

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314-002-06:618.3]-07

Б. Р. Бахмудов, М. Б. Бахмудов, З. Б. Алиева

ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У "ВОЗРАСТНЫХ" БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА

Женская консультация ЦГБ и стоматологическая поликлиника (Дербент, Республика Дагестан, ул. Ленина, д. 40)

В статье изучены исходные значения индекса КПУ у "возрастных" беременных. Установлено, что интенсивность поражения кариесом не всегда зависит от того, сколько родов перенесла женщина. Хотя известно, что беременность повышает риск заболеваемости кариесом, но более информативным является показатель прироста интенсивности кариеса. Чем продолжительнее промежуток между родами и качественнее реабилитация женщин в интергенетический период, тем существеннее резерв сохранения у них стоматологического здоровья.

Ключевые слова: беременность, заболеваемость кариесом, профилактика

VULNERABILITY TO CARIES IN THE PREGNANT WOMEN OF ADVANCED MATERNAL AGE DEPENDING ON THE GYNECOLOGICAL AND OBSTETRICAL HISTORY

Bakhmudov B.R., Bakhmudov M.B., Alieva Z.B.

The objective of the present study was to estimate the incidence of caries among 349 pregnant women of advanced maternal age throughout the gestation period. The women were allocated to 7 groups depending on the peculiarities of their gynecological and obstetrical histories, such as the number of previous pregnancies and parturitions, and the duration of inter-genetic intervals between the deliveries. It was shown that caries intensity during pregnancy increased from 0.55 ± 0.09 (group 6) to 0.74 ± 0.12 (group 3) ($p > 0.05$). In the control group comprised of the women having no pregnancy in their medical histories (group 1), the occurrence of caries during the 9 month follow-up period was significantly lower (0.17 ± 0.06; $p < 0.001$).

Key words: intensity of caries, caries morbidity, pregnant women of advanced maternal age, primigravidae, primiparae, inter-genetic period

Проблема влияния беременности на состояние твердых тканей зубов интересует специалистов давно, и при ее изучении во все времена существовали крайние точки зрения [2, 9, 11, 14].

Многие авторы считают беременность состоянием, способствующим повышению заболеваемости кариесом зубов, и ставят ее интенсивность в прямую зависимость от возраста женщины, течения беременности и количества родов [3, 4, 6, 8].

Согласно данным других исследователей [1, 2, 5, 14], число беременностей не влияет на поражаемость зубов кариесом, и наблюдаемый рост интенсивности кариеса у женщин, имевших две беременности и более, соответствует годовому или возрастному приросту интенсивности кариеса.

Поскольку существуют разные точки зрения относительно влияния беременности на заболеваемость кариесом, представляется интересным сравнить в одной возрастной группе исходные показатели интенсивности поражения кариесом у женщин с разным количеством беременностей и родов в анамнезе и изучить среди них заболеваемость кариесом за период гестации. Наиболее подходящими для этой цели являются "возрастные" беременные, среди которых можно сформировать группы с разным числом беременностей, родов и разным интергенетическим промежутком между родами.

Бахмудов Бахмуд Расулович — канд. мед. наук, врач-стоматолог высшей категории, тел. 8 (928) 063-17-77

Учитывая вышеизложенное, мы провели исследование кариесологического статуса у беременных в возрасте 30—34 года.

Материал и методы

Исследование проведено на базе МУЗ ЦГБ Дербента, где обследовали 391 женщину в возрасте от 30 до 34 лет, разделив их на 8 групп. Все обследованные родились и постоянно проживали в Дербенте.

В 1-ю группу (контрольную) были включены 42 женщины, у которых в анамнезе не было ни одной беременности, и они обратились к специалистам для санации полости рта.

Остальные 349 женщин находились на учете в женской консультации по поводу текущей беременности, и их в зависимости от акушерско-гинекологического анамнеза распределили на 7 групп.

