

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра детской стоматологии

**Комплексные лечебно-профилактические
мероприятия у беременных
на стоматологическом приеме**
учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2014

УДК 616,31-08-084:2(075.9)

ББК 56.6+57.16_я73

К 63

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 23.12. 2014

Авторы:

к.м.н., доцент *М.Е. Зорич*,
к.м.н., ассистент *З.Р. Валеева*,
к.м.н. доцент *Е.А. Демьяненко*,
к.м.н., доцент *Г.В. Бинцаровская*

Рецензенты:

к.м.н., доцент *В.И. Азаренко*
кафедра стоматологии детского возраста БГМУ

Зорич М.Е.

К 63

Комплексные лечебно - профилактические мероприятия у беременных на стоматологическом приеме.: учебно-методическое пособие / М.Е. Зорич, З.Р. Валеева, Е.А. Демьяненко, Г.В. Бинцаровская. – Минск.: БелМАПО. 2014 - 29с.

ISBN 978-985-499-863-3

Учебно-методическое пособие представлено в виде практических рекомендаций по особенностям гигиенического состояния, лечебно - профилактических мероприятий и индивидуального ухода за полостью рта у беременных женщин.

При беременности отмечаются изменения твердых тканей зубов, тканей маргинального периодонта и слизистой оболочки полости рта. Эти изменения носят динамический характер и требуют особой настороженности в тактике последовательных наблюдений и выявлений нарастающих деструктивных процессов.

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей-стоматологов – терапевтов ,врачей-стоматологов, в государственных и частных лечебных учреждений. Пособие может быть использовано в качестве учебно-методического материала для врачей-слушателей курсов усовершенствования и студентов высших медицинских учебных заведений.

УДК 616,31-08-084:2(075.9)

ББК 56.6+57.16_я73

ISBN 978-985-499-863-3

© Зорич М.Е., [и др.], 2014

© Оформление. БелМАПО, 2014

Введение

Особую группу пациентов на стоматологическом приеме представляют собой беременные женщины. Это связано с рядом изменений, происходящих в организме женщины при формировании единой функциональной системы «мать—плацента—плод».

Все изменения, возникающие в организме женщины в связи с беременностью, являются физиологическими, направленными на создание оптимальных условий для развития плода. Обострение хронических заболеваний и появление осложнений в этот период происходит из-за увеличивающейся нагрузки на все органы и системы женского организма.

При беременности отмечаются изменения в твердых тканях зубов, тканях маргинального периодонта и слизистой оболочки полости рта. Эти изменения носят динамический характер и требуют особой осторожности в тактике последовательных наблюдений и выявлений нарастающих деструктивных процессов.

Нежелательных изменений в полости рта можно избежать, лишь занимаясь рациональной контролируемой индивидуальной гигиеной, закрепляемой проведением профессиональной гигиены полости рта в течении всей беременности.

Физиологические изменения женского организма при беременности

Беременность человека делится на три периода по три месяца каждый, которые называются триместрами. Также внутриутробное развитие человека принято разделять на два периода: эмбриональный (или зародышевый) и фетальный (или плодный). Эмбриональный период длится от оплодотворения яйцеклетки до конца восьмой недели беременности, то есть десять недель акушерского срока. Эмбриогенез и первый триместр беременности, когда формируются основные системы жизнедеятельности будущего человека, являются особенно важными.

При беременности возникают сложные адаптационные изменения во всем организме женщины, водителем которых считается сдвиг в нейрогуморальной системе под воздействием новых условий «плод-женщина». Наиболее значимые изменения происходят на уровне гипофиза (во время беременности он увеличивается практически в два-три раза), меньше выделяется фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, активно вырабатывается тиреотропный гормон для координации работы щитовидной железы и аденокортикотропный – влияющий на надпочечники. И как следствие: щитовидная железа усиленно вырабатывает гормоны, а надпочечники минералокортикоиды и глюкокортикоиды, ответственных за регуляцию водно-солевого обмена и иммунитета.

Во время беременности изменения работы органов нервной и эндокринной систем направлены на сохранение и развитие беременности, а также на подготовку организма беременной к родам. Развиваются тормозные процессы в коре полушарий головного мозга. Именно поэтому беременные как бы погружаются в себя и менее эмоционально реагируют на внешние раздражители. У них меняются вкус и обоняние, появляются сонливость, тошнота, рвота, склонность к головокружениям, судороги, выделяется большое количество слюны. Судороги возникают вследствие ослабления деятельности паращитовидных желез, регулирующих кальциевый обмен.

В организме беременной появляется новый круг кровообращения — плацентарный. Сердце испытывает дополнительную нагрузку. Каждую минуту через плаценту проходит около полулитра крови, настолько сильно здесь кровообращение. Если женщина здорова, то дополнительные нагрузки проходят для сердца легко, так как оно увеличивается в массе и выбрасывает крови больше. Максимальный объем крови возникает на 7 месяц, это обеспечивает растущие потребности плода в кислороде, питании и строительных материалах для организма. В женском организме теперь около 5500 мл крови, в то время как обычно только 4000мл.

Артериальное давление (АД) и частота пульса у здоровых женщин, как правило, не меняются. Иногда в первой половине беременности АД снижается.

У женщин с повышенным АД в начале беременности оно может вновь увеличиться за 2 месяца до родов. Причиной этого является воздействие гормона прогестерона, в результате которого понижается тонус периферических кровеносных сосудов. Артериальное давление может сильно повышаться в последнем

триместре беременности. Одним из признаков позднего токсикоза беременных является очень высокое артериальное давление. Растущий плод давит на сосуды нижней половины туловища, что может вызвать расширение вен нижних конечностей и застой крови в венах малого таза.

Увеличиваются объем циркулирующей крови на 35-45% и количество эритроцитов на 15—20%. Эритроциты содержат гемоглобин, обеспечивающий доставку кислорода к тканям плода и женщины. Поэтому уровень гемоглобина менее 110 г/л вызывает беспокойство врачей. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) зависит от напряжения в иммунной системе. К концу беременности она повышается до 20-30 мм/ч, что считается нормой (в обычном состоянии женщины СОЭ не превышает 5-10 мм/ч). Свертываемость крови к концу беременности увеличивается (чтобы быстрее остановилось кровотечение в родах).

Емкость легких в течение беременности увеличивается, хотя по мере роста плода диафрагма поднимается и ограничивает дыхательные движения. Это возможно, за счет расширения бронхов и грудной клетки. Выведение использованного кислорода плодом через плаценту в период беременности облегчается увеличением объема вдыхаемого воздуха. К концу беременности частота дыхания увеличивается, но незначительно, а на протяжении всей беременности остается неизменной.

В период беременности почкам приходится выводить из организма продукты обмена как беременной, так и ее плода, поэтому они работают с повышенным напряжением. В зависимости от выпитой жидкости меняется объем производимой мочи. В среднем в сутки беременная выделяет 1200-1600 мл мочи, при этом днем около 950 мл, а ночью все остальное. Отток мочи из правой почки способен затрудняться из-за поворачивания матки беременной вправо. Это увеличивает опасность расширения лоханки и чашечек от излишнего накопления мочи, а вследствие этого гидронефроза. Растущая матка также давит на мочевой пузырь, вызывая учащенное мочеиспускание. Почки во время беременности работают с большим напряжением.

Кальциевый и фосфорный обмен беременной

Планируя те или иные вмешательства у беременной женщины, стоматолог должен знать, что характер репаративных процессов, ремоделирование костных структур челюстей и антибактериальная защита существенно отличаются от общепризнанной нормы.

Это объясняется тем, что, во-первых, при беременности развивается отрицательный баланс железа, в наибольшей степени обусловленный возрастом потребности в связи с наличием плода и плаценты, а у кормящих — расходом железа при кормлении.

Во-вторых, в период беременности возникает дефицит кальция, не имеющий особого значения в развитии остеопении или остеопороза в дальнейшем, но отчетливо сказывающийся на состоянии твердых тканей зубов матери и процессах ремоделирования при нарушении целостности костных структур челюстей.

