влияют на гигиенический уход. Зачастую женщины забывают почистить зубы или делают это не регулярно и не тщательно, что влияет на количество микробной обсемененности полости рта. Так, у беременных женщин с токсикозом распространенность кариеса составила 97,6% [3].

Уровень стоматологических знаний является весомым фактором в профилактике стоматологических заболеваний, но по-прежнему остается невысоким и связан с социальными и материальным уровнем, образованием, отсутствием мотивации. Многие беременные женщины не догадываются о связи хронических очагов инфекции в полости рта на развитие плода. Есть данные о влиянии различных микробов и вирусов на состояние тканей зубного зачатка, в том числе на степень выраженности кровенаполнения, толщину эмали и дентина будущего ребенка.

Все приведенные факторы в совокупности повышают риск возникновения кариеса у будущих мам, даже если до наступления беременности полость рта была санирована. Несвоевременный профилактический визит к стоматологу-терапевту повышает риск возникновения множественных кариозных очагов. Хронические инфекционные очаги в ротовой полости, микробный налет могут служить гематогенными источниками диссеминации микроорганизмов.

Зубная боль, открытая кариозная полость часто приводят к неспособности женщины к нормальному приему пищи и ухудшению общего эмоционального состояния, что в совокупности может оказывать негативное влияние на развитие плода. Высокая скорость развития деструктивных процессов у беременных женщин также способству-

ет развитию различных инфекционно-септических осложнений: пульпита, периостита нижней или верхней челюсти, формирования абсцессов, развития флегмоны в тканях лица, сепсиса или остеомиелита, повышающими риск развития внутриутробных инфекций у плода. По данным Н. Н. Тригонос (2013), хроническая интоксикация и аллергия организма – это основные факторы, влияющие на развитие осложнений во время беременности.

Для беременных женщин чрезвычайно важно иметь возможность лечить зубы в спокойном психоэмоциональном состоянии без вреда ребенку. По данным литературных источников, оказание стоматологической помощи должно охватывать все триместры беременности. Критическое повышение кариесогенной ситуации у беременных женщин происходит в третьем триместре беременности. Скорость прироста кариеса у беременных взаимосвязана с гигиеной полости рта. Есть данные, подтверждающие отсутствие изменений в состоянии плода после лечения кариозного процесса. Так, биофизический профиль плода до оказания стоматологической помощи (лечение одного кариозного зуба) составил $10,9 \pm 0,31$ балла, после 4–6 часов лечения данный показатель составил $10,4 \pm 0,11$ балла.

В большинстве случаев препарирование кариозных полостей осуществляется традиционным методом с помощью бормашины и высокоскоростного наконечника. По данным Е. Кани и соавторов (2015), до 77% стоматологических пациентов по Модифицированной шкале тревожности зубов (MDAS) имеют стоматологическую фобию, боязнь стоматологических инъекций и стоматологического наконечника была наиболее частой оценкой MDAS. Тревога, страх, беспокойство – явления, которые часто присутствуют в нашей жизни. По данным ВОЗ, тревожно-депрессивный синдром относится к десяти самым значимым проблемам здравоохранения, и по статистике до 33,7% всего населения земли в определенный момент своей жизни переживает один из видов тревожного расстройства. При этом посещение стоматолога является колоссальной стрессовой ситуацией. Страх, который испытывают беременные женщины, боль в процессе препарирования, возникающая из-за вибрации бора, его давления на зуб, неприятный звук стоматологической установки, боязнь уколов – все это отражается на поведении пациента, становится причиной развития стоматофобий и несвоевременного визита к стоматологу. Посещение откладывается или вообще избегается, ухудшая здоровье полости рта, пока болезнь не вызовет осложнения.

Появление новых данных о строении твердых тканей зубов, механизмах реминерализации, имеющиеся современные пломбировочные материалы, в частности стеклоиономерные цементы, их модификации с двойным, тройным механизмами отверждения, позволяют обеспечить требуемую адгезию, прочность, эстетичность реставрации, что позволяет отклониться от классических правил препарирования кариозных полостей по Блэку, а именно: удалять только пораженные эмаль и дентин с максимальным сохранением здоровых тканей, создавать произвольные формы полостей во время препарирования, сохранять участки эмали без подлежащего дентина. Необходимость препарирования кариозной полости по принципу «расширение ради предупреждения» отпала [4].

Одним из вариантов альтернативного метода лечения патологии твердых тканей зуба, разработанный для «проблемных» пациентов и ситуаций – метод щадящего удаления некротизированных тканей ручными инструментами, которое всегда менее болезненно, чем препарирование с помощью вращающихся инструментов, с последующим пломбированием сформированной полости стеклоиономерными цементами – единственным материалом, решающий проблемы лечения деминерализованных зубных тканей.

Литературные данные свидетельствуют, что около 95% пациентов не боятся дальнейшего лечения зубов, тем самым обеспечивая меньшую стоматологическую тревож-

ность. Также собственные данные клинического применения ручного препарирования позволяют судить о снижении количества нелеченных кариозных зубов: не наблюдается отказов от лечения за счет улучшения психоэмоционального состояния пациентов во время лечения (безболезненное удаление некротизированных твердых тканей зуба; отсутствие страха от проводимых стоматологических манипуляций) [5].