Во 2-ю группу вошли 48 первобеременных женщин; в 3-ю — 54 повторнородящие женщины со второй беременностью, у которых интервал между родами составлял более 3 лет; в 4-ю — 58 повторнородящих женщин, у которых было больше двух беременностей (от 3 до 5), а продолжительность периода между ними и предстоящими вторыми родами составляла менее 3 лет; в 5-ю — 51 беременная, у которой количество беременностей совпадало с ожидаемыми третьими родами, и между всеми родами продолжительность интергенетического периода превышала 3 года; в 6-ю — 62 беременные, которым предстояли третьи роды, количество беременностей в анамнезе составляло 4—6, а продолжительность периода между ними — менее 3 лет; в 7-ю — 50 беременных, у которых количество беременностей и ожидаемые роды были четвертыми, а продолжительность периода между ними всегда была меньше 3 лет; в 8-ю — 26 беременных с предстоя-

щими пятью родами, у которых интергенетический период между ними всегда был меньше 3 лет.

Необходимым условием включения в группу беременных был ранний срок гестации — до 6 нед. Клиническое обследование выполняли с помощью стандартного набора стоматологических инструментов по общепринятой методике выявления кариозного поражения. При первичном обследовании заполняли специально разработанную Карту осмотра полости рта беременной, куда вносили сведения о состоянии и динамике стоматологического статуса, а также данные акушерско-гинекологического анамнеза. После первичного обследования всех беременных санировали.

Для оценки пораженности кариесом определяли показатели распространенности кариеса (в %) и его интенсивности. Для определения прироста интенсивности кариеса беременных обследовали повторно на 38—40-й неделе беременности. У женщин контрольной группы повторный осмотр полости рта проводили через 9 мес после первичного обследования.

Результаты исследования обработаны математически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Распространенность кариеса во всех группах женщин составила 100%.

Результаты сравнительного изучения исходных показателей интенсивности кариеса в обследуемых группах женщин представлены в таблице.

Значение индекса КПУ₃, равное во 2-й группе первобеременных $7,40 \pm 0,39$, и его значение в 3-й группе повторнородящих — $7,77 \pm 0,39$ достоверно не различались ($p > 0,05$) и не отличались от аналогичного показателя в контрольной 1-й группе — $7,45 \pm 0,42$ ($p > 0,05$). Другими словами, среди "возрастных" беременных у первобеременных и повторнородящих со второй беременностью при интергенетическом интервале от 3 лет показатели интенсивности кариеса находились на уровне значения КПУ₃ у женщин контрольной группы, у которых в анамнезе не было беременности.

Показатели интенсивности кариеса у повторнородящих женщин, распределенных в зависимости от акушерско-гинекологического анамнеза в 3-ю и 4-ю группы, существенно различались и соответственно составили $7,77 \pm 0,39$ и $9,12 \pm 0,40$ ($p < 0,05$). Примечательно, что значение индекса КПУ₃ в 4-й группе повторнородящих женщин $9,12 \pm 0,40$, хотя и было несколько ниже КПУ₃ в 5-й группе ($10,01 \pm 0,45$), в которой женщинам предстояли третьи роды, но достоверно не отличалось от него ($p > 0,05$).

Сопоставление показателей интенсивности кариеса в 5-й и 6-й группах подтвердило зависимость пораженности женщин кариесом от акушерско-гинекологического анамнеза. Так, у беременных 6-й группы, которым, как и в 5-й группе, предстояли третьи роды, но интервалы между родами были менее 3 лет и в анамнезе были зарегистрированы прерывания беременности, индекс КПУ₃ равнялся $13,43 \pm 0,47$, что больше, чем у женщин 5-й группы ($p < 0,001$).

Выявленные нами значимые различия индекса КПУ₃ в 3-й и 4-й, а также в 5-й и 6-й группах беременных, у которых совпадал порядковый номер предстоящих родов, а число беременностей в анамнезе и продолжительность промежутка между родами были разными, можно объяснить следующим образом. По данным акушеров-гинекологов [7, 10, 12, 13], прерывание беременности и малый промежуток между ро-

Динамика КПУ₃ и прирост интенсивности кариеса зубов у "возрастных" беременных и женщин контрольной группы за 9 мес наблюдения