Содержание кальция в крови небеременных женщин составляет 9—11 мг%. При беременности оно уменьшается до 8,5—9,5 мг%. Содержание кальция в сыворотке крови во второй половине беременности возрастает: на 5—6-м месяце оно достигает нижней границы нормы, на 9-м доходит до верхней границы нормы, на 10-м снижается, что объясняется потребностью плода в кальции. Во время родов регистрируется самый низкий уровень кальция в крови.

Таким образом, в крови беременных наблюдаются колебания и неустойчивость в содержании кальция, что объясняется адаптационными процессами в организме.

Было обнаружено, что в незрелой плаценте кальция меньше, чем в зрелой. Уровень кальция в плаценте повышается с ростом беременности и достигает своего максимума в 4 мес, затем этот уровень снижается, а в последние 3—4 мес содержание кальция снова повышается.

Общее количество кальция в организме 3-месячного плода, при расчете составляет 0,045 г, а к концу родов — 28 г. В крови плода кальция больше, чем в крови матери, причем эта разница определяется в 0,316 мг%.

Имеется также много исследований, посвященных обмену фосфора. В крови плода значительно больше, чем в крови матери, фосфора — аденозинтрифосфатов, в то время как количество общего фосфора одинаково.

Большое содержание фосфатов в растущем организме связано с необходимостью переноса значительного количества энергии от одного организма к другому. Попавший в организм матери фосфор распределяется во всех органах как матери, так и плода, причем преимущественно им насыщается костная ткань. Последняя является для фосфора депо, откуда при необходимости он мобилизуется, проходя через плаценту как от матери к плоду, так и обратно.

Биохимические показатели слюны у беременных

До настоящего времени еще не полностью изучены отдельные биохимические показатели слюны, а также особенности секреции слюны у женщин во время беременности, влияющие на развитие кариеса. Это, прежде всего, относится к биохимическим сдвигам содержания отдельных компонентов слюны, а также к интенсивности слюноотделения при различных состояниях организма женщины во время беременности.

Так, для физиологической беременности характерно некоторое понижение рН слюны, а также содержания кальция и магния в слюне, отмечено статистически значимое уменьшение интенсивности слюноотделения и уменьшения в ротовой жидкости фосфора.

При патологическом течении беременности биохимические сдвиги выражены более отчетливо:

—при токсикозах первой половины беременности также наблюдалось понижение рН слюны, снижение содержания кальция и фосфора, и некоторое увеличение слюноотделения;

—при токсикозах второй половины беременности отмечалась тенденция к по-

нижению рН слюны, резко понижалось содержание кальция и фосфора, но уменьшалась интенсивность слюноотделения.

В послеродовом периоде при биохимическом исследовании было отмечено уменьшение слюноотделения при одновременном увеличении уровня фосфора.

Особенности течения кариозного процесса

У беременных женщин отмечается высокая распространенность кариеса зубов. С увеличением возраста обследованных нарастает интенсивность и распространенность кариозного процесса. При сопоставлении частоты кариеса с числом беременностей в определенной возрастной группе женщин отмечена тенденция к усилению поражаемости кариозным процессом. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних гистозах является острое течение (38%), приводящее к развитию осложненного кариеса в короткие сроки.

Поражаемость зубов кариозным процессом также зависит от течения беременности. Например, следует отметить, что наиболее высокий показатель поражаемости зубов был при токсикозах беременности (97,1%); у женщин с физиологическим течением беременности он равен 95,7%, тогда как в группе

небеременных женщин — 90%. Прирост кариеса происходит главным образом во второй половине беременности. Основную роль в приросте кариеса зубов у беременных, по-видимому, играют нейрогуморальные сдвиги в организме женщины, обуславливающие возникновение токсикозов как первой, так и второй половины беременности.

Клинические наблюдения показали, что кариес, возникший у женщины до беременности, протекает чаще хронически. Только при токсикозах беременности течение этого процесса обостряется. В подобных случаях отмечается множественность поражения зубов. Острое течение кариеса характеризуется быстрым углублением и прогрессированием процесса с активным переходом из одной стадии в другую.

Вновь возникший во время беременности кариес протекает обычно остро, с обширным поражением твердых тканей зубов. Наиболее часто дефекты возникают в пришеечных областях, фронтальных зубов, а также на апроксимальных поверхностях премоляров и моляров. Зачастую преобладает острое течение кариеса. с появлением меловидных пятен, которые легко диагностируются в пришеечных областях. На других поверхностях диагностика начального кариеса затруднена в связи с недоступностью для осмотра апроксимальных поверхностей и пигментацией естественных бороздок и ямок, которые маскируют меловидные пятна эмали. Вновь возникшему кариесу свойственно быстрое прогрессирование как в глубину к пульпе зуба, так и в ширину, что в скором времени приводит к осложненному кариесу. При локализации кариозных полостей в пришеечной области нижних фронтальных зубов, а также на боковых зубах обнаруживаются плоскостные дефекты эмали с обширным размягчением твердых тканей зубов. При такой локализации отмечается выраженная болезненность от различных раздражителей, что затрудняет чистку зубов, и в свою очередь, способствует возникновению и усугублению течения воспалительных процессов краевого периодонта.

Интенсивное прогрессирование кариеса отмечается при выраженных токсикозах беременности, когда кариозный процесс принимает агрессивный характер. Такое прогрессирование кариеса в короткий срок приводит к осложненному кариесу. Поэтому важным мероприятием в предупреждении прогрессирования кариозного процесса, а также его осложнений является своевременная санация ротовой полости в ранние сроки беременности, еще до появления выраженных токсикозов.

На протяжении беременности у некоторых женщин наблюдается появление пришеечных дефектов твердых тканей зубов некариозного происхождения (эрозии), особенно резко выраженные в придесневой области. Образованию пришеечных дефектов предшествует появление на зубах меловидных пятен. К концу беременности в центре меловидных пятен появляются очаги размягчения с очень твердым неподатливым дном. Дно таких дефектов отличается от пришеечного кариеса своей гладкой поверхностью.

Изменения в гормональном состоянии во время беременности могут послужить предпосылкой для появления гиперчувствительности зубов.

Особенности питания, рвота и нарушения ухода за полостью рта приводят к смещению рН в кислую сторону, что играет существенную роль в развитии гиперчувствительности зубов. Повышенная чувствительность зубов к механическим, химическим и температурным раздражителям может свидетельствовать о заболеваниях тканей маргинального периодонта, твердых тканях зуба кариозного и не кариозного происхождения. Гиперестезия сопровождает начальные формы кариеса и некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты, эрозии, трещины, сколы, повышенную стираемость), рецессию десны при патологии периодонта

Таким образом, беременность способствует возникновению острого кариозного процесса и обострению хронического течения заболевания твердых тканей зубов, а иногда и появлению пришеечных дефектов твердых тканей зубов некариозного происхождения. Определенное значение в развитии кариеса имеют токсикозы беременных. Кариес, развившийся до и вовремя беременности, при токсикозах протекает с некоторыми клиническими особенностями, которые проявляются множественным поражением зубов и острым течением кариозного процесса, быстрым его прогрессированием с разрушением обширных участков зубных тканей.

Изменения состояния тканей маргинального периодонта при беременности

Состояние твердых тканей зубов вызывает у всех большее беспокойство, так как часто сопровождается болью разной интенсивности. На ткани маргинального периодонта начинают акцентировать внимание при резком ее изменении, либо с появлением подвижности и абсцедирования. При физиологическом течении беременности распространенность заболеваний тканей маргинального периодонта достигают 90%. Уже на 2-3 месяце беременности могут появляться так называемые гингивиты беременных (от 45% до 63%). Но только в 19,9%

случаев (Грудянов А.И., 2007) гингивит, развившийся во время беременности, является первичной патологией.

Основными причинами гингивита и маргинального периодонтита является неудовлетворительный индивидуальный уход за полостью рта, наличие местных раздражающих факторов, наличие кариозных дефектов.