Цель

Определение возможности применения лечения кариеса дентина у беременных женщин ручным методом.

Материал и методы исследования

На кафедре терапевтической стоматологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» была обследована 31 женщина, находившаяся на разных сроках беременности. В 18 случаях, что составило 58,1%, кариозные зубы находились в стадии острого кариеса и имели незначительное входное отверстие в кариозную полость. Пациенты предъявляли жалобы на боль от термических раздражителей, быстро проходящую после их устранения. Дно кариозных полостей было размягчено и имело светло-коричневый оттенок. В 12 случаях (38,7%) зубы имели широкое входное отверстие в кариозную полость, остатки пищи, болезненность при зондировании твердых тканей, что указывает на хронический процесс течения кариеса. В одном случае (3,2%) кариес дентина не имел видимого входного отверстия, но ткани зуба были изменены (просвечивалась сквозь эмаль серая ткань дентина. Пациентка предъявляла жалобы на температурные раздражители, быстро проходящие после их устранения. Все пациенты были мотивированы, ознакомлены с методами препарирования, получено добровольное согласие. Препарирование кариозных полостей осуществлялось комплектом инструментов, позволяющим безболезненно удалять размягченные кариозные ткани (Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 83-0805 «Метод препарирования кариозных полостей зуба с использованием ручных инструментов», утвержденная 30.09.2005) с последующим пломбированием. Зуб, подлежащий лечению, изолировали ватными валиками, а предварительное очищение зуба проводили методом протирания ватным валиком, смоченным раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата. На первом этапе проводили расширение входа в зону поражения, удаление тонкого слоя деминерализованной эмали. Для сошлифовывания эмалевых краев использовали инструмент «напильник». В 4 случаях при невозможности сошлифовывания некротизированной эмали использовали высокоскоростной наконечник и алмазный бор. Движения при работе были прерывистые (остаточные обороты). С пациентами предварительно была проведена беседа для снижения стоматологической тревожности. На этапе удаления деструктурированного дентина сначала использовали ложкообразный инструмент, удаляющий размягченный дентин. Иссечение дентина проводили скользящими горизонтальными движениями. Начинали препарирование с более инфицированного участка – эмалево-дентинной границы, инструмент постепенно продвигали в направлении дна кариозной полости. Использовали визуальный контроль – стоматологическое зеркало. Для дальнейшего удаления мягкого пигментированного дентина со дна кариозной полости, снимающегося пластами, использовали трехлопастный экскаватор. В зависимости от размера полости применяли большой или малый многогранные экскаваторы. Завершали процесс обработки кариозной полости сглаживанием краев эмали. Для пломбирования полости использовали стеклоиономерные цементы (СИЦ) благодаря таким положительным свойствам, как хорошая адгезия к тканям зуба,

достаточная устойчивость к механическому воздействию, отсутствие токсичности. Содержание фтора обеспечивает кариеспрофилактический эффект, а хорошая биологическая совместимость современных цемента позволяет использовать их в качестве пломбы и прокладки одновременно. Отказов от лечения не было. Анестезия не использовалась.

Заключение

Опасное воздействие кариозного процесса в период развития беременности указывает на необходимость лечения данного заболевания своевременно, что поможет избежать осложнений. Беременность не следует рассматривать как абсолютную причину отсрочки требуемой стоматологической помощи.

Используемый альтернативный способ ручного препарирования кариозной полости позитивно воспринимается пациентами, так как препарирование дентина безболезненно или боль настолько незначительна, что анестезия не требуется, что важно в данной группе пациентов. Также данный метод препарирования твердых тканей позволяет избежать беременной женщине психоэмоционального напряжения при посещении стоматолога.

Следовательно, лечение кариеса зубов безопасно во время беременности, может проводиться в любом триместре и длительность манипуляций должна не превышать 25–30 минут.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Pregnant women's oral hygiene knowledge and habits after the second millennium in South-East Hungary / E. Battancs [et al.] // Fogorv Sz. – 2011 Sep. – Vol. 104(3). – P. 75–79.
2. Бахмудов, Б. Р. Алгоритм внедрения в клиническую практику этиологического лечения кариеса зубов у беременных женщин / Б. Р. Бахмудов, М. Б. Бахмудов, З. Б. Алиева // Сб. трудов конференции, посв. 25-летию организации кафедры стоматологии ФПК и ППС. – Махачкала, 2010. – С. 64–68.
3. Калинина, О. В. Особенности формирования индивидуальной гигиенической программы профилактики стоматологических заболеваний у беременных: автореферат диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.14. – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – Санкт-Петербург, 2013. – 16 с.
4. Луцкая, И. К. Терапевтическая стоматология / И. К. Луцкая. – Минск: Вышэйшая школа. – 2014. – 607 с.
5. Запашник, Т. А. Обоснование ручного препарирования / Т. А. Запашник, И. К. Луцкая // Современные пломбировочные материалы и методы работы в восстановительной стоматологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 30–36.

ISSN 2224-6959

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

**Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(г. Гомель, 13 ноября 2024 года)**

Основан в 2000 г.

Выпуск 25

В 3 томах

Том 2

**Гомель
ГомГМУ
2024**