Группа	Число обследованных	Значение КПУ ₃		Прирост интенсивности КПУ ₃ за 9 мес наблюдения	
		исходное	через 9 мес	абс.	на одну обследованную
1-я	42	$7,45 \pm 0,42$	$7,62 \pm 0,43$	7	$0,17 \pm 0,06$
2-я	48	$7,40 \pm 0,39$	$8,13 \pm 0,41$	35	$0,73 \pm 0,12$
3-я	54	$7,77 \pm 0,39$	$8,51 \pm 0,40$	40	$0,74 \pm 0,12$
4-я	58	$9,12 \pm 0,40$	$9,73 \pm 0,41$	35	$0,61 \pm 0,10$
5-я	51	$10,01 \pm 0,45$	$10,56 \pm 0,46$	28	$0,55 \pm 0,10$
6-я	62	$13,43 \pm 0,47$	$13,98 \pm 0,48$	34	$0,55 \pm 0,09$
7-я	50	$16,70 \pm 0,58$	$17,30 \pm 0,59$	30	$0,60 \pm 0,11$
8-я	26	$18,65 \pm 0,85$	$19,23 \pm 0,86$	15	$0,58 \pm 0,15$

дами являются факторами риска развития у беременных токсикозов, железодефицитной анемии и других осложнений, а согласно исследованиям стоматологов осложненное течение беременности приводит к значительному росту заболеваемости кариесом [3, 8].

В 7-й группе беременных, которым предстояли четвертые роды, индекс КПУ₃ был больше показателей в предыдущих группах — $16,70 \pm 0,58$ ($p < 0,001$). Такой высокий показатель интенсивности кариеса в 7-й группе наблюдался, несмотря на то что у беременных число беременностей соответствовало числу очередных родов. Однако продолжительность интергенетического промежутка между родами колебалась от 1,5 до 2,5 года. При этом из 50 наблюдаемых беременных у 46 ($92 \pm 3,84\%$) были диагностированы экстрагенитальные заболевания, в том числе у 42 ($84 \pm 5,18\%$) анемия беременных I триместра (средний уровень гемоглобина в группе $104,2 \pm 6,56$ г/л) и у 4 ($8 \pm 3,84\%$) заболевания щитовидной железы.

Из-за малочисленности контингента в 8-ю группу включили всех женщин, которым предстояли пятые роды, без учета количества беременностей в анамнезе и промежутка между ними. В этой группе исходное значение индекса КПУ₃ было самое большое — $18,65 \pm 0,85$, а акушерско-гинекологический анамнез отличался еще большим разнообразием. Из 26 беременных только у 5 ($19,23\%$) количество беременностей совпадало с порядковым номером предстоящих родов, у 10 ($38,46\%$) было 6 беременностей, у 8 ($30,77\%$) — 7 и у 3 ($11,54\%$) женщин — 8 беременностей. Ни у одной беременной продолжительность периода между родами не превышала 2,5 года, и у всех была выявлена анемия беременных (средний уровень гемоглобина в группе $96,8$ г/л). Это подтверждает мнение, что частые роды с короткими интервалами между ними являются факторами риска железодефицитной анемии [7, 12].

Сопоставление показателей интенсивности кариеса в обследуемых группах через 9 мес наблюдения выявило идентичные статистические закономерности, описанные нами при изучении исходных значений КПУ₃.

Для решения вопроса о влиянии беременности на поражаемость зубов кариесом мы во всех наблюдае-

мых группах изучали и другой показатель кариеса — прирост его интенсивности за период беременности.

Наименьший показатель прироста интенсивности кариеса отмечен в 1-й группе, в которой у 42 женщин за 9 мес наблюдения было выявлено всего 7 вновь пораженных кариесом зубов. Иными словами, среди женщин контрольной группы заболеваемость кариесом за период, соответствующий сроку беременности, составила $0,17 \pm 0,06$ случая на одну обследованную. Этот показатель достоверно ниже наименьшего значения аналогичного показателя ($0,55 \pm 0,09$), выявленного в 6-й группе ($p < 0,001$).