Под влиянием гормональных сдвигов происходят существенные изменения в полости рта, особенно в тканях маргинального периодонта. Эстрогены усиливают пролиферацию клеток кровеносных сосудов, а прогестерон способствует их расширению и повышенной проницаемости, что приводит к отеку и накоплению клеток воспаления, кроме того, стимулируется образование новых капилляров и незрелого коллагена. Повышенное содержание биологически активных веществ повреждает клеточное звено иммунитета и способствует изменению свойств поддесневой микрофлоры. В ответ на эти и другие гормональные изменения может происходить пигментация кожи и слизистой оболочки полости рта, в том числе и десны; стимулируется разрастание соединительной ткани, что в полости рта выглядит как псевдоэпулис (проявление особой формы папиллитов). При действии местных травмирующих факторов клиника сопровождается яркими воспалительными проявлениями. Если катаральное воспаление десен возникло до беременности, то в 1 триместре наблюдается обострение процесса и диагностируется средняя степень тяжести гингивита. У женщин, имевших в анамнезе хронический простой гингивит и 2-3 родов, в 23,3% случаев развивается маргинальный периодонтит.

Клинически при здоровых деснах и отсутствии признаков воспаления у беременных могут появляться участки гиперплазии в виде незначительных разрастаний, чаще всего в области сосочков. Эти очаги не доставляют жалоб, но могут вызывать беспокойство от изменившегося рельефа и необычного вида (признаки хронического гиперпластического гингивита), иногда они сопровождаются кровоточивостью при чистке зубов. Если в анамнезе был хронический простой гингивит, то кровоточивость десен будет отмечаться не только во время чистки зубов, но и при приеме жесткой пищи. Кроме того, воспалительный процесс в области сосочков может перейти на маргинальный край и прикрепленную слизистую. Десна становится заметно гиперемирована, при дотрагивании резко кровоточит (хронический простой гингивит). Еще более ярко выглядит клиническая картина при наличии зубочелюстных аномалий, кариозных полостей, нависающих краях коронок и пломб. В этих местах слизистая оболочка десны значительно разрастается, порой перекрывая коронку зуба, может самопроизвольно резко кровоточить, вызывая жалобы как внешним видом, так и затрудненным приемом пищи и осложненным гигиеническим уходом за полостью рта (хронический гиперпластический гингивит). Именно такие изменения и называются «псевдоэпулисом», так как могут инволюционировать после родоразрешения.

Нами было проведено обследование 119 беременных, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии в связи с гестозом. Средний возраст женщин составил $24,0 \pm 1,3$ года и колебался от 18 до 32 лет. Целью исследования

явилась оценка состояния полости рта беременных женщин до и после обучения индивидуальной гигиене полости рта.

У 100% больных на момент осмотра диагностировали заболевания зубов и тканей периодонта. Индекс КПУ колебался от 2 до 30, в среднем по всем группам составил $13,5 \pm 0,9$, при этом удаленных зубов было $1,1 \pm 0,04$.

При сборе анамнеза выявлено, что $46,7 \pm 5,8\%$ осмотренных женщин не предъявляли жалоб на кровоточивость и дискомфорт со стороны тканей маргинального периодонта, $49,3 \pm 5,8\%$ – жаловались на кровоточивость из десен при чистке зубов. У двоих беременных имелась периодическая кровоточивость при приеме твердой пищи, одна из женщин жаловалась на самопроизвольную кровоточивость десен.

Во время осмотра тканей периодонта установлено, что упрощенный индекс Грина-Вермильона был в среднем $2,2 \pm 0,06$, что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене полости рта, причем 55% в этом показателе приходится на зубной налет (DI-S). По индексу РМА воспалительным процессом охвачены сосочки и маргинальная десна, в среднем этот показатель составил $54,2 \pm 5,8\%$. Интенсивность воспалительного процесса в десне по индексу GI была на нижней границе средней степени тяжести ($1,1 \pm 0,02$).

В результате оценки индексов и клинической картины у $84,7 \pm 4,8$ беременных был выставлен диагноз хронический простой гингивит, из них у $20,3 \pm 4,6\%$ женщин диагностирован гингивит легкой степени тяжести, у $52,6 \pm 5,8\%$ – средней степени и у $11,8 \pm 3,7\%$ – тяжелой. У $15,3 \pm 4,2\%$ обследованных был клинический диагноз хронический простой периодонтит (легкой степени тяжести).

Было отмечено, что даже однократное обучение гигиене полости рта и мотивация способствует уменьшению налета в 2 раза по показателю DI-S и существенному снижению воспалительных явлений в тканях маргинального периодонта.

Обоснование тактики врача-стоматолога во время беременности

Беременность не является противопоказанием к стоматологическим вмешательствам. Потребность в терапевтической помощи возникает у $94,7\%$ беременных женщин; неотложные хирургические вмешательства на стоматологическом приеме выполняются у $2,2\%$ от общего количества беременных.

В первые три месяца существует наибольшая опасность тератогенного воздействия стоматологических процедур: рентгенологических, физиотерапевтических, также назначения ряда лекарственных препаратов, так как в этот период происходит закладка тканей и органов ребенка.

Учитывая важность первого триместра для формирования стоматологического здоровья будущего ребенка и высокую чувствительность к факторам риска у беременной женщины планирование оказания стоматологической помощи должно базироваться на основной заповеди врача: «Не навреди». Главным в работе стоматолога с беременной женщиной в первом триместре должна стать профилактика стоматологических заболеваний. При отсутствии предгра-

видарной подготовки у стоматолога, по-возможности, плановую санацию необходимо перенести на второй триместр.

В I триместре надо избегать применения любых лекарственных препаратов, в том числе и местных анестетиков.

Профилактические мероприятия первого триместра

Первый триместр является самым важным для формирования стоматологического здоровья будущего ребенка и его сохранения у беременной женщины. Во время беременности женщина находится под наблюдением врачей различных специальностей. За первые двенадцать недель у будущего ребенка формируются практически все жизненно важные органы, а организм будущей матери привыкает к своей беременности и начинает работать на ребенка. В этот критический период эмбрион наиболее восприимчив к воздействию любых факторов, способных повлиять на его развитие.

Внутриутробный период является важнейшим и в формировании зубочелюстной системы. Первые признаки развития временных зубов у человека отмечаются на 6-7 неделе эмбриогенеза. От того, как будет заложена белковая матрица, будет зависеть полноценность формирования структуры зуба. На 9-10 неделе заканчивается первый период развития зубов - образование зубных зачатков. За ним следует этап дифференцировки зубных зачатков. Важным моментом этого этапа является изменение рельефа внутреннего эмалевого эпителия, который определяет форму будущей коронки зуба. Именно на этой стадии влияние разнообразных неблагоприятных факторов приводит к порокам развития коронки зуба.

В первом триместре выделяют критические периоды эмбриогенеза, во время которых действие внешних неблагоприятных факторов наиболее опасно: I критический период (первые три недели) - предимплантационный период эмбриогенеза, когда действует закон «все или ничего», то есть данные факторы либо убивают зародыш, либо вовсе не влияют на его состояние. II критический период характеризуется интенсивной дифференцировкой тканей эмбриона: начинается после третьей недели и заканчивается на 12-16 неделях внутриутробной жизни. Наиболее чувствительным является период между третьей и восьмой неделями гестации. Большинство врожденных пороков берут начало именно с этого времени.

Самым критическим периодом для возникновения аномалий и пороков развития лицевого скелета, челюстей, органов полости рта являются первые два месяца беременности, в частности, с шестой недели возможно формирование несращения губы, с 10 - несращения неба.

Наблюдение беременных женщин у врача - стоматолога предусматривает:

- назначение профилактических мероприятий для предотвращения кариеса зубов и заболеваний периодонта;
- прогнозирование высокого риска возникновения кариеса зубов у ребенка после рождения и назначение средств антенатальной профилактики;
- назначение диеты;

-гигиеническое обучение и воспитание беременных женщин по вопросам профилактики стоматологических заболеваний проведение санации полости рта.

Профилактические мероприятия местного действия в первом триместре направлены в основном на предупреждение заболеваний тканей периодонта и твердых тканей зубов.

Отмечен низкий уровень гигиенических знаний и неудовлетворительное качество гигиенического ухода за полостью рта у беременных женщин. Поэтому им необходимо прививать правила регулярной гигиены полости рта

Предложен алгоритм комплекса профилактических мероприятий в разные trimestры беременности. Особое внимание в алгоритме уделяется определению объема навыков и знаний по индивидуальной гигиене полости рта, формированию у беременной мотивации к сознательной индивидуальной гигиене полости рта путем самостоятельного контроля личной гигиены, ежемесячному мониторингу стоматологического здоровья и гигиены полости рта.

После оценки стоматологического статуса и степени риска заболеваемости у беременной, стоматолог выбирает кратность лечебно-профилактических мероприятий. Беременным проводят курсы реминерализующей терапии, неинвазивную и инвазивную герметизации фиссур и слепых ямок зубов, лечение кариеса эмали и дентина с использованием минимальных инвазивных методов и современных реставрационных материалов, профессиональную гигиену полости рта.

Врач-стоматолог рекомендует и подбирает индивидуальные схемы профилактических мероприятий с определенной кратностью, включающие стоматологическое просвещение, индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта, местное применение различных препаратов в домашних условиях.

Выбор индивидуальных средств гигиены у беременных зависит от стоматологической ситуации в полости рта. Беременным женщинам при чистке зубов рекомендуется использовать зубные пасты комбинированного и комплексного действия, содержащие макро- и микроэлементы (см. приложение).

Учитывая ускоренное формирование зубного налета в связи с измененным гормональным фоном, беременным женщинам особенно важно организовать и поддерживать правильную индивидуальную гигиену полости рта, используя необходимую продукцию (см. приложение)

В структуру лечебно-профилактических мероприятий следует включить следующие этапы:

- мотивация.
- подбор индивидуальных средств гигиены и обучение правилам их использования.
- снятие зубных отложений.
- устранение местных раздражающих факторов (лечение кариеса, сошлифовывание нависающих и острых краев пломб и других конструкций, избирательное пришлифовывание зубов и т.д.).
- противовоспалительная терапия.
- поддерживающая терапия и контроль.

Индексная оценка уровня гигиены полости рта и воспалительных проявлений заболевания десен (кровоточивость, отечность, экссудат, дискомфорт и др.) с обоснованием проблемы являются первым шагом в мотивации. Для врача-стоматолога мотивация – это побуждение пациента к осознанному отношению и выполнению гигиенических процедур в полости рта, так как от качества и регулярности выполнения этих мероприятий во многом зависит состояние стоматологического здоровья. Понимание высокой значимости качественного и добросовестного выполнения домашних процедур – залог успеха лечения воспалительных заболеваний маргинального периодонта. При токсикозе у беременных могут появиться затруднения при чистке зубов. Женщинам можно рекомендовать использование зубных щеток с маленькой головкой со средней жесткости щетиной и микротекстурой, а также слабопенящиеся зубные пасты. Кроме того, чистку зубов в этот период целесообразно проводить через 15-20 минут после приема пищи (завтрак и ужин). Основным методом чистки зубов является стандартный.

Первым этапом лечения в амбулаторных условиях должно быть снятие зубных отложений. Вначале удаляют неминерализованный налет с помощью торцевых щеток и паст средней степени абразивности (размер частиц 40-70 мкм). В первом триместре беременности для снятия твердых зубных отложений следует использовать ручные инструменты (кюреты, экскаваторы, скейлеры, файлы и т.д.) с последующей полировкой поверхности зуба щетками и пастами.

При наличии признаков воспаления десен беременным рекомендуются зубные щетки с мягкими волокнами, с использованием противовоспалительных зубных паст, содержащих экстракты трав, витамины, ферменты, хлорофилл, хлоргексидин, триклозан, солевые зубные пасты, в которых соли находятся в ионном состоянии, вызывают дегидратацию воспаленных тканей и усиливают обменные процессы.

При повышенной кровоточивости десен беременным рекомендуют зубные щетки типа «Софт», после нормализации состояния пародонта - типа «Медиум» или «Софт-медиум»; щетки ромбовидной формы, с зигзагообразной стрижкой щеточного поля, с разной жесткостью волокон, с микротекстурной щетиной, а также средства интердентальной очистки.

У беременных на фоне раннего токсикоза отмечается появление рвотного рефлекса во время чистки зубов. Таким женщинам можно рекомендовать использование электрической зубной щетки с маленькой рабочей головкой.

Поскольку из патологии твердых тканей зубов чаще диагностируется патология эмали, сопровождающаяся гиперчувствительностью, целесообразно проводить курс реминерализующей терапии.

Наиболее эффективным и физиологичным методом устранения повышенной чувствительности зубов является реминерализация, осуществляемая при повышении минеральной насыщенности слюны твердых тканей зуба.

Наиболее широко в качестве компонентов, понижающих чувствительность зубов применяют:

-соли калия, снижающие возбудимость нервных волокон пульпы;

-соединения фтора, действие которого связано с блокадой дентинных канальцев;
-соли стронция, которые obtурируют обнаженные дентинные канальцы и стимулируют отложения вторичного дентина.

Высокая эффективность реминерализирующей терапии достигается благодаря сочетанию трех эффективных технологий защиты и восстановления твердых тканей зубов:

-механическая защита поверхности эмали, дентина, цемента корня гидроксиапатитом кальция;

-активная реминерализация с помощью биодоступного ионообразующего соединения кальция, магния и фосфора(кальция глицерофосфат и магния хлорид);

-минерализация за счет повышения биодоступности кальция через образование комплексных соединений с ксилитолом.

Известно, что источником кальция и фосфора для зубов служит слюна, однако для поддержания нормального минерального обмена в системе эмаль- слюна необходимо устранить с поверхности зуба мягкий зубной налет. У лиц, страдающих повышенной чувствительностью зубов, уровень гигиены полости рта оказывается неудовлетворительным.

Реминерализирующая терапия

Вещества, влияющие на минерализацию эмали можно разделить: макроэлементы, необходимые для созревания апатитов (кальций, фосфор) макро- и микроэлементы, способные изоморфно включаться в апатиты с образованием кислотоустойчивых форм (фтор заменяет гидроксильную группу, стронций железо, олово, ванадий) и вещества, влияющие на кинетику реакции де- и реминерализации (фтор, ускоряющий реакцию апатитов в 3-5 раз, молибден и алюминий, препятствующие выходу кальция из апатитов).

Эффективность местной профилактики зависит от ряда факторов: видов химического соединения, концентрации фторида; продолжительности контакта с эмалью зуба; лекарственной формы препарата; исходных свойства полости рта (качества эмали, состава ротовой жидкости, гигиены полости рта; частоты применения препарата.

Средства для местной профилактики

Применение фторсодержащих оральных препаратов.

Соединения фтора, используемые в оральных препаратах: неорганические- фторид натрия, фторид калия, фторид олова, монофторфосфат натрия, фторид кальция; органические - аминфторид, силанофторид, фторинол.

Фторсодержащие растворы.

Растворы, содержащие соединения фтора, подразделяются на группы в зависимости от концентрации ионов фтора. Растворы содержащие до 230 ppm фтора(0,05% фтористого натрия), могут использоваться ежедневно, 450 ppm (0,1% фтористого натрия)-раз в неделю, 900 ppm (0,2% фтористого натрия) - раз в

2-3 недели.: Profluorid M. – Натрия фторид (0,2% - 900 ppm F), Dentsiblen – Натрия монофторфосфат (1,13% - 1500 ppm F), раствор (Fluoridin)

В домашних условиях используются готовые формы жидких средств гигиены, содержащие активные добавки фторида: ополаскиватели и эликсиры с концентрацией 0,025-0,01%.

Полоскание проводят после чистки зубов. Индивидуальная доза раствора составляет-10мл., длительность полоскания-30-60 сек. После процедуры рот не промывают, воздерживаются от приема пищи и питья в течение 30 минут .

Фторсодержащие растворы не обладают пролонгированным действием на поверхности эмали. Разработаны специальные минералосодержащие составы, способные фиксироваться на поверхности зуба относительно длительное время. Это фторсодержащие гели и лаки.