Как видно из приведенной таблицы, за период гестации у "возрастных" беременных прирост интенсивности кариеса колебался от $0,55 \pm 0,09$ (6-я группа) до $0,74 \pm 0,12$ (3-я группа). При сравнительном анализе показателей заболеваемости кариесом для поиска различий между разными группами статистически значимые расхождения в приросте интенсивности кариеса за период гестации среди "возрастных" беременных не выявлены ($p > 0,05$).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

1. Изучение исходных значений индекса КПУ₃ у "возрастных" беременных показало, что интенсивность поражения кариесом не всегда зависит от порядкового номера (и не только от него) перенесенных родов.
2. Беременность способствует повышению заболеваемости кариесом. При оценке влияния беременности на заболеваемость кариесом более информа-

тивным является показатель прироста интенсивности кариеса.

3. Увеличение продолжительности промежутка между родами и полноценная реабилитация соматического здоровья женщин в интергенетический период являются существенным резервом сохранения у них стоматологического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Ю. А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. — М., 1983. — С. 10—44, 160—200.
2. Булгаков В. С., Теодорович С. А. // Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. — 2004. — № 1. — С. 91—95.
3. Денисенко Л. Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2007.
4. Коржова В. В., Ахмерова А. Д., Данкова Т. Г. // Стоматология. — 1992. — № 3—6. — С. 28—31.
5. Лукомский И. Г. Кариес зуба. — М., 1948.
6. Салтыкова Е. Н. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта при беременности в юном возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1998.
7. Сокур Т. Н., Дубровина Н. В., Федорова Ю. В. // Гинекология. — 2007. — № 2. — С. 60—66.
8. Толмачева С. М., Лукиных Л. М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика. — М., 2005.
9. Удовицкая Е. В. Эндокринологические аспекты стоматологии. — М., 1975. — С. 82—90.
10. Укыбасова Т. М. // XV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов: Тезисы докладов. — Махачкала, 1989. — С. 686—687.
11. Улицкая Л. А. // Кариес зуба и реактивность организма: Сборник науч. трудов КГМИ. Т. XIX. — Казань, 1966. — С. 167—177.
12. Шехтман М. М. // Гинекология. — 2000. — № 6. — С. 64—72.
13. Юн Л. Л. // Акуш. и гин. — 1988. — № 4. — С. 20—23.
14. Stalp S., Zuhrt R. // Stomatol. DDR. — 1979. — Bd 29, N 6. — S. 481—484.

Поступила 20.12.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314.17-002-06:616.248]-08

Н. А. Вирясова, Л. Д. Романовская, Т. В. Посметная, Н. В. Еремина, В. Д. Ноздрина

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРИНИМАЮЩИХ СИСТЕМНЫЕ И ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

Кафедры стоматологии общей практики и терапевтической стоматологии ГБОУ Пензенский институт усовершенствования врачей (440060, г. Пенза, ул. Стасова, д. 8)

Изучена эффективность комплексного лечения заболеваний пародонта препаратами "Альфадол-Са" и "Кальций-Д₃ Никомед" у больных бронхиальной астмой, принимающих пероральные и ингаляционные глюкокортикоиды.

Ключевые слова: заболевание пародонта, бронхиальная астма, системные и ингаляционные глюкокортикоиды

THE MANAGEMENT AND PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES IN THE PATIENTS PRESENTING WITH BRONCHIAL ASTHMA AND TREATED WITH SYSTEMIC AND INHALATION GLUCOCORTICOIDS

Viryasova N.A., Romanovskaya L.D., Posmetnaya T.V., Eremina N.V., Nozdrina V.D.

The results of the estimation of the efficacy of the combined treatment of periodontal pathology using alphasol-Ca and calcium-D₃ Nycomed preparations are reported. The study included the patients presenting with bronchial asthma treated with systemic and inhalation glucocorticoids

Key words: periodontal diseases, bronchial asthma, systemic and inhalation glucocorticoids

Лечение патологии пародонта у больных бронхиальной астмой (БА) представляет особую актуаль-

ность. Заболевания пародонта могут негативно влиять на течение БА вследствие сенсibilизации организма [2, 3]. Низкая минеральная плотность костной ткани (МПКТ) при лечении БА системными глюкокортикоидами (СГК) является одним из факторов развития пародонтита [4—6].

Вирясова Наталья Алексеевна — канд. мед. наук, ассистент каф., тел. 8 (8412) 49-51-75, e-mail: viryasova-natalja@ Rambler.ru