Фторсодержащие гели для аппликаций в домашних условиях

В зависимости от концентрации фтора различают: гели для самостоятельного применения (F около 0,1%), и гели для применения в стоматологическом учреждении под врачебным контролем (F около 0,2%). Представители гелей: Флюодент, Флюкарил – 1000 ppm., Elmex - 12400 ppm., Lawefluor (с аминофторидом) – 12500 ppm., Fluoridin Gel №5 (с NaF) – 25000 ppm.

Концентрация фтор-иона в гелях составляет 0,1-0,5%, иногда в состав гелей входят антисептики (хлоргексидин). Домашние гели наносятся сразу после чистки зубов двумя способами: используя зубную щетку или индивидуальную «ложку». Продолжительность процедуры-4-5 мин., слюну не проглатывают, по окончании тщательно сплевывают, последующие 30 мин. не пьют и не принимают пищу. Частота аппликаций не менее 1 раза в неделю.

Фторсодержащие гели для профессионального применения

В гелях, используемых в поликлинике, концентрация фтор-иона составляет 1-2%. Методика применения фторсодержащих гелей - аппликации. Гель наносят на зубы при помощи стандартной или индивидуальной ложки на 1-4 мин. Излишки удаляются слюноотсосом. Частота проведения профессиональных процедур зависит от степени активности кариеса и может колебаться от 1 раза в неделю до 1 раза в триместр.

Фторсодержащие лаки

Фтор лаки - наиболее эффективные местные носители фторидов. Они обеспечивают 30-70% редукации кариеса. Профессиональные аппликации фторсодержащих лаков являются эффективным дополнением к ежедневному использованию домашних фторносителей у кариесвосприимчивых пациентов.

Фтор лак имеет хорошую адгезию к очищенной и высушенной эмали. Набухая в полости рта, он в течение суток (и более) может служить источником фтора.

В состав лаков могут входить трудно растворимые соединения фтора (фторид кальция, силанофторид). Концентрация ионов фтора в лаках - составля-

ет 0,05-6%(бифлюорид-12фтор-ион-56000). В лаках Fluoridin и Bifluorid-12 сочетаются NaF и CaF₂, что позволяет постепенно увеличить общее количество фтора в тканях зуба (по мере диссоциации CaF₂).

Представители лаков: Фторлак ЦНИИС «Стома» (F – 2,5 %), Duraphate (F – 0,05%), Fluocal (F – 0,5%), Fluor protector (0,1%).

Техника применения фтор лака - врачебная аппликация. После проведения профессиональной гигиены, снятия зубных отложений, изоляции и высушивания проводят нанесение лака при помощи кисточек, шариков, шприца, шпателя. Лак высушивают в течении 2-5 мин. После процедуры не рекомендуется употребление пищи и питья в течении 2 час., исключается использование жесткой пищи в последующие 24час. Частота аппликации фтор лака не мене 1 раза в триместр.

Из всех лекарственных форм фторсодержащих препаратов (растворы, гели, лаки) у беременных с практической точки зрения наиболее удобно использование лаков. Аппликация лака должна проводиться как минимум 3 раза в течение беременности.

Применение кальций и фосфатсодержащих оральных препаратов

Возможность поступления кальция в эмаль означает не только восстановление деминерализованной эмали, но является значимым для первичной профилактики кариеса. В эмали создается «подвижный резерв», который сохраняет структурную целостность в условиях постоянно повторяющихся кислотных атак со стороны зубной бляшки.

В настоящее время разработаны и стали популярными основные «формулы» кальций-фосфатных технологий., используемые для профилактики и лечения кариеса, а также эрозий, истираний, гиперчувствительности эмали.

В качестве местной реминерализующей терапии в домашних условиях можно использовать *Реминерализующий гель Ca/P* («Владмива»), гель *"Recaldent"* (Recaldent Pty. Limited), реминерализующий гель *GC Tooth Mousse* (GC), реминерализующий гель *R.O.C.S. Medical Minerals* (DRC Group), а также пенки с кальцием и фтором, выпускаемые компанией *SPLAT*.

GC Tooth Mousse - это водорастворимый крем, содержащий Recaldent™* CPP-ACP (Казеин Фосфопептид - Аморфный Кальций Фосфат). В полости рта CPP-ACP прочно связывается с зубным налетом, бактериями, эмалевым гидроксипатитом. Слюна повышает активность CPP-ACP, а приятный вкус мусса усиливает слюноотделение. Основой механизма деятельности CPP является его способность связывать ионы кальция и фосфата и сохранять их в аморфной форме. Таким образом, создается ACP (Amorphous Calcium Phosphate - аморфный кальций фосфат). Именно эта система доставляет реминерализующие ионы Ca₂⁺ и PO₄³⁻ к поверхности зуба. В полости рта создаются резервы реминерализующих ионов. Противопоказание к использованию - аллергия на белки коровьего молока.

Гель *R.O.C.S. Medical Minerals* благодаря специальным добавкам хорошо задерживается на поверхности зубов и формирует стабильную пленку, позволяющую продлить время экспозиции активных компонентов, что обеспечивает их постепенное проникновение в ткани зуба. Введенный в состав геля ксилит, повышает его реминерализующий потенциал, а так же подавляет активность кариесогенных видов бактерий. В состав геля *R.O.C.S. Medical Minerals* включены глицерофосфат кальция, хлорид магния и ксилит.

Глицерофосфат кальция является субстратом для щелочной и кислотной фосфатаз. В результате его гидролиза под влиянием фермента происходит высвобождение ионов кальция и фосфата, а также некоторого количества энергии, которая, как полагают, используется для переноса ионов в эмаль зубов

Препараты могут быть использованы как в офисной, так и в домашней профилактике, в индивидуальных капках и в технике простой аппликации. В стоматологическом кабинете применяют одно-или двучелюстную каппы, время аппликации не менее 3 минут. После извлечения каппы пациент распределяет языком остатки пасты по поверхности зубов, старается не сглатывать и не выплевывать слюну в течении 1-2 минут. По окончании процедуры рекомендовано воздержаться от ополаскивания, питья и приема пищи.

В домашних условиях эти препараты используют после чистки зубов, эффективнее на ночь, нанося на зубы ватным тампоном или чистым пальцем. Для внесения в труднодоступные участки используют флоссы с нанесенным гелем. Курс реминерализующей терапии составляет 10-15 дней, при необходимости курс можно повторить.

Применение кальция, фосфат и фторсодержащих оральных препаратов

Современная концепция механизмов реминерализации эмали основывается на сочетанном применении кальция, фосфата и фторида, так как сочетанное применение местных добавок кальция, фосфата и фторида дает более глубокую и гомогенную реминерализацию, чем применение только препаратов фтора, кальция и фосфата. (СРР-АСР-Ф-900 ppmGC MI Paste Plus), нейтральный гель, содержащий 1,23% фтора и АСР Enamel Pro Gel 1,23%; лак, содержащий 5% фторид натрия и АСР Enamel Pro Varnish 5% NaF Fluoride Varnish.

Clinpro White Varnish (трикальцийфосфатТСП) 5% фторид натрия 22600 ppm -лак, для офисного использования, активизируется влагой и слюной, наносится на влажные зубы.

Clinpro XT Varnish - стойкое фторсодержащее покрытие на основе фтор-алюмосиликатного стекла, обладающее пролонгированным (6 мес.) выделением стойкого фторида и фосфата кальция.

С целью создания условий для полноценного развития зубочелюстной системы будущего ребенка врач-стоматолог должен дать рекомендации по питанию. В первый триместр важным является достаточное поступление в организм белковой пищи, витаминов, минералов, микро- и макроэлементов (особенно цинка, меди, кобальта). Рекомендуются также ограничить потребление рафинированных углеводов. Основным источником поступления нутриентов должно

стать полноценное рациональное питание. При составлении пищевого рациона беременной необходимо учитывать не только содержание фтора в питьевой воде, но и в бутилированных напитках. В частности в напитках кока-кола и пепси-кола была выявлена концентрация фторида более 4 мг/л.

К сожалению, стоматолог не может уменьшить негативное влияние факторов внешней среды на беременную женщину. Для создания условий формирования стоматологического здоровья будущего ребенка и его сохранения у беременной женщины полезны будут рекомендации: употреблять экологически чистые продукты питания и очищенную воду; принимать лекарственные препараты по строгим показаниям и назначениям врача; свести к минимуму использование бытовой химии, косметики, пребывание в электромагнитном поле; исключить работу на вредных производствах, употребление алкоголя, никотина, наркотических средств; большую часть времени проводить на свежем воздухе в экологически чистом регионе.

Лечебно-профилактические мероприятия второго триместра

Вторым триместром беременности называется промежуток времени от начала 15 недели беременности (фертилизационный возраст) или 17 недели (гестационный возраст) до конца 29 недели беременности (фертилизационный возраст) или 31 недели (гестационный возраст) соответственно. В этот период закончен органогенез плода, проходит его интенсивное развитие. На время второго триместра беременности попадает III критический период эмбриогенеза (между 18-22 неделями гестации - период окончательного формирования плаценты), когда влияние внешних неблагоприятных факторов может приводить к повреждению органов, но не вызывать аномалий развития плода.

Внутриутробный период развития зубочелюстной системы во втором триместре характеризуется сменой периода дифференцировки периодом гистогенеза, в течение которого возникают основные ткани временного зуба. Период гистогенеза начинается с образования дентина на 16 неделе эмбриональной жизни. Процесс дентиногенеза состоит из двух последовательных стадий. На первой стадии формируются компоненты органического матрикса дентина. На второй (19-20 неделя эмбриогенеза) начинается его обызвествление. Образующийся дентин стимулирует начало деятельности энамелобластов, которые начинают продуцировать эмаль. Особенностью образования эмали является почти одновременное с выделением основного вещества его обызвествление. На 18-26 неделях эмбрионального развития происходит минерализация временных резцов и клыков, начинается минерализация бугорков временных моляров. На 24-25 недели беременности начинают формироваться зачатки первых постоянных моляров и резцов.

Залогом здоровья ребенка и полноценного формирования зубочелюстной системы во внутриутробном периоде является санация полости рта беременной. Учитывая, что в терапевтической стоматологической помощи нуждается 94,7% беременных, было бы нелогичным не проводить лечение стоматологических инфекций во время беременности, поскольку системные эффекты инфекционного процесса могут быть вредны как для матери, так и для плода. Рентгеноло-

гическое исследование является диагностическим методом в стоматологической практике. Не установлен безопасный уровень облучения развивающегося плода рентгеновскими лучами. При выполнении внутриротовых контактных рентгенограмм на аппарате 5Д-2 с дополнительной защитой доза облучения женских детородных органов составляет 0,04-0,07 мкГр в зависимости от исследуемого зуба. Опасность для будущего ребенка заключается в повышении риска мутаций, который наиболее велик между 8-й и 15-й неделями беременности (возраст плода 6-13 недель). Многие исследователи уверены, что единственный безопасный для плода уровень облучения - нулевой. Рентгенологическое исследование проводят только по жизненным показаниям

Во II триместре считается возможным и необходимым проведение лечения стоматологических заболеваний у беременной женщины. Стоматологу следует помнить, что данная группа пациентов относится к группе риска развития осложнений и неотложных состояний. Это диктует необходимость правильной организации оказания стоматологической помощи. Хотелось бы, чтобы врач-стоматологи отдавали предпочтение проведению лечебных мероприятий на этапе предгравидарной подготовки, и тогда визиты беременной женщины будут иметь преимущественно профилактическую направленность.

Для плановой санации полости рта беременной женщины целесообразно выбрать период времени между 13-й-16-й и 32-й неделями беременности, так как закончен органогенез плода, заканчивается формирование плаценты, функционирует фетоплацентарное кровообращение, стабилизирована гемодинамика, улучшились показатели иммунологического статуса. В этот период проводятся: плановое лечение кариеса дентина, осложненного кариеса (с временным пломбированием корневых каналов кальций-содержащими препаратами) без рентгенологического контроля с использованием анестетика; комплексные мероприятия профессиональной гигиены для профилактики кариеса и лечения болезней маргинального периодонта, продолжаются минимальные инвазивные методики лечения твердых тканей зубов и профилактические мероприятия патологии маргинального периодонта.

Во втором и третьем триместрах при отсутствии индивидуальных противопоказаний после ручного снятия большей части зубного камня возможно использование пневматического (звукового) скейлера с частотой колебания кончика инструмента в пределах 3000-7000 Гц.

Вопрос применения ультразвуковых аппаратов для чистки у беременных женщин остается спорным. В настоящее время нет ни одного исследования, доказывающего негативное влияние ультразвука при скейлинге на организм будущей матери. Но существует мнение, что если врач-стоматолог или беременная женщина сомневается в необходимости использования у нее ультразвука, то лучше не применять данный метод. Некоторые авторы рекомендуют отложить ультразвуковую чистку зубов до послеродового периода, поскольку не исключают негативного воздействия на плод. Для антисептической обработки полости рта лучше использовать препараты растительного происхождения без содержания спирта (на основе календулы, зверобоя, ромашки, эвкалипта, шалфея и т.д.).

При выраженной кровоточивости из десен можно рекомендовать аппликации настоев травы тысячелистника и крапивы. Допустимо использование таких антисептиков как хлоргексидина биглюконат 0,05% и мирамистина. Хорошие результаты показало использование средств на основе мексидола, обладающего противовоспалительным, антиоксидантным и иммуностропным эффектом, безвредным для организма матери и ребенка. (ополаскиватель, зубная паста Мексидол дент актив) Все препараты можно использовать в виде орошений, ирригаций, аппликаций и инстилляций. После ликвидации воспалительных явлений допустимо применение гидротерапии.

При диагнозе хронический гиперпластический гингивит для уменьшения вероятности травмирования десневого края при чистке зубов лучше пользоваться техникой Bassa (угол наклона зубной щетки под 45° к зубу и движения – маятникообразные, встряхивающие). Зубная щетка должна быть с небольшой головкой и щетиной средней степени жесткости. Уменьшению явлений отека способствует использование зубных паст, содержащих соли («Paradontax», «Паморин», «Дентавит минералы мертвого моря» и т.д.). Если гиперплазия десен появилась только во время беременности, то основными будут те же лечебно-профилактические мероприятия, что и при хроническом простом гингивите. После снятия мягких и твердых зубных отложений, полировки острых и травмирующих конструкций в полости рта, снижения воспалительных явлений в схему амбулаторных этапов можно включить поверхностную склерозирующую терапию. Таким эффектом обладает препарат мараславин (это вытяжка из лекарственных растений: понтийская полынь, цветы гвоздики, черного перца и чабреца). Его используют с помощью аппликаций и инстилляций. Глубокую склерозирующую терапию у беременных проводить не следует, так как после родоразрешения возможно обратное развитие явлений гиперплазии.

Многие лекарственные препараты и лечебные мероприятия у беременных не могут быть использованы из-за тератогенных эффектов либо недостаточной эффективности воздействия. Поэтому особую значимость приобретают профилактические и санитарно-просветительные мероприятия с целью повышения знаний по стоматологическим проблемам, о влиянии состояния полости рта на организм будущей матери и ребенка и возможности контроля за уровнем стоматологического здоровья.

Во время беременности может повыситься чувствительность к антибиотикам и увеличиться период их элиминации из организма.

Тетрациклины, проникая через плаценту, накапливаются в тканях зубов плода, вызывая их окрашивание в желтый или серовато-коричневый цвет, который зависит от принятого препарата тетрациклинового ряда. Лишь прием доксициклина не приводит к изменению цвета зубов. Тетрациклины накапливаются в костях и связываются с кальцием, подавляя рост кости, у матери могут вызвать тяжелые гепатотоксические реакции. Левомецетин может оказывать тератогенный эффект. Аминогликозиды могут вызывать поражения почек у матери и VIII пары черепных нервов у плода. У фторхинолонов тератогенное действие не выявлено, но при исследованиях на животных показано развитие хондропатий у

плода. Производные нитроимидазола (трихопол, метронидазол, тинидазол) могут вызывать в I триместре эмбриотоксическое действие, а во 2-3 триместрах назначаются по жизненным показаниям.

Следует обратить внимание на правильное положение пациентки в кресле на протяжении всего лечения (полусидя) для предупреждения развития синдрома сдавления нижней полой вены.

При проведении стоматологических мероприятий важное место занимает выбор анестетика. Местные анестетики проникают через плаценту путем пассивной диффузии и входят в эмбриональный ток крови. Соотношение концентрации анестетика в крови плода и матери зависит от степени связывания препарата с белками плазмы крови, поскольку через плаценту проникает только свободный, не связанный препарат. Скорость и степень диффузии местных анестетиков неодинакова. Имеется обратная пропорциональная зависимость между степенью связывания препарата с белками плазмы и содержанием его в крови эмбриона. Системный эффект местных анестетиков развивается вследствие недостаточного метаболизма лекарственного препарата в печени плода. На развитие токсической реакции оказывает влияние сниженная активность холинэстеразы плазмы крови, наблюдаемая у беременных и новорожденных. Системная токсичность местных анестетиков обратно пропорциональна растворимости в липидах и увеличению времени полувыведения препарата. Высокая степень связывания с белками плазмы крови и низкая жирорастворимость снижают риск проникновения препарата через плацентарный барьер и воздействия на плод. Наиболее безопасными являются препараты артикаина с низким содержанием адреналина (1:200000) или без вазоконстриктора для местного обезболивания с периодом полураспада 20-25 мин, степенью связывания с белками крови 95%. Это делает возможным его использование и у кормящих женщин.

Врач должен помнить и о системном воздействии адреналина у беременных: стимуляция тонических сокращений матки, ослабление перистальтики желудочно-кишечного тракта, повышение уровня сахара в крови, учащение сердечного ритма, увеличение сердечного выброса и повышение артериального давления.

Беременность не является противопоказанием для применения местных анестетиков с вазоконстрикторами. Не используют местный анестетик с вазоконстриктором при неконтролируемой гипертонии, инсулинозависимом сахарном диабете, заболевании щитовидной железы, при приеме трициклических антидепрессантов, бета-адреноблокаторов, а также с аллергией на сульфиты.

Препаратами выбора могут быть: артикаин без вазоконстриктора – Ультракаин-D, Septanest SWC, анестетики на основе мепивакаина – Scandonest 3 %, Мепивастезин-3%.

При использовании реставрационного материала предпочтение отдается стеклоиономерным цементам химического, двойного, тройного отверждения при острой форме течения кариеса, при хроническом-компомерам и компози-там.

Для СИЦ характерна химическая адгезия к тканям зуба, хорошая биологическая совместимость с твердыми тканями зуба, высокое содержание фторидов (около 20 %) и их активное выделение. СИЦ ингибирует рост микрофлоры, поставляет в деминерализованные ткани фторид-ионы, что обеспечивает реминерализацию дентина при отсроченном методе лечения кариеса.

При плановом лечении пульпитов применяются односеансный (с использованием анестезии) и девитальный (при наличии противопоказаний к применению анестетика) методы. Для временного пломбирования корневого канала используют кальций-содержащие корневые наполнители (метапаста, метапекс, апексдент с иодоформом, апексдент без иодоформа). Постоянное пломбирование корневого канала с обязательным рентгенологическим контролем производят после родов.

Последний триместр беременности характеризуется увеличением частоты осложнений ее течения, поэтому на него не следует планировать лечебные стоматологические процедуры.

Больше трудностей у врача-стоматолога возникает при необходимости оказания будущей маме скорой стоматологической помощи, при лечении осложненного кариеса зубов. Эти вмешательства часто связаны с эмоциями, болью, травмой тканей, применением медикаментозных средств и могут служить поводом для нарушений здоровья матери, развития плода, а также прерывания беременности. Особенно это опасно на 12-14, 37-40 неделях, когда на фоне повышенной рефлекторной возбудимости матки самые незначительные по интенсивности раздражители на стоматологическом приеме могут обусловить ее сокращения, что повышает риск самопроизвольных выкидышей, или преждевременных родов.

Экстренная стоматологическая помощь беременным женщинам должна оказываться в любые сроки с учетом сопутствующей патологии и аллергологического статуса пациентки, при необходимости в многопрофильном стационаре.

Приложение

В настоящем приложении представлены основные действующие компоненты состава некоторых лечебно-профилактических зубных паст.

Название паст	Содержание соединений фтора	Активные компоненты	Дополнительные данные
Aquafresh	МФФ(0,75%), NaF(0,01%)	Кальция глицерофосфат(0,13%)	Противокариозный эффект,
Blend-a-med complit	NaF(0,32%)	Триклозан(0,28%),пирофосфат(5%)	Противовоспалительное действие,противокариозный эффект,
Blend-a-med (Сода Бикарбонат)	NaF(0,32%)	Натрия бикарбонат, пирофосфат тетранатриевый (3,3%)	Противокариозное действие, пртиво-воспалительное действие
ColgateTotal Pro-	NaF(1450 ppm)	Триклозан.диоксид кремния, силикат натрия	Противокариозное действие, пртиво-воспалительное действие
Colgate Maximum cavity protection	МФФ(0,76%), NaF(0,10%)	Кальция дифосфат, диоксид кремния	Противокариозное действие
Colgate Sensitiv	МФФ(1,1%)	Калия пирофосфат	Противокариозное действие. Снижение гиперчувствительности
Colgate Soda Bicarbonate	NaF(0,24%)	Натрия бикарбонат	Выраженное очищающее, противовоспалительное действие
Colgate Herbal+		Кальций, экстракты ромашки, шалфея, мирры, эвкалипта, диоксид кремния	Противовоспалительное действие,противокариозный эффект, снижение гиперчувствительности
Colgate elmex	Аминофторид 1400 ppm		Противокариозное действие,
Elmex Sensitiv	Аминофторид 1350 ppm		Противокариозное действие, снижение гиперчувствительности

Elugel		Хлоргексидин0,2%	Гель для очистки десен
Elgifluor	Фторинол1250 ppm	Хлоргексидина диклюконат0,04%	Противовоспалительное действие, противокариозный эффект,
Lacalut(aktiv)	Алюминия фторид	Алюминия лактат, хлоргексидина биклюконат,аллантоин	Противовоспалительное действие, противокариозный эффект,
Lacalutfluor	Аминофторид NaF	хлоргексидина биклюконат,	Противовоспалительное действие, противокариозный эффект,
Lacalut (Sensitiv)	Аминофторид NaF	Алюминия лактат, хлоргексидина биклюконат.	Противовоспалительное действие, противокариозный эффект, снижение гиперчувствительности
Oral-B sensitive	NaF(0,225%)	Калия нитрат5%	Противокариозное действие, снижение гиперчувствительности
Signal antidecay	Калия фторид1450 ppm	Диоксид кремния	Противокариозное, очищающее действие
SilcaComplete Sensitive	NaF	Калийтрифосфат цитрат калия, диоксид кремния ,масло апельсина, карбамид, лимонная кислота.	Снижение гиперчувствительности, препятствует образованию зубного налета, профилактика кариеса.
SilcaHerbalWhite	NaF	Калийтрифосфат, диоксид кремния, диоксид титана, гидроксид алюминия масло мяты,экстракт Melissa.	Профилактика кариеса, антибактериальное, противовоспалительное, отбеливающее действие.
SilcaHerbal Complete	NaF	ВитминЕ, экстракты ромашки, календулы, тысячелистника, шалфея, карбамид, диоксид кремния	Противовоспалительное, антимикробное, противокариозное действие
Biorepair Plus комплексная защита		microRepair33%-Цинкзамещенный гидроксиапатит карбоната	Реминерализующий эффект, снижает гиперчувствительность, антибактериальное действие

Biorepair Plus для чувствительных зубов		microRepair46%	Активное снижение гиперчувствительности, реминерализующий эффект
Biorepair Plus Parontgel		microRepair, гиалуроновая кислота, лактоферрин, экстракты гамамелиса, календулы, спирулы.	Противобактериальное, противовоспалительное, заживляющее действие. Реминерализующий эффект,
Sensodyne F	NaF1400 ppm	5% Хлорид калия, цитрат цинка	Снижение гиперчувствительности, образования зубного налета и камня, профилактика кариеса
Sensodyne Total Care	NaF	3,76% Хлорид калия, цитрат цинка, витамин Е, провитамин В5	Снижение гиперчувствительности, образования зубного налета и камня, профилактика кариеса, антиоксидантное заживляющее действие,
R.O.C.S. Sensitive repair		Гидроксиапатит кальция, протеолитический фермент бромелаин	Снижение гиперчувствительности, отбеливание
PresiDENT Classic	NaF(1450ppm)	Экстракт ромашки, шалфея, мелиссы	Для ежедневного ухода
PresiDENT Active	NaF(1450ppm)	Триклозан, цитрат цинка, экстракт сангвинарии, боярышника.	Профилактика кариеса, воспаления и кровоточивости десен.
PresiDENT Active Plus		Лактат алюминия, экстракт коры дуба, хлоргексидина биклюконат	Профилактика гингивитов, периодонтитов и СОПР .
PresiDENT Antibacterial		Хлоргексидина биклюконат 0,2%, экстракты мальвы, ромашки, эхинацеи.	Профилактика гингивитов, периодонтитов.
PresiDENT Sensitive	NaF(1350ppm)	Гидроксиапатит, нитрат калия 5%, экстракт липы и ромашки	Профилактика кариеса, гиперчувствительности
Parodontax с фтором	NaF(1400ppm)	Экстракты эхинацеи, ромашки, шалфея, мирры, ратании, бикарбонат натрия	Профилактика гингивитов, маргинальных периодонтитов

Parodontax Классик		Экстиракты эхинацеи, ромашки, шалфея, мирры, ратании, бикарбонат натрия	Профилактика гингивитов, маргинальных периодонтитов
Пародонтол проф. защита от зубного камня		Цитрат натрия, экстракт клюквы, лактат цинка, экстракт имбиря, экстракт женьшеня.	Профилактика гингивитов, маргинальных периодонтитов
Splat Activ	МФФ (1000ppm)	Глицерофосфат кальция, витамин А, Е, экстракты бадана, спирулины.	Реминерализующий, кровеостанавливающий, противовоспалительный эффекты.
Splat Arcticum	Аминофторид .NaF(1000ppm)	Гидроксиапатит, Полидон, папаин, глюконат цинка, экстракты ратании, стевии,	Реминерализующий, кровеостанавливающий, противовоспалительный эффекты
Splat Licvum Gel		Биоактивный Кальцис, ксилит, Полидон,	Защита от зубного налета и камня, повышает плотность эмали и снижает гиперчувствительность
Splat Medical Herbs	NaF-(1000ppm)	Биоактивный Кальцис Эфирное масло герани, экстракты облепихи, боярышника, ромашки, шалфея,	Комплексная защита от кариеса, противовоспалительное действие при гингивитах и периодонтитах
Splat Biocalcium		Гидроксиапатит, Биоактивный Кальцис ,папаин, Полидон, Омега-3 жирные кислоты	Реминерализующий эффект, снижение гиперчувствительности.
Белорусская продукция, разработанная в сотрудничестве с немецкой компанией Weisskos GmbH			
Wunderdent		Бетаин, Аллантоин, экстракт ромашки лекарственной, шалфея, шиповника, календулы, коры дуба	Для защиты десен
Wunderdent	NaF-(1500ppm)	Тимоловое масло, Аллантоин, экстракт ромашки лекарственной, шалфей, коры дуба	Комплексная защита полости рта
Wunderdent	NaF-(1500ppm)	Эфирное масло лимона, экстракт прополиса, пирофосфаты.	Защита от зубного камня
Wunderdent	NaF-(1500ppm)	Гидроксиапатит, глицерофосфат кальция	Для защиты от кариеса
Wunderdent	NaF-(1500ppm)	Цитрат калия, Бетаин, Аллантоин.	Для чувствительных зубов

Wunderdent		Бетаин, Ментол, триклозан	Для профилактики галитоза
Wunderdent	NaF	Гидроксиапатит, глицерофосфат кальция, цитрат калия, мультиминеральный комплекс, эфирное масло кедрового стланика, пихтовое масло	Для восстановления эмали

Литература

1. А.С.Артюшкевич, Н.А.Юдина Обезболивание в стоматологии, особенности проведения анестезии у пациентов групп риска-Минск:Энергопрогресс,2013.- 180 с.
2. О.А.Успенская, Е.А.Шевченко, Н.В.Казарина Стоматология беременных, Методич. рекоменд. Нижегородская Государственная Медицинская Академия Нижний Новгород 2008г. 21 стр.
3. Л.П. Кисельникова, Н.С.Попова Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных//, Институт стоматологии-2011-№1С. 86-87.
4. И.К.Луцкая, Е.А.Демьяненко, Т.П.Буза Эффективность противовоспалительного лечения гингивита у беременных//Стоматологический журнал-2003-№2-С. 43-46.
5. Н.С.Орехова, Л.М.Цепов Эффективность индивидуальной контролируемой и профессиональной гигиены полости рта у беременных женщин в профилактике и лечении стоматологических заболеваний//Стоматологический журнал-2006-№4-С. 314-319.
6. Н.С.Орехова Медикосоциальные особенности гингивита у беременных //Автореферат- Смоленск-2007г.20стр.
7. А.И.Грудянов Как предупредить заболевание десен и разрушение кости челюстей в период беременности?//Современная стоматология -2007-№1С. 63-64.
8. И.И.Якубова, О.В.Крижалко Обоснование тактики врача- стоматолога до и во время беременности, в период лактации Часть1 Подготовительный этап к беременности (прогенез) Кафедра терапевтической стоматологии Медицинский институтУкраинской ассоциации народной медицины г. Киев Украина //Стоматология детского возраста и профилактика -2007-№3С. 13-17.;
9. И.И.Якубова, О.В.Крижалко Обоснование тактики врача- стоматолога до и во время беременности, в период лактации Часть 2.1 триместр беременности Кафедра терапевтической стоматологии Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины г. Киев Украина //Стоматология детского возраста и профилактика -2008-№1С. 33-41.;
10. И.И. Якубова, О.В. Крижалко Обоснование тактики врача- стоматолога до и во время беременности, в период лактации Часть2.1 триместр беременности (продолжение) Кафедра терапевтической стоматологии Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины г. Киев Украина //Стоматология детского возраста и профилактика -2008-№3С. 13-20.;
11. И.И. Якубова, О.В. Крижалко Обоснование тактики врача- стоматолога до и во время беременности, в период лактации Часть4.2 триместр беременности (продолжение) Кафедра терапевтической стоматологии Медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины г. Киев Украина //Стоматология детского возраста и профилактика -2010-№3С. 33-39.;

Содержание

Введение.....	3
Физиологические изменения женского организма при беременности.....	4
Кальциевый и фосфорный обмен беременной.....	5
Биохимические показатели слюны у беременных.....	6
Особенности течения кариозного процесса	7
Изменения состояния тканей маргинального периодонта при беременности.....	8
Обоснование тактики врача-стоматолога во время беременности	10
Профилактические мероприятия первого триместра	11
Реминерализирующая терапия	14
Средства для местной профилактики.....	14
Применение кальция и фосфатсодержащих оральных препаратов.....	16
Применение кальция, фосфат и фторсодержащих оральных препаратов.....	17
Приложение	23
Литература	28

Учебное издание

Зорич Марианна Евгеньевна
Валеева Зяйнап Рахматуллоевна
Демьяненко Елена Анатольевна
Бинцаровская Галина Васильевна

Комплексные лечебно-профилактические
мероприятия у беременных
на стоматологическом приеме

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск М.Е. Зорич

Подписано в печать 23. 12. 2014. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,88. Уч.- изд. л. 1,38. Тираж 100 экз. Заказ 15.